

## OLGU SUNUMU

# Nadir bir incebarsak tıkanıklık nedeni olarak transomental herni: olgu sunumu

Orhan Veli Özkan<sup>1</sup>, İsmail Zararsız<sup>2</sup>, İbrahim Yetim<sup>1</sup>, Ersan Semerci<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

<sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Anatomi AD. Hatay

### Özet

İnternal herniler ince bağırsak obstrüksiyonunun nadir görülen bir nedeni olup insidansı %1'den daha az olarak bildirilmiştir. Transomental herni ise, internal hernilerin nadir rastlanan şekillerinden birisidir. Bu hernilerde içeriğin boğulma ve nekroza kadar giden dolaşım bozukluğu riski nedeniyle zamanında tanı konulması önemlidir. Bu olguda ileus belirtileri nedeniyle ameliyat ettiğimiz transomental herni sunuldu. Kolik tarzında ağrı ile acil servise başvuran 27 yaşındaki bayan hasta, yaklaşık on yıldır tekrarlayan karın ağrısı atakları geçiriyordu. Barsak tıkanıklığı ön tanısı ile yapılan ameliyatta ince bağırsağın omentum majustaki defekten fıtıklaştığı gözlemlendi. Fıtıklaşan ince barsaklar rezeksiyon yapılmadan redükte edildi. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeden hasta taburcu edildi. Transomental herniler her ne kadar nadir görülse de, genç ve daha önce ameliyat geçirmemiş, ve barsak tıkanıklığı görülen hastaların ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Bu hastalarda gecikmeden ameliyat kararı verilmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** İnternal herni, transomental herni, ince barsak tıkanıklığı

### Transomental hernia as a rare cause of small intestinal obstruction: a case report

#### Abstract

Internal hernias are uncommon causes of small intestinal obstructions that account for less than 1% of all. Of these, transomental hernia is one of the rarest forms with an unknown etiology. Because of the risk of strangulation of hernia contents, immediate diagnosis is essential. We report a case of transomental hernia that was operated for signs of ileus. The patient was a 27-year old woman admitted with a colicky abdominal pain. She told that her pain lasted for ten years with repetitive attacks. During process of laparotomy, small intestine had herniated through windows in the greater omentum with a distended proximal segment. Herniated part was retrieved without resection. Then, she was discharged without any complication. Although relatively uncommon, transomental hernias should be included in the differential diagnosis of small bowel obstruction in young patients with repetitive abdominal painful attacks without any history of previous abdominal surgery.

**Key Words:** Internal hernia, transomental hernia, small intestinal obstruction

#### Yazışma Adresi:

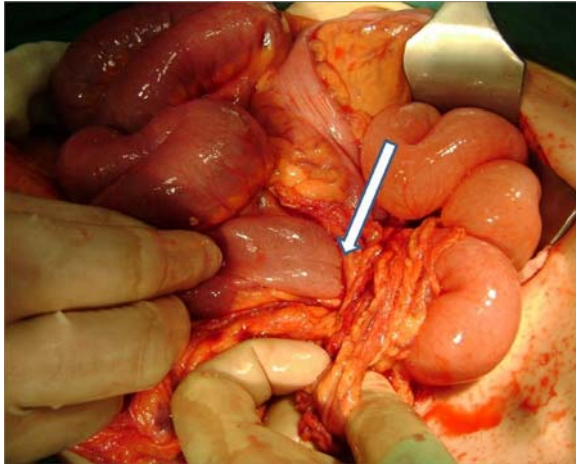
Yard. Doç. Dr. Orhan Veli ÖZKAN  
Mustafa Kemal Üniversitesi Lojmanları  
Sabancı Kız Yurdu Arkası B Blok No:108  
31100 Antakya/Hatay Tlf No: 0326 214 86 61  
e-mail: veliorhan@hotmail.com

Barsakların mezenter ile birlikte visceral peritondaki açıklık veya resessuslara fitiklaşması internal herni olarak ifade edilir. İnternal herniler, doğumsal veya akkiz patolojik defektlerle oluşabileceği gibi, foramen Winslow gibi anatomik yapılardan da kaynaklanabilmektedir. İnternal hernilerin yarısından fazlasını paraduodenal herniler oluştururken, nadir görülen diğer tipleri ise transmezenterik, periçekal, foramen Winslow ve omental hernilerdir (1-3).

İnternal herniler ince bağırsak tıkanıklığının nadir görülen bir nedeni olup insidansı sadece %0.2-0.9 olarak bildirilmiştir. Transomental herniler ise, internal hernilerin ancak %1-5'ini oluşturur.<sup>[4-7]</sup>

Transomental herniler, omentum majus veya omentum minus kaynaklanabilmektedir.<sup>[1-3]</sup> Çoğu doğumsal olmasına rağmen travma ve inflamasyonlar da omental perforasyona yol açabilir. Mezenter ve omentumda cerrahi sonrası veya travmaya bağlı olarak oluşan defektler potansiyel herni bölgeleridir. Bu defektlerden çekum ve sigmoid kolon gibi hareketli barsak segmentleri fitiklaşabilirken genellikle fitiklaşan organ ince barsaklardır. Bu fitiklarda herni kesesi yoktur.

Bu çalışmada ince barsak tıkanıklığına neden olan ve ameliyat esnasında tanı konulan transomental herni olgusu sunulmuştur.

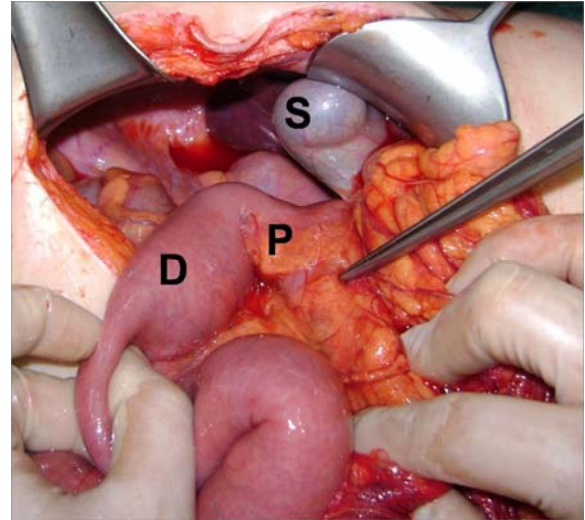


**Resim 1.** Omentum majustaki defektten fitiklaşmış ince barsak anısı.

## Olgu

Kolik tarzında karın ağrısı ile acil servise başvuran 27 yaşındaki bayan hastanın anamnezinde, yaklaşık on yıldır tekrarlayan karın ağrısı ve gaz - gaita çıkaramama atakları geçirmiş olduğu anlaşıldı. Yapılan fizik muayenede sol alt

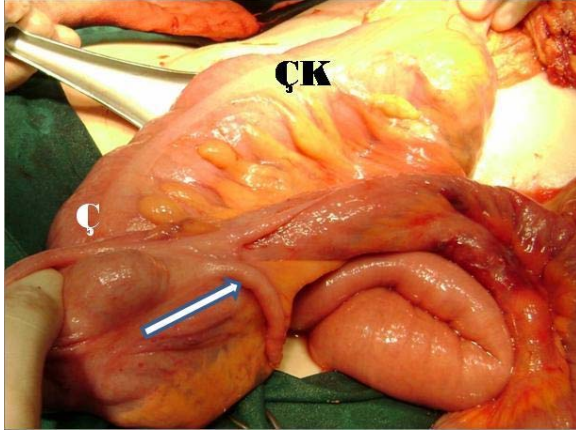
ve üst kadranda hassasiyet tespit edildi. Hastanın başvurduğu gün akciğer grafisi normaldi. Ayakta direkt batın grafisinde ince barsaklarda gaz vardı ancak hava-sıvı seviyesi görülmedi. Biyokimya, hemogram ve idrar tetkikleri normaldi. Yapılan tüm batın ultrasonografisinde dilate barsak anları dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hasta müşahede amacıyla damar yolu açılarak servise yatırıldı. Takiplerinde kolik tarzında ağrıları devam etti. Yatışının 2. gününde tekrarlanan ayakta direk batın grafisinde ince barsak tıkanıklığını düşündürülen hava-sıvı seviyeleri vardı ve gaz-gaita çıkışı yoktu. Fizik muayenede batında distansiyon gelişmeye başlaması üzerine barsak tıkanıklığı ön tanısı ile hasta ameliyata alındı. Eksplozasyonda; ince barsakların omentum majustaki doğumsal defekten fitiklaştığı gözlemlendi. Fitiklaşan ince barsak anısı yaklaşık olarak 20 cm uzunluğunda idi (Resim 1). Fitiklaşan ince barsak segmentlerinde gecikmeden ameliyata karar verilmesinden dolayı dolaşım bozukluğu, nekroz, perforasyon gibi hayatı tehdit edici patolojiler gelişmemişti.



**Resim 2.** Tüm segmentleri intraperitoneal yerleşimli olan duodenum kısımları (S: Safra kesesi, P: pilor, D: Duodenum)

Duodenumun tüm bölümlerinin intraperitoneal olduğu (Resim 2), çıkan kolonun (Resim 3) kendisine ait mezosunun olduğu ve her ikisinin de serbest, kolaylıkla hareket ettiği saptandı. Fitiklaşan ince barsak anları rezeksiyon yapılmadan redükte edildi. Omentumdaki defektin olduğu bölgelere kısmi omentektomi yapıldı. Çıkan kolonun parietal peritona 2/0 poliglaktin (Vycril®, Ethicon) ile fiksasyonu yapıldı. Ameliyat sonrası 5. günde komplikasyon

gelişmeyen hasta taburcu edildi. Hastanın ameliyat sonu takiplerinde onuncu ayda herhangi bir şikayeti yoktu.



**Resim 3.** Tüm yüzleri intraperitoneal olan ve mesosuyla hareketli çıkan kolon (Ç: Çekum, ÇK: Çıkan kolon, (→): Apendiks)

### Tartışma

İnternal hernilerde fitiklaşan barsak normal lokalizasyonuna dönebilir ya da defektin büyüklüğüne, fitiklaşan barsağın uzunluğuna, tanı ve tedavideki gecikmeye bağlı olarak boğulma hatta buna bağlı beslenme bozukluğuna bağlı nekroz gelişebilir. İnternal hernilerin ameliyat öncesi dönemde tanısı çoğu zaman mümkün olmaz. Tanı ancak ameliyat esnasında konabili (8). İntrauterin hayatta barsağın gelişim sürecinde ortaya çıkan konjenital malformasyonlar internal hernilere neden olabilmektedir. Periton, embriyolojik gelişim sürecinin erken dönemlerinde abdomen boşluğunda geniş bir kese şeklinde ortaya çıkar. Daha sonraki dönemlerde abdominal organlar geliştikçe bu periton kesesi içerisine gömülerek karın boşluğuna doğru uzanırlar. Jejunum, ileum ve duodenumun bulbus kısmı periton ile örtülü intraperitoneal organlardır. Karında yer alan bu organların ön yüzünü ise, dört kat periton yaprağından oluşan omentum majus örter.<sup>[9,10]</sup> Sunmuş olduğumuz olguda omentum majusta konjenital olduğunu düşündüğümüz bir defektten ince barsak ansı fitiklaşmıştır. Ayrıca normal yapısından farklı olarak duodenumun tüm kısımları ve çıkan kolonun intraperitoneal ve mezolarının olduğu gözlemlendi.

İnternal hernilerde hastanın şikayeti fitiklaşan organa göre değişmektedir. En sık fitiklaşan organ ince barsak iken, nadiren kalın barsaklar da fitiklaşabilmekte ve tıkanıklığa neden olabilmektedir. Hastanın semptomları tıkanıklığın tam ya da parsiyel olmasına bağlı olarak bulantı, kusma, kolik tarzında karın ağrısı ve abdominal

distansiyondur. Ancak fitiklaşan organın kanlanması bozulursa şikayetler şiddetlenir ve tanı konulamazsa patoloji ilerleyerek perforasyona neden olabilir.<sup>[11]</sup> Hastaların çoğunda, bizim olguda olduğu gibi, uzun süreli ve aralıklı devam eden semptomlara ait hikaye almak mümkündür. İnternal herniler, defekte batin içi organların girmesi nedeniyle semptom vermektedir. Ancak bu organlar kendiliğinden redükte oldukları zaman hastanın şikayetleri ortadan kalkmaktadır. Bu dönemde tanıya yönelik tetkiklerden olumlu sonuç alınamamaktadır. Sunmuş olduğumuz olguda, yaklaşık on yıldır tekrarlayan karın ağrısı şikayetlerinin olması fitiklaşmanın zaman zaman olduğunu ve fitik içeriğinin spontan redükte olduğunu düşündürmektedir. Ancak son atak daha uzun bir barsak ansının fitiklaşmasına ve bu yüzden kendiliğinden redükte olamamasına bağlandı.

Transomental herniler, diğer internal herniler gibi kronik sindirim problemlerine, postprandial ağrıya ve tekrarlayan barsak tıkanıklığına neden olabilir. Ağrılar, peptik ülser, safra yolu hastalıkları, abdominal anjiniyi taklit edebilir. Tıkanma tablosu yerleştiğinde fizik muayenede hassasiyet ve abdominal distansiyon tespit edilir. Laboratuvar ve radyolojik bulgular barsak tıkanıklığını destekler. Akut batin fitiklaşan barsak ansının kanlanması bozulduğunda ve perforasyon gibi daha karmaşık patolojilerin gelişmesi sonucunda oluşabilir. Genellikle ameliyat öncesinde tanı koymak zordur.<sup>[12]</sup> Ameliyat öncesi dönemde yapılacak radyolojik tetkikler, barsak tıkanıklığı tanısı koymak, psödo-obstrüksiyonu ya da parolitik tıkanmayı mekanik tıkanmadan ayırabilmek, tıkanıklığın yerini ve nedenini belirlememize yardımcı olabilir. Bunun yanında boğulmuş barsak kısımlarında kanlanma bozukluğu, perforasyon gibi hayatı tehdit eden patoloji gelişip gelişmediğini saptamamızı sağlayabilir.

Kontrastlı tetkikler ve endoskopi tanıyla birlikte tedavi amacıyla da kullanılabilir.<sup>[13]</sup> Bu amaçla akciğer, yatarak ve ayakta direkt batin grafileri ilk yapılması gereken tetkiklerdir. Hastanın anamnez, fizik muayene ve tetkiklerinden elde ettiğimiz bilgilere göre ultrasonografi, tomografik incelemeler, kontrastlı grafiler, enteroklizis, endoskopi gibi ileri incelemeler yapılabilir. Yapılabilecek olan bu tetkiklerin her birinin bize vereceği bilgiler hastaya yaklaşımımızı yönlendirecek hatta tedavi amacına yönelik katkı sağlayacaktır. Yapılacak incelemelere her hastanın kendi özel durumuna göre karar verilir. Örneğin tümör şüphesinin olduğu subakut barsak tıkanmalarında karın tomografisi faydalı olabilir.<sup>[14]</sup> Bizim olguda

preoperatif dönemde yapılan laboratuvar ve radyolojik değerlendirmeler spesifik tanı için yeterli olmadı. Akciğer, ayakta direkt batin grafisi ve ultrasonografi ile değerlendirme yapıldı. Bu hastada akut tıkanma meydana gelmesi üzerine mekanik ileus ön tanısı ile ameliyata alındı. Ameliyat esnasında ancak transomental herni tanısı konulmuştur.

Tüm internal hernilerde olduğu gibi transomental hernilerde de fıtıklaşan organların durumuna göre tedavi planı değişmektedir. Fıtıklaşan organlarda boğulma ve gangren varsa rezeksiyon yapılması gerekebilir. Ancak erken dönemde nekroz gelişmeden ameliyat yapılabilirse rezeksiyon yapılmadan organ redükte edilebilir. Daha sonra fıtıklaşmaya neden olan defekt ortadan kaldırılmalıdır. Bunun için kısmi omentektomi yapılabilir. İkincil fıtık oluşumunu önlemek için omentumda ve barsak mezosunda defekt bırakılmaması sağlanmalıdır. Bunun yanında hastada varsa doğumsal anomaliler düzeltilmelidir. Olgumuzda, fıtıklaşan ince barsak ansı rezeksiyon yapılmadan redükte edildi ve omentum majusta defektin olduğu bölgeye tekrar etmemesi için kısmi omentektomi uygulandı. Mobil olan çıkan kolonun daha ileriki dönemde torsiyon, internal herni gibi bir patolojiye yol açmaması için peritona fiksasyonu yapıldı. Ameliyat sonrası 5. günde komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç olarak; transomental herniler her ne kadar nadir görülse de, genç, daha önce ameliyat geçirmemiş, karın duvarı hernisi olmayan ancak ileus belirtileri gösteren hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Hastaların erken dönemde tanı konulup ameliyat edilmesi fıtıklaşan organlarda boğulma ve bunun neden olduğu kanlanma bozukluğu, perforasyon, peritonit gibi hayatı tehdit eden patolojiler gelişmeden tedavi imkanı verir. Bu da morbidite ve mortalitesi daha fazla olan gereksiz organ rezeksiyonunu önleyecektir.

## 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. Selçuk D, Kantarcı F, Ögüt G ve ark. Radiological evaluation of internal abdominal hernias. *Türk J gastroenterol* 2005; 16: 57-64.
3. Duarte GG, Fontes B, Paggetti RS et al. Strangulated internal hernia through the lesser omentum with intestinal necrosis- a case report. *Sao Paulo med J* 2002; 120: 84-86.
4. Kohli A, Choudhury HS, Rajput D. Internal hernia : A case report. *Indian J Radiol Imaging* 2006;16:563-6
5. See JY, Ong AWH, Iau PTC et al. Double omental hernia: case report on a very rare cause of intestinal obstruction. *Ann Acad Med Singapore* 2002; 31: 799-801.
6. Martin RC, Merkle EM, William MT. Review of internal hernias: Radiographic and Clinical Findings. *AJR* 2006; 186: 703-717.
7. Rayter Z, Chingwundoh F. An unusual omental hernia. *Postgrad Med J.* 1990; 66: 682-683.
8. Chou CK, Mak CW, Wu RH, et al. Combined transmesocolic-transomental internal hernia. *AJR* 2005; 186: 1532-1534.
9. Arıncı K, Elhan A. Anatomi. 2. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997, s. 350-352.
10. Moore KM, Persaud TVN. Klinik yönleri ile insan embriyolojisi. Çev. Ed. Prof. Dr. Mehmet Yıldırım. 1. Baskı. İstanbul: Türkçe Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s.283-292.
11. Tekin A, Şahin M, Küçükartallar T, ve ark. Nadir bir ileus nedeni: Paraduodenal herni. *Genel Tıp Derg* 2007; 17: 111-114.
12. Ghahremani GG. Internal abdominal hernias. *Surg Clin North Am.* 1984; 64: 393-406.
13. Sayek İ. Temel Cerrahi. 3. Baskı Güneş Kitabevi, Ankara. 2004, Sh.1091-1093.
14. Zuidema GD. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. Fourth Edition. Volume 5. Philadelphia, Pennsylvania. WB Saunders Company 1996: 380-381.