

# Tanısı Zor Bir Mekanik Barsak Obstrüksiyon Sebebi: Obturator Herni

## An Elusive Reason of Mechanical Intestinal Obstruction: Obturator Hernia

Mustafa Buğra Kardaşlar<sup>1</sup>, Samet Cın<sup>2</sup>, Tayfun Yoldaş<sup>2</sup>, Cemil Çalışkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Çiğli Bölge Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmada kliniğimizde obturator herni nedeni ile opere edilen hastaların tanı, tedavi seçenekleri ve hasta yönetiminin literatür ile karşılaştırılarak incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2009-Eylül 2013 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda akut karın ve mekanik barsak tıkanıklığı nedeni ile opere edilen ve etyolojik neden olarak preoperatif tanı konularak acil olarak opere edilen veya peroperatif obturator herni tespit edilen 4 hasta retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Obturator herni nedeni ile opere edilen 4 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalarda radyolojik olarak abdominal bilgisayarlı tomografide mekanik barsak tıkanıklığı ile uyumlu patolojiler ve direk karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri olduğu tespit edildi. Obturator herniye bağlı inkanserasyon veya strängülasyon nedeni ile opere edilen hastaların 2 tanesine (%50) parsiyel ince barsak rezeksiyonu ve anastomoz uygulanırken, 2 hastaya (%50) redüksiyon uygulandı. Postop takipte 1 hastada (%25) derin ven trombozu gelişirken, 1 hasta (%25) anastomoz kaçağı gelişmesi sonrasında exitus oldu.

**Sonuç:** Obturator herni nadir görülen bir herniasyon çeşididir. Sıklıkla ileri yaş bayanlarda görülür. Tanıda gecikme mortalite ile sonuçlanabildiği gibi postoperatif dönemde de ileri yaşa bağlı komplikasyonlar (derin ven trombozu, pnömoni) her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Mekanik barsak obstrüksiyonu ayırıcı tanısında obturator herni akılda tutulmalı tanı ve tedavide gecikilmemelidir.

( Sakarya Tıp Dergisi 2016, 6(3):152-155 )

**Anahtar Kelimeler:** mekanik barsak obstrüksiyonu; ayırıcı tanı; obturator herni; bilgisayarlı tomografi.

### Abstract

**Objective:** In this study, we have tried to compare the treatment options and patient management between the patients who were operated with obturator hernia cause and literature.

**Materials and Methods:** 4 patients have been evaluated who have been operated because of obturator hernia or diagnosed as obturator hernia perioperatively between January 2009 and September 2013 in the Ege University, Department of General Surgery.

**Results:** The patients who have been operated for obturator hernia has analysed retrospectively. All of patients has obstructive signs in abdominal CT and air-fluid level in direct x-ray radiography. We have done partial small intestine resection and anastomoses for 2 patients. We have done reduction for 2 patients. In the post-op period deep vein thrombosis has been developed in 1 patient and 1 patient has been died depending to the anastomotic leakage.

**Conclusion:** Obturator hernia is an rarely herniation. We often determine this situation in old and woman patients. The late identifications can be mortal or we can see more complications in elderly patients like deep vein thrombosis or pneumonia. We should be alert for this complications. It should be in our mind that obturator hernia is a differential diagnoses of intestinal obstruction.

( Sakarya Med J 2016, 6(3):152-155 )

**Keywords:** Intestinal obstruction; differential diagnoses; obturator hernia; computerized tomography.

## GİRİŞ

Obturator fıtıklar son derece nadir görülürler ve tüm karın duvarı fıtıklarının %0.05 ile %1.4' ünü oluştururlar. Obturator herni ilk olarak 1724 yılında Arnaud de Ronsil tarafından tarif edilmiştir. İlk obturator fıtık onarımı 1851 yılında Obre tarafından yapılmıştır.<sup>1,2</sup> Yaşlı, zayıf, doğum yapmış bayanlarda mortalite ve morbidite açısından önemli bir intestinal obstrüksiyon nedeni olabilmektedir.<sup>3</sup> Bu hastaların komorbiditelerine bağlı olarak hastaneye başvuruda veya tanıda gecikmeler yaşanabilir. Tanıda gecikme akut strangülyasyona bağlı yüksek mortaliteyle seyredir.<sup>4</sup> Obturator fıtıklar %0.2-1.6 olguda intestinal obstrüksiyon bulguları gösterirler.<sup>5</sup> Obturator herni mekanik barsak tıkanıklığı nedeni ile acil servise başvuran yaşlı, zayıf bayanlarda tanıda mutlaka akla gelmelidir.<sup>6</sup> Klinik şüphe olduğunda erken tanı için bilgisayarlı tomograf (BT) mümkün olduğunca erken uygulanmalıdır.<sup>7</sup>

## GEREÇ ve YÖNTEMLER

Ocak 2009-Eylül 2013 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda akut karın ve mekanik barsak tıkanıklığı nedeni ile opere edilen ve etyolojik neden olarak preoperatif ve/veya peroperatif obturator herni tespit edilen 4 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların yaş ortalamaları, başvuru şikayetlerinin süresi, yapılan operasyon, postoperatif yatış süresi, mortalite oranı, postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi.

## BULGULAR

Obturator herniye bağlı inkarasyon veya strangülyasyon nedeni ile opere edilen hastalardan 2 tanesine (%50) parsiyel ince barsak rezeksiyonu ve anastomoz uygulanırken, 2 hastaya (%50) redüksiyon uygulandı. Postoperatif takipte 1 hastada (%25) derin ven trombozu gelişirken, 1 hasta (%25) anastomoz kaçağı gelişmesi üzerine exitus oldu. Hastaların ortalama yatış süresinin 10,75 gün, şikayetlerinin başlangıç süresinin ise ortalama 4,75 gün olduğu görüldü.

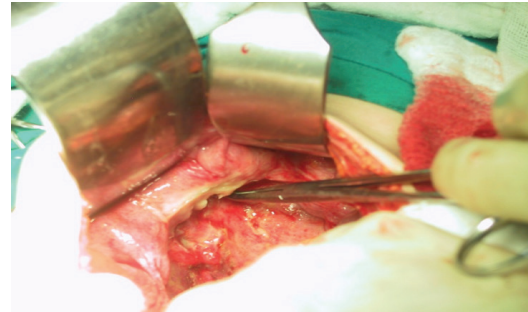
## TARTIŞMA

Obturator herni oldukça nadir görülen bir sorundur ve preoperatif tanısı oldukça zordur.<sup>1,2</sup> İleri yaş ile birlikte preperitoneal yağ dokuda azalma, kemik pelviste olan genişlemeler, çok doğum yapma gibi bir çok faktörle ilişkilidir. Obturator herni mekanik barsak tıkanıklığı nedeni ile acil servise başvuran yaşlı,

zayıf bayanlarda tanıda mutlaka akla gelmelidir.<sup>6</sup> Bu hastalarda çoğu zaman komorbiditeleri (Alzheimer, yatağa bağımlılık) nedeni ile tanıda gecikmeler yaşanabilmektedir. Tanıda gecikme mortaliteyi artırdığı gibi daha majör bir cerrahi ihtiyacı doğurmaktadır ki bu da mortaliteyi artıran diğer bir faktördür. Çoğu zaman hastalarda mekanik barsak obstrüksiyonu bazı çalışmalarda tanı aşamasında BT, barsak rezeksiyon oranını azaltırken bazı çalışmalarda mortaliteye faydası olmadığı görülmüştür.<sup>7,8</sup> Ancak biz BT'nin obturator herni ayırıcı tanısında faydası olduğu kanaatindeyiz.

TABLO 1: Hastaların demografik özellikleri ve şikayetlerinin başlangıcı ile hastaneye başvuru arasında geçen süre, hastanede kalış süreleri ve görülen komplikasyonlar

HASTA	CİNSİYET	YAŞ	BAŞVURU SÜRESİ	HAST. KALIŞ SÜRESİ	KOMPLİKASYON
1	KADIN	83	3	12	DVT
2	KADIN	88	5	11	ANOSTOMOZ KAÇAĞI
3	KADIN	84	10	11	-
4	KADIN	83	1	9	-



Resim 1:  
Obturator  
Kanalın  
peroperatif  
görüntüsü



Resim 2:  
Obturator  
kanala  
herniasyon ve  
strangülyasyon  
sonrasında  
perforasyon  
gelişmesi

Çalışmamızda tüm hastalar acil başvuru nedeni ile laparotomi uygulanırken literatürde laparoskopik seriler de bulunmaktadır.<sup>9</sup> Postoperatif mortalite ve morbidite oranları diğer çalışma-

larda olduğu gibi yüksekti.<sup>10,11,12</sup> Bu durum hastaların komorbiditeleri (Alzheimer, yatağa bağımlılık) ve tanıda gecikme ile açıklanabilir. Aynı zamanda postoperatif takipte de ileri yaşa bağlı komplikasyonlar (derin ven trombozu, pnomoni) morbiditeyi artırmaktadır. Barsak obstrüksiyonu nedeni ile başvuran yaşlı, zayıf ve doğum yapmış bayanlarda ön planda obturator herni düşünmek, tanı ve tedavide geç kalmamak mortalite ve morbiditeyi azaltmak için ilk yapılması gerekenlerdir. Postoperatif takipte de ileri yaşa bağlı komplikasyonlar her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu olgularda fitik kesesi pectineus kasının altında olduğundan muayenede kese palpe edilemez. Periton boşluğuna fitik kesesi içeriğinin spontan redükte olduğu zaman dilimlerinde hastanın kliniğinde düzelmeler görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda aralıklı semptomların cerrahi tedavi öncesinde olguların %75'inde bulunduğu tespit edilmiştir. Obturator fitik olgularının %15-50'sinde fitik kesesinin obturator sinire basısına bağlı olarak Howship-Romberg bulgusu pozitif olabilir.<sup>13</sup> Bu hastalar sıklıkla mevcut şikayetleri kas-iskelet sistemi hastalığı zannedilerek nörolog veya ortopedik cerrahlar tarafından değerlendirilmekte ve karın semptomları genellikle göz ardı edilebilmektedir.<sup>13,14</sup> Obturator fitik; intestinal obstrüksiyona ait klinik bulgular, pozitif Howship-Romberg bulgusu, rektal veya vajinal muayenede büyük fitik kesesine ait kitle bulgusu veya hastanın hikayesinde obstrüksiyonu düşündüren verilerin olması ile özellikle yaşlı ve kadın hastalarda ön tanı olarak düşünülmelidir.<sup>15</sup> Tanıda baryumlu grafiler, floroskopi, karın BT, herniografi ve karın US gibi tetkiklere başvurulabilir ve tanı koyma oranları %0-70 arasında değişir.<sup>16,17</sup> Tüm bu yöntemlere rağmen obturator fitik tanısı kesin olarak hala laparotomi ile konulmaktadır.<sup>18</sup>

Obturator fitiklara yaklaşımda peritonit, komplet intestinal obstrüksiyon veya strangülasyon bulguları varsa erken cerrahi girişim mutlaka yapılmalıdır. Nonspesifik semptomlar veya belirsiz klinik bulgular varsa, acil cerrahi girişim için güçlü kanıtlar yoksa bekleme döneminde acil karın tomografisi tanının netleştirilmesi açısından son derece faydalı olabilir. Bunun yanında özellikle komplet obstrüksiyon veya peritonit olan olgularda pelvisin tam olarak değerlendirilmesinde tomografinin yararı yadsınmaz.<sup>7,19</sup>

Obturator fitiklarda defektin onarımını içeren retropubik, preperitoneal, inguinal veya intraabdominal yaklaşımların yanında laparoskopik yaklaşımda kullanılabilir. Defekt primer veya greft kullanılarak onarılabilir ve onarımlar sonrasında genellikle herhangi bir problemle karşılaşmamaktadır.<sup>20,21</sup>

Son olarak obturator hernilerin sebepleri arasında intraabdominal basınç artışına sebep olan batın içi kitleler ve intraabdominal enfeksiyonlar mevcuttur.<sup>22,23</sup> Mekanik barsak obstrüksiyonu nedenleri arasında bulunan invajinasyonların ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekir.<sup>24</sup>

Sonuç olarak günümüzde obturator herni tanısı halen, düşük insidansı, nonspesifik semptomları ve ilk aşamada akla gelmemesi nedeni ile gecikebilmektedir. Bu nedenle BT en kısa zamanda çekilmeli ve erken cerrahi kararı alarak hastayı olası barsak rezeksiyonundan korumak gereklidir. Yeterli resüsitasyon, hemodinami takibi ve cerrahi saha kontaminasyonunun engellenmesi sağkalımı önemli ölçüde arttırmaktadır. Kontrendikasyon yoksa mesh onarım erken rekürrensi önlemektedir.

## SONUÇ

Obturator herni, mekanik barsak tıkanıklığının nadir bir nedenidir. Genellikle preoperatif olarak tanınması zor bir pelvik fitik tipidir. Tanı ve tedavide geç kalındığında ölüm oranı yüksektir. Özellikle klinik olarak mekanik barsak tıkanıklığı bulguları olan, daha önce batın içi operasyon öyküsü olmayan, yaşlı, multipar, zayıf kadınlarda obturator herniyi akla getirmelidir. Erken tanı ve erken cerrahi tedavi için kontrastlı batın BT istenmelidir.

## Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

1. Ziegler DW, Rhoads JE Jr. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg*, 1995; 170: 67-68.
2. Ijiri R, Kanamaru H, Yokoyama H et al. Obturator hernia: the usefulness of computed tomography in diagnosis. *Surgery*, 1996; 119: 137-140.
3. Jorge CG, Manuel RD, Alexandro ED, et al. Incarcerated obturator hernia successfully treated by laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc*, 1998; 8: 71-73.
4. Yip AW, AhChong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. *Surgery*, 1993; 113: 266-269.
5. Lo CY, Lorentz TG, Lau PW. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg*, 1994; 167: 396-398.
6. Huszty G, Mogami K, Sawada T, Seki H, Sakusabe M, Ohuchi S et al. Preoperative evaluation of irreversible bowel ischemia in obturator hernia. *Hepatogastroenterology*. 2007 Apr-May;54(75):775-779.
7. Chan KV, Chan CK, Yau KW, Cheung MT. Surgical morbidity and mortality in obturator hernia: a 10-year retrospective risk factor evaluation. *Hernia*. 2013 Oct 15.
8. Birdal G, Aydın S, Neşe Ç. Küçük Yaşlı Kadının Hernisi: Obturator Herni. *J Clin Anal Med* 2015;6(1): 103-5.
9. Sze Li S, Kenneth Kher Ti V. Two different surgical approaches for strangulated obturator hernias. *Malays J Med Sci*. 2012 Jan;19(1):69-72.
10. Karasaki T, Nomura Y, Tanaka N. Long-term outcomes after obturator hernia repair: retrospective analysis of 80 operations at a single institution. *Hernia*. 2013 Sep 24
11. Nasir BS, Zendejas B, Ali SM, Groenewald CB, Heller SF, Farley DR. 'Obturator hernia: the Mayo Clinic experience.' *Hernia*. 2012 Jun;16(3):315-9. doi: 10.1007/s10029-011-0895-9. Epub 2011 Dec 3.
12. Thanapaisan C, Thanapaisan C. Sixty-one cases of obturator hernia in Chiangrai Regional Hospital: retrospective study. *J Med Assoc Thai*. 2006 Dec;89(12):2081-5.
13. Yip AW, AhChong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. *Surgery*, 1993; 113: 266-269.
14. Bjork KJ, Mucha P, Cahil DR. Obturator hernia. *Surg Gynecol Obstet*, 1988; 167: 217-222.
15. Gray SW, Shandalakis JE, Soria RE et al. Strangulated obturator hernia. *Surgery*, 1974; 75: 20-27
16. Glicklich M, Eliasoph J. Incarcerated obturator hernia: case diagnosed at barium enema fluoroscopy. *Radiology* 1989; 172: 51-52.
17. Chin LW, Chou MC. Ultrasonography diagnosis of occult obturator hernia presenting as intestinal obstruction in ED. *Am J Emerg Med*, 2005; 23: 237-239.
18. Cubillo E. Obturator hernia diagnosed by computed tomography. *Am J Roentgenol*, 1983; 140: 735-736.
19. Chang SS, Shan YS, Lin YJ et al. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. *World J Surg*, 2005; 29: 450-454.
20. Somell A, Ljungdahl I, Spangen L. Thigh neuralgia as a symptom of obturator hernia. *Acta Chir Scand*, 1976; 142: 457-459.
21. Tucker JG, Wilson RA, Ramshaw BJ, et al. Laparoscopic herniorrhaphy: technical concerns in prevention of complications and elderly recurrence. *Am Surg*, 1995; 61: 36-39.
22. Arda I, Hüseyin E, İsmail D, İsmail Y, Deniz F, Orhan Ç et al. Rectal Lenfoma. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi* 2015;25: 106-108.
23. Arda I, İsmail D, İsmail Y, Deniz F, Orhan Ç Hüseyin E. Gazi Medical Journal 27(1): 19-20.
24. Erdal U, Mehmet D, Ahmet Orhan G, Hasan B, Mehmet Ali İ. Spontaneous ileo-ileal and ileo-caecal intussusception in adults: Report of two cases. *Sakarya Med J*. 2014; 4(1): 43-48.

# Kaynaklar

