



Çocuklarda İleusun Nadir Nedeni Transmezenterik İnternal Herni; Olgu Sunumu

Rare reason of ileus in children transmesenteric internal hernia; case report

Tamer Sekmenli¹, **Nevin Sekmenli²**

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Konya, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Konya, Türkiye

Öz

İleus, barsağın fonksiyonel veya mekanik obstrüksiyonu sonucu ortaya çıkan yaygın bir klinik durumdur. Transmezenterik internal herni mekanik bir ileus nedeni olup, nadir görülür. İnternal herni, abdominal organların karın boşluğu içindeki konjenital veya edinsel bir açıklığa doğru ya da retroperitoneal bir fossaya doğru fıtıklaşması şeklinde meydana gelir. Klinik olarak hafif abdominal kramp ağrısından yaygın karın ağrısına ve ileus bulgularına kadar değişen semptom ve bulgular meydana gelebilir. Radyolojik tetkikler operasyon öncesi doğru tanıya katkı sağlayabilir, ama sıklıkla tanı ameliyat sırasında konulur. Altı yaşında ileus tablosuyla gelen peroperatif internal transmezenterik herni saptanan kız hastanın klinik ve medikal seyrini literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: İleus, transmezenterik internal herni, çocuk

GİRİŞ

İleus ince yada kalın barsakların peristaltizminin kaybedilmesi ya da mekanik bir nedenle tıkanması sonucu ortaya çıkan klinik bir durumdur.^[1] Genel olarak ileusun temel bulguları; karın ağrısı, gaz ve dışkı çıkaramama, iştahsızlık, bulantı, kusma ve sonrasında abdominal distansiyondur.^[2]

Herniler yaygın bir yelpazede intestinal obstrüksiyon nedeni olup, inguinal, ventral ve internal hernileri içerir ve müdahale edilmezse barsakların strangülasyonuna kadar giden kötü klinik tabloyla ilişkilidirler. Hernie olan barsak segmentinde boğulma durumunda karın ağrısı, kusma, gaz ve dışkı çıkaramama gibi obstrüksiyon belirtileri meydana gelir. İnternal herniler, iç organların periton veya mezenterik

Abstract

İleus is a common clinical condition that occurs as a result of functional or mechanical obstruction of the bowel. Transmesenteric internal hernia is a mechanical ileus cause and is rarely seen. Internal hernias occur in the form of hernia of the abdominal organs into a congenital or acquired opening in the abdominal cavity or towards a retroperitoneal fossa. Clinically, symptoms and signs can range from mild abdominal cramp related pain to widespread abdominal pain and ileus findings. Radiological examinations can contribute to the correct diagnosis before surgical intervention; however, most of the time definitive diagnosis is made during surgery. The present paper presents the clinical and medical course of a 6-year-old girl referring to our clinic with an ileus table and preoperatively determined a peripheral internal transmesenteric hernia in the light of the information in the current literature

Keywords: Ileus, transmezenteric internal hernia, child

defektlerden protrüzyonu ile oluşurlar, ancak abdominal kavite içinde sınırlı kalırlar. Batın içi operasyonlara sekonder gelişen defektler gibi akkiz nedeni olabilir ya da fossa, foremen, mezenterik bant ve defektler gibi konjenital anatomik nedeni olabilir. İnternal herniasyonlar kapalı loop barsak obstrüksiyonu gelişmesi ile yakından ilişkilidirler. Bu durumda hızla barsak iskemisi gelişebilir ve karın muayenesi ile orantısız belirgin şiddetli karın ağrısı ile karakterizedir.^[3]

İnternal herniler yaygın olarak anatomik lokalizasyona göre sınıflandırılır; Paraduodenal, periçekal, transmezenterik, transmezokolik, paravezikal, intersigmoid, retroanastomotik ve foramen Winslow hernisi tipleri vardır.^[4] Tüm internal



hernilerin %50'si paraduodenal herni olup en sık görülen tiptir.^[5]

İnternal transmezenterik herni (İTH), barsak mezenterinde konjenital bir defekt nedeni ile oluşan abdominal kavite içindeki ince barsak herniasyonudur. Literatürde bildirilen tüm ince barsak tıkanıklarında İTH insidansı yaklaşık %0.06 5.8 dir.^[4] Tüm internal hernilerin %5-10 'unu İTH oluşturur.^[6] İTH, sadece doğumsal mezenterik bir kusur nedeniyle oluşur ve fitik kesesi olmamasına rağmen bağırsak tıkanıklığına yol açabilir. İnternal herni nedeniyle barsak beslenmesi bozulur, zamanında müdahale edilmezse değişen uzunluktaki barsaklar gangrene gidebilir.

Bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları ile internal herni tanımlanabilse de İTH tanısı radyolojik olarak da zordur, Bu nedenle ancak peroperatif tanı konabilen vakalar da az değildir.^[6-11]

Bu çalışmada 6 yaşında ileus bulguları ile gelen bir kız hastanın, peroperatif görülen İTH tablosunun cerrahi öncesi klinik seyri, cerrahi uygulaması ve ameliyat sonrası takip tecrübemizi literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

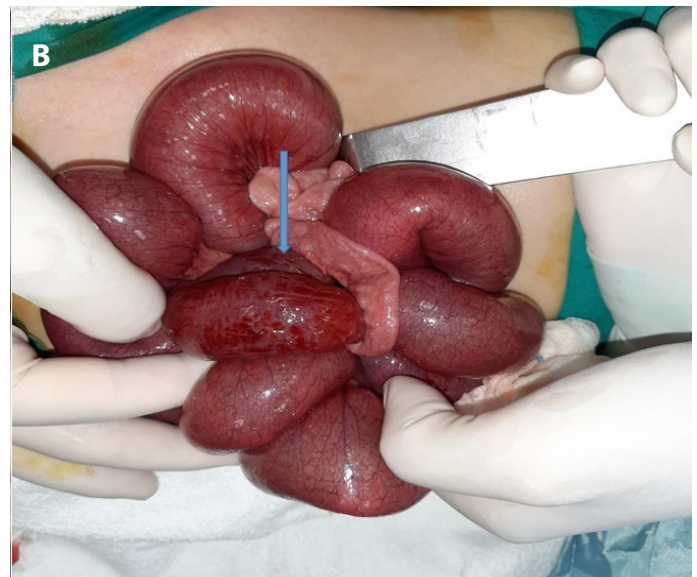
OLGU SUNUMU

Altı yaş kız hasta öncesinde enterit benzeri dışkılama mevcut iken sonrasında iştahsızlık, kramp tarzında karın ağrısı ile birlikte bulantı ve kusma şikayetleri gelişmesi nedeniyle hastanemiz çocuk acil polikliniğinde değerlendirildi. Batın normalden distandü idi ancak peritonit bulguları mevcut değildi. Ayakta direkt batın grafisinde (**Resim 1**) distal segmentlerde gaz izlenmezken, proksimalde merdiven basamağı şeklinde hava sıvı seviyelerini içeren intestinal obstrüksiyon bulguları görüldü.

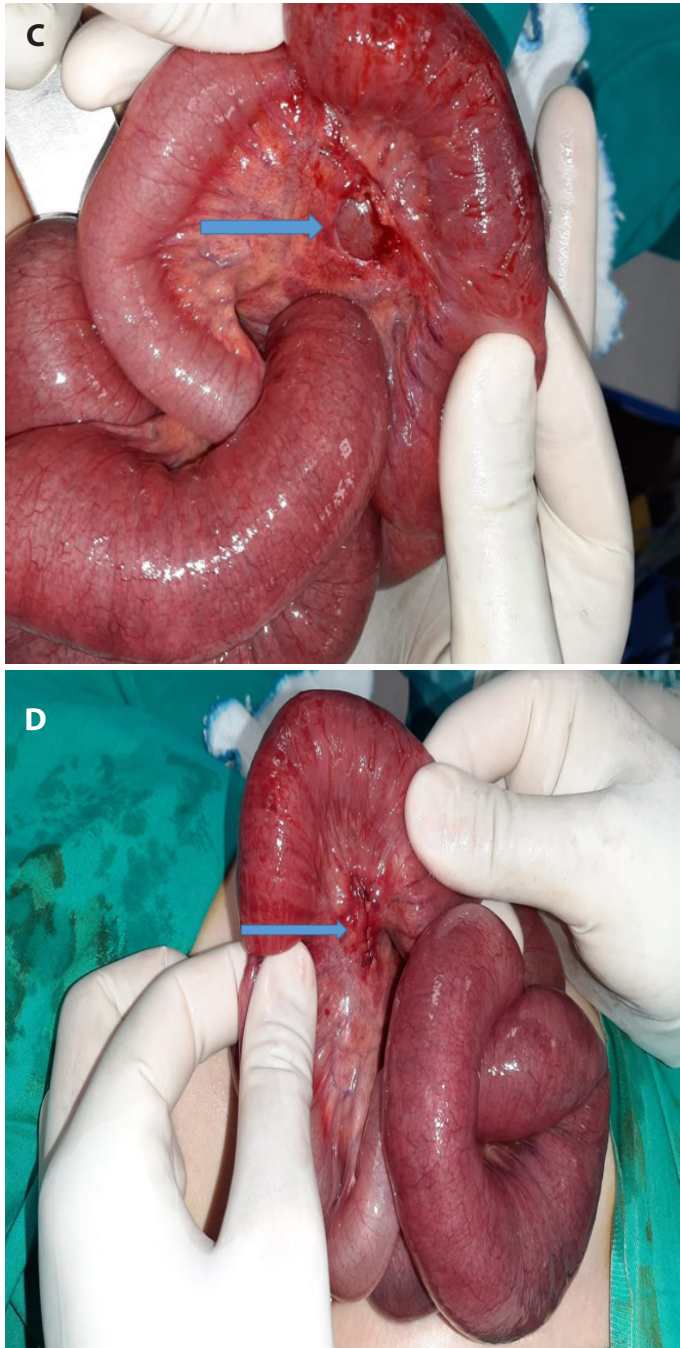


Resim 1. Ayakta direkt batın grafisinde sol üst kadranda kümelenmiş multipl ince barsak havasız seviyeleri ile birlikte distale gaz geçişinin olmadığı izlenmektedir.

Batın ultrasonografi incelemesinde dilate barsak ansları ve batında minimal artmış serbest mayii dışında özellik yoktu. Hasta ileus nedeniyle acil operasyona alındı. Batında reaksiyonel mayii aspire edildi. Eksplozyonda terminal ileumdan 30 cm proksimalde yaklaşık 20 cm'lik ileal ansın mezo defektinden geçip, İTH oluşturduğu görüldü. İlgili barsak segmenti hafif siyanoze olup kanlanması kısmen etkilenmişti. Proksimal segment ileri derece dilateydi (**Resim 2 A/B**). İlgili ans, sıkıştığı mezo defektinden çıkarılıp serbestleştirildi, Siyanoze segmentin renginin normale döndüğü görüldü ve mezenter defekti 4/0 vicryl ile onarıldı (**Resim 3 C/D**). Peroperatif intestinal pasaj devamlılığı teyid edildikten sonra batın, anatomisince uygun şekilde kapatıldı. Postoperatif 6 saat sonra rejim 1 başlandı, hasta postop 1. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi.



Resim 2 A/B. Yaklaşık 20 cm'lik ileal ansın, internal transmezenterik herniasyonunun peroperatif görünümü



Resim 3 C/D. Mevcut mezener defekti ve onarım sonrası görüntüsü

TARTIŞMA

İTH, ince barsak mezenteri veya mezokolon defektine sekonder ince barsakların bu defektten protrüzyonu ile oluşur ve tüm internal hernilerin %5-10'unu oluşturur.^[6] Konjenital mezenterik defektler, genellikle Treitz ligamanının proksimalinde ya da ileoçekal valve yakın lokalizasyonda görülür. Konjenital olanlar sıklıkla çocukluk çağında bulgu verir. Erişkinlerde ise en sık akkiz mezenterik defekt sebepleri inflamatuvar ve travmatik nedenler ile Roux-en-Y prosedürü gibi

ameliyatlarda görülen defektler nedeniyle oluşurlar.^[12] Ancak nadir de olsa ileri yaşta, ameliyat veya travma öyküsü olmadan da İTH gelişen vakalar bildirilmiştir.^[13]

İTH nedenli ileusta klinik gidiş, tutulan barsak segmenti uzunluğu ve lokalizasyonuna göre oldukça değişkendir. Bu nedenle semptomlar, belirsiz karın ağrılarından, aralıklı ileus ve strangülasyona varan peritonit tablolarına kadar değişen yelpazededir ve uğraştırıcıdır.

Ayakta direkt batin grafileri genellikle tanisal olmamakla birlikte, belli bir bölgede lokalize dilate ince barsak ansları izlenebilir. Baryumlu grafide duodenumun solunda kümelenmiş, kontrast madde ile dolu dilate ince bağırsak lupları izlenebilir.

Bilgisayarlı tomografi (BT) tanıda önemli bir seçenektir. Bizim vakamızda şiddetli kusmaya bağlı olarak sıvı elektrolit kaybı mevcuttu. Ayakta direkt batin grafisi bulguları ve klinik bulgular ışığında ileus öntanısı ile acil cerrahi girişim yapıldı, bu nedenle BT inceleme yapılamadı.

BT'de; treitz ligamanı solunda mide ve pankreas komşuluğunda enkapsüle görünümde dilate bir ince bağırsak kümesi izlenir. Belirginleşmiş mezenterik vasküler yapılar herni kesesinin girişine doğru yönelim gösterirler ve bu alanda paralel konumlu iki ince bağırsak ansı izlenebilir. Herni içindeki jejunal anslarda distansiyon ve sıvı seviyeleri de BT de izlenen bulgulardandır. Üç boyutlu reformat BT görüntüleri de ileus tipini anatomik olarak tanımlamaya yardımcı ilave olanaklar sağlar.^[14,15] Tedavi açık veya laparoskopik girişimlerle yapılabilir.^[16] Tedavide temel prensip, herniye intestinal segmentin redüksiyonu ve defektin onarılmasına dayanan bir cerrahi prosedürdür.

SONUÇ

İleusların yaklaşık %6'dan daha az kısmını oluşturan İTH'ler, ileusların önemli ve sıklıkla ayırıcı tanıda unutulmuş nedeni olmaya devam etmektedir.^[5,6]

İntestinal obstrüksiyonun klinik ve radyolojik özelliklerini taşıyan vakalarda abdominal cerrahi öyküsü bulunmuyorsa ve yapılan tetkiklerde bu tabloyu açıklayan bulguların olmadığı durumlarda İTH'ye bağlı obstrüksiyon ihtimali her zaman akıldan tutulmalıdır.

ETİK BEYANLAR

Aydınlatılmış Onam: Bu çalışmaya katılan hasta(lar)dan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkarıya dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Madl C, Druml W. Gastrointestinal disorders of the critically ill. Systemic consequences of ileus. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2003;17(3):445-56.
2. Karakoç D, Hamaloğlu E, Hersek E. İntestinal obstrüksiyonlar. Sayek, editör. *Temel Cerrahi 3.Baskı*. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004. p.1087-102.
3. İleuslarda Klinik Prezantasyon ve Yaş. Uğur M, Aydoğan A. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 2014;7(2):13-8.
4. Meyers MA. *Dynamic Radiology of the Abdomen: Normal and Pathologic Anatomy*. 4th ed. New York, NY: Springer-Verlag; 1994.
5. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg* 1986;152:279-85.
6. Vallumsetla R, Govind Rao N. Congenital transmesenteric internal hernia A case report with literature review. *Indian J Surg* 2010;72:268-70.
7. Mangal AK, Massey A, Patel P. Congenital transmesenteric hernia presenting with intestinal obstruction in an adult: a case report. *ANZ J Surg* 2016;86:624-5.
8. Van der Mieren G, de Gheldere C, Vanclooster P. Transmesosigmoid hernia: report of a case and review of the literature. *Acta Chir Belg* 2005;105:653-5.
9. Guillem P, Cordonnier C, Bounoua F, Adams P, Duval G. Small bowel incarceration in a broad ligament defect. *Surg Endosc* 2003;17:161-2.
10. Hashimoto D, Hirota M, Sakata K, Yagi Y, Baba H. Adult transmesenteric hernia: report of two cases. *Surg Today* 2012;42: 489-92.
11. Alhaya S, Gosal P, Shakeshaft A. Incarcerated congenital transmesenteric hernia in an adult: a case report. *J Surg Case Rep* 2017;2017:rjx112.
12. Renvall S, Niinikoski J. Internal hernia after gastric operations. *Eur J Surg* 1991;157(10):575-7.
13. Jung P, Kim MD, Ryu TH, et al. Transmesocolic hernia with strangulation in a patient without surgical history: case report. *World J Gastroenterol* 2013;19(12):1997-9.
14. Numata K, Kunishi Y, Kurakami Y, et al. Gallbladder herniation into the lesser sac through the foramen of Winslow: report of a case. *Surg Today* 2013;43(10):1194-8.
15. Tong RS, sengupta S, Tjandra JJ. Left paraduodenal hernia. Case report and review of literature. *ANZ J Surg*. 2002;72:69-71.
16. Hamed OH, Simpson L, Lomenzo E, Kligman MD. Internal hernia due to adjustable gastric band tubing: review of the literature and illustrative case video. *Surg Endosc* 2013;27(11):4378-82.