

Geriyatrik hastada tekrarlayan kasık fıtığında akut apandisit: Ender bir amyand herni olgusu

APPENDICITIS WITHIN RECURRENT HERNIA ON GERIATRIC PATIENT: AN UNUSUAL AMYAND'S HERNIA

Serhan DERİCİ, Ali Kadir DEĞİRMENCİ, Ali Durubey ÇEVLİK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

ÖZ

Acil servise genel durum bozukluğu, ateş yüksekliği ve bilinç bulanıklığı ile başvuran, başvuru öncesi herhangi bir abdominal şikâyeti olmayan ve tıbbi özgeçmişinde biri nüks nedeniyle olmak üzere iki defa sağ kasık fıtığı ameliyatı olan 73 yaşındaki erkek hastada, nüks sağ Amyand herni ve apandisit saptanmıştır. Atipik kliniği olan bu hastaya laparoskopik appendektomi yapılmıştır. Amyand hernide apandisit gelişme olasılığı %0.1'den az iken, ikinci nüks hernisi Amyand olarak gelişen bu hastanın bulguları ve uygulanan tedavi paylaşarak, özellikle fıtık kesesi içerisindeki apandisit, lokalize peritonit bulguları olmadan sistemik enfeksiyon kliniğine yol açabileceği, birden çok defa herni operasyonu geçiren hastalarda dahi nüks/atlanmış indirek inguinal herni olabileceği hatırlatılmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Amyand herni, kasık fıtığı, apandisit, peritonit

ABSTRACT

In a 73 year old male patient who admitted to emergency service with general medical condition disorder, high fever, unconsciousness, had no abdominal complaints prior to admission and had a right inguinal hernia surgery twice, one due to recurrence in the medical history, recurrent right Amyand hernia and appendicitis were detected. A laparoscopic appendectomy was performed in this atypical clinic. Although appendicitis due to Amyand hernia is observed in less than 0.1% of patients, by sharing this patient's findings and treatment protocol whose second recurrence of hernia has developed as Amyand, it was aimed to remind that especially appendicitis in the hernia sac may lead to a systemic infection clinic without localized peritonitis findings and even in patients who have undergone multiple hernia operations, recurrent / indirect inguinal hernia may be present.

Keywords: Amyand's hernia, groin hernia, appendicitis, peritonitis

Serhan DERİCİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
İZMİR

orcid.org/0000-0002-2828-1452

Amyand hernisi 1735 yılında Cladius Amyand tarafından tarif edilmiştir. Çoğunlukla herni onarımı nedeniyle yapılan girişimler esnasında ve insidental olarak saptanmaktadır. İnsidansı %1'dir ve sıklıkla herni kesesine sliding şeklinde giren yapışık apendiks olarak saptanır. Amyand herni ve apandisit kliniği sık gerçekleşmemekle birlikte (%0,1) sıklıkla herni kesesi içinde inkarsere olan apendiksin enflamasyonu ile oluşmaktadır.

Acil servise genel durum bozukluğu, ateş yüksekliği ve bilinç bulanıklığı ile başvuran ve daha önce sağ kasık fitiği nedeniyle iki defa ameliyat edilmiş olan hastada saptanan Amyand herni ve apandisit kliniğini ve başarılı laparoskopik appendektomi sonucunun sunulması amaçlanmıştır.

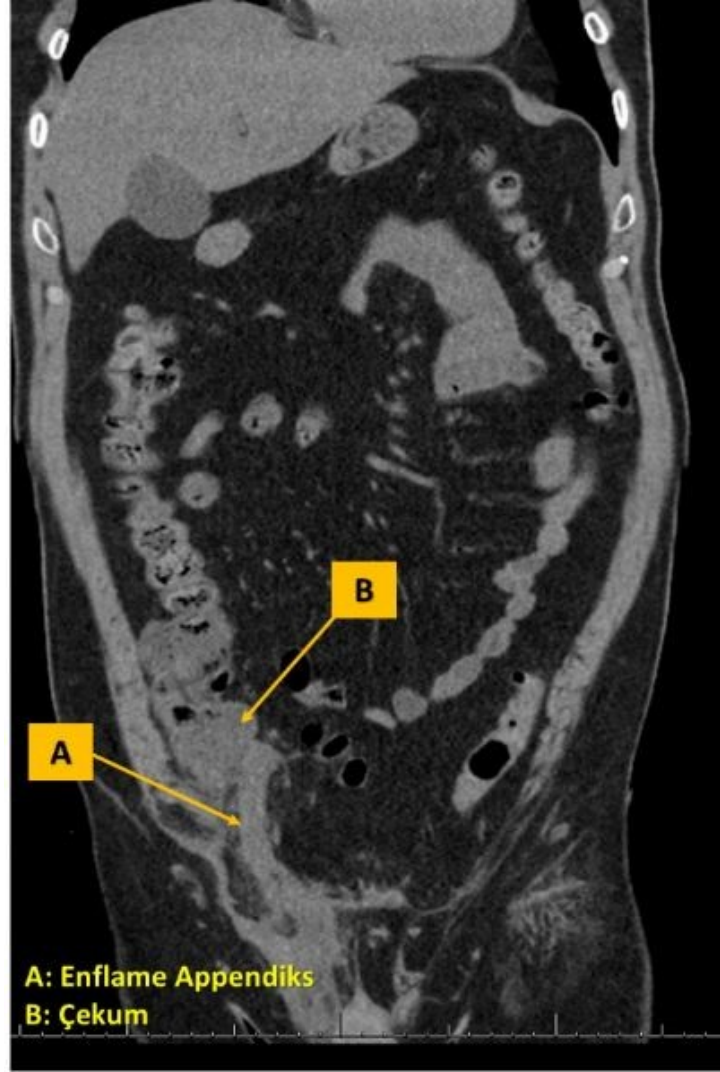
OLGU

73 yaşında erkek hasta 7 gün önce başlayan genel durumunda kötüleşme, ateş ve sistemik enfeksiyon bulguları, bilinç değişikliği nedeniyle Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine getirilmişti. Başvurusunda Glaskow Koma Skoru E1M5V2 olan hastanın özgeçmiş ve yandaş hastalıkları sorgulandığında konjestif kalp yetmezliği ve insülin bağımlı diyabeti olduğu, ayrıca ikincisi nüks nedeniyle olmak üzere iki defa sağ inguinal herni onarımı geçirdiği öğrenildi. Bilinç değişikliği olması nedeniyle çekilen beyin BT' sinde patolojik bulgu raporlanmadı. Hastanın abdominal muayenesinde defans, rebound, hassasiyet ya da herni bulgusu saptanmadı. Yapılan kan biyokimyasal analizlerinde; prokalsitonin değeri şiddetli enfeksiyon ile uyumlu olarak saptandı. Kan CRP ve laktat yüksekliği dışında diğer biyokimyasal parametrelerde belirgin yükseklik izlenmedi (Tablo I). Enfeksiyon belirteçleri yüksek olan hastaya kaynak taraması amacıyla abdominopelvik USG yapıldı ve "çekumdan başlayıp sağ inguinal bölgede herni kesesi içerisinde sonlanan, 8mm

çapta, kompresyona parsiyel yanıt veren, tübüler yapı saptanmıştır" şeklinde raporlandı. Abdomen Tomografi incelemesi "periçekal alanda, heterojenite ve sağ inguinal kanal içerisine uzanan 13 mm çaplı apendiks saptanmıştır" şeklinde raporlandı. (Resim 1).

Tablo I. Kan biyokimyasal analiz sonuçları

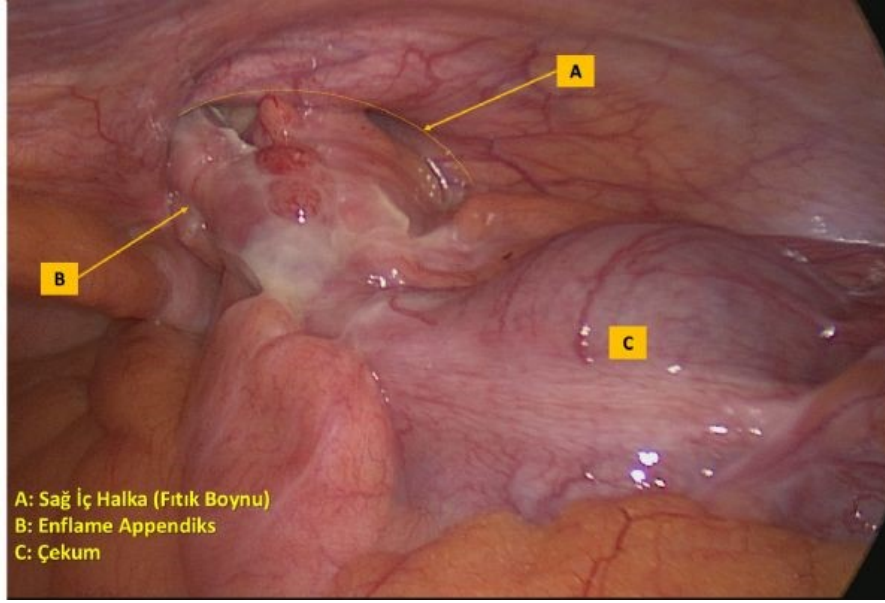
| | |
|------------------|--|
| Prokalsitonin | 6,70 ng/mL < 0,05 Normal 0,05 – 0,5 Lokal Enfeksiyon 0,5 – 2,0 Orta Enfeksiyon 2,0 – 10,0 Şiddetli Enfeksiyon > 10,0 Sepsis |
| Beyaz küre | 9300 / µL (4000-10000) |
| CRP | 176,9 mg/L (0,2-5,0) |
| Kreatinin | 1,26 mg/dL (0,67-1,17) |
| Total Bilirubin | 1,34 mg/dL (0,3-1,2) |
| Direkt Bilirubin | 0,28 mg/dL (0-0,2) |
| pH | 7,34 (7,32-7,42) |
| Laktat | 9,3 mmol/L (0,7-2,5) |



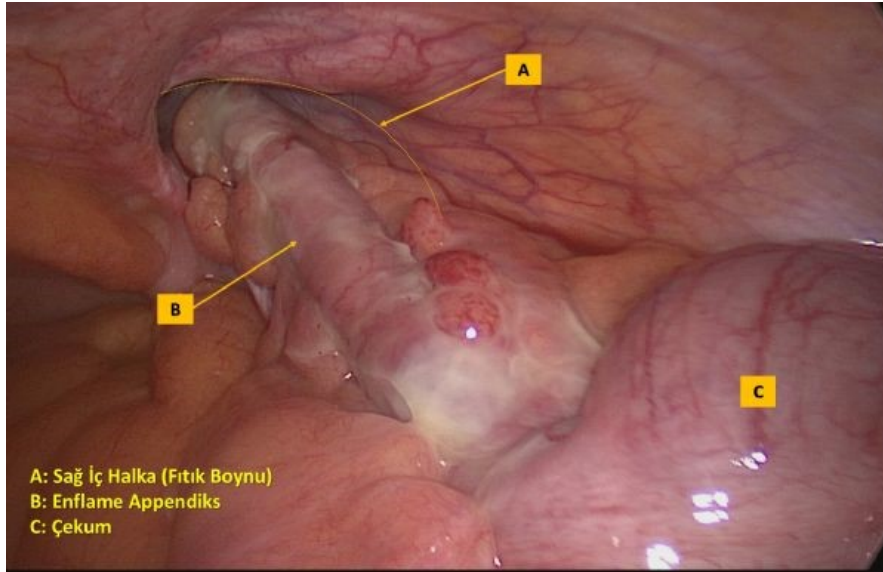
Resim 1. Abdominopelvik Bilgisayarlı Tomografi (Koronal kesit)

Tomografik incelemede Amyand herni (sağ inguinal bölgede 2. nüks olarak) ve herni kesesi içinde apandisit saptanan hastaya yapılan laparoskopik eksplorasyonda appendiksin non-sliding şekilde serbest olarak indirek herni kesesi içinde olduğu, kese içerisinde püü olduğu ve appendiksin inkarsere olmadığı görüldü (Resim 2, 3). Losanoff-Amyand tip3 şeklinde sınıflandırılan hastaya laparoskopik appendektomi yapıldı. İkinci nüksü olan

indirek herninin daha sonra mesh kullanılarak onarılmasına karar verildi ve kese içerisi irriga edilerek pürülan içerik uzaklaştırıldı. Hasta postop 3.günde sorunsuz taburcu edildi ve appendektomi materyalinin patolojik incelemesi "flegmanöz apandisit" şeklinde raporlandı.



Resim 2. Laparoskopik Görüntü: Herni kesesi içerisinde appendiks



Resim 3. Laparoskopik görüntü: Herni kesesinden redükte edilmiş apandisit

TARTIŞMA

Amyand herni içinde apandisit gelişimi için kese boynunda appendikse olan basının etkili olduğu düşünülmektedir (1-5). Literatür incelendiğinde SADECE bir vakada nüks herni kesesinde apandisit bildirildiği görülmüştür (6). Sağ kasık ağrısı en sık bildirilen şikâyettir

(2, 7, 8). Olgumuzda karın ağrısı şikâyetinin olmaması, sağ kasıkta ağrı ya da şişlik olmaması, bilinç bozukluğu kliniği ile hastaneye başvurmuş olması tanı koymayı zor hale getirmiştir. Bilinç bulanıklığı ve enfeksiyon bulguları olmasına rağmen ense sertliği olmaması, santral sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısından uzaklaşılmasına neden olmuştur. Enfeksiyon odağının araştırılması amacıyla karın

ultrasonografi incelemesi gerçekleştirilmiş ve Amyand herni içerisinde enflame apandiks olduğu düşünülmüş ve doğrulamak amacıyla karın tomografisi yapılmıştır. Literatürdeki nüks herni içerisindeki apandisit olgusu hastanın ilk nüks fıtığına aittir. Sunduğumuz olgu, iki defa sağ kasık fıtığı ameliyatı geçirmiş olması ve apandisit 2. nüks fıtıkta gelişmiş olması itibarıyla bildiğimiz kadarıyla literatürdeki tek vakadır. İki defa sağ kasık fıtığı cerrahisi geçirmiş olguda indirek herni saptanması, bu durumun nüks değil atlanmış/saptanamamış indirek herni olduğu şüphesi oluşturmaktadır. Gerilimsiz fıtık cerrahisi sonrasında nüks görülme sıklığı %15 dolaylarında iken, bu nüksün indirek herni şeklinde görülme sıklığı nüksler içerisinde %17 olarak bildirilmekte ve kasık fıtığı onarımı sonrası atlanmış/saptanamamış olma durumu literatüre göre %0,1' den daha azdır (9). Bu bilgiler doğrultusunda, geçirilmiş kasık fıtık cerrahisinin Amyand herni oluşumu olasılığını ortadan kaldırmadığı söylenebilir.

Olgumuzda fıtık kesesinin pürülan içerikle dolu olması nedeniyle mesh ile fıtık onarımı ikinci seansa bırakılmıştır. İkinci nüks fıtık cerrahisi için total ekstrapitoneal onarım yönteminin seçilmesi uygun olacaktır. İlk seansta enfekte materyalin mesh ile teması riski nedeniyle bu uygulama yapılmamıştır.

SONUÇ

Amyand herninin lokalize belirti göstermeden ağırlıklı sistemik enfeksiyon bulgularıyla klinik tablo oluşturabilir. Birden çok fıtık onarım öyküsü olması özellikle nonsliding tipte Amyand hernide akut apandisit gelişimi olasılığını ortadan kaldırmamaktadır. Akut apandisit laparoskopik yöntemle tedavi edilirken aynı seansta mesh ile herni onarımından kaçınmak, ikinci seansta TEP ile herni onarımı yapmak uygun olacaktır (1, 6, 10-11).

Olgu 2016 Ulusal Cerrahi Kongresinde "poster bildiri" olarak yer almıştır.

Serhan Derici, Ali Kadir Değirmenci ve Ali Durubey Çevlik herhangi bir kişi, kurum ya da kuruluş ile çıkar çatışmaları olmadığını beyan eder. Çalışma için maddi destek kullanılmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Singal R, Gupta S. "Amyand's Hernia" – Pathophysiology, Role of Investigations and Treatment. *Maedica (Bucur)*. 2011;6(4):321-7.
2. Inan I, Myers PO, Hagen ME, Gonzalez M, Morel P. Amyand's hernia: 10 years' experience. *Surgeon* 2009;7(4):198-202.
3. Morales-Cárdenas A, Ploneda-Valencia CF, Sainz-Escárrega VH, Hernández-Campos AC, Navarro-Muñiz E, López-Lizarraga CR, et al. Amyand hernia: Case report and review of the literature. *Ann Med Surg*. 2015;4(2):113-5.
4. Kaymakci A, Akillioglu I, Akkoyun I, Guven S, Ozdemir A, Gulen S. Amyand's hernia: a series of 30 cases in children. *Hernia*. 2009;13(6):609-12.
5. Hutchinson R. Amyand's hernia. *J R Soc Med*. 1993;86:104-5.
6. Suppiah A, Dharmalingum A, Swift S, Smith A. Acute appendicitis within a recurrent inguinal hernia presenting as epididymo-orchitis. *J Surg Case Rep*. 2012;2012:12.
7. Barut I, Tarhan Ö R. A rare variation of Amyand's hernia: Gangrenous appendicitis in an incarcerated inguinal hernia sac. *Eur J Gen Med*. 2008;5:112-4.
8. Meinke AK. Review article: Appendicitis in groin hernias. *J Gastrointest Surg*. 2007;11:1368-72.
9. Bay-Nielsen M, Nordin P, Nilsson E, Kehlet H. Operative findings in recurrent hernia after a Lichtenstein procedure. *Am J Surg*. 2001;182:134-6.
10. Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: A review. *Am J Surg*. 2014;207:989-95.
11. Elbanna KY, Alzahrani HA, Azzumea F, Alzamel HA. Neuroendocrine tumor of the appendix inside an incarcerated Amyand's hernia. *Int J Surg Case Rep* 2015;14:152-5.

