

Tanısal Laparoskopji ile Saptanan İnkarsere Spiegel Hernisi

İncarcerated Spigelian hernia detected by diagnostic laparoscopy
Genel Cerrahi

Başvuru: 16.12.2013
Kabul: 23.01.2014
Yayın: 11.02.2014

Ferudun Kaya¹, Yusuf Murat Bağ¹, Aziz Mutlu Barlas¹, Mehmet Reha Özgüven¹, Mustafa Kemal Urhan¹,
Selim Temel¹

¹ SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Spiegel hernileri nadir görülen herniler olup, tüm karın duvarı hernilerinin % 1-2' sini oluşturur. Klasik fizik muayene belirtilerinin olmaması ve kendine özgü anatomik lokalizasyonu nedeni ile genellikle preoperatif Spiegel hernisi tanısı koymak zordur. Obez hastalarda herni kesesi, kalın cilt altı yağ doku ile maskelendiği için tanı koymak daha da zordur. Diğer tüm hernilerde olduğu gibi strangülasyon riski vardır ve nadir bir akut batın nedenidir. Biz bu çalışmamızda, karın ağrısı ile başvuran 34 yaşındaki kadın hastada, laparoskopik olarak saptanan inkarsere Spiegel hernisini sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Spiegel, Obez Tanı

Abstract

Spigelian hernias are rare hernias, representing only about %1-2 of all abdominal hernias. The preoperative diagnosis of Spigelian hernias is often difficult because the absence of classical symptoms and owing to its peculiar anatomic location. The diagnosis is trickier in obese patients wherein the hernia sac may lie in an intraparietal plane, masked by the abdominal subcutaneous fat. As with all hernias, there is a risk of strangulation, and it is a rare cause of the acute abdomen. In this study, we present a 34-years old female patient who come to with abdominal pain and laparoscopic diagnosed as incarcerated Spigelian hernia.

Keywords: Spiegel, Obez Diagnosis

Giriş

Spiegel hernileri nadir görülen herniler olup, tüm karın duvarı hernilerinin % 1-2' sini oluşturur. Spiegel hernisi olarak adlandırılması, semilunar hattı (Spiegel hattı) ve karaciğerin kaudal lobunu ilk olarak tarif etmiş olan Hollandalı Adrian von der Spiegel'e ithaf edilmesi nedeniyle¹. Ancak Spiegel hernisi ilk olarak 1764 yılında Josef Klinkosch tarafından tanımlanmıştır². Spiegel hernisi, semilunar hattın herhangi bir noktasındaki, edinsel veya konjenital bir defekten preperitoneal yağ dokusunun, peritoneal kesenin ve omentumun herniye olması ile oluşur. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür (1,18/1). Her yaşta görülebilmeye karşın en sık 50-60 yaşlarında görülür².

Bu yazımızda karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastada tanısal laparoskopji esnasında saptanan inkarsere Spiegel hernisini sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Otuz dört yaşında kadın hasta yaklaşık 3 saattir devam eden, ani başlangıçlı sağ alt kadranda ağrısı ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde yaklaşık 2 yıldır ara ara karın ağrıları şikayeti olduğu saptandı. Hastada bulantı vardı, kusma yoktu. Gaz-gaita çıkışı mevcuttu. Özgeçmişinde geçirilmiş bir cerrahi operasyonu yoktu. Hastanın astım hastalığı mevcuttu. Hasta obez olup vücut kitle indeksi: 36kg/m² idi. Fizik muayenede barsak sesleri normoaktifdi. Sağ alt kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu, rebound yoktu ve sol alt kadranda

Sorumlu Yazar: Ferudun Kaya, SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Şükriye Mh. Ulucanlar Cd. No:89 a blok 1. kat genel cerrahi servisi

Altın

feridunkaya1@hotmail.com

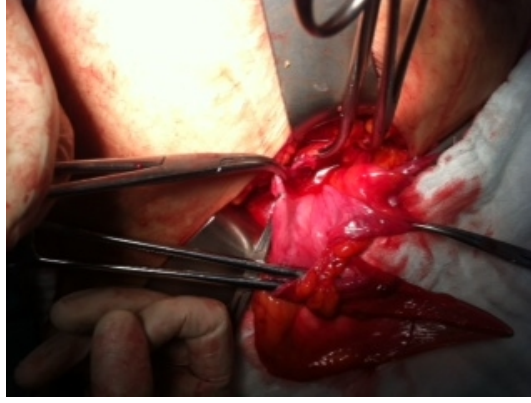
karşılaştırıldığında asimetri mevcuttu. Hastanın ateşi yoktu. Kan basıncı 130/80 mmHg, nabız 80/d idi. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde BHCg negatif ve tam idrar tetkiki normaldi. Hastanın beyaz küre değeri 14.600 / μ l' dı. Ayakta direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyesi ve serbest hava mevcut değildi. Abdominal ultrasonografide batında sıvama tarzında mayi dışında patolojik bir bulgu yoktu. Hastanın mevcut fizik muayene ve laboratuvar bulguları nedeni ile akut batın ön tanısı ile tanısız laparoskopi yapılmasına karar verildi.

Genel anestezi altında umbilikus üzerinden transvers insizyon yapıldı ve buradan veress iğnesi ile batına girildi. Batın içi basınç 14 mmHg olacak şekilde, batın CO2 ile şişirildi. Buradan 10mm'lik torakarla girilerek eksplorasyon yapıldı. Eksplorasyonda Spiegel hattından omentumun herniye olduğu saptandı. Ardından Mc-burney noktasından yapılan insizyonla 5mm'lik torakarla girildi. Suprapubik bölgeden yapılan vertikal insizyonla 10 mm'lik torakar girildi. Spiegel hernisi tespit edildi. Laparoskopik olarak redükte edilemeyeceği kanaati oluştu. Herniasyon noktası tespit edildi ve açık cerrahi uygulamasına geçilmesine karar verildi. Tespit edilen nokta üzerinden yapılan oblik insizyonla katlar geçildi. Eksternal oblik aponevroz lifleri yönünde kesilerek herni kesesi ortaya kondu. Herni kesesi çevre dokulardan ayrılıp kese açıldı. Fasyadaki defekt büyütülmesine rağmen transvers kolon ve omentum batın içine redükte edilemedi. Bu nedenle göbek altı median kesi ile transvers kolon ve omentum, intraperitoneal olarak batına redükte edilip, mevcut yapışıklardan ayrılıp, periton boşluğuna itildi (Şekil 1).



Şekil 1 : Herni kesesi içindeki omentum ve transvers kolon

Omentum ve kolonda herhangi bir dolaşım bozukluğu, iskemi saptanmadı. Bundan sonra herni kesesi, karın duvarı, fasya ve karındaki herni kese boynuna kadar diseke edilerek kese eksize edildi (Şekil 2) ve defekt primer olarak kapatılıp üzerine polipropilen mesh tespit edildi. Kanama kontrolünün ardından, loja bir adet hemovak dren konularak katlar anatomik planda kapatıldı ve operasyona son verildi.



Şekil 2 : Redüksiyon ve rezeksiyon sonrasında herni kesesi

Postop ilk günde hastanın gaz çıkışı olması üzerine hastaya oral beslenmeye başlandı. Hasta oral beslenmeyi tolere etti. Postoperatif üçüncü günde dreninden gelen sıvının azalması üzerine hastanın dreni çekildi ve taburcu edildi. Hastanın 10 gün sonra sütürleri alındı. Bir aylık takipte hastada herhangi bir sorun saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç

Spiegel çizgisi, transversus abdominis kasının orta hatta yakınlaştığı, aponörotik karaktere dönüştüğü çizgidir. Laterale hafif konveks bir çizgi olup her iki tarafta kosta arklardan simfizis pubise kadar uzanır. Karın duvarı bileşenlerinin seviye geçişleri ve yapısal değişiklikler gösterdiği bu alan, herni gelişimi için potansiyel göreceli zayıf alandır. Rektus kasının lateral kenarında yoğunlaşan semilunar çizgi ile lateral kenar boyunca semisirküler hattın kesiştiği bu planda herni oluşur. Linea semisirkularis ve semilunaris birleşim bölgelerinin niçin zayıf bir halka olduğu, neden bu bölgede herni geliştiği tam olarak bilinmemektedir³⁻⁶. Konjenital ya da edinsel olabilir⁷. Konjenital teoriye göre herniasyondaki yatkınlığın nedeni perforan arterler nedeniyle ile zayıflayan Spiegel fasyasıdır. Edinsel teoriye göre ise hızlı kilo kaybı, yaşlanma, multipl doğumlar, travma, geçirilmiş cerrahi ve obezitedir. Bu çizginin herhangi bir noktasından preperitoneal yağ dokusu, peritoneal kese, omentum herniye olabilir. Kese içinde nadiren karın içi organlarının da bulunduğu bildirilmiştir. Ventral herni grubu içinde değerlendirilirler. Herni kesesinin dar ve rijit yapıların oluşturduğu boyun kısmından dolayı inkarserasyon ve strangülasyon ihtimali yüksektir^{1-4,8,9}. Bizim vakamızda inkarserasyon mevcuttu ancak strangülasyon saptanmadı. Transvers kolon ileri derece dilate olup fasya genişletilmesine rağmen sağ alt kadrandan yapılan insizyondan redükte edilemedi ve ikinci bir insizyon gereği duyuldu.

Anatomik lokalizasyonu tanı konulmasını güçleştirir. Herni kesesi bazen internal ve eksternal oblik kaslar arasında kaudal ve lateral düzlemde ilerlediği için inspeksiyonda ve palpasyonda ele gelen bir kitle olmayabilir. Bu nedenle, Spiegel hernisi olan hastalarda fizik muayenede hiçbir bulgu olmayabilir, vakamızda da fizik muayenede ele gelen kitle saptanmadı.

Tüm Spiegel hernilerinin %50'den fazlası umbilikusun alt kısmındaki ve inferior epigastrik damarların üst kısmındaki 6 cm lik bir alanda bulunur. Bu alan Spiegel herni kemeri olarak adlandırılır¹⁰. Bizim vakamızda da herni bu alanda saptanmıştır.

Spiegel hernilerinin, nadir görülmesi ve klasik belirtilerin olmaması nedeniyle tanı konulması zordur. Sağ alt kadranda ilgili olan diğer hastalıkları taklit edebilir. Vakaların sadece %50'inde preoperatif tanı konulabilir^{11,12}. Bizim vakamızda da operasyon esnasında tanı konuldu, preoperatif yapılan tetkiklerde herhangi bir patolojik

bulguya rastlanmadı.

Preoperatif Spiegel hernisi tanısını koymak, obez hastalarda, az kilolu hastalara göre daha zordur. Çünkü kalın ciltaltı yağ dokusu tanı koymayı güçleştirir.

Ultrasonografi (USG) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) gibi radyolojik tetkikler, inkarsere Spiegel hernisini teşhis etmemize yardımcı olabilir. Papierniak ve ark. Spiegel hernisinin tanısında BT'nin yararlılığını göstermiştir¹³. BT tüm karın katmanlarını, fasya defektini ve herni kesesi içinde bulunan protrude yağ ve/veya organı gösterebilir. Ancak bizim vakamızda BT kullanılmamıştır, preoperatif yapılan USG' de herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır.

Spiegel hernilerinde, bizim vakamızda olduğu gibi, inkarserasyon veya strangülasyona yol açtıklarından cerrahi tedavinin alternatifi yoktur. Defekti küçük olanlara genelde primer tamir uygulanırken, defekti büyük olanlara ise primer tamir üzerine polipropilen mesh ile takviye uygulanabilir. Primer onarım yapılan karın duvarı hernilerinde gerginlik nedeniyle uzun dönem takiplerde %40'lara kadar varan nüks oranları bildirilmektedir^{6,8}. Zacharaki ve ark.¹⁴ primersütür ve mesh ile onarım tekniğinin Spiegel hernilerinin tamir edilmesi için güvenli ve etkili bir yöntem olduğunu göstermiştir. Son yıllarda minimal invaziv tekniklerin popülerliklerinin artması ile Spiegel hernisinde tanı ve onarım imkanı sağladığı için laparoskopinin kullanımı artmıştır. Morena-Egea ve ark. Spiegel hernisinde total ekstrapitoneal laparoskopik prosedürü tanımlamışlardır¹⁵. Laparoskopik onarım, açık yöntemle karşılaştırıldığında daha düşük morbidite, daha kısa hastanede kalış süresi, daha iyi kozmetik sonuçlar elde edildiği söylenebilir.

Bizim hastamızda, obeziteye bağlı cilt altı yağ dokusunun kalın olması ve herni kesesinin küçük olması nedeni ile fizik muayenede sağ alt kadranda ele gelen belirgin bir kitle yoktu. Bu yüzden Spiegel hernisi tanısını koymak için tanısız laparoskopiden yararlandık. Ancak Spiegel hernisi onarımında laparoskopi deneyimimiz olmadığı için açık onarım yapılmasına karar verildi

Sonuç olarak, fizik muayenede ele gelen bir kitle olmadığında Spiegel hernisi tanısını koymak zordur. Klinik ve radyolojik bulgular tanı koymada yardımcı olmadığında, tanısız laparoskopik Spiegel herni tanısını koymak için yararlı bir araç olabilir. Laparoskopi karın duvarındaki defektin yerini tespit etmemize yardımcı olduğu gibi, küçük boyutlu Spiegel hernilerde eşzamanlı olarak herni onarımını da yapmamızı sağlar.

Kaynaklar

1. Spangen L. Spigelian hernia. World J Surg, 1989;13 (5): 573-80.
2. Klinkosch T. Programma Quo Divisionem Herniarum, Novumque Herniae Ventralis Specium Proponit, Benam, Rotterdam, The Netherlands, 1764. ???Daha fazla bilgi
3. Montes IS, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repair. Surg Clin North Am. 2003; 83:1235-53.
4. Campanelli G, et al. Spigelian hernia. Hernia, 2005; 1: 3-5.
5. Malazgirt Z, ve ark. Spigelian hernias: a prospective analysis of baseline parameters and surgical outcome of 34 consecutive patients. Hernia, 2006;10:326-30.
6. Vos DI, Schelting MR. Incidence and outcome of surgical repair of Spigelian hernia. Br J Surg, 2004; 91: 640-4.
7. Weiss Y, Lernau O Z, Nissan S. Spigelian hernia. Ann Surg, 1974;180(6):836-9.
8. Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. World J Surg, 2002; 26:1277-81.
9. Moreno-Egea A, et al. Spigelian hernia: bibliographical study and presentation of a series of 28 patients. Hernia, 2002; 6:167-70.

10. Skandalakis P N, Zoras O, Skandalakis J E, Mirilas P. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg*, 2006;72 (1): 42–8.
11. Olson R O, Davis W C. Spigelian hernia: rare or obscure? *Am J Surg*, 1968;116 (6): 842–6.
12. Read R C. Observations on the etiology of spigelian hernia. *Ann Surg*, 1960;152:1004–9.
13. Papierniak K J, Wittenstein B, Bartizal J F. Diagnosis of spigelian hernia by computed tomography,” *Arch Surg*. 1983; 118 (1):109–10.
14. Zacharakis E, Papadopoulos V, Ganidou M, Zacharakis E. Incarcerated Spigelian hernia: a case report. *Med Sci Monit*, 2006; 12 (7): 64-6.
15. Moreno-Egea A, Aguayo J L, Girela E. Treatment of spigelian hernia using totally extraperitoneal laparoscopy ambulatory surgery. *Surg Endoscop*, 2002; 16 (12): 1806.