

OLGU SUNUMU

Mehmet Yaşar¹
Ali Kayıkcı²
Ali Kemal Taşkın¹
Metin Aydın¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi AD, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Üroloji AD, Düzce

Yazışma Adresi:

*Yard. Doç. Dr. Mehmet Yaşar
Düzce Üniversitesi Tıp
Fakültesi Genel Cerrahi A.D.
Konuralp-81100, Düzce
Tel: 0532 771 65 76
Email: myasar59@gmail.com*

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Amyand Hernisi – Olgu Sunumu

ÖZET

Kasık fitiği içerisinde appendiks vermiformisin bulunması “Amyand hernisi” olarak tanımlanmaktadır. İnsidansı %1 düzeylerin de olup, preoperatif tanısını koymak oldukça zordur. İlk defa 1735 yılında Claudius Amyand tarafından tanımlanmıştır. Genelde tanısı cerrahi işlem sırasında konulabilmektedir ve peroperatif tanı konulduğu zaman herniyotomiden apendektomi yapılması tercih edilen yöntemdir. Biz bu vakamızda sağ nüks inguinal herni kesesinde inkarsere plastrone apandisit olgusunu sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Amyand Hernisi, Apendektomi

Amyand Hernia: Case Report

SUMMARY

The presence of the appendix vermiformis in inguinal hernia sac is defined as "Amyand hernia". The incidence is 1% and so preoperative diagnosis is difficult. In 1735 it was first described by Claudius Amyand. In time of diagnosis preoperatively the preferred method of treatment is appendectomy from herniotomy. In general, the diagnosis is made during surgery. We present a case of plastrone and incarcerated appendicitis in right recurrent inguinal hernia sac.

Key words: Amyand Hernia, Appendectomy

GİRİŞ

Kasık fitiği içerisinde appendiks vermiformisin bulunması Amyand hernisi olarak tanımlanmaktadır. İnguinal herni kesesi içinde apendikse rastlanma oranı %1 iken, inkarsere inguinal hernilerde akut apandisit olma durumu %0.13-0.62' dir. Operasyon öncesi tanısı zordur (1,2). Claudius Amyand, 1735 yılında bir erkek çocuğunu skrotal insizyon ile ameliyat etmiş ve inguinal herni kesesinde perfore apendiks saptaması üzerine apendektomi yapmıştır. Bu ilk Amyand herni olgusu olup, tarihteki ilk apendektomidir (3,4).

Biz daha önce sağ inguinal herni nedeniyle prolen mesh hernioplasti operasyonu geçiren nüks inguinal hernili hastanın fitik kesesi içinde eksternal inguinal ringde inkarsere olmuş, etrafı omentum ve reaksiyonel sıvı ile çevrili plastrone apandisit olgusunu tanımladık. Ayrıca bu vaka olgumuzda literatürü gözden geçirerek predispozan faktörler ile tanı ve tedavi yöntemlerini değerlendirdik.

OLGU SUNUMU

Yetmiş dört yaşında erkek hasta, acil servisimize sağ inguinal bölgede şişlik ve şiddetli ağrı nedeniyle başvurdu. Bir hafta önce sağ alt batin bölgesinde karın ağrısı başlamış, bu ağrı çok şiddetli olmadığı için herhangi bir tıp merkezine başvurmamış. Hasta bize başvurduğun da bulantı ya da kusma şikayetleri bulunmuyordu fakat iştahsızlığı mevcuttu ve barsak sesleri hipoaktifdi. Rektal tuşe ve diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar tetkikleri incelendiğin de beyaz küre 12.500, biyokimya ve TİT parametreleri normal olarak değerlendirildi.

Aynı zaman da ayakta batin grafisi de normal olarak değerlendirildi. Batin USG'de; Sağ inguinal kanalda dilate görünüm dikkati çekmişti. Sağ inguinal kanal içerisinde de bağırsak ansları izlenmiş olup, bağırsak hareketleri saptanmamıştı. Ayrıca inguinal kanal içerisindeki bağırsak segmentlerinin kanlanması normal olarak değerlendirilmedi.



Resim 1. İnguinal insizyonla kese içerisindeki Plastrone Apandisit

Sonuç olarak görünüm strangüle inguinal herni ile uyumlu olarak rapor edildi. Acil olarak operasyona alınan hastanın sağ inguinal bölgedeki eski insizyon hattından kesi yapılarak inguinal kanal eksplere edildi ve herni kesesine ulaşıldı. Kese açıldıktan sonra içerisinde etrafını omentum ve reaksiyonel sıvı ile kaplamış, mezosu ile beraber apandisit görüldü. Sıvı aspire edildikten sonra omentum dikkatli bir şekilde diseksiyon ile apandiksden ayrıştırıldı. Apandiksin çekumun radiksinde itibaren ödemli ve gangrenöz olduğu izlendi. Vaka plastrone apandisit olarak değerlendirildi. (Resim 1). Hastanın apandektomisi yapılarak, herni kesine yüksek ligasyon uygulandı. Fasya pirimer olarak kapatıldı. Postop 2. gün vaka taburcu edildi.

TARTIŞMA

İnguinal fitik, karın duvarının zayıflamış bölgelerinden peritonla birlikte karın içi organ veya organlarının bir kısmının karın ön duvarını geçmesi şeklinde tanımlanır. Genel de kasık bölgesinde herni oluşmakta ve ağırlıklı olarak da omentum ve ince bağırsak kese içerisinde bulunmaktadır. Nadir olarak mesane, meckel divertikülü (Litre fitiği), bağırsak çevresinin bir bölümü (Richter fitiği) de fitik kesesi içerisinde yer alabilmektedir (5). Amyand hernisi ilk olarak Kral II. George'un cerrahı olan Claudius Amyand (1860–1740) tarafından Londra'da 11 yaşında erkek hastada inguinal herni kesesi içinde perfore apandiksin olması ile tanımlanmıştır (6). İnguinal herni kesesi içinde apendikse rastlanma oranı %1 iken, inkarsere inguinal hernilerde akut apandisit olasılığı % 0.13–0.62 olarak verilmektedir (6,7)

Kese içinde akut apandisit ya da perfore apandisit, özellikli belirti ve bulgulara sahip değildir ve genellikle bağırsak perforasyonunu taklit ettiğinden dolayı preoperatif Amyand Fitiği tanısı koymak oldukça zordur. Perfore ise apendektomi uygulanır. Kese içinde apendiks vermiform saptanması halinde apendektomi uygulanıp uygulanmaması rutin fitik onarımlarında enfeksiyon riskinden dolayı tartışma konusudur.

Gelişebilecek enfeksiyon riskinin oranı bilinmemektedir. Yaşlı hastalarda ameliyat süresinin uzaması, eşlik eden diğer hastalıklar ve bu yaş gurubunda apandisit ihtimalinin düşük olması nedeniyle proflaktik apendektomi önerilmemektedir. Normal apandiksin fitik kesesi içinde manüplasyonuna bağlı Akut Apandisit provake olabileceği bildirilmiştir.

Karın kaslarının kasılması sonucu batin içi basıncın artması ve kronik fitiklerde oluşan yapışıklıklar apendiks mezosunu sıkıştırarak apandiksin kanlanmasını bozar ve bunun sonucunda iltihaplanmaya ve bakterilerin sayıca artışına neden olarak apandisit gelişimine yol açabilir (4,7).

Ameliyat öncesi dönemde Amyand fitiği tanısı koymak oldukça güçtür; ama ciddi iltihaplanma, tıkanma ya da delinme varlığında klinik tablo

gastrointestinal sistemin herhangi bir yerine ait delinme ya da tıkanma klinik tablosu ile karışabilmektedir. Bu patolojilerin mevcudiyetinde ameliyat öncesi dönemde batının bilgisayarlı tomografik tetkiki tanının doğrulanmasına yardımcı olabilmektedir (3,7). Biz de olgumuzu ameliyat öncesi dönemde saptayamadık, ancak ameliyat sırasında fitik kesesini açtıktan sonra tanı koyabildik. Amyand fitiği cerrahi tedavisinde perforasyon ve süpüratif enflamasyon gibi kontamine olgular olmadığı sürece sentetik greft uygulaması önerilmektedir. Aksi takdirde yara enfeksiyon riski ve apandiks güdük fistülü gibi komplikasyonlar meydana gelebilir. Mevcut patolojiler halinde ise anatomik fitik onarım yöntemleri önerilmektedir (4).

Biz de bu vakada ciddi enflamasyon ve plastrone apandisit görünümü olduğundan Bassini onarım tekniğini kullandık. Amyand hernisinin tedavisi

mümkün ise aynı insizyon ile apendektominin yapılması ve herninin onarımı yapılabilir. Ancak şüpheli olgular da laparotomi tercih edilebilir (7).

Amyand Hernisi sıklıkla herni onarımı sırasında tesadüfen tanısı konan ve özellikle acil odasında karşılaşılan inkarsere inguinal herni olgularında karşımıza çıkan nadir bir durumdur. Septik sürecin peritona yayılmasına bağlı olarak hayatı tehdit edici hale gelir ve mortalitesi %14 ile %30 arasında değişmektedir (8,9). Mortalite riski peritonit veya periapandiküler apse olsun veya olmasın perfore apandisit varlığı ile ilişkili görünmektedir.

Sonuç olarak, bizim önerimiz inkarsere hernisi olan hastalarda akut apandisit morbiditeyi ve mortaliteyi artırıcı bir neden olarak düşünülmelidir. Bu klinik antite hakkında uyanık olmak inkarsere hernisi olan hastaların preoperatif değerlendirilmeleri sırasında yararlı olacaktır. Bu da cerrahi tedavi tekniğinin daha uygun yapılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Logan MT, Nottingham JM. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature. *Am Surg* 2001;67(7):628-9.
2. House MG, Goldin SB, Chen H. Perforated Amyand's hernia. *South Med J.* 2001;94(5):496-8.
3. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr.* 2000;24(6):884-6.
4. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases. *Hernia.* 2003;7(1):50-1.
5. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. *Singapore Med J.* 2005;46(8):424-5.
6. Apostolidis S, Papadopoulos V, Michalopoulos A, Paramythiotis D, Harlaftis N. Amyand's Hernia: A case report and review of the literature. *The Internet Journal of Surgery* 2005;6:1. <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-surgery/volume-6-number-1>.
7. Öztürk E, Garip G, Yılmazlar T. Amyand herni. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;30(3):225-6.
8. Ottaviani M, Maglio MN, Papa F, Zitarelli V, Alario G, Di Marzo A. [Acute gangrenous appendicitis in incarcerated inguinal hernia. A case report]. *Minerva Chir.* 1997;52(6):831-3.
9. Davies MG, O'Byrne P, Stephens RB. Perforated appendicitis presenting as an irreducible inguinal hernia. *Br J Clin Pract.* 1990;44(11):494-5.