

Spiegel Herni ve Laparoskopik Onarımı: Olgu Sunumu

Ahmet Bal¹, Oğün Erşen¹, Ziya Taner Özkeçeci¹, Mustafa Özsoy¹, Rüçhan Bahadır Celep¹, Sezgin Yılmaz¹, Enes Şahin¹, Yüksel Arıkan¹

¹Afyonkocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi, Afyonkarahisar, Türkiye

Ahmet Bal, Yrd. Doç. Dr.
Oğün Erşen, Arş. Gör. Dr.
Ziya Taner Özkeçeci, Yrd. Doç. Dr.
Mustafa Özsoy, Doç. Dr.
Rüçhan Bahadır Celep, Doç. Dr.
Sezgin Yılmaz, Prof. Dr.
Enes Şahin, Arş. Gör. Dr.
Yüksel Arıkan, Prof. Dr.

İletişim:

Arş. Gör. Dr. Oğün Erşen
Afyonkocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi,
Afyonkarahisar, Türkiye
Tel: 0 536 749 43 99
E-Posta: ogunersen@hotmail.com

Gönderilme Tarihi : 10 Ağustos 2014
Revizyon Tarihi : 26 Haziran 2015
Kabul Tarihi : 27 Haziran 2015

ÖZET

Nadir bir herni türü olan Spiegel herni rektus abdominis lateralindeki internal oblik ve transvers kasların aponevrozlarının oluşturduğu linea semilunaris alanındaki defektten kaynaklanır. Tüm karın duvarı fıtıklarının %1-2'sini oluştururlar. Çalışmamızda klinik ve radyolojik bulgular ile tanısı konulan ve laparoskopik olarak intraperitoneal onlay mesh (IPOM) metodu ile onarılan bir Spiegel hernisini sunmayı amaçladık.

Anahtar sözcükler: spiegel herni, laparoskopi, mesh

SPIGELIAN HERNIA AND LAPAROSCOPIC REPAIR; CASE REPORT

ABSTRACT

Spigelian hernias are rare hernias, which occur lateral to the rectus abdominis through a defect in the linea semilunaris, the aponeuroses of the internal oblique and transversus abdominis muscles. The spigelian hernias represent only about 1-2% of all abdominal hernias. Here we describe a case of Spigelian hernia diagnosed by clinical and radiological findings and laparoscopic repair with an intraperitoneal onlay mesh (IPOM) method.

Keywords: spigelian hernia, laparoscopy, mesh

Spiegel herni; diğer ismiyle lateral ventral herni, nadir görülen bir herni olup tüm karın duvarı fıtıklarının %1-2'sini oluşturur. Kadınlarda daha sık görülmele birlikte 5. ve 6. dekatlarda daha sık rastlanır (1). Batında sağda, solda ve nadiren iki taraflı olabilir. Farklı klinik tabloları ve komplike olmadıkça fizik muayene bulgusunun olmayışı sebebiyle tanı koymada güçlük yaşanmaktadır (2). Hastaların kliniği herniye olan dokuya göre çeşitlilik göstermektedir. Herni kesesinin boyun kısmının dar olması ve rijit yapılardan oluşmasından dolayı inkarasyon ve strangülasyon ihtimali yüksektir (3,4). Sıklıkla preperitoneal yağlı doku, periton ve omentum nadiren ise visseral organlar herniye olabilir. Lokalizasyonu, rektus kasının dış kenarını oluşturan ve dokuzuncu kostal kırıkardan tuberkulum pubikuma kadar uzanan linea semilunaris adı verilen hat üzerinde, medialde rektus kası ve lateralde internal oblik kasın olduğu "spiegel bölgesi" olarak tanımlanan alandır. 1645'de Adriaan van den Spiegel'in semilunar hattı ilk kez tanımlaması üzerine bu bölge spiegel bölgesi olarak adlandırılmıştır (5). 1764'te ise ilk olarak linea semilunarisdeki aponevrozun defektinden oluşan spiegel hernisi Klinkosch tarafından tanımlanmıştır (6). Bu olgu ile

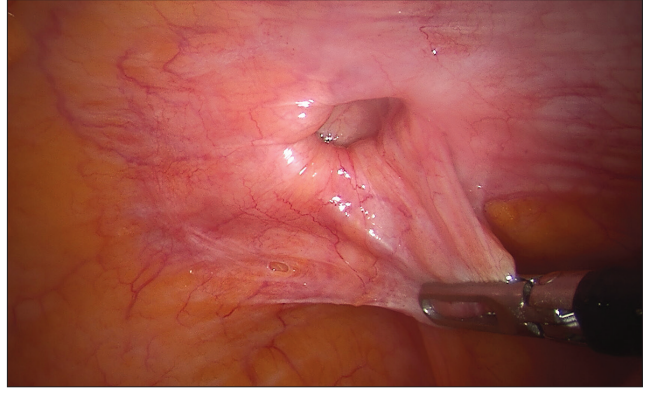
karın ağrısı atakları şikayeti ile başvuran ve laparoskopik yöntemle tedavi edilen nadir görülen spiegel hernili bir hastamıza ait deneyimin paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu

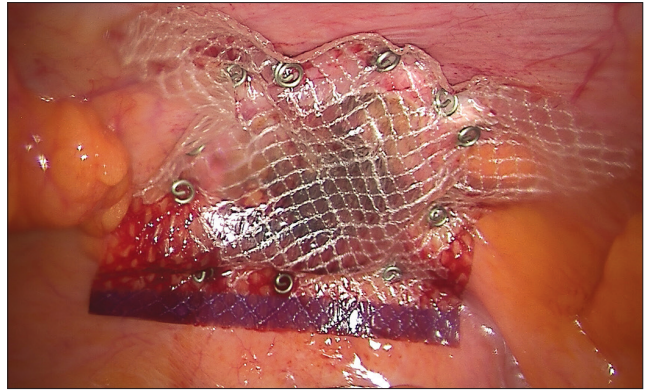
Acil servise 3 gündür şiddetlenen karın ağrısı şikayeti ile başvuran 51 yaşında bayan hasta uzun zamandır mevcut sol alt kadranda lokalize karın ağrılarında şikayetçi idi. Gaz-gaita çıkışı normal olan hastanın bulantı kusma şikayeti yoktu. Geçirilmiş ameliyatı olmayan hastanın batin muayenesinde sol alt kadranda kuvvetli hassasiyet ve ele gelen 3 cm'lik kitle tespit edildi. Laboratuvar değerlerinde anormallik olmayan hastanın çekilen batin ultrasonografisinde (USG) sol alt kadranda 2,5 cm genişlikte ödemli intestinal ansa uyumlu görünüm tespit edildi ve radyoloji tarafından divertikülit olarak yorumlandı. Batin tomografisinde de yine sol alt kadranda rektus kası lateralinde 2 cm'lik defekt alanı ve buradan sigmoid kolonun antimezenterik yüzündeki apendiks epiploikanın ve omentumun herniye olduğu görüldü. Sol alt kadranda ele gelen fitik içeriği redükte edildi. Preoperatif hazırlığı takiben herni onarımı için hasta operasyona alındı. Göbek üstü 3-4 cm mesafeden vizyon amaçlı 10 mm'lik trokar girilerek laparoskopi yapıldı. Tariflenen karın ön duvarındaki yaklaşık 3 cm'lik spiegel hernisi (Şekil 1) görüldü. Suprapubik 1 adet 5 mm'lik çalışma portu ve umblicus ile midklavikular hattın kesişme noktasından 1 adet 5 mm'lik çalışma portu girildi. Laparoskopik tacker kullanılarak 10x10 cm ebadındaki dual mesh intraperitoneal olarak tespitlendi (Şekil 2). Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 2. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Tartışma

Linea semisirkularis ve semilunarisin birleşim bölgelerindeki aponevrozda fitiklaşmanın neden olduğu tam olarak aydınlatılmamış olup konjenital, edinsel veya her ikisinin birlikte olduğu teoriler mevcuttur (7). Bu bölgenin bazı kişilerde konjenital olarak zayıf olduğu öne sürülmekle beraber yaşlanma, multipl doğumlar, travma, geçirilmiş cerrahi ve obezite gibi nedenlerle zayıflık sonucu edinsel olarak herni oluşumu da ileri sürülmektedir. Spiegel herniler sık görülmemesi, karakteristik fizik muayene bulguları olmaması sebebiyle sıklıkla preoperatif tanı almazlar. Larson'un Spiegel hernisi olan 81 hasta üzerinde yaptığı çalışmada sadece %64 hastada klinik bulguların varlığından bahsedilmektedir (1). Yaklaşık %50'si ancak diagnostik amaçlı veya başka bir patolojiye yönelik yapılan laparoskopi sırasında tanı almaktadır (8,9,10). Olgumuzda ise fizik muayenesinde spiegel herni bölgesine uyan lokalizasyonda ele gelen kitle ve hassasiyet mevcuttu.



Şekil 1. Karın ön duvarındaki 3 cm'lik spiegel hernisinin laparoskopik eksplorasyondaki görünümü.



Şekil 2. Defektin intaperitoneal onlay mesh konularak tamiri.

Ventral hernilerde USG tanıda önerilen ilk görüntüleme modalitesidir. USG'nin subjektiflik, obez hastalarda görüntüleme zorluğu ve herni bölgesinde lokal hassasiyeti olan hastaların manipülasyona izin vermeyişi gibi standart dezavantajlarının yanında hastaya valsalva manevrası yaptırılarak herni içeriğinin görülmesi ciddi bir avantajdır. Küçük boyuttaki veya redükte olmuş spiegel hernileri tomografi kesitlerinde atlanabilmektedir ancak tomografi USG'nin sonuç vermediği olgularda kullanışlıdır. Olgumuzda ise görüntüleme olarak ilk kullanılan USG'de radyolog patolojiyi divertikülit olarak değerlendirmiş ancak tomografi ve fizik muayene eşliğinde hastaya spiegel hernisi tanısı konulmuştur.

Tedavisi cerrahi olarak fitik kesesinin çıkarılması ve defektif alanın onarılmasıdır. Sıklıkla sentetik meshler kullanılarak onarım yapılmakla birlikte laparoskopik veya açık olarak direkt sütürasyon ile onarım tekniği de kullanılmaktadır. Ancak mesh ile yapılmayan tamirlerde ise yüksek rekürrens oranları mevcuttur (11). Bu sebeple spiegel hernilerin mesh hernioplasti ile onarılması önerilmekte olup meshlerin laparoskopik olarak preperitoneal veya intraperitoneal yerleştirilmesi tercih edilen tekniktir (12,13).

Laparoskopik onarımda TEP (total ekstraperitoneal repair), TAPP (transabdominal preperitoneal repair), IPOM (intraperitoneal onlay mesh) gibi birkaç teknik raporlanmıştır (14). Preperitoneal alana girilen portlar sayesinde ekstraperitoneal kavite balon ile dilate edilerek defekt çevresinde sağlam periton marjı elde edildikten sonra defektin üzerine polyprolen mesh tacker ile tespitlenerek onarım yapılabilir (TEP). Herni kesesi eksize edildikten sonra defektin çevresindeki periton flep şeklinde kaldırılarak preperitoneal olarak polypropylene mesh defekt kenarlarını 2-3 cm geçecek şekilde fasyaya tacker veya sütürlerle tespitlenip ardından peritoneal flep continue olarak sütüre edilebilir (TAPP). Dual mesh kullanımında ise meshin intraabdominal organlarla teması sorun teşkil etmeyeceğinden peritoneal flep uygulamak gerekmeden herni kesesinin çevresindeki peritonun üzerine intraperitoneal şekilde yerleştirilebilir (13). Meshi

tespitlemek amaçlı tacker yerine perkütan olarak sütür passer de kullanılabilir (15).

Hastaya literatürde genelde önerilen onarım yöntemi olan laparoskopik mesh hernioplasti uygulanmış olup operasyon süresi trokar giriminden itibaren 35 dakika sürmüştür. Ventral hernilerde çoğunlukla defektif alanın palpe edilememesi açık yöntemle yapılan onarımlarda cilt kesisinin büyük, cilt altı diseksiyonunun ise geniş olmasına neden olmaktadır. Spiegel hernilerinde girişimin laparoskopik yapılması hem tanı koyma-doğrulama yönünden hem de tedavi yönünden hastanın konforunu arttırmaktadır.

Sonuç olarak Spiegel hernisi; rektus lateralinde ele gelen yüzeysel kitlelerde veya o bölgenin tanısı konulamamış akut ve kronik ağrılarında bu kliniği oluşturan nedenlerden biri olarak ön tanıda akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. *World J Surg*, 2002; 26: 1277-81.
2. Sachs M, Linhart W, Bojunga J. The so-called Spigelian hernia—a rare lateral hernia of the abdominal wall. *Zentralbl Chir*. 1998; 123: 267-71.
3. Moreno-Egea A, Flores B, Girela E, Martín J, Aguayo J, Canteras M. Spigelian hernia: bibliographical study and presentation of a series of 28 patients. *Hernia*, 2002; 6: 167-70.
4. Campanelli G, Pettinari D, Nicolosi FM, Avesani EC. Spigelian hernia. *Hernia*, 2005; 1: 3-5.
5. Spieghele, A.: *Opera Quae Extore Omnia*, Amsterdam, John Bloew, 1645, p. 103.
6. Klinkosch JT. *Divisionem herniarum novamque herniae ventralis speciem proponit. Dissertationum medicorum*, 1764; 184.
7. Weiss J, Lerman OZ, Nilson S. Spigelian hernia. *Ann Surg*. 1974; 180: 836-9.
8. Eubanks S, Sabiston DC. Hernias. In: DC Sabiston (ed). *Sabiston's Textbook of Surgery*, 1997. W.B.Saunders, Philadelphia, 1230.
9. Olson RO, Davis WC. Spigelian hernia: rare or obscure? *Am J Surg*, 1968; 116: 842-6.
10. Read RC. Observations on the etiology of spigelian hernia. *Ann Surg*, 1960; 152: 1004-9.
11. Paul A, Trold H, Williams JI, Rixen D, Langen R. Randomized trial of modified Bassini versus Shouldice inguinal hernia repair. *British journal of surgery*, 1994; 81, 1531-4.
12. Amid, PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Open "tension-free" repair of inguinal hernias: the Lichtenstein technique. *The European journal of surgery=Actachirurgica*, 1996; 162: 447-53.
13. Morales S. *Laparoscopic Ventral Hernia Repair* 2002.
14. Mittal T, Kumar V, Khullar R, Sharma A, Soni V, Baijal M et al. Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience. *Journal of minimal access surgery*, 2008; 4,95.
15. Sharma A, Mehrotra M, Khullar R, Soni V, Baijal M, Chowbey PK. Laparoscopic ventral/incisional hernia repair: a single centre experience of 1,242 patients over a period of 13 years. *Hernia*, 2011; 15, 131-9.