

Etrangüle Obturator Herniler Ve Acil Yaklaşımlar

51

İbrahim YILMAZ¹
M. Alperen AVCİ²

GİRİŞ

Obturator herniler (OH); nadir görülen ancak belirgin ileus tablosu oluşturan karın ön duvar fıtıklarıdır. Tanı konması güç olduğundan; genellikle cerrahi tedavide gecikmelere neden olarak hastanın mortalite ve morbiditesinde artışa yol açarlar. Literatürde görülme sıklığı %0,05-1,4 arasında değişkenlik gösterirken; mortalite oranları yaklaşık %12-70 civarındadır (1). Sıklıkla yaşlı, multipar ve zayıf kadınlarda görülür. (1). Kadınlarda erkeklere göre 6-9 kat daha sık gözlenir. Kilo azlığı ile birlikte obturator kanaldaki yağ doku azalmasının fıtık gelişimine zemin hazırladığı değerlendirilmekte olup, kollojen metabolizma bozukluklarının da etken olabileceği değerlendirilmiştir (2). Kadınlarda sık görülmesinin nedeni olarak; daha geniş pelvis yapısına sahip olmaları ve obturator kanalın kadınlarda transvers çapı artmış üçgen şeklin-

de olması gösterilmiştir(3). Kronik kabızlık, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH) ve intraabdominal basınç artışına neden olan durumlar da diğer fıtıklar gibi OH riskini artırır. Asyalı kadınlar da batı ülkelerindeki kadınlara göre daha sık saptanır (3). OH'ler pelvik herniler arasında en sık görüleni olup yarısından fazlası sağ taraf yerleşimlidirler. Sol tarafta sigmoid kolon varlığının OH gelişimini önleyebileceği değerlendirilmektedir (1). Literatürde vakaların %6 sı bilateral yerleşimli olup, genellikle diğer fıtıklarla (inguinal, femoral) beraber görülürler.

Herniasyon derecesine göre; hastalarda klinik semptomlar oluşur ve hastaların %90 'ı kısmi veya tam intestinal obstrüksiyona bağlı ileus tablosu ile hastaneye başvururlar. İnce barsak, kalın barsak, appendiks, fallopian tüpler ve omentum herni kesesi içerisine girebilir. Fizik muayenede; obturator sinir basısı sebebiyle uyluğun medialinde ağrı hissedilmesine sebep olan Howship-Romberg bulgusu vakaların ancak %30-67' sinde saptanabilir (4,5). Diğer bir karakteristik fizik muayene bulgusu olan Hannington-Kiff bulgusunda ise; patellar refleks korunurken uylukta adduktor reflex kaybı saptanır (5).

¹ Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dibrabhiyilmaz@yahoo.com

² Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dr.maavci@gmail.com

minal yaklaşım tercih edildi. Abdominal yaklaşım ile; daha geniş görüş açısı sağlanarak, diğer tarafın obturator kanalında değerlendirilebilir ki, OH'lerin çoğu bilateral olabilir (15). Retropubik ve inguinal yaklaşımlar, preoperatif kesin OH tanısı konan hastalar için daha önceleri kullanılıyorken günümüzde pek tercih edilmemektedir (16). Obturator yaklaşım ise, obturator bölgede palpabl kitle varlığında uygulanabilir (4). OH tedavisinde laparoskopik yaklaşım 2000 yıllardan günümüze sıklıkla kullanılmaktadır (4). Transabdominal transperitoneal (TAPP) ve totally ekstraperitoneal (TEP) yöntemleri diğer fıtık tamirlerinde olduğu gibi OH tamirinde de güvenle kullanılmaktadır. Laparoskopi konvansiyonel yöntemlere göre; daha az postopertif ağrı, daha az hastane kalış süresi, daha az gastrointestinal irritasyon ve düşük pulmoner komplikasyonlar sağlar (17). Hastaların preoperatif tanısı net değil ise abdominal yaklaşım önerilmekte olup, minimal invazif teknik olarak laparoskopi OH tanısı preoperatif olarak konmuş hastalara önerilir ve incebarsak rezeksiyonu ve anastomoz gerekli vakalarda laparoskopi sırasında bazı sorunlar ile karşılaşılabilir (18).

Laparoskopik veya konvansiyonel olarak OH ortaya konduğunda; herni tamiri için birçok yöntem tariflenmiştir (19). Bazı yazarlar defektin primer olarak naylon sutur ile tek tek veya devamlı kapatılmasının yeterli olacağını bildirilerde; defektin büyük olduğu vakalarda defektin osteoperiostal flap, omentum, uterus fundusu veya round ligaman ile kapatılması gerektiği bildirilmiştir (17). Günümüzde ise, diğer fıtıkların tamirinde kullanılan poliprolen yamalar ile defektin kapatılmasının uygun olacağı görüşü ağır basmaktadır (20). Yamanın kullanılamayacağı, peritonit veya mesh reaksiyonu gibi durumlarda defekt primer olarak kapatılabilir ve eğer defekt büyükse ve primer kapatılamıyorsa yukarıda bahsedilen yöntemler ile tamir edilebilir. Primer olarak tamir edilen vakalarsa %10 olarak nüks gelişebilir (21). Üç vakamızın ikisinde poliprolen yama ile kısmen büyük defektler onarılmış olup, tek vakamızda sadece primer tamir uygulanmıştır.

SONUÇ

OH, nadir görülen bir pelvik herni olup, kendine özgü fizik muayene bulgusu olmayışı ve hastaların acil servise geç başvurmalarından dolayı tanı ve tedavisinde gecikmeler ve güçlüklerle karşılaşmaktadır. Tam veya kısmi ileus ile başvuran zayıf, yaşlı ve multipar kadın hastalarda OH ayırıcı tanısı göz önüne alınarak pelvisi kapsayan abdominal BT ile bilateral obturator kanallar fıtık açısından değerlendirilmelidir. Tanı konamayan ileus vakalarında abdominal yaklaşım tercih edilmeli, her iki taraf obturator kanal değerlendirilmelidir. Böylece hasta tanı ve tedavi gecikmesi önlenerek OH hastalarının postoperatif mortalite ve morbidite oranları azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. Mandarri MT, Zeng SB, Wei ZQ, Zhang C, Wang ZW. Obturator hernia--a condition seldom thought of and hence seldom sought. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27(2):133.
2. Klinge U, Si ZY, Zheng H, Schumpelick V, Bhardwaj RS, Klosterhalfen B. Abnormal collagen I to III distribution in the skin of patients with incisional hernia. *Eur Surg Res* 2000;32:43-48.
3. Petrie A, Tubbs RS, Matusz P, Shaffer K, Loukas M. Obturator Hernia: Anatomy, Embryology, Diagnosis, and Treatment. *Clinical Anatomy* 2011;24:562-569.
4. Karasaki T, Nakagawa T, Tanaka N. Obturator hernia: the relationship between anatomical classification and the Howship-romberg sign. *Hernia* 2014; 18:413-416.
5. Saeed R., Ahmed M., Lara G., Mahmoud A., Nurick H.: Howship-romberg sign and bowel obstruction: a case report. *Cureus* 2019; 11: e5066.
6. Chan K.V., Chan C.K.O., Yau K.W., Cheung M.T.: Surgical morbidity and mortality in obturator hernia. A 10-year retrospective risk factor evaluation. *Hernia* 2014; 18: 387-92.
7. Skandalakis LJ, Androulakis J, Colborn GL, Skandalakis JE. Obturator hernia. Embryology, anatomy and surgical applications. *Surg Clin North Am* 2000;80:71-84.
8. Stamatiou D, Skandalakis LJ, Zoras O, Mirilas P. Obturator hernia revisited: surgical anatomy, embryology, diagnosis, and technique of repair. *Am Surg* 2011; 77:1147.
9. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Obturator hernia. *J Am Coll Surg* 2002; 194:657-663.
10. Sorabella RA, Miniati DN, Brandt ML. Laparoscopic obturator hernia repair in an adolescent. *J Pediatr Surg.* 2005; 40:E39-E41.
11. Jacob TJ, Gaikwad P, Tirkey AJ, Rajinikanth J, Raj JP, Muthusami JC. Perforated obturator Littre hernia. *Can J Surg.* 2009;52:E77-E78.
12. Rodriguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Maroto-Genover A, Puig-Alcantara J, Sirvent-Calvera JM, Garsot-Savall E, Roig-Garcia J. Obturator hernia: Clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia* 2008;12:289-297.
13. Chang SS, Shan YS, Lin YJ, Tai YS, Lin PW. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. *World J Surg.* 2005;29:450-454.
14. Sa N.C., Silva V.C.M., Carreiro P.R.L., Matos Filho A.S., Lombardi I.A.: Rare case of incarcerated obturator hernia: case report and review of literature. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2017; 37: 157-60.
15. Nakayama T, Kobayashi S, Shiraishi K, Nishiumi T, Mori S, Isobe

- K, Furuta Y. Diagnosis and treatment of obturator hernia. *Keio J Med* 2002;51:129–132.
16. Fitzgibbons R, Greenburg A. Sciatic, obturator, and perineal hernias: A view from the gynecologist. In: Nyhus and Condon's Hernia. 5th Ed. Philadelphia: William & Wilkins. 2002. p 542–546.
 17. Mantoo SK, Mak K, Tan TJ. Obturator hernia: Diagnosis and treatment in the modern era. *Singapore Med J*. 2009; 50:866–870.
 18. Chihara N., Suzuki H., Sukegawa M., Nakata R., Nomura T., Yoshida H.: Is the laparoscopic approach feasible for reduction and herniorrhaphy in cases of acutely Incarcerated/Strangulated groin and obturator hernia?: 17-Year experience from open to laparoscopic approach. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A*. 2019; 29: 631-7
 19. Rangarajan K., Fernandes R., Venkat A.: Emergency Laparoscopic repair of an obstructed obturator hernia. *Br. J. Surg*. 2016;103:181.
 20. Mahendran B, Lopez PP. Hernia, Obturator. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. PMID: 32119416.
 21. Mnari W, Hmida B, Maatouk M, Zrig A, Golli M. Strangulated obturator hernia: a case report with literature review. *Pan Afr Med J*. 2019;32:144