

AMYAND'S HERNIA; CASE SERIES AND OUR TEN YEARS EXPERIENCE.

Amyand fitiği; olgu serisi ve 10 yıllık deneyimimiz.

Muharrem Öztaş¹, Ramazan Yıldız¹, Mehmet Fatih Can¹, Erkan Öztürk¹, Hüseyin Sinan², Nazif Zeybek¹, Taner Yiğit¹, Yusuf Peker¹.

GATA, Genel Cerrahi ABD¹ Kliniği, Ankara
Mevki Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği², Ankara

Cer San D (J Surg Arts):2013;6(1):1-3.

ABSTRACT

We aim to share our clinic experience with Amyand's hernia, which is rare condition and has ongoing discussion about it's treatment. The files of patients with Amyand's hernia during the last ten years were reviewed retrospectively. The patients' demographic characteristics, diagnosis, treatment and early complications were assessed. Amyand's hernia was found on seven patients. All patients were male and mean age was 42. Four patients were operated with a diagnosis of strangulated right inguinal hernia, while others were undergoing elective surgery. One patient also had ileus. Inflamed appendix was viewed in two patients and normal appendix was viewed in five patients. All patients underwent appendectomy via hernia incision. Hernia have been treated with prolene mesh in four patients, using the method of darning in one patient and anatomical repair method in two patients. None of patients was observed early complications. Amyand's hernia especially has ongoing discussion in terms of treatment approach (appendectomy? or mesh application?). These cases are rare and diagnosed usually intraoperatively. The appropriate treatment approach in these cases such as performed appendectomy or not, should be decided according to the surgeon's intraoperative findings. In cases with appendicitis, hernia repair should be thought with anatomic repair, the method of darning or using biological materials resistant to infection along with using prosthetic materials.

Key words: Amyand's hernia, incarcerated groin hernia and appendectomy.

ÖZET

Bu yazıda, nadir görülen ve tedavi yaklaşımı açısından tartışmaların devam ettiği Amyand fitiği ile ilgili tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık. Son on yılda Amyand fitiği tanısı alan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenerek, demografik özellikler, tanı, tedavi ve erken dönem komplikasyonlar açısından değerlendirmeler yapıldı. Toplam 7 hastada Amyand fitiği saptandı. Hepsisi erkek olan hastaların yaş ortalaması 42 olarak saptandı. Hastalardan 4'ü inkarsere sağ inguinal fitik tanısıyla, diğerleri ise elektif şartlarda ameliyat edildi. Bir hastada aynı zamanda ileus tablosu mevcuttu. İki hastada apendiks vermiformis inflame iken, 5 hastada normal olarak izlendi. Tüm hastalara fitik kesisinden apendektomi uygulandı. Fıtık 4 hastada prolen yama kullanılarak, 1 hastada ağ örme yöntemiyle ve 2 hastada anatomik tamir yöntemiyle (yamasız onarım) tedavi edilmişti. Hastaların hiçbirinde erken dönem komplikasyon izlenmedi. Amyand fitiği özellikle tedavi yaklaşımı açısından (apendektomi? yama uygulaması?) tartışmaların devam ettiği, nadir görülen ve genellikle ameliyat sırasında tanı konulabilen olgulardır. Bu olgularda cerrah, uygun tedavi yaklaşımına ve ameliyat sırasındaki bulgulara göre karar vermelidir. Apendisit bulgularının eşlik ettiği olgularda; prostetik materyalleri kullanmanın yanı sıra, anatomik tamir (yamasız onarım), ağ örme yöntemi veya enfeksiyona dirençli biyolojik materyallerle fitik tamiri yöntemlerinin de kullanılabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Amyand fitiği, inkarsere inguinal fitik ve apendektomi.

GİRİŞ

Inguinal fitik kesesinin içerisinde apendiks vermiformisin bulunması (inflame veya noninflame) durumu Amyand fitiği olarak isimlendirilir (1-5). İlk olarak 1735’de inguinal fitik kesesi içerisinde perforate apendisit nedeniyle sağ inguinal bölgede fistülizasyonla gelen 11 yaşında bir hastaya Claudius Amyand tarafından apendektomi ve inguinal fitik tamiri uygulanmıştır (1-5). Bu vakanın bir diğer özelliği ise uygulanan ilk başarılı apendektomi ameliyatı olmasıdır (2,3,5). Amyand fitik insidansı hakkında net bilgi olmamakla birlikte inguinal fitik olguları içerisinde %1 oranında gözlemlendiği bildirilmektedir (1,3). Fitik kesesi içerisinde inflame apendiks bulunması ise daha nadir ve %0.1 oranındadır (1,4,5). Akut apandisit olgularında ise %0.1 oranında Amyand fitiği saptanmaktadır (5). Sıklıkla çocuk ve yaşlı erkek hastalarda gözlenir (1). Çok sıklıkla sağda gözlenmesine karşın ileri derecede mobil çekumu olan hastalarda solda da gözlenebilir (1,3). Apendiks, ikinci sıklıkta, özellikle postmenapozal kadınlarda, femoral fitik kesesi içerisinde yerleşebilir ve bu vakalar De Garengot fitiği olarak da isimlendirilir (5-7).

MATERYAL ve METOD

Kliniğimizde 10 yıllık süreçte yaklaşık 3500 adet fitik ameliyatı yapılmış ve 7 hastada Amyand fitiği saptanmıştır. Hastaların tamamı erkek ve yaş ortalaması 42 olarak saptandı. Bir hasta mekanik barsak tıkanıklığı bulguları ile gelirken, 5 hasta sağ kasıkta ağrı ve şişlik yakınmasıyla gelmişti. Hastalardan 4’ü inkarsere sağ inguinal fitik tanısıyla ameliyat edildi. İki hastada apendiks vermiformis inflame iken bunlardan birinde aynı zamanda perforasyon mevcuttu. Tüm hastalarda fitik kesesinden apendektomi uygulandı. Fitik, 4 hastada prolen yama kullanılarak, 1 hastada ağ örme yöntemiyle ve 2 hastada anatomik tamir yöntemiyle tedavi edildi. Hiçbir hastanın tanısı preoperatif dönemde konmamış ve tüm hastalar intraoperatif tanı almıştı. Hastaların takiplerinde erken dönem komplikasyon izlenmedi.

TARTIŞMA

Amyand fitiği olgularında apendiks inflame olması iki mekanizma ile açıklanmaktadır. Birincisi; normal pozisyonundaki apendiks, inflamasyon sonucu fitik kesesine girerek inkarsereyona neden olması, diğeri ise karın içi basıncının artmasına bağlı apendiks fitik kesesi içerisine girmesi ve mezenterinin sıkışması sonucu kanlanmasının bozulmasıyla inflamasyon gelişmesi şeklindedir (1,3,5). En sık görülen semptom kasık ağrısı ve şişliktir (1). Amyand fitiğinin preoperatif tanısı zordur, çünkü anamnez ve fizik muayene bulguları genellikle inkarsere fitiği düşündürür ve hastalar genellikle inkarsere fitik tanısı ile ameliyata alınırlar (1,3,5). Bazen de intestinal obstrüksiyon bulgularıyla veya özellikle diyabetik hastalarda sağ alt kadranda selülit ve nekrotizan enfeksiyonlarla gelebilirler (2,8). Çocuklarda ise ajitasyon,

kusma ve dehidratasyon bulguları gelişebilir. Fizik muayenede; abdominal rahatsızlık olmaksızın inguinal bölgede hassas kitle palpe edilebilir. Ancak bazı vakalarda sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound gibi bulgular eşlik edebilir. Sıklıkla ateş ve lökositoz gibi laboratuvar bulguları izlenmeyebilir (1). Genellikle intraoperatif tanı konur. Radyolojik tetkikler içerisinde özellikle kontrastlı tomografi preoperatif dönemde tanı konmasında yardımcı olabilir (1,2-5). Skrotal ultrasonografi fitik kesesinin içeriğinin değerlendirilebileceği bir diğer tetkik olup ucuz ve pratik olması, radyasyon maruziyeti olmaması gibi avantajları mevcuttur, ancak özgüllüğü düşük ve yapan kişiye bağımlı olması dezavantajlarıdır (1,2).



Resim 1: Fitik kesesi ve içerisindeki apendiks’in (ok) görünümü.

Losanoff ve Basson, Amyand fitiklerini 4 subgruba ayırmışlardır (9). Bunlar; fitik kesesi içerisinde normal apendiks vermiformis olduğu, inflame apendiks olduğu, perforate apendiks olduğu ve intraabdominal komplikasyonla (apse gibi) birlikteliği olan Amyand fitiğidir (9). Bu subtiplere göre, yani fitik kesesi içerisindeki apendiks inflame olup olmasına ve ek patoloji varlığına göre tedavi yaklaşımı değişmektedir (1,5). Kese içinde bulunan apendiks eğer inflame ya da perforate ise en fazla kabul gören prosedür apendektomi ve aynı insizyon kullanılarak fitik tamiri yapılmasıdır (2-5,10). İnkarsere fitiklerde, fitik kesesi eksplorasyonu yapılabilir ancak operasyon öncesi şüphelenilen vakalarda diagnostik laparoskopi yapılabilir (1). Mekanik barsak tıkanıklığı bulguları olan veya apandisit düşünülen vakalarda ise laparotomi yapılabilir (1). Literatürde apendiks normal olduğu olgularda da sıklıkla apendektomi yapıldığı görülmektedir ancak apendiks normal immün sistemin bir üyesi olması, ileride üriner diversiyon veya antedrag enema uygulaması için kullanılma ihtimalinden dolayı apendektomi yapılmaması gerektiğini savunanlar da mevcuttur (1-5,11,13). Amyand fitiklerinde bir diğer tartışma noktası; fitik onarımı için

yama kullanılması konusudur. Yama kullanımının diğer yöntemlere oranla nüks riskini azalttığı bilinmektedir, ancak enfekte bir bölgede sentetik materyallerin enfeksiyon riskini artırması nedeniyle kullanımı ile ilgili çekinceler mevcuttur (1,3,5,13). Sözen ve ark.'nın 21 vaka içeren yazılarında, bu vakalarda fitik kesisten apendektomi yapmayı ve apendiks inflame değilse aynı seansta prostetik materyal ile fitik onarımı yapılmasını önermişlerdir (5). Hem enfeksiyona neden olmaması hem de nüksü engellemesi açısından, enfeksiyona dirençli biyolojik materyallerin kullanılabilirliği de ifade edilmektedir (1).

Sonuç olarak; Amyand fitiğı özellikle tedavi yaklaşımı açısından tartışmaların devam ettiği nadir görülen ve genellikle intraoperatif dönemde tanı konulabilen olgulardır. Apendektomi yapılmalı mı? Fitik onarımında yama kullanılmalı mı? sorularının cevabı henüz netlik kazanmamıştır. Biz apendiks inflame olsun veya olmasın apendektomi yapılması gerektiğini, inflame veya perfore apandisit olgularında ise prostetik materyallerin kullanılmaması gerektiğini, fitik tamirinin; anatomik tamir, ađ örme veya enfeksiyona dirençli biyolojik materyaller kullanılarak yapılması gerektiğini düşünüyörüz.

KAYNAKLAR

1. Burgess PL, Brockmeyer JR, Johnson EK. Amyand Hernia Repaired with Bio-A: A Case Report and Review. *J Surg Education*. 2011;68(1):62-6.
2. Llullaku SS, Hyseni NS, Kelmendi BZ, Jashari HJ, Hasani AS. Aipin in appendix within Amyand's hernia in a six-years-old boy; case report and review of literature. *World J Emerg Surgery* 2010;5(5):14.
3. Priego P, Lobo E, Moreno I ve ark. Acute appendicitis in an incarcerated crural hernia: analysis of our experience. *Rev Esp Enferm Dig* 2005;97(10):707-5.
4. Hutchinson R. Amyand's hernia. *J Royal Soc Med* 1993;86(2):104-5.
5. Sözen S, Alıcı A, Tükenmez M ve ark. Amyand fitiğı: Olgu serisi ve deneyimimiz. *Ulusal Cer Der* 2010;26(5):212-5.
6. Sharma H, Jha PK, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. De Garegeot hernia: an analysis of our experience. *Hernia*. 2007;11(3):235-8.
7. Powell HDW. Gangrenous appendix in femoral hernial sac. *Lancet* 1954;267(6850):1211-2.
8. Marron CD, Khadim M, McKay D ve ark. Amyand's hernia causing necrotizing fasciitis of the anterior abdominal wall. *Hernia* 2005;9(4):381-3.
9. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia* 2007;12(3):325-6.
10. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. *Ann R Coll Surg Engl* 1982;64(2):121-2.
11. Baldassarre E, Centonze A, Mazzei A, Rubino R. Amyand's hernia in premature twins. *Hernia* 2009;13(2):229-30.
12. Milanichi S, Allins AD. Amyand's hernia: history, imaging and management. *Hernia* 2008;12(3):321-2.
13. Anagnostopoulou S, Dimitroulis D, Troupis TG ve ark. Amyand's hernia: a case report. *World J Gastroenterol* 2006;12(29):4761-3.