

## KONJENİTAL TRANSMESENTERİK DEFEKT: İNTERNAL HERNİASYONA BAĞLI İNTERMİTTAN İNTESTİNAL OBSTÜKSİYON

### CONGENITAL TRANSMESENTERIC DEFECT : INTERMITTENT INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO INTERNAL HERNIATION

Volkan İNCE, Burak İŞİK, Orhan GÖZENELİ, Veysel ERSAN, Cemalettin KOÇ\*

#### ÖZET

Bağırsak tıkanıklığının nadir nedenlerinden birisi de internal fitiklardır. Doğumsal ya da edinsel olarak oluşan defektlerden gelişen fitikleşme sonucu bağırsak tıkanıklığı meydana gelir. Zamanında cerrahi müdahale yapılmadığında mortalite oranları %20'lere ulaşmaktadır. Tekrarlayan bağırsak tıkanıklığı şikayeti ile başvuran, geçirilmiş ameliyat öyküsü olmayan 27 yaşındaki bayan hastanın zamanında müdahale ile fitikleşen ince bağırsakta geri dönüşsüz değişiklikler gelişmeden, sadece fitik redüksiyonu ve mezenterik defektin kapatılması ameliyatıyla tedavisi anlatılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** İnternal herniasyon, konjenital transmesenterik defekt

#### ÖZET

Internal hernias are a rare cause of intestinal obstruction. Intestinal obstruction occurs as a result of herniation, developing of congenital or acquired defects. Mortality rates reach 20% if surgical intervention is not made on time. We describe a 27-years-old female patient complained of intermittent obstruction, with no history of previous operations, treated with timely surgical intervention when irreversible changes have not been developed in herniated small bowell by only the reduction of hernia and closure the transmesenteric defect.

**Key words:** Internal herniation, congenital transmesenteric defect

#### GİRİŞ

İntestinal obstrüksiyon tüm yaşlarda ortaya çıkabilir, ancak konjenital transmezenterik defektlerin sebep olduğu internal herniler daha çok pediatrik yaş gruplarında bildirilmiştir ve sıklıkla intestinal atrezi gibi, intraabdominal anomaliler eşlik etmektedir (6). Yetişkinlerde ise defektler künt abdominal travma, geçirilmiş bağırsak ve mezenter cerrahisine bağlı çoğunlukla edinseldir.

Geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü olmayanlarda internal herniasyon sebebi olarak mezenterik defektler saptanmıştır ve bu defektler intestinal inkarserasyon ve strongülasyon için potansiyel oluştururlar. Bu tür hernilerin preoperatif tanısı zordur ve hayatı tehdit eden bağırsak iskemisine hızla ilerlerler. Tanı ve tedavide gecikmeye bağlı, mortalite %20'lere çıkmaktadır (2).

Konjenital transmezenterik defekti olan, eşlik eden intraabdominal anomalisi olmayan ve intermittan obstrüksiyon öyküsü olan bir yetişkin hastanın erken cerrahi tedavisi sunulmaktadır.

#### OLGU

Gece başlayan ani karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile başvuran 27 yaşındaki bayan hastanın öyküsünde, yaklaşık 1 yıldır kolik tarzda ağrı ile beraber konstipasyon ve daha sonra kendiliğinden rahatlama şeklinde şikayetlerinin olduğu ancak bu sefer daha şiddetli olduğu öğrenildi. Geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastanın 16 ay önce normal doğum öyküsü dışında özgeçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, oryante ve koopere idi. Abdomende distansiyon mevcuttu ve solda daha fazla olmak üzere hassasiyet ve rebaund vardı. Laboratuvar parametrelerinde WBC: 12,500 / mm<sup>3</sup> olması dışında diğer parametreler normaldi. Ayakta düz karın grafisinde, sol alt kadranda hava-sıvı seviyeleri mevcuttu (Şekil 1). Abdominal ultrasonografide batın içi tüm kadrarlarda dilate ve peristaltizmi azalmış bağırsak ansları mevcuttu. Hasta bu bulgularla ileus tanısıyla operasyona alındı. Operasyonda ileoçekalvalvin 80 cm proksimalindeki bağırsağın karın ön duvarına olan yapışıklığı giderildi ve bu segmenteki bağırsağın mezosunda 5x5 cm'lik konjenital defekt olduğu görüldü (Sekil 2a). Bu defektten ince bağırsak hernive

Date received/Dergiye geldiği tarih: 15.07.2011 - Dergiye kabul edildiği tarih: 11.09.2011

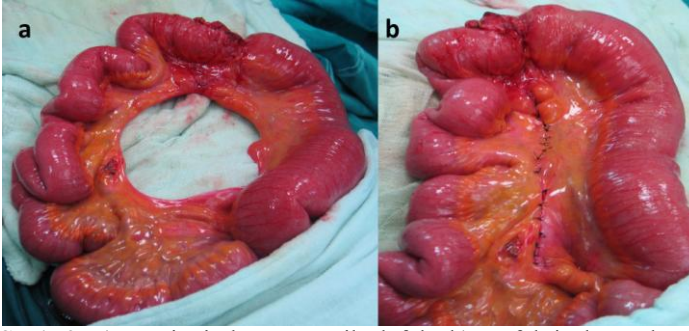
\* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya  
(İletişim kurulacak yazar: volkanince@hotmail.com)

## Konjenital transmesenterik defekt

olmuş ve karın ön duvarına yapışarak obstrüksiyona sebep olmuştu. Karın içi diğer organlarda patoloji ya da anomali yoktu. Herniasyon düzeltildikten sonra ince bağırsaklarda iskemi, nekroz, perforasyon gibi geri dönüşsüz değişiklikler olmadığı için herhangi bir rezeksiyon yapılmadı ve sadece mezenterik defekt onarılarak operasyon sonlandırıldı (Şekil 2b). Postoperatif izlemi sorunsuz seyretti ve hasta postoperatif 3.gün taburcu edildi.



Şeki 1. Ayakta düz karın grafisinde hava-sıvı seviyeleri



Şekil 2. a) Konjenital mesenterik defekt b) Defektin kapatılmış görüntüsü

## TARTIŞMA

Tüm intestinal obstrüksiyonların %1'den azını oluşturan internal herniler, bağırsak ve mezenterin visseral peritondaki açıklıklara ya da resessuslara fitiklaşmasıyla meydana gelirler (5). Konjenital internal herniler, paraduodenal, transmesenterik, periçekal, foramen Winslow, omental, Meckel divertikülünün mezenterine, mezoapendikse, broad ligamente herniasyon gibi tiplere ayrılır. Eski serilerde, %50'ye varan sıklıkla en sık görüleni paraduodenal hernidir (5,6). Bazı serilerde transmesenterik tipi çocuklarda daha sık görülmektedir (2, 1).

İntestinal obstrüksiyonla gelen hastalarda, geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü ve aşikar bir external hernisi yoksa konjenital mesenterik defekte bağlı internal herniasyondan şüphelenilmelidir.

İntestinal obstrüksiyondan bağırsak iskemisine ilerleme zamanı kısa olabilir. Bu yüzden bu hastalarda, cerrahi öncesi tanıya yönelik tetkiklerle zaman kaybedilerek, hastanın hayatı tehlikeye atılabilir (2). Hastanın klinik durumu cerrahi karar için ön planda olmalı, böylece zamanında müdahale ile morbidite ve mortalite azaltılabilir (3, 7).

Strongülasyon ve obstrüksiyonu belirlemeye yönelik çalışmalarda WBC > 18.000/mm<sup>3</sup>, hipotermi, şok, rektal kanama, abdominal rijidite, pozitif produktörler olarak saptanmıştır. Kronik karın ağrısı öyküsü negatif produktördür ve spontan redükte olan herniyi düşündürür ve bu da ince bağırsak inkarasyonu için düşük risktir (2). Olgumuzda intermitan obstrüksiyon öyküsünün bulunması, spontan redüktable bir herniyi düşündürmekteydi ancak son başvurusunda bulantı, kusma, lökositozunun olması, fizik muayenede rebaund ve defans varlığı, röntgende hava-sıvı seviyelerinin eşlik etmesi nedeniyle inkarasyonu düşünülerek acil cerrahi yapılmıştır ve strongülasyon ve iskemi gelişmeden herni redükte edilmiş ve defekt onarılmıştır.

Tanı için abdominal tomografinin sensitivitesi %63 ve spesifitesi %76 olarak saptanmıştır. Abdominal tomografide internal herniasyon için kesin tanı kriterleri yoktur; ancak tomografide ince bağırsak kümelenmesi, whirlpooling işareti, pnömatozis intestinalis, tranzisyonel zon bulgularının saptanması internal herniasyonu destekler (2).

Cerrahi tedavi, zamanında laparotomi, herninin redüksiyonu, devitalize bağırsağın rezeksiyon/anastomozu ve defektin onarımından oluşmaktadır. Herni redüksiyonu için elle dilatasyon ve ya defektin büyütülmesi gerekebilir. Transmezenterik defekt mutlaka kapatılmalıdır. Bu işlemler sırasında mezenterik vasküler yapılara zarar vermemeye özen gösterilmelidir (2, 3, 6, 7).

## SONUÇ

Preoperatif tanısı zor olan bu durumun, klinikte nadir olarak karşımıza çıkmasıyla birlikte, tanı ve tedavide gecikmeye bağlı morbidite ve mortalitesi artmaktadır. İntermittan obstrüksiyon öyküsü olan ve geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü olmayan genç hastalarda konjenital transmezenterik defekt ve internal herniasyon akılda tutulmalı ve gecikmeden cerrahi tedavi planlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Blachar A, Federle MP ,Dodson SF. Internal hernia: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. Radiology. 2001; 218: 68-74.
2. Fan HP, Yang AD, Chang YJ, Juan CW ,Wu HP. Clinical spectrum of internal hernia: a surgical emergency. Surg Today. 2008; 38: 899-904.
3. Gomes R ,Rodrigues J. Spontaneous adult transmesenteric hernia with bowel gangrene. Hernia. 2010.
4. Gyedu A, Damah M, Baidoo PK ,Yorke J. Congenital transmesenteric defect causing bowel strangulation in an adult. Hernia. 2010; 14: 643-645.
5. Tekin A ŞM, Küçükkartallar T, Kaynak A. Nadir bir ileus nedeni: Paraduodenal herni. Genel Tıp Derg. 2007; 17: 111-114.
6. ur Rehman Z ,Khan S. Large congenital mesenteric defect presenting in an adult. Saudi J Gastroenterol. 2010; 16: 223-225.
7. Villalona GA, Diefenbach KA ,Touloukian RJ. Congenital and acquired mesocolic hernias presenting with small bowel obstruction in childhood and adolescence. J Pediatr Surg. 2010; 45: 438-442.