

Enterokutan fistülün nadir bir sebebi: İntraperitoneal mesh katlantısı

A rare cause of enterocutaneous fistula: Intraperitoneal mesh fold

Ömer ENGİN Mehmet YILMAZ Ulaş URGANCI

Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

Öz

Bu yazıda, intraperitoneal yerleştirilen adezyon bariyerli mesh katlantılarının ince barsağa basısı sonucu enterokutan fistül gelişen bir olgu sunulmaktadır. Hastadaki mesh çıkarıldıktan sonra fistül eksize edildi ve barsak primer suturele kapatıldı. Fasya defektine dokunulmaksızın cilt dikildi. Cilt nekrozu sonucu evantrasyon gelişti. Barsakların üzeri granülasyon dokusu ile kaplandıktan sonra cilt greftiyle kapatıldı. Olgumuz olası risk faktörleri ve tedavi seçenekleri açısından literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Enterokutanöz fistül, fıtık, ince barsak, intraperitoneal mesh.

Abstract

In this report, a case of enterocutaneous fistula was presented which was developed due to the compression of folding of the adhesion barrier mesh placed intraperitoneally. After removal of the mesh, fistula was excised and intestine was sutured primarily. The skin was sutured primarily without fascial closure. Eventration was developed as a result of skin necrosis. After surface of the intestine was covered by the granulation tissue, it was closed with autologous skin graft. The case was discussed about possible risk factors and treatment options in the light of pertinent literature.

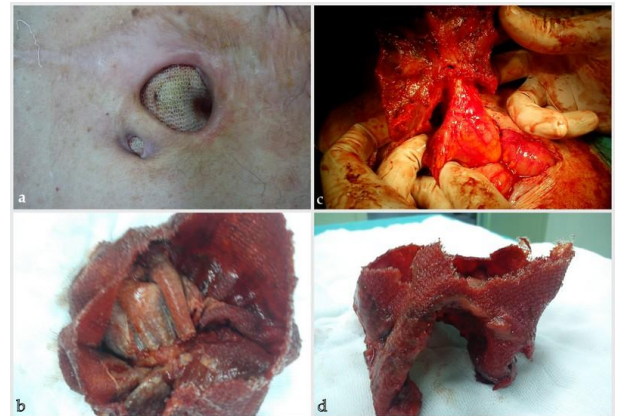
Keywords: Enterocutaneous fistula, hernia, small intestine, intraperitoneal mesh.

Giriş

Büyük batın duvarı herni onarımında intraperitoneal mesh, cerrahi pratiğinde oldukça sık kullanılmaktadır. Bu meshler değişik üretici firmalar tarafından cerrahların kullanımına sunulmuştur ve hepsinin ortak özelliklerinden biri barsaklara yapışmayı önleyen yüzeylere sahip olmalarıdır. Ancak bazı durumlarda barsaklara yapışabilmekte ve bunun sonucu enterokutan fistüle kadar uzanan komplikasyonlarla karşılaşabilmektedir. Bu durumu düzeltmek zorlu cerrahi işlemler ve deneyim gerektirmektedir. Olgumuzda intraperitoneal yerleştirilen mesh batın kapatılınca katlantılar oluşturmuş ve bu katlantılara barsak ansları yapışarak enterokutan fistül oluşumuna yol açmıştır. Bu yazıda, olgumuzla ilgili yaşadığımız deneyim aktarılmaktadır.

Olgu Sunumu

Yetmiş altı yaşında, diyabetik, obez (vücut kitle endeksi: 35.6) erkek hasta, yarasında akıntı şikayeti ile başvurdu. Muayenede 3x1 cm kadar cilt defekti saptandı, buradan ince barsak fistül akıntısı mevcuttu (Şekil-1a).



Şekil-1. a. Fistül traktusunun ciltteki açıklığı. b. Gevşek bir şekilde batın içine yerleştirilen meshin, postoperatif dönemde oluşturduğu katlantılar. c. Katlantı bölgeleri ile barsak arasında gelişen fistül traktusu. d. Batından çıkarılan mesh.

Yazışma Adresi: Ömer ENGİN

Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 30.12.2013 Kabul Tarihi: 28.02.2014

Hastanın anamnezinde eski orta hat insizyonundan gelişen insizyonel herni nedeniyle opere olduğu ve adezyon bariyerli *mesh*in intraperitoneal yerleştirildiği öğrenildi. Yapılan cerrahi girişimde, cilt ve cilt altı geçildiğinde *mesh*in üzerinde fistül sıvısını içeren poş tespit edildi. Pek çok katlantı içeren *mesh*, keskin ve künt diseksiyon ile çevre dokulardan ayrıldı. İki yerde barsağın *meshe* yapıştığı ve buralardan fistüle olduğu tespit edildi. Fistül traktü eksizye edilip barsak primer suture edildikten sonra *mesh* batın içinden çıkarıldı. Çevre dokular fragil ve enfekte oldukları için herni onarımına gidilmedi ve yalnızca cilt suture edilerek operasyon sonlandırıldı. Daha sonra, cilt sütüründe nekroz gelişmesi üzerine cilt açıklığından evantrasyon oluştu. Granülasyon dokusu geliştikten sonra ciltteki defekt otolog cilt grefti ile kapatıldı.

Tartışma

Batın duvarı hernilerinde primer suture ile anatomik onarım yapılabildiği gibi, *mesh*ler *onlay*, *inlay*, *underlay* ve intraperitoneal olarak da kullanılabilir. *Onlay* onarımında *mesh*, anterior rektus fasyası üzerine yerleştirilir ve sutureler ile tespit edilir. *Inlay* onarımında ise *mesh* fasyadaki defektin içine yerleştirilerek *mesh*in kenarları fasyadaki defektin kenarlarına suture edilir. Ekstraperitoneal *mesh* yerleştirilmesinde (*Rives-Stoppa* tekniği) retromuskular ve posterior rektus kılıfının önüne yerleştirilen *mesh*, tespit sutureleri konularak sabitlenir. Intraperitoneal yerleştirilmede ise *mesh* batın ön duvarı, periton arkasına yerleştirilir. Bu durumda *mesh* intraperitoneal yerleştirildiği için barsaklar ile temasta olur (1). Biz intraperitoneal *mesh* yerleştirilen olgularımızda *mesh* ile barsaklar arasına omentumu getirmeyi tercih ediyoruz.

İnsizyonel hernili olgularda değişik yapılarda *mesh*ler cerrahi pratiğinde kullanılmaktadır (2). Olgumuzun önceki ameliyatında intraperitoneal olarak yerleştirilen adezyon bariyerli *mesh*in nükse yol açabileceği endişesi ile gevşek bir şekilde yerleştirildiği düşünülmüştür (Şekil-1b).

Zaman içinde katlantı bölgeleri ile barsaklar arasında bası sonucu fistüller geliştiğini (Şekil-1c) düşünüyoruz. Basıya yol açabilecek katlantılar, çıkardığımız *meshte* izlenmektedir (Şekil-1d).

Enfekte *mesh*li olgularda ortak görüş, genellikle *mesh*in çıkarılması şeklindedir, ancak bundan sonraki tedavi seçenekleri tartışmalıdır. Bazı araştırmalarda *mesh* eksizyonu sonrası büyük orta hat defektini kapatmak için rektus abdominis myofascial flep kullanılmıştır (3). *Human acellular dermal matrix* (HADM), yüksek riskli enfekte defektlerin kapatılmasında kullanılan diğer bir yöntemdir (4). Enfekte yaralarda polipropilen *mesh* kronik enfeksiyon potansiyelinden dolayı rölatif kontendikedir. Polipropilen *mesh*'e alternatif olarak poliglaktin *mesh* kullanılabilir, ancak daha çok yüksek oranda herni rekürrensi ile birliktelik gösterir. İnce barsak submukozasından hazırlanan bioprotezlerin kullanımını savunan araştırmalar da mevcuttur.(5). Enfekte *mesh*in çıkarılması sonrasında abdominal duvardaki defektin onarımında *tensor fascia lata* kullanımı önerilen diğer bir yöntemdir (6). Enfekte *mesh*in çıkarılması sonrası primer cilt suture de uygulanabilir (7).

Olgumuzda dokuların fragil ve enfekte olması nedeniyle tekrar *mesh* konmayıp cilt kapatılarak iatrojenik insizyonel herni oluşturuldu. Hastanın klinik takibinde orta hatta cilt nekrozu gelişti ve orta hat açılınca evantrasyon ortaya çıktı. Literatürde bu tür defektlerin cilt gerilmesi ve batın distansiyonuna bağlı olarak geliştiği bildirilmektedir (8). 7x3 cm ebadındaki defekt üzerine ıslak pansuman yapılarak granülasyon dokusuyla örtülmesi sağlandı. Daha sonra granülasyon dokusunun üzeri cilt grefti ile kapatıldı. Olgumuz 6 ay sonra *mesh* ile onarım için ameliyat programımıza alındı.

Olgumuzdakine benzer durumlarda, *mesh* eksizyonu sonrası primer cilt suture konması ve 6 ay sonra defektin intraperitoneal *mesh* ile kapatılması tavsiye edilebilir.

Kaynaklar

1. Misiakos EP, Machairas A, Patapis P, Liakakos T. Laparoscopic ventral hernia repair: Pros and cons compared with open hernia repair. JLS 2008;12(2):117-25.
2. Dilek ON, Türel KS. Fıtık tamirinde *mesh* kullanımı ve komplikasyonları. J Surg Arts 2009;2(1):1-9.
3. Szczerba SR, Dumanian GA. Definitive surgical treatment of infected or exposed ventral hernia *mesh*. Ann Surg 2003;237(3):437-41.
4. Kim H, Bruen K, Vargo D. Acellular dermal matrix in the management of high-risk abdominal wall defects. Am J Surg 2006;192(6):705-9.
5. Ueno T, Pickett LC, Fuenta SG, Lawson DC, Pappas TN. Clinical application of porcine small intestinal submucosa in the management of infected or potentially contaminated abdominal defects. J Gastrointest Surg 2004;8(1):109-12.
6. Hayami S, Hotta T, Takifuji K, Iwahashi M, Mitani Y, Yamaue H. Reconstruction of an infected recurrent ventral hernia after a *mesh* repair using a pedicled tensor fascia lata flap: Report of two cases. Surg Today 2009;39(9):811-7.
7. Sanchez VM, Abi-Haidar YE, Itani KMF. *Mesh* infection in ventral incisional hernia repair: Incidence, contributing factors, and treatment. Surg Infect 2011;12(3):205-10.
8. Kshirsagar AY, Patil RK, Chotai T, Bane P, Agarwal S, Patil M. Case series of complicated incisional hernia. Int J Sci Res Pub 2013;3(1):1-3.