

Barsak tıkanıklığının nadir bir sebebi: Obturator fıtık

A rare cause of intestinal obstruction: Obturator hernia

Gökalp Okut*, Selahittin Koray Okur**, Veli Kürşat Çayhan*, Cenk Şimşek*, Murat Karataş*, İsmail Zihni**

* Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Isparta

Özet

Obturator fıtık, ince barsak tıkanıklığına yol açabilen ve genellikle acil müdahale gerektiren nadir bir fıtıktır. Nonspesifik belirti ve bulguları ile tanı zordur. Eskiden tanı çoğu zaman operasyon esnasında konulurken günümüzde bilgisayarlı tomografi ile preoperatif konulabilmektedir. Tanıda gecikme yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olduğu için obturator fıtıklı nadir bir olguyu sunduk.

Pam Tıp Derg 2016;9(3):228-230

Anahtar sözcükler: Obturator fıtık, intestinal obstrüksiyon, preoperatif tanı.

Abstract

Obturator hernia is a rare hernia, which causes small bowel obstruction and usually needs early surgical intervention. Its diagnosis is difficult because of nonspecific symptoms and findings. In the past, obturator hernia was diagnosed during the operation but now we can determine it by computer tomography (CT Scan) before the operation. This article presents a rare case of obturator hernia because late diagnosis causes high mortality and morbidity.

Pam Med J 2016;9(3):228-230

Key words: Obturator hernia, intestinal obstruction, preoperative diagnosis.

Giriş

Obturator fıtık pelvisteki obturator kanaldan çıkan çok ender rastlanılan bir abdominal fıtıktır. Önde pubik kemiğin superior kolu, altta obturator membran, internal ve eksternal obturator kaslar, posterolateralinde obturator damar ve sinirlerin olduğu halkadan çıkar. Tüm fıtıkların % 0.05 ile %1.4'ünü ve tüm ince barsak mekanik obstrüksiyonlarının % 0.2 ile % 1.6'sını oluşturur. Daha önce operasyon öyküsü olmayan ve aşikar fıtığı saptanmayan ince barsak obstrüksiyonu ile acil servise başvuran yaşlı, zayıf kadın hastalarda obturator fıtık düşünülmesi gereken bir durumdur [1-4]. Nadir görülmesi, nonspesifik belirti ve bulguları ile tanı konulmasındaki zorluklar ve eşlik eden komorbiditelerden dolayı yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hernidir. Biz de intestinal

obstrüksiyon bulguları ile acil servise başvuran 81 yaşındaki obturator fıtıklı kadın hastayı, tanı ve tedavide kullanılan yöntemleri literatür bilgileri eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Olgu

Öncesinde herhangi bir şikayeti olmayan 81 yaşındaki bayan hasta 2 gündür gaz ve gayta çıkaramama, bulantı kusma ve batında şişkinlik şikayetleri ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 8 yıldır hipertansiyon ve 4 yıldır Tip 1 diyabet mevcuttu. Geçirilmiş herhangi bir batın operasyonu öyküsü yoktu. Hastamız 164 cm boyunda ve 53 kg ağırlıktaydı. BMI, 19.7 idi. Dört kez normal spontan vaginal doğum öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde batın inspeksiyonunda distansiyon, oskültasyonda barsak sesleri artmış ve metalik barsak sesleri

Selahittin Koray Okur

Yazışma Adresi: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, Isparta.

e-mail: skorayokur@gmail.com

Gönderilme tarihi: 10.11.2015

Kabul tarihi: 20.01.2016

mevcuttu. Batın palpasyonunda özellikle sol alt kadranda şiddetli olmak üzere heriki alt kadranda hassasiyeti vardı. Defans ve rebound yoktu. Batın perküsyonunda timpanizm saptandı. Solda Howship-Romberg bulgusu pozitif. Acil servise başvuru sırasındaki hemogramında lökosit sayısı 3.9 U/L(4-10 U/L), biyokimyasında kan glukoz 120 mg/dl (80-115 mg/dl), BUN 97 mg/dl, potasyum 3.3mmol/L saptandı. Ayakta direkt batın grafisinde ince barsak düzeylerinde multipl hava sıvı seviyeleri mevcuttu (Resim 1).



Resim 1. Ayakta direk batın grafisinde ince barsak düzeylerinde multipl hava sıvı seviyeleri görülüyor.

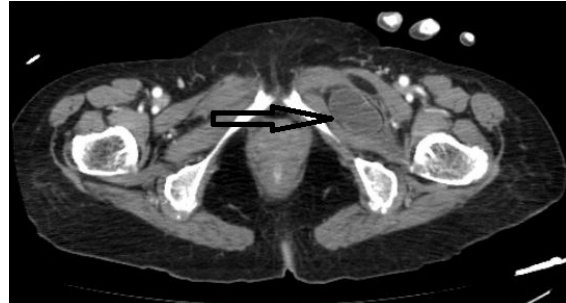
Yapılan batın ultrasonografisinde barsak ansları ve mide ileri derecede distandü görünümde, intestinal anslarda yaygın sıvı retansiyonu saptandı. İntravenöz kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografisinde sol obturator kanalda intestinal anslar görüldü (Resim 2 ve 3). Hasta acil operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda sol obturator kanalda Treitzden yaklaşık 150 cm'de 10 cm'lik strangüle ince barsak ansının olduğu görüldü. Rezeksiyon kararı alındı. Rezeksiyon ve ince barsak anastomozu uygulanan hastanın herni defekti primer onarıldı. Hasta postoperatif 6. günde şifa ile taburcu edildi ve 6. ay kontrolünde nüks saptanmadı.

Tartışma

İleri yaş, düşük vücut ağırlığı, düşük vücut kitle oranı (13-19 arası), multipar kadınlar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi karın içi basıncın arttığı durumlar obturator fıtık gelişimine yatkınlık oluşturur [1].



Resim 2. İntravenöz kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografisinde coroner kesitte okunucu sol obturator kanaldaki intestinal ansları gösteriyor.



Resim 3. İntravenöz kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografisinde transvers kesitte okunucu sol obturator kanaldaki intestinal ansları gösteriyor.

Kadın pelvik yapının daha geniş olması, destekleyen konnektif dokunun kaybının bir sonucu olarak yetersiz beslenmiş, ileri yaş kadınlarda daha siktir [4]. Kadın erkek oranı 9/1dir. Kadınlarda sağ tarafta daha sık görülmesi sol tarafta sigmoid kolonun koruyucu etkisine bağlanabilir [5]. Hastaların %6'sı bilateraldir [6]. Bizim olgumuz ileri yaşta, zayıf, multipar kadın hastaydı. Ancak fıtığı sol taraftaydı.

Obturator fıtıklarda en sık görülen bulgu (%80) intestinal obstrüksiyondur. Genellikle

obstipasyon, konstipasyon, bulantı, kusma ile başvuruda bulunulur. Bazen zaman zaman olup geçen barsak tıkanıklıkları öyküsü olur. İkinci en sık bulgu (%25-50) Howship-Romberg bulgusudur. Bu bulgu obturator sinirin anterior dalının sıkıştırılması sonucu uyluğun ve dizin medialinde ağrı olmasıdır. Hannington-Kiff belirtisi obturator sinire bası sonucu adduktor refleksin kaybıdır. Eğer fıtık kesesi pectineus kasından aşağı doğru ilerlerse kasıkta kitle olarak palpe edilebilir. Bu kitle en iyi uyluğun fleksiyon, adduksiyon ve dış rotasyonu sırasında palpe edilir. İnguinal ligamentin altında ve uyluk iç bölgesinde akut gelişen ekimoz görülebilir. Vaginal veya rektal muayenede kitle ele gelebilir [1]. Bizim hastamızda intestinal obstrüksiyon bulguları ve Howship-Romberg bulgusu pozitif. Diğer bulgular negatiftir.

Eskiden tanı daha çok operasyon esnasında konulabilirken görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte preoperatif tanı koyma oranı artmıştır. Tanıda batın bilgisayarlı tomografi (BT) ve batın ultrasonografi gibi tetkiklere başvurulabilir. BT ile %80-100 preoperatif tanı konulabilir [7]. Biz tanımızı preoperatif yapılan intravenöz kontrastlı batın tomografisi ile koyduk.

Tüm tanı yöntemlerine rağmen obturator herni tanısı bazen ameliyat sırasında konulmaktadır. Obturator fıtıklarda defektin onarımı retropubik, preperitoneal, inguinal veya intraabdominal yaklaşımların yanı sıra laparoskopik de yapılabilir [8]. Vakaların 1/3'üne rezeksiyon gerektiği bildirilmiştir. Defektin onarımı greftli veya greftsiz yapılabilir. Enfeksiyon riskini yüksek olduğu vakalarda greftsiz onarım önerilir. Barsak perforasyonu ile birlikte olan vakalarda dren konulması önerilir [2]. Opere edilmeden konservatif tedavi yapılan minor bulguları olan bir obturator herni vakası 52 günlük hospitalizasyondan sonra taburcu olmuştur [9].

Dikkat edilmesi gereken bir nokta da hastanın başvurusundan operasyona kadar geçen sürenin uzaması komplikasyonların da orantılı artmasına neden olmaktadır. İleri yaş hastaların sıklıkla eşlik eden komorbiditeleri mortaliteyi artırmaktadır. Tanıda gecikme ve yandaş hastalıklar nedeniyle %25-75 olguda nekroz nedeniyle rezeksiyon olmakta ve bu mortaliteyi %12-70 artırmaktadır [10].

Sonuç olarak; obturator fıtıklar intestinal obstrüksiyonun nadir sebeplerinden biridir. Özellikle yandaş hastalığı bulunan ileri yaş grubu hastalarda görülmesi nedeniyle tanıda geç kalınması mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır. Daha önce batın operasyonu geçirmemiş yaşlı, zayıf ve multipar hastalarda aralıklı veya akut olan intestinal obstrüksiyon semptomları obturator fıtık açısından önemsenmelidir. Özellikle batın BT ile koyulabilecek erken tanı mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

Çıkar İlişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Mandarry MT, Zeng SB, Wei ZQ, Zhang C, Wang ZW. Obturator hernia a condition seldom thought of and hence seldom sought. *Int J Colorectal Dis* 2012;27:133-141.
2. Chang SS, Shan YS, Lin YJ, Tai YS, Lin PW. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. *World J Surg* 2005;29:450-454.
3. Uludag M, Yetkin G, Kebudi A, Isgor A, Akgun I, Donmez AG. A rare cause of intestinal obstruction: incarcerated femoral hernia, strangulated obturator hernia. *Hernia* 2006;10:288-291.
4. Killeen S, Buckley C, Smolerak S, Winter DC. Small bowel obstruction secondary to right obturator hernia. *Surgery* 2015;157:168.
5. Igari K, Ochiai T, Aihara A, Kumagai Y, Iida M, Yamazaki S. Clinical presentation of obturator hernia and review of the literature. *Hernia* 2010;14:409-413.
6. Jacob TJ, Gaikwad P, Tirkey AJ, Rajinikanth J, Raj JP, Muthusami JC. Perforated obturator Littre hernia. *Can J Surg* 2009;52:77-78.
7. Agar NJ, Mooney BM, Nagorcka J. Obturator hernia case report: early diagnosis with help of computed tomography. *ANZ J Surg* 2008;78:508.
8. Hodgins N, Cieplucha K, Conneally P, Ghareeb E. Obturator hernia: A case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports* 2013;4:889-892.
9. Tokushima M, Aihara H, Tago M et al. Obturator hernia: A diagnostic challenge. *Am J Case Rep* 2014;15:280-283.
10. Cubillo E. Obturator hernia diagnosed by computed tomography. *Am J Roentgenol*, 1983;140:735-736.