

Nadir bir intestinal obstrüksiyon nedeni: obturator fıtık (olgu sunumu ve literatür değerlendirmesi)

A rare cause of intestinal obstruction: obturator hernia (report of a case and review of literature)

Osman Yüksel*, Tolga Şahin*, Hasan Bostancı*, Nusret Akyürek*

Obturator fıtıklar son derece nadir görülürler ve tüm karın duvarı fıtıklarının %0.05 ile %1.4'ünü oluştururlar. İlk olarak 1724 yılında Arnaud de Ronsil tarif etmiştir. İlk obturator fıtık onarımı 1851 yılında Obre tarafından yapılmıştır (1-3).

Obturator fıtıklar %0.2-1.6 olguda intestinal obstrüksiyon bulguları gösterirler (4). Fıtık kesesi içinde barsak olan olgularda preoperatif dönemde teşhis zorluğu nedeniyle oluşan gecikmeler bu hastalardaki mortalite oranlarının ciddi oranlarda yükselmesine neden olmaktadır (5).

Bizde bu çalışmada intestinal obstrüksiyon bulguları olan bir obturator fıtık olgusunda; tanıda yaşanan zorlukları, teşhiste kullanılan yöntemleri ve tedavi aşamalarındaki problemleri literatür bilgileri eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

70 yaşında kadın hasta yaklaşık 4 gün önce başlayan karın ağrısı, dışkılama zorluğu ve son 24 saatten beri olan kötü kokulu kusma ile acil servise başvurdu. Hastanın 1 yıldır kabızlık ve son bir aydır sol uyluk iç kısmında dize doğru yayılan ağrısının olduğu, bu ağrı nedeniyle birkaç kez doktora gittiği ve tedavi verildiği öğrenildi. Yaptığımız değerlendirmede karında hafif şişkinlik ve sol alt kadranda derin palpasyonda hassasiyet dışında patolojik bulgu tespit edilmedi. Rektal ve vajinal muayenede normal bulgular mevcuttu. Kan tablosu normaldi. Ayakta direkt karın grafisinde (ADKG) hava-sıvı seviyeleri gözlemlendi. Karın ultrasonografi (US)'sinde tanı bulgusu yoktu. Takiplerde hastanın klinik durumu ve barsak fonksiyonlarında kısmi düzelme olması üzerine oral gıda alımına izin verildi. Hasta bilgisayarlı tomografi (BT) randevusu alınarak tavsiyelerle taburcu edildi. Hasta 4 gün sonra aynı şikayetlerle tekrar başvurdu. Fizik muayenesinde karında şişkinliğin yanında sol alt kadranda hassasiyeti vardı. Kan tablosunda beyaz küresi $13000/\text{mm}^3$ idi. Karın US'de sol alt kadranda inguinal bölgeye uzanan ödemli barsak ansları tespit edildi. Inguinal bölge muayenesinde fıtık tespit edilmedi. Sol Howship-Romberg bulgusunun pozitif olduğu gözlemlendi. Yapılan karın BT'sinde solda obturator fıtık gözlemlendi (Şekil 1). Laparotomide Treitz'den itibaren 150 cm distalde ince barsak anslarının fıtık kesesinin içinde olduğu ve kapalı perforasyon geliştiği gözlemlendi. Yaklaşık 20 cm'lik ince barsak segmenti çıkarılarak uç-uca anastomoz yapıldı. Obturator foramenindeki defekt içine dren konulmadan primer olarak onarıldı.

Makalenin Geliş Tarihi : 29.01.2007
Makalenin Kabul Tarihi : 07.04.2007

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD,
ANKARA

Osman YÜKSEL
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
06500, Beşevler / ANKARA
Tel: (312) 202 57 28 Faks: (312) 223 05 28
e-posta: osmanyuksel1971@yahoo.com.tr



Resim 1: Sol obturator kanalda obturator fitığa ait bilgisayarlı tomografi görünümü.

Tartışma

Obturator fitik oldukça nadir görülen bir problemdir ve preoperatif teşhisi genellikle zordur (1,2). Yaşlanma ile birlikte preperitoneal yağ dokuda olan azalmalar, kemik pelviste olan genişlemeler, çok doğum yapma gibi bir çok faktörle ilişkili olan bu fitikler yavaş ve sinsi seyirli olmaları nedeniyle teşhiste güçlükler oluşturmakta ve hayatı tehdit edebilmektedirler (6). Bu hastalarda intestinal obstrüksiyon bulguları olmasına rağmen teşhis ve tedavide hala gecikmeler vardır. Nitekim olgumuzda da tekrarlayan obstrüksiyonlara rağmen ancak ileri tetkiklerle obturator fitik tanısı konulabilmiştir. Bu tür olgularda hastanın ileri yaşı ve yaşla birlikte yandaş risklerin yüksek olması nedeniyle bir çok cerrah ilk planda obstrüksiyon tedavisinde konservatif yöntemi tercih etmektedir (7). Bunun sonucu olarak da %25-75 olguda nekroz nedeniyle rezeksiyon gereksinimi olmakta ve bu mortaliteyi %12-70 oranında arttırabilmektedir (5,8).

Bu olgularda fitik kesesi pectineus kasının altında olduğundan muayenede kese palpe edilemez. Periton boşluğuna fitik kesesi içeriği spontan redükte olursa hastanın kliniğinde düzelmeler görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda aralıklı semptomların cerrahi tedavi öncesinde olguların

%75'inde bulunduğu tespit edilmiştir (5). Obturator fitik olgularının %15-50'sinde fitik kesesinin obturator sinire basısına bağlı olarak Howship-Romberg bulgusu pozitif olabilir (5). Bu hastalar sıklıkla mevcut şikayetleri kas-iskelet sistemi hastalığı zannedilerek nörolog veya ortopedik cerrahlar tarafından değerlendirilmekte ve karın semptomları genellikle göz ardı edilebilmektedir (5,6). Obturator fitik; intestinal obstrüksiyona ait klinik bulgular, pozitif Howship-Romberg bulgusu, rektal veya vajinal muayenede büyük fitik kesesine ait kitle bulgusu veya hastanın hikayesinde obstrüksiyonu düşündürülen verilerin olması ile özellikle yaşlı ve kadın hastalarda ön tanı olarak düşünülmelidir (6,9). Tanıda baryumlu grafiler, floroskopi, karın BT, herniografi ve karın US gibi tetkiklere başvurulabilir ve tanı koyma oranları %0-70 arasında değişir (3,10,11). Tüm bu yöntemlere rağmen obturator fitik tanısı kesin olarak hala laparotomi ile konulmaktadır. Bu nedenledir ki eğer semptomların başlangıcından laparotomiye kadar geçen süre uzun ise komplikasyonlar sonrası mortalite oranları da artış göstermektedir. Literatür incelendiğinde mortalite, tanıda gecikme sonucunda oluşan barsak perforasyonu ve yandaş hastalıkların tabloyu ağırlaştırması ile direkt olarak ilişkilidir (5,12). Ancak daha önceden

ameliyat geçirmemiş yaşlı ve kadın hastalarda aralıklı tekrarlayan obstrüksiyon semptom veya bulguları varsa tanı özellikle obturator fitik olabileceğinin düşünülmesi ile konulmaktadır.

Obturator fitiklere yaklaşımda peritonit, komplet intestinal obstrüksiyon veya strangülasyon bulguları varsa erken cerrahi girişim mutlaka yapılmalıdır. Nonspesifik semptomlar veya belirsiz klinik bulgular varsa, acil cerrahi girişim için güçlü kanıtlar yoksa bekleme döneminde acil karın tomografisi tanının netleştirilmesi açısından son derece faydalı olabilir. Bunun yanında özellikle komplet obstrüksiyon veya peritonit olan olgularda pelvisin tam olarak değerlendirilmesinde tomografinin yararı da göz ardı edilmemelidir (13).

Obturator fitiklerde defektin onarımını içeren retropubik, preperitoneal, inguinal veya intraabdominal yaklaşımların yanında laparoskopik yaklaşımda kullanılabilmektedir. Defekt primer veya greft kullanılarak onarılabilir ve onarımlar sonrasında genellikle herhangi bir problemle karşılaşmamaktadır (9,14,15). Bizim olgumuzda obturator kanalda intestinal perforasyon olduğu için bu bölgeden uyluk iç kısmına doğru yayılan apse gelişimi strangülasyon ve perforasyonun önemli bir sonucu olarak yorumlandı. Obturator kana-

la bu tür onarımlardan sonra dren konulması veya perforasyonun kanal içinde olduğu olgularda tedavi yaklaşımının nasıl olması gerektiği ile ilgili olarak literatürde yeterli bilgi yoktur. Burada önemli olan konu, olguların bu aşamaya gelmeden önce teşhis edilip, gerekli cerrahi tedavilerinin erken dönemde yapılmasıdır. Bu yapıldığı takdirde defektin onarımıyla ilgili sorunlar veya defektteki patolojilere ait problemler daha az görülebilecektir.

Sonuç olarak; kronik hastalıklı olan yaşlı kadın hastalarda aralıklı

Summary:

A rare cause of intestinal obstruction: obturator hernia (report of a case and review of literature)

Here we present a case of 70 female emaciated patient with a positive Howship-Romberg sign but who had been treated with the diagnosis of osteoarthritis in various clinics previously. She was admitted to our department with the signs and symptoms of partial intestinal obstruction. She was found to have obturator hernia during the evaluation period. We aimed to discuss the difficulties encountered during the evaluation period, the modalities of diagnosis and the difficulties that come across at the level of treatment in the guidance of the literature.

Key Words: Obturator hernia, intestinal obstruction, intestinal perforation

veya akut olan intestinal obstrüksiyon semptomları obturator fıtık açısından önemsenmelidir. Obturator fıtık düşünülerek yapılacak muayeneler ve görüntüleme yöntemleri ile erken tanı

konulabilecek ve cerrahi girişimler daha erken dönemde gerçekleştirilerek daha düşük morbidite ve mortalite oranları sağlanabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Ziegler DW, Rhoads JE Jr. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. Am J Surg, 1995; 170: 67-68.
2. Jorge CG, Manuel RD, Alexandro ED, et al. Incarcerated obturator hernia successfully treated by laparoscopy. Surg Laparosc Endosc, 1998; 8: 71-73.
3. Ijiri R, Kanamaru H, Yokoyama H, et al. Obturator hernia: the usefulness of computed tomography in diagnosis. Surgery, 1996; 119: 137-140.
4. Lo CY, Lorentz TG, Lau PW. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. Am J Surg, 1994; 167: 396-398.
5. Yip AW, AhChong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. Surgery, 1993; 113: 266-269.
6. Bjork KJ, Mucha P, Cahil DR. Obturator hernia. Surg Gynecol Obstet, 1988; 167: 217-222.
7. Schmidt PH, Bull WJ, Jeffery KM, et al. Typical versus atypical presentation of obturator hernia. Am Surg, 2001; 67: 191-195.
8. Hershman MJ, Reilly DT, Swift RI. Strangulated obturator hernia: delayed diagnosis is still the rule. J R Coll Surg Edinb, 1986; 31: 282-283.
9. Gray SW, Shandalakis JE, Soria RE, et al. Strangulated obturator hernia. Surgery, 1974; 75: 20-27.
10. Glicklich M, Eliasoph J. Incarcerated obturator hernia: case diagnosed at barium enema fluoroscopy. Radiology, 1989; 172: 51-52.
11. Chin LW, Chou MC. Ultrasonography diagnosis of occult obturator hernia presenting as intestinal obstruction in ED. Am J Emerg Med, 2005; 23: 237-239.
12. Cubillo E. Obturator hernia diagnosed by computed tomography. Am J Roentgenol, 1983; 140: 735-736.
13. Chang SS, Shan YS, Lin YJ, et al. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. World J Surg, 2005; 29: 450-454.
14. Somell A, Ljungdahl I, Spangen L. Thigh neuralgia as a symptom of obturator hernia. Acta Chir Scand, 1976; 142: 457-459.
15. Tucker JG, Wilson RA, Ramshaw BJ, et al. Laparoscopic herniorrhaphy: technical concerns in prevention of complications and elderly recurrence. Am Surg, 1995; 61: 36-39.

KATKIDA BULUNANLAR:

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Osman Yüksel, Nusret Akyürek
Verilerin elde edilmesi:
Tolga Şahin, Hasan Bostancı

Verilerin analizi ve yorumlanması:
Osman Yüksel, Nusret Akyürek
Yazının kaleme alınması:
Osman Yüksel, Nusret Akyürek

İstatistiksel değerlendirme:
Yok