

Nadir Bir İnce Barsak Obstrüksiyon Nedeni: Paraçekal İnternal Herni

A Rare Case of Small Bowel Obstruction: Paracecal Internal Hernia

Muhammet Gündüz¹, Furkan Ufuk², Muhammet Raşid Aykota³, Cihan Kaya⁴

¹ Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli, Türkiye

² Sandıklı Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Afyonkarahisar, Türkiye

³ Sandıklı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Afyonkarahisar, Türkiye

⁴ Muş Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Afyonkarahisar, Türkiye

Geliş Tarihi / Received : 15.02.2016

Kabul Tarihi / Accepted : 22.04.2016

Correspondence / Yazışma Adresi:

Uzm. Dr. Furkan Ufuk

Sandıklı Devlet Hastanesi Radyoloji

Bölümü 03500 Afyonkarahisar - Türkiye

P: 90 554 511 50 88

E-mail: furkan.ufuk@hotmail.com

Özet

İnternal herni, nadir görülen intestinal obstrüksiyon nedenidir. Hastalarda karın ağrısı, bulantı ve kusma gibi semptomlar bulunabilir. İnternal herni tanısı sıklıkla atlanmakta olup, yüksek mortalitesi nedeniyle intestinal obstrüksiyon bulgularıyla başvuran hastalarda internal herninin araştırılması, erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Biz burada pericekal internal hernisi bulunan bir olgu sunarak, bilgisayarlı tomografinin (BT) tanıdaki rolünü değerlendirdik.

Key words: Bilgisayarlı Tomografi, İnternal herni, Barsak obstrüksiyonu

Abstract

Amaç: Internal hernia, is a rare cause of intestinal obstruction. Symptoms may include abdominal pain, nausea and vomiting. Since it has a high mortality rate and the diagnosis is often missed, it is important to search for it in patients presenting with intestinal obstruction for prompt diagnosis and appropriate treatment. We present a case of pericecal internal hernia and report the utility of computed tomography (CT) in the diagnosis.

Anahtar kelimeler: Computed Tomography, Internal hernia, Bowel Obstruction

Giriş

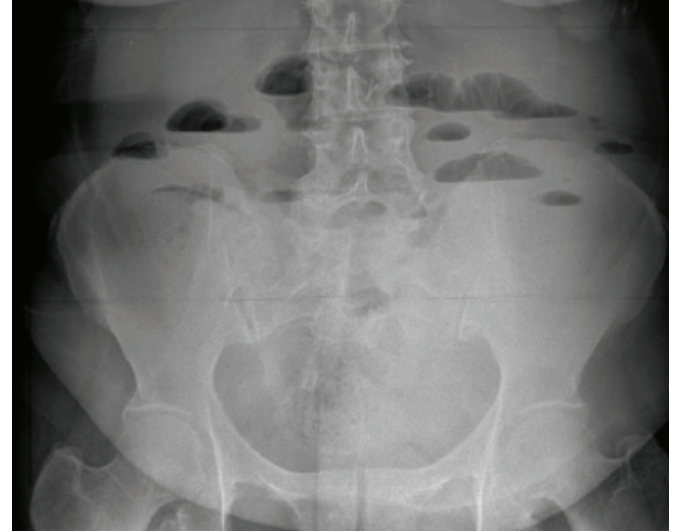
İnternal herni, barsak anslarının normal veya anormal periton veya mezenterik açıklıklardan periton sınırları içinde kalacak şekilde sarkması ve sıkışması olarak tanımlanır. İnternal herniler nadir görülen ince barsak obstrüksiyon nedenlerinden olup tüm ince barsak obstrüksiyonlarının yaklaşık %1-5'ini oluşturur^{1,2}. Karaciğer ve böbrek nakli, obezite cerrahisi gibi operasyonların günümüzde daha sık yapılması internal herni insidansının artmasına yol açmıştır. İnternal hernide tanıda gecikme mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır³. Bu makalede paraçekal internal hernisi bulunan bir olgu sunulurken, bu hastalığın önemli klinik özellikleri ve tanısız BT bulguları değerlendirildi.

Olgu Sunumu

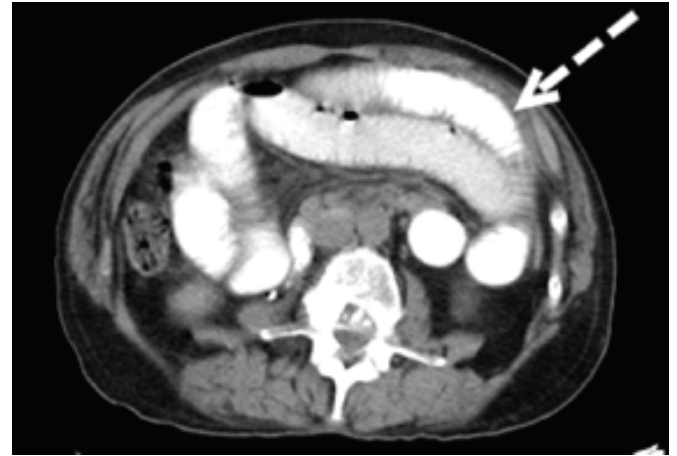
Bu yazıya hasta onamı alınarak başlanmıştır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı ile takip edilen 76 yaşında erkek hasta bir gündür devam eden karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmasıyla acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde batında hassasiyet ve defans saptandı. Hastanın öyküsünde bir kez inguinal herni operasyonu geçirdiği öğrenildi. Hastanın 16 ay, 9 ay ve 4 ay önce olmak üzere daha önce üç kez benzer şikâyetlerle acil servise başvurduğu, şikâyetlerinin verilen serum ve ilaçlarla gerilemesiyle taburcu edildiği öğrenildi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı ($9.8 \times 10^3 / \mu\text{L}$, normal aralık $4-10 \times 10^3 / \mu\text{L}$), normal eritrosit sayısı (5×10^6 , normal aralık $4.5-6 \times 10^6$) ve trombosit sayısı (203×10^3 , normal aralık $150-400 \times 10^3$) normal sınırlarda saptandı. Total bilirubin (0.4 mg/dL , normal aralık: $0.1-1.2 \text{ mg/dL}$), SGOT (Serum Glikozamin Oksalasetik Transaminaz, 25 U/L , normal aralık: $11-32 \text{ U/L}$) ve SGPT (Serum Glutamin Piruvat Transaminaz, 18 U/L , normal aralık: $13-33 \text{ U/L}$) ve amilaz 80 mg/dL (normal aralık: $27-102 \text{ mg/dL}$) değerleri normal sınırlarda bulundu. Biyokimya analizinde hafif C-reaktif protein (CRP) yüksekliği ($3,9 \text{ mg/dL}$, normal aralık: $0-0,5 \text{ mg/dL}$) saptandı.

Çekilen ayakta direkt batin grafisinde birkaç adet hava-sıvı seviyesi görüldü (Resim 1). Bunun üzerine intravenöz ve oral kontrast madde verilerek batin bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yapıldı. Batin tomografisi sonucunda ince barsak anslarında yaygın dilatasyon saptandı (Resim 2). Ayrıca sağ alt kadranda ileal ansların çekum posterolateralinde kümelenme gösterdiği ve ince barsak anslarının

bu segment proksimalinde dilate olduğu görüldü (Resim 3-4). Komşu vasküler yapılarda anormal kıvrımlanmalar dikkati çekti. Olguya paraçekal internal herni ön tanısıyla laparotomi yapıldı. Operasyonda ileal ansların çekum posteroinferiorundaki defekten paraçekal alana doğru herniye olduğu görüldü. Herniye anslar normal konumuna getirilerek, defekt onarıldı. Hasta operasyondan 10 gün sonra taburcu edildi.



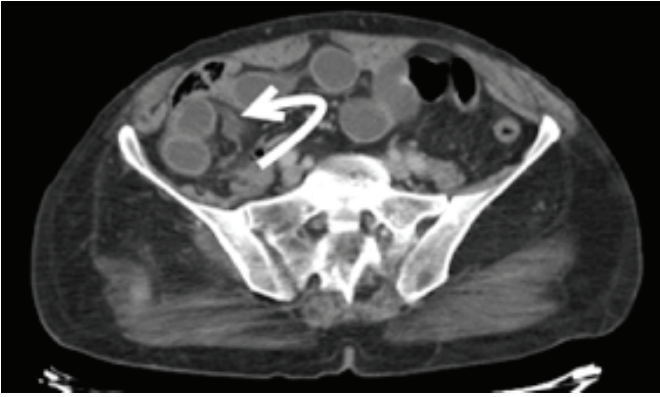
Resim 1: Ayakta direkt batin grafisinde birkaç adet ince barsak segmentlerinde hava-sıvı seviyesi görülmektedir.



Resim 2: Oral ve intravenöz kontrastlı aksiyel batin BT tetkikinde ince barsak anslarında yaygın dilatasyon (kesikli ok) görülmüştür.



Resim 3: İntravenöz kontrastlı sagittal rekonstrüksiyon batın BT görüntüsünde ince barsak anslarının periçekal alana herniasyonu (kesikli oklar) izleniyor.



Resim 4: İntravenöz kontrastlı aksiyel batın BT görüntüsünde ince barsak anslarının periçekal alanda kümelendiği ve ince barsak dilatasyonunun geçiş zonu (kıvrık ok) görülüyor.

Tartışma

İnternal herni, barsak anslarının periton veya mezenterik açıklık-

lardan periton içerisinde kalacak şekilde sarkması ve sıkışmasıdır. Peritoneal veya mezenterik açıklıklar konjenital olabileceği gibi inflamasyon, travma veya geçirilmiş cerrahiye bağlı olabilir. İnternal herniler yerleşimine göre paraduodenal (en sık %53), periçekal (%13), omental (%8), transmezenterik ve transmezokolik (%8), intersigmoidal (%5) olmak üzere beş kategoriye ayrılır⁴. İnternal herni bulunan hastalarda tekrarlayan kolik tarzda karın ağrısı, bulantı, kusma gibi parsiyel intestinal obstrüksiyon bulguları görülebilir^{1,2,4,5}. Semptomların şiddeti, herniasyonun süresine, intestinal obstrüksiyon varlığına, herniasyonun inkarsere ve strangüle olma durumuna göre değişmektedir⁵. Bizim olgumuzda herniasyonun muhtemelen gelip geçici olmasına bağlı tekrarlayan ancak semptomatik tedavi ile düzelen şikâyetler mevcuttu. İnternal herniler bizim olgumuzdaki gibi sıklıkla gelip geçici obstrüksiyona neden olduğundan, hastalar semptomatikken görüntüleme yapılması doğru tanı için gereklidir.

İnternal herni tanısında geçmişte baryumlu grafi en sık kullanılan yöntem konumundayken günümüzde yerini BT'ye bırakmıştır. Baryumlu grafilerde anormal yerleşimli, distandü, kümelenmiş ve sıkışmış barsak ansları görülür. Obstrüksiyon varsa buna bağlı segmental barsak dilatasyonları izlenebilir^{1,4}. Bilgisayarlı tomografide ek olarak mezenterik damarlarda genişleme, sıkışma, anormal kıvrımlanmalar ve çekilmeler görülmesi tanıya yardımcıdır. Ayrıca BT'de intestinal obstrüksiyonun başlangıç noktasının da görülmesi ve bu düzeyde bizim olgumuzda olduğu gibi neoplastik lezyon görülmemesi internal herniyi ayırıcı tanıda düşündürmelidir⁶. Bizim olgumuzdaki gibi BT'de dilate ileal ansların çekumun posterolateralinde görülmesi, periçekal herni tanısını destekler^{1,7}. Periçekal hernilerde obstrüksiyon bulguları ve strangülasyon diğer internal hernilere göre daha sık izlenmekte olup mortalite %75'e ulaşmaktadır⁷.

İnce barsak obstrüksiyonu varlığında ayırıcı tanıda abdominal adhezyonlar, eksternal herniler, volvulus, invajinasyon, ince barsak tümörleri, mezenter kaynaklı tümörler, enflamatuvar barsak hastalıkları, safra taşı ileusu, dinamik ileus ve internal herniler düşünülmelidir. Barsak obstrüksiyonu varlığında BT tanı koyma ve obstrüksiyona neden olan patolojiyi göstermede oldukça başarılıdır⁸. Abdominal adhezyonda, obstrüksiyon nedeni batın içi skar

dokusudur ve hastaların neredeyse tamamında batın içi operasyon öyküsü bulunur. Abdominal adhezyona bağlı barsak obstrüksiyonunda BT'de beklenen bulgu dilate barsak ansları ile kollabe olmuş anslar arasında ani geçiş görülmesi ve geçiş düzeyinde tümöral doku saptanmamasıdır⁹. External herniler sıklıkla muayene sırasında saptanır. Muayenede saptanamayan external herniler, BT'de periton dışına herniye barsak anslarının görülmesi ile kolayca tanınır¹⁰. Diğer bir barsak obstrüksiyon nedeni olan volvulusun BT bulguları etkilenen gastrointestinal bölgeye göre değişiklik gösterir. Mezenterik arter ve venlerin kıvrımlar göstermesi (girdap bulgusu), etkilenen barsak segmentlerinde aşırı dilatasyon ve dilate barsak anslarında anormal yerleşim görülür. Ayrıca sigmoid volvulusta yatarak çekilen batın grafisinde veya BT skenogram görüntüsünde kahve çekirdeği görünümü, çekal volvulusta ise apendiksin anormal pozisyonu tipik görüntüleme bulgularıdır⁸. İnvajinasyon klinik bulgular ve BT'de barsak içinde barsak görülmesi ve "hedef görünümü" ile internal herniden kolayca ayırt edilebilir. İnvajinasyonun sıklıkla çocukluk çağıda görülmesi ayırıcı tanı açısından göz önünde bulundurulmalıdır⁸. İnce barsak tümörleri ise barsak duvarında kalınlaşma veya geçiş zonunda kitle görülmesi ile ayırt edilir. İnce barsak adenokanserinde veya lenfomada BT'de barsak duvar kalınlığında belirgin artış, çevrede eşlik eden lenfadenopatiler ve barsak lümeninde daralmanın aksine anevrizmatik genişleme görülmesi tanı için çok büyük duyarlılığa sahiptir². İnternal hernilerde ise bizim vakamızda olduğu gibi proksimal barsak anslarında dilatasyon, dilatasyonun geçiş düzeyinde kümeleşen barsak ansları izlenir. Dilatasyonun distalinde peritoneal defektten herniye, anormal yerleşimli ancak dilate olmayan barsak ansları görülür.

Sonuç olarak internal hernilerde erken tanı, morbidite ve mortaliteyi azaltacağından BT görüntüleme bulgularının iyi bilinmesi ve intestinal obstrüksiyon nedenleri arasında internal hernilerin ayırıcı tanıda akılda tutulması önemlidir. Tekrarlayan ve semptomatik tedaviyle düzelen intestinal obstrüksiyon ile başvuran hastalarda sebep olarak internal herniler akla gelmelidir.

Kaynaklar

1. Doishita S, Takeshita T, Uchima Y, Kawasaki M, Shimono T, Yamashita A, Sugimoto M, Ninoi T, Shima H, Miki Y. Internal Hernias in the Era of Multidetector CT: Correlation of Imaging and Surgical Findings. *Radiographics*. 2016;36:88-106.
2. Choi SH, Han JK, Kim SH. Intussusception in adults: from stomach to rectum. *AJR Am J Roentgenol*. 2004; 183: 691-8.
3. Blachar A, Federle MP. Bowel obstruction following liver transplantation: clinical and CT findings in 48 cases with emphasis on internal hernia. *Radiology* 2001; 218:384-8.
4. Meyers MA. *Dynamic radiology of the abdomen: normal and pathologic anatomy*, 4th ed. New York, NY: Springer-Verlag, 1994; 519-47.
5. Blachar A, Federle MP, Dodson SF. Internal hernia:clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. *Radiology* 2001; 218:68-74.
6. Blachar A, Federle MP. Internal hernia: an increasingly common cause of small bowel obstruction. *Semin Ultrasound CT MR* 2002; 23:174-83.
7. Saygin H, Kara K, Sari S, Sücüllü I, Sonmez G. Education and imaging. Gastrointestinal: a rare cause of small bowel obstruction, paracecal hernia. *J Gastroenterol Hepatol*. 2015; 30:437.
8. Levsky JM, Den EI, Dubrow RA. CT findings of sigmoid volvulus. *AJR Am J Roentgenol*. 2010; 194:136-43.
9. Sasaki K, Kawasaki H, Abe H, Nagai H, Yoshimi F. Retrocecal hernia successfully treated with laparoscopic surgery: A case report and literature review of 15 cases in Japan. *Int J Surg Case Rep*. 2016;18:45-7.
10. Burkhardt JH, Arshanskiy Y, Munson JL. Diagnosis of inguinal region hernias with axial CT: the lateral crescent sign and other key findings. *Radiographics* 2011; 31:1-12

