

Nadir Bir Olgu: Paraduodenal Herni

A Rare Case: Paraduodenal Hernia
Genel Cerrahi

Başvuru: 03.07.2015
Kabul: 27.11.2015
Yayın: 03.12.2015

Oğuzhan Dinçel¹, Mustafa Göksu¹, Abdullah Atlıhan¹, Mehmet Şirik¹

¹ Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

İnternal herniasyonlar ince barsak obstrüksiyonlarının yaygın olmayan nedenlerinden biridir. Paraduodenal herniler, internal abdominal herniasyonun en sık rastlanan tipi olup vakaların yaklaşık %50'sini oluşturur. Sol paraduodenal herni, sağa göre 3 kat daha fazla izlenir. Preoperatif dönemde nadiren tanınmakla birlikte semptomatik dönemde yapılan abdominal görüntüleme sayesinde tanıya gidilebilir. Bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti ile hastanemize başvuran ve yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi incelemesi sonrasında sağ paraduodenal herni saptanan olguyu sunduk.

Anahtar kelimeler: *internal herni, paraduodenal herni bilgisayarlı tomografi*

Abstract

Internal herniation of small bowel obstruction is uncommon and is one of the causes. Paraduodenal herniae are the most common internal herniae, accounting for 50% of the cases. Left-sided hernia are three times more common than right-sided paraduodenal herniae. Diagnosis is rarely made preoperatively but abdominal imaging helps to detect symptomatic cases early on. We report a case of right-sided paraduodenal hernia presented with nausea, vomiting and abdominal pain, diagnosed after abdominal computerized tomography

Keywords: *Internal hernia, Paraduodenal hernia computerized tomography*

Giriş

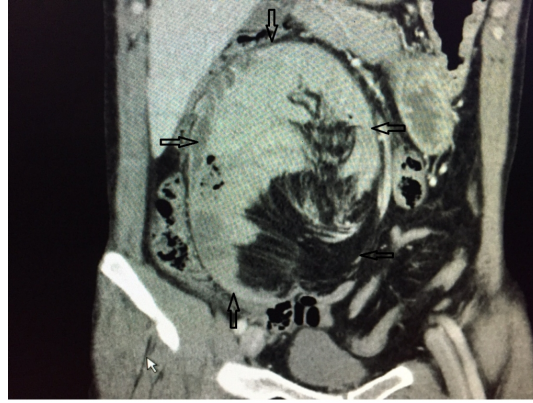
Tüm ince bağırsak obstrüksiyonlarının %1'inden azını oluşturan paraduodenal hernilerin tanısı güçtür. Orta bağırsağın tamamlanmamış rotasyonundan kaynaklanırlar ve ince bağırsakların bir kısmı mezokolonun arkasına hapsolür. Çok sık rastlanmadığı için ayırıcı tanıda düşünülmez ve sıklıkla akut karın tablosuna neden olurlar. Sağ ve sol paraduodenal herni, birbirinden farklı olup, embriyolojik orijin ve anatomik pozisyon açısından farklılık gösterir. Transvers herniler ise oldukça nadirdir. Olguların %75'inde herniye ince bağırsak lupları sola lokalizedir, kalan %25 i ise sağa lokalizedir^{1,2}. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi, yüksek tanısal doğruluğu nedeni ile ince bağırsak obstrüksiyonlarının tanısında kullanımı giderek artan bir modalite haline gelmiştir. Bu yazıda, sağ paraduodenal herniye bağlı akut karın semptomları ile hastanemize başvuran 38 yaşında erkek hastayı bildiriyoruz.

Olgu Sunumu

Otuz sekiz yaşında erkek hasta karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın hikayesinde on gün kadar önce benzer yakınmalarla başka bir merkeze başvurduğu ve medikal tedavi sonrasında şikayetlerinin kaybolduğu öğrenilmiştir. Karın muayenesinde tüm kadrarlarda palpasyonla hassasiyet, defans ve ribaund mevcuttu. Bağırsak sesleri alınamıyordu. Gaz- gaita deşarjı olmayan hastanın lökosit sayısı 10650/mm³ idi. Diğer biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı.

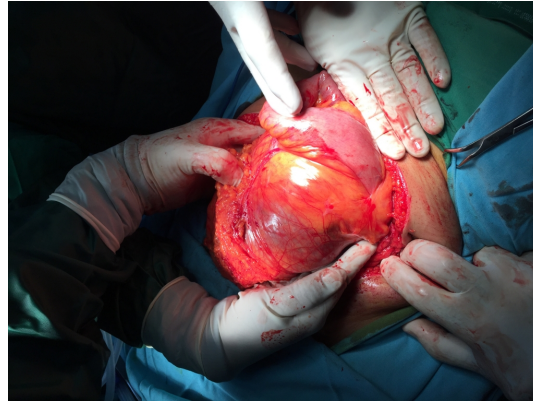
Öyküsünden sık tekrarlayan karın ağrısı atakları mevcut olduğu anlaşılan hastanın, çekilen kontrastlı batın BT'sinde ; dilate ince bağırsak segmentlerini besleyen damarların kese ağzına doğru uzanımı ve herniye olmuş

segmentlerin bir kese içindeymiş gibi bir araya toplandığı izlendi (Şekil 1).

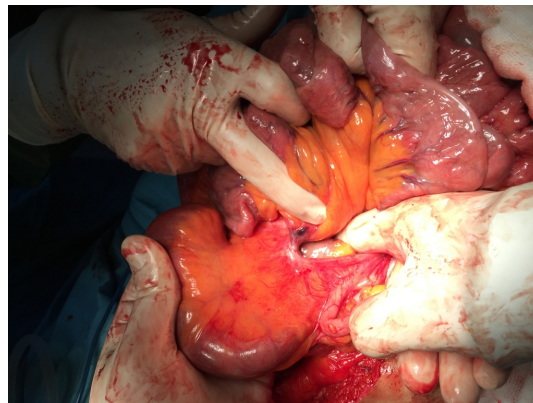


Şekil 1 : Oklarla gösterilen kısımda ince bağırsak segmentlerini besleyen damarların kese ağzına doğru uzanımı ve herniye olmuş segmentler.

Hasta internal herniasyon ön tanısı ile operasyona alındı. Ameliyatta ince bağırsakların tamamına yakını kapsüle bir şekilde herni kesesi oluşturmuştu (Şekil 2). Jejunum proksimal kısmının duodeno-jejunal bileşkedeki bir defektin içine girdiği ve nekroz gelişmediği gözlemlendi (Şekil 3).



Şekil 2 : İnce bağırsakların tamamına yakını kapsüle bir şekilde herni kesesi oluşturmuştu.



Şekil 3 : Duodeno - jejunal bileşkedeki defekt.

Operasyon sırasında herniye ince bağırsak segmentleri redükte edilmiş ve peritoneal defekt onarılmıştır. Postoperatif izleminde komplikasyon gelişmeyen ve şikayetleri kaybolan hasta taburcu edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Paraduodenal hernilerin oluşumuyla ilgili en çok kabul gören teori, 1923'de Andrews tarafından tanımlanan, embriyolojik gelişimin 5. ve 11. haftaları arasında gerçekleşen midgut rotasyon bozukluğuna bağlı olarak bağırsakların mezenter ile posterior abdominal duvar arasına girmesinden, yani konjenital olarak peritoneal anomalilerden veya intestinal rotasyon anomalilerinden kaynaklandığıdır³⁻⁶. Mezenter ile posterior parietal peritonun füzyon defekti potansiyel herni orifisini oluşturur^{3,4}. Sol paraduodenal hernide jejunal anslar Treitz ligamentinin solundaki bu açıklıktan geçerek herniye olurlar⁶. Bu sol paraduodenal fossa ilk kez 1871'de Landzert tarafından tarif edilmiş olup, duodenum dördüncü kıtasının lateralinde, inferior mezenterik ven ve sol kolik arterin posteriorundadır^{2,3,7}. Treitz paraduodenal herni oluşumu için üç faktörün gerekli olduğunu bildirmiştir. Bunlar, paraduodenal fossa, ön sınırını inferior mezenterik venin oluşturduğu kese boynu ve bu fossaya girmek için yeterli mobilizasyon kapasitesine sahip olan ince bağırsaklardır. İntraabdominal basıncın artması ise herniasyonun başlamasına neden olmaktadır⁷.

İnternal herniasyon, abdominal kavitedeki mezenterik defekt yoluyla ince bağırsakların protrüzyonu olarak tanımlanır⁸. İntestinal rezeksiyona bağlı edinsel veya embriyonik bağırsağın malrotasyonuna ya da organogenezisi sırasında mezenterin inkomplet birleşmesine bağlı konjenital olarak ortaya çıkabilirler. Paraduodenal herniler tüm ince bağırsak obstrüksiyonlarının %1'inden azını ve tüm internal hernilerin yaklaşık yarısını oluşturur. Solda 3 kat fazla sıklıkla yerleşirler. Sol paraduodenal hernide, klinik olarak hastaların bir çoğunda, sıklıkla parsiyel veya komplet intestinal obstrüksiyon ile sonuçlanan karın ağrısı atakları gözlenir^{9,10} ve semptomlar hastamızda olduğu gibi intermittan seyirli olabilir. Preoperatif dönemde nadiren tanı alan paraduodenal hernilerin görüntüleme bulguları kritik öneme sahiptir. Ayakta direkt batın grafileri genellikle non diagnostik olmakla birlikte, belli bir bölgede lokalize dilate ince barsak lupları izlenebilir¹¹. Baryumlu çalışmalarda, duodenumun solunda kümelenmiş, iyi sınırlı, dilate ince bağırsak lupları ve bu alanda lokalize kontrast madde stazı görülebilir. Tanı, önceleri ince bağırsak pasaj grafisine dayanırken, günümüzde BT temel modalite haline gelmiştir^{11,12}. İntravenöz kontrast madde verilerek elde edilen abdomen BT'de; enkapsüle görünümde dilate bir ince bağırsak kümesi, Treitz ligamanının solunda, pankreas ile mide arasında yerleşir. Belirginleşmiş mezenterik damarlar herni kesesinin girişine doğru konverjans gösterirler. Herni kesesinin girişinde birbirine paralel iki ince bağırsak lupu izlenebilir. Herniye ince bağırsak segmentlerindeki dilatasyon, duvar kalınlaşması ve sıvı seviyelenmeleri abdomen BT ile gösterilebilir^{13,14}. Tanının gecikmesi inkarserasyona ve bağırsak nekrozu ile sonuçlanabilecek akut bir tabloya neden olabilir. Tedavide temel prensip, herninin redüksiyonu ve defektin onarılmasına dayanan bir cerrahi prosedürdür¹⁵. İnce bağırsak duvarlarında iskemi gelişmesi halinde, bağırsak rezeksiyonu gerekebilir. İnce bağırsak obstrüksiyonlarında sıklıkla tercih edilen abdominal BT yüksek doğruluk oranı ile tanıyı, hastalığın şiddetini ve etyolojisini belirlemedeki rolü ile tedavi sürecini hızlandıracak en önemli non invaziv radyolojik görüntüleme yöntemidir. Sonuç olarak, intestinal obstrüksiyon nedeniyle takip edilen hastalarda geçirilmiş operasyon öyküsünün olmadığı ve tetkiklerde patolojiyi açıklayan bulguların olmadığı vakalarda paraduodenal hernilerin internal herniasyona neden olarak obstrüksiyon yapabileceği akılda tutulmalıdır.

Teşekkür

Çalışmalarınızda başarılar..

Kaynaklar

1. Tong RSK, Sengupta S, Tjandra JJ. Left paraduodenal hernia: case report and review of the literature. ANZ J Surg. 2002; 72: 69-71.
2. Murray HOL. Left paraduodenal hernia. Canad MAJ. 1955; 72: 263-67.
3. Shoji T, Nishiyama R, Oba K, Azuma M. Successfully treated with laparoscopic surgery: a case report. Case Rep Gastroenterol . 2007; 1: 71-6.
4. Fernández-Rey CL, Martínez-Álvarez C, Concejo-Cutoli P. Acute abdomen secondary to left paraduodenal hernia: diagnostic by multislice computer tomography. Rev Esp Enferm Dig. 2011; 103: 38-9.
5. Manji R, Warnock GL. Left paraduodenal hernia: an unusual cause of small-bowel obstruction. Canadian J Surg 2001; 44: 455-57.
6. Acu R, Ökten S, Küçükay F, Tunç B, Kalkan İH, Ölçer T. Sol paraduodenal herni: Çok kesitli bilgisayarlı tomografi bulguları. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2010; 9 : 38-40.
7. Desjardins AU. Left paraduodenal hernia. Ann Surg. 1918; 67: 195-201.
8. Blachar A, Federle MP. Internal hernia: an increasingly common cause of small bowel obstruction. Semin Ultrasound CT MR 2002; 23: 174-83.
9. Brigham RA, d'avis JC. Paraduodenal hernia. In: Nyhus LM, Condon RE, editors. Hernia. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1989. p. 481-6.
10. Khan MA, Lo AY, Vande Meale DM. Paraduodenal herni. Am Surg. 1998;64: 1218-22.
11. Meyers MA. Internal abdominal hernias. In: Meyers MA, ed. Dynamic radiology of abdomen; normal and pathologic anatomy, 2nd ed. New York: Springer-Verlag,1982.
12. Warschauer DM, Mauro MA. CT diagnosis of paraduodenal hernia. Gastrointest Radiol 1992;17:13-
13. Landzert. Ueber die Hernia Retroperitonealis (Treitz) und Ihre Beziehungen zur Fossa duodeno-jejunalis. St Petersburg Med Ztschr MF 1871;2:306-350
14. Olazabal A, Gausch I, Casas D. Case report: CT diagnosis of non obstructive left paraduodenal hernia. Clin Radiol. 1992;46:288-9.
15. Tong RS, Sengupta S, Tjandra JJ. Left paraduodenal hernia. Case report and review of literature. ANZ J Surg. 2002;72: 69-71.