

Parakolik Herni İçinde Boğulmuş Meckel Divertikülü: Olgu Sunumu

Erdem Kınacı, Fatih Başak, Oğuzhan Dinçel, Arslan Kaygusuz

Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Parakolik herni içinde boğulmuş Meckel divertikülü: Olgu sunumu

Meckel divertikülü sadece komplikasyon geliştiğinde semptomatik hale gelir. Erişkin dönemdeki en sık komplikasyonu intestinal obstrüksiyondur. Obstrüksiyon nedeni olarak Meckel divertikülünün herni içinde boğulması çok nadir bir durumdur. Internal herniler bu nadir durumun çok az bir bölümünü oluşturur. Acil servise mekanik barsak tıkanıklığı bulguları ile başvuran 80 yaşındaki erkek hastaya, klinik ve radyolojik verilere dayanılarak acil cerrahi uygulandı. Meckel divertikülünün ileokolik bölgedeki parakolik herni içinde boğulduğu ve komşu barsak ansının nekroze olduğu görüldü ve bu segment divertikülle birlikte rezeke edildi. Parakolik herni primer olarak kapatıldı. Ameliyat sonrası ikinci gün cerrahi olmayan nedenlerle kaybedildi.

Anahtar kelimeler: Meckel divertikülü, internal herni, mekanik ileus

ABSTRACT

Meckel's diverticulum strangulated in paracolic hernia: case report

Meckel's diverticulum can be symptomatic only when a complication develops. The most common complication is intestinal obstruction in adulthood. Strangulation of Meckel's diverticulum in a hernia is a rare condition. Strangulation in a paracolic hernia is also seen infrequently. We report a case of a 80-year-old male patient with signs and symptoms of mechanical intestinal obstruction. Depending on clinical and radiologic data of the patient, emergency surgery was performed. In operation, we detected a Meckel's diverticulum strangulated in paracolic hernia and necrosis of bowel wall adjacent to diverticulum. The necrotic bowel segment containing Meckel's diverticulum was resected. Paracolic hernia was repaired. Patient died on the second postoperative day due to non-surgical problems.

Key words: Meckel's diverticulum, internal hernia, mechanical ileus

Bakırköy Tıp Dergisi 2009;5:72-74

GİRİŞ

Meckel divertikülü (MD) gastrointestinal sistemin en sık görülen konjenital anomalisidir (1,2). Otopsi serilerinde insidansı %1-2 olarak bildirilmiştir (1). MD sıklıkla sessiz seyrederek ve insidental olarak tesbit edilir. Obstrüksiyon, kanama, divertikülit, invajinasyon ve perforasyon gibi komplikasyonlar gelişebilir ve ancak bu durumlarda semptomatik olur. Komplikasyon görülme sıklığı yaş ilerledikçe azalır (3). İntra-abdominal hernilerin gelişimsel ve kazanılmış olmak üzere iki şekli vardır. Gelişimsel internal hernilerin üç farklı oluşum mekanizmasından biri anormal açıklığı olan inkomplet mezenterik yüzeylerin varlığıdır ve en sık ileokolik bölgede yerleşir (4).

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Erdem Kınacı
Istanbul EAH, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-533-697-2550

Elektronik posta adresi / E-mail address: erdemkinaci@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 30 Nisan 2008 / April 30, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 20 Haziran 2008 / June 20, 2008

Meckel Divertikülü nadiren inguinal, femoral, umbilikal herniler içinde boğulmuş olabilir (Littre hernisi) (5). Internal herni tiplerinden parakolik herni içine inkarserasyonu çok daha nadirdir ve literatürde olgu sunumu olarak mevcuttur (6).

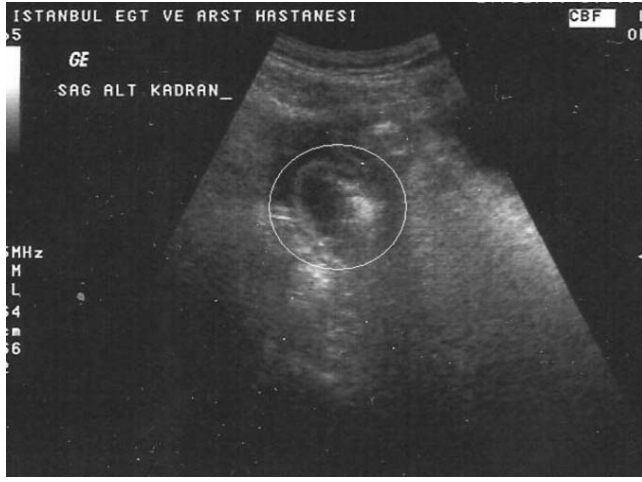
Bu makalede, MD'nün parakolik herni içinde boğulması ile oluşan mekanik barsak tıkanıklığı olgusunu sunduk.

OLGU SUNUMU

Seksen yaşındaki erkek hasta üç gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma ve son birkaç saattir eklenen ateş şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde beş yıl önce geçirilmiş miyokard infarktüsü ve selim prostat hiperplazisi teşhisi mevcuttu. Fizik muayenede karında yaygın hassasiyet, karın sağ yarısında defans vardı. Rektal tuşede normal gayta olduğu gözlemlendi, prostat ileri derecede büyümüş olarak palpe edildi. Arteriyel kan basıncı sistolik 110 mmHg, diastolik 60 mmHg, nabız dakikada 54 atım, aksiller ateş 38° dereceydi. Geliş anın-

da alınan kan örneklerinde, lökositoz ($25800/\text{mm}^3$), üremi (128 mg/dl) ve hiperpotasemi (5.7 mmol/l) mevcuttu. Ayakta direkt karın grafisinde ince barsak tipi birkaç adet hava-sıvı seviyesi gözlemlendi.

Barsak tıkanıklığı bulguları olan hastada ayırıcı tanıya gitmek üzere abdominopelvik ultrasonografi yapıldı. Ultrasonografide pelviste serbest sıvı ve retroçekal alanda 5 cm boyunda 2 cm çapında, içi sıvı dolu, duvar kalınlığı artmış, ucu kör incebarsak segmenti rapor edildi (Resim 1). Hastada mekanik intestinal obstrüksiyon düşünülerek cerrahi eksplorasyon uygulandı ve ileoçekal bileşke-den yaklaşık 40 cm proksimaldeki Meckel Divertikülü'nün, daha proksimaldeki ileum segmenti ile beraber ileoçekal alanda parakolik mezenterik defekt içine fıtıklaştığı ve divertiküle komşu yaklaşık 15 cm 'lik incebar-



Resim 1: Meckel divertikülünün ultrasonografik görünümü



Resim 2: Meckel divertikülü ve hemen proksimalindeki nekrotik alan

sak segmentinin nekroze olduğu görüldü (Resim 2). Apendiks tamamen normal yapısındaydı. Bu nekrotik alan MD ile beraber rezeke edilip ucuca anastomoz yapıldı. Mezenterik defekt primer onarıldı. Postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta ikinci gün cerrahi olmayan nedenlerle kaybedildi.

TARTIŞMA

MD, embriyolojik olarak omfalomezenterik (vitelline) kanalın tam oblitere olmaması sonucu oluşan, ileumun antimezenterik yüzünde yerleşen ve duvarının tüm katlarını içeren gerçek divertiküler yapıdır (7). MD erkeklerde daha sık görülmekte ve semptomatik olmaktadır (3,7,8).

MD sıklıkla sessiz seyrederek insidental olarak tespit edilir (3,7,8). Park, Mayo Klinik'deki 1476 olguluk geniş serisinde semptomatik MD oranını %16 olarak bildirmiştir (3). Yetişkin dönemde obstrüksiyon ve kanama en sık prezentasyon şeklidir (3,8). Gelişimsel internal hernilerin üç farklı oluşum mekanizmasından biri anormal açıklığı olan inkomplet mezenterik yüzeylerin varlığıdır ve en sık ileokolik bölgede yerleşir. Bu tip olgular herni boynunda bir barsak ansının sıkışması ile veya fıtıklaşan segmentin torsiyone olması ile kendini gösterir (4). MD'nün ve parakolik hernilerin kendi oluşum sıklıkları dikkate alındığında, parakolik herni içinde MD boğulması ile oluşan mekanik barsak tıkanıklığının ne kadar nadir bir durum olduğu daha iyi anlaşılacaktır. Nitekim bu tablo literatürde olgu sunumları olarak mevcuttur (6).

Semptomatik olduğunda çoğunlukla acil cerrahi gerektirdiğinden (mekanik barsak obstrüksiyonu, perforasyon gibi), MD'nün preoperatif tanısını koymak oldukça güçtür. Bani-Hani ve Shatnavi, 68 olguluk serisinde preoperatif tanı koyma oranını %5.9 olarak bildirmiştir (7). Preoperatif tanı yöntemi olarak teknesyum 99m perteknetat (Tc 99m) sintigrafisi, ince barsak kontrastlı grafisi, anjiyografi, bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. Ancak bunların tanı koyabilme oranları oldukça düşüktür (9). Aggarwal ve ark. multidetektör bilgisayarlı tomografinin tanıda yararlı bilgiler sağladığını bildirmiştir (6).

MD olgularında ultrasonografi ile çekumdan uzak yerleşimli sıvı yüklü genişlemiş tubuler yapı görülmesi, pelvik abse tesbiti, divertikül duvarında kalınlaşma görülmesi, invajinasyon bulunması mümkündür, ancak bu bulgular yeterince spesifik değildir (10). Olgumuzda abdominal ultrasonografik incelemede divertiküler yapı retroçekal yerleşimli, kalın duvarlı, içi sıvı yüklü kör bar-

sak segmenti şeklinde kendini göstermiş ve çevresinde genişlemiş incebarsak segmentleri ve pelvik sıvı koleksiyonu tesbit edilmiştir (Resim 1).

Sonuç olarak, bu olguda ileri yaşlarda nadiren semptomatik olan MD'nün, seksen yaşındaki bir insanda para-

kolik herni içine yerleşerek strangülyasyona ve barsak nekrozuna yol açabileceği görülmektedir. Tanıda ideal yöntem olmamakla beraber, özellikle acil şartlarında dikkatli bir ultrasonografik incelemeden yararlı bilgiler almak mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Perne AS. Meckel diverticulum. N Eng J Med 1959; 260: 690.
2. Albu I, Munteanu V, Florescu P, Petrescu M, Olteanu L, Cindea S. The ileal diverticulum. Morpho-clinical and epidemiological study. Rom J Morphol Embryol 1993; 39: 37-42.
3. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). Ann Surg 2005; 241: 529-533.
4. Turnage RH, Li BDL, McDonald JC. Abdominal Wall, Umblicus, Peritoneum, Mesenteries, Omentum and Retroperitoneum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM and Mattox KL (Eds) Sabiston Textbook of Surgery, The biological basis of modern surgical practice. 17th edition, Philadelphia, Elsevier Saunders, 2004: s. 1171-1197.
5. Perlman JA, Hoover HC, Safer PK. Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum (Littre's hernia). Am J Surg 1980; 139: 286-289.
6. Aggarwal BK, Rajan S, Aggarwal A, Gothi R, Sharma R, Tandon V. CT diagnosis of Meckel diverticulum in a paracolic internal hernia. Abdom Imaging 2005; 30: 56-59.
7. Bani-Hani KE, Shatnawi NJ. Meckel's diverticulum: comparison of incidental and symptomatic cases. World J Surg 2004; 28: 917-920.
8. Stone PA, Hofeldt MJ, Campbell JE, Vedula G, DeLuca JA, Flaherty SK. Meckel diverticulum: ten-year experience in adults. South Med J 2004; 97: 1038-1041.
9. Groebli Y, Bertin D, Morel P. Meckel's diverticulum in adults: retrospective analysis of 119 cases and historical review. Eur J Surg 2001; 167: 518-524.
10. Miele V, De Cicco ML, Andreoli C, Buffa V, Adami L, David V. US and CT findings in complicated Meckel diverticulum. Radiol Med 2001; 101: 230-234.