Amyand's Hernia: A case report

Amyand Hernisi : Olgu Sunumu

Amyand Hernisi / Amyand's Hernia

Muzaffer Akkoca, Hakan Buluş, Altan Aydın, Alper Yavuz, Ali Coşkun
Department of General Surgery, Keçiören Training and Research Hospital, Ankara, Türkiye.

Özet

Amyand herni appendiks vermiformisin (inflame veya non- inflame) inguinal herni kesesi içerisinde bulunması olarak tanımlanır. Amyand herni insidansı yaklaşık olarak % 1'dir. Klinik prezantasyonu fıtık kesesi içerisindeki inflamasyonun yaygınlığı ve peritoneal kontaminasyonun dercesine bağlı olarak değişir. Biz, 27 yaşında sağ inguinal herni kesesi içerisinde kronik inflame appendiks vermiformisin bulunduğu Amyand herni olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler

Amyand Herni; Apandisit

Abstract

Presence of appendix vermiformis (non-inflamed or inflamed) in inguinal hernia is called Amyand's hernia. The incidence of Amyand hernia is approximately 1%. Clinical presentation varies, depending on extent of inflammation in the hernia sac and the degree of peritoneal contamination. We presented a twenty seven years old patient with Amyand's hernia, who had chronic inflamed appendix vermiformis in right inguinal hernia sac.

Keywords

Amyand's Hernia; Appendicitis

DOI: 10.4328/JCAM.732 Received: 22.06.2011 Accepted: 19.07.2011 Publihed Online: 18.07.2011 J Clin Anal Med 2013;4(6):495-496
Corresponding Author: Muzaffer Akkoca, Department of General Surgery, Keçiören Training and Research Hospital, Ankara, Türkiye.
T.: +905326335052 F.:3569002 E-mail: muzafferakk@gmail. com

Giriş

İnguinal herni çok sık karşılaşılan bir hastalık olmasına rağmen inguinal herni kesesi içinde appendiksin varlığı ile karakterize olan Amyand Herniler vakaların yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır.[1] Herni kesesinde appendiks ilk olarak 1735 yılında Claudius Amyand tarafından bildirilmiştir. Amyand'ın 11 yaşındaki bir erkek hastanın perfore olan appendiksine appendektomi gerçekleştirmesinden sonra "Amyand Hernisi" olarak tanımlanmıştır.[2] Hastalığa preoperatif dönemde tanı koymak çok zordur. Biz de sağ inkarsere inguinal herni tanısıyla ameliyat ettiğimiz ancak intraoperatif tanı koyabildiğimiz nadir rastlanılan bir vakayı hatırlatmayı ve literatürler ışığında sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

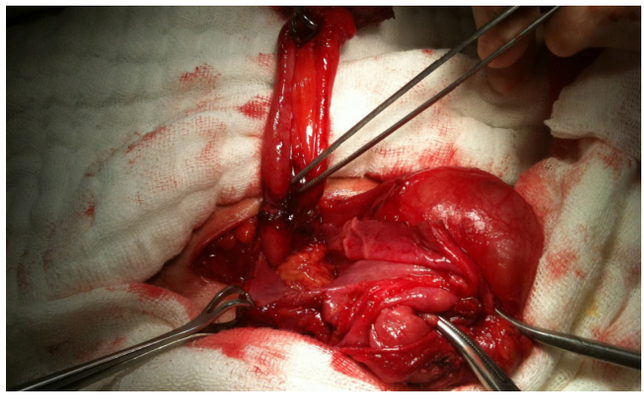
Erkek ve 27 yaşında olan hasta; 3 yıldır sağ kasıkta şişlik ve zaman zaman kramp tarzında ağrı şikayetleri ile genel cerrahi polikliniğine müracaat etti. Alınan hikayede şişliğin şiddetli bir karın ağrısından sonra ve önceleri redükte edilebildiği fakat son 24 saattir redükte olmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede; sağ inguinal bölgede palpasyonla minimal hassas olan redükte edilemeyen herni saptandı. Karın muayenesinda herhangi bir skarı gözlenmeyen olgunun rebound bulgusu yoktu. Ameliyat endikasyonu konularak hasta cerrahi girişim için hazırlandı. Preoperatif rutin laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısında (10.000/mm3) yükseklik dışında herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.

Spinal anestezi altında sağ inguinal kanal üzerinden yapılan cilt insizyonu ile katlar geçilerek pubik tüberkül üzerinden spermatik kord askıya alındı. Fıtık kesesi etraf dokulara ileri derecede yapışıktı. Kremaster kas lifleri disseke edilerek fıtık kesesi izole edildi. Kese içinde intestinal anslar dışında sert uzun bir kitle palpe edildi. Bunun üzerine herni kesesi açıldı. Kese içerisinde uç tarafı tamamen keseye yapışık ve proksimalinde, iç halka seviyesinde kronik inflamasyona ait değişiklerin izlendiği appendiks vermiformis görüldü (Resim-1).

Appendikste kronik inflamasyona bağlı olduğunu düşündüğümüz fibrotik bir durum mevcuttu. Ayrıca kökünde kronik iskemiye ait olduğunu düşündüğümüz incelme ve renk değişikliği haricinde appendikste akut inflamasyon bulguları gözlenmedi. Tüm bu bulgular ışığında hastaya appendektomi ve takibinde polipropilen mesh ile herniorafi ameliyatı yapıldı. Ameliyat lojuna 1 adet mini vakumlu dren yerleştirildi. Hastaya profilaktik amaçla preoperatif ve postoperatif 8.saate olmak üzere iki doz 500 mg Cefazolin Na İV yoldan uygulandı. Hastada postoperatif 2. gün oral beslenmeye geçildi. Postoperatif 4. günde dreni çekilen hasta aynı gün şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Amyand Herni'si çoğunlukla herni onarımı sırasında insidental olarak saptanan bir klinik antitedir. Tüm inguinal herni onarımı yapılan hastalarda noninflame appendiks saptanma oranı %1'dir. Amyand Herni'lerinde appendiksin inflame olduğu durumlar daha nadir olmakla birlikte bu oran literatürde %0,08 ile %1 arasında verilmiştir.[3,4] Bizim olgumuz da insidental olarak saptandı ve appendiks noninflame idi. Ancak kronik inflamasyona bağlı olduğunu düşündüğümüz ileri derecede yapışıklık ve fibrozise ait bulgular mevcuttu.



Resim 1. İntraoperetif fıtık kesesi içerisinde apendiks vermiformis görünümü.

Amyand herni kliniği herni kesesindeki appendiksin inflame yada noninflame olmasına bağlı olarak değişiklik göstermektedir.[5] Amyand hernilerindeki apandisit hali appendiksin herni kesesi içindeki strongülasyonu veya inflame appendiksin herni kesesi içerisine doğru hareket etmesi sonucu oluşur. Bu hastalarda preoperatif tanı koymak güçtür. Ultrasonografi strangüle vakalarda herni kesesindeki kitleyi ve o bölgedeki potansiyel inflamasyonu tespit etmede yararlı olabilmektedir.[6] Bilgisayarlı tomografi erken tanıda çok önemli bir yöntemdir. Manyetik rezonans ise appendiksi vizüalize etmede ve çevre dokularla ilişkisini göstermede çok faydalıdır.[7] Tüm bu tanı yöntemleri preoperatif Amyand Herni'yi göstermede faydalı olmakla beraber bu tetkiklerin istenmesi strongülasyon ve şiddetli ağrı gibi nadir durumlarda olmaktadır. Olgumuzda ise böyle bir klinik tablo olmadığı için preoperatif herhangi bir görüntüleme yöntemine başvurmadık.

Amyand Herni'sinde tedavi yaklaşımları günümüzde halen tartışma konusudur. Herni kesesi içerisinde bulunan appendiks vermiformis eğer inflame ya da ödemli ise en yaygın kabul gören tedavi yaklaşımı appendektomi ve eş zamanlı aynı kesi kullanılarak herniorafi yapılmasıdır. Asıl tartışma konusu apandisit hali olmayan hastalarda appendektominin yapılıp yapılmamasıdır. Az sayıda olgu üzerinde yapılan bir çalışmada appendektomi sonrasında herhangi bir fıtık nüksü veya yara yeri enfeksiyonu bildirilmemiştir. Bunun sonucu olarak da Amyand Herni'lerde appendektomi uygulanması görüşü savunulmuştur.[8] Başka bir tartışma konusu da herni tamiri sırasında polipropilen mesh kulanılıp kullanılmayacağıdır. Polipropilen mesh ile herni tamiri yapıldığında appendiks güdüğünde fistül ve yara yeri enfeksiyonu gelişme riskinin arttığını ileri süren görüşler bulunmakla birlikte bu görüşün aksini savunan çalışmalar da bulunmaktadır.[8] Biz de olgumuzda appendektomiyi takiben mesh herniorafi yöntemini uyguladık ve hastamızda postoperatif dönemde gerek appendiks güdüğü ve gerekse yara yerine ait olabilecek herhangi bir komplikasyona rastlamadık.

Sonuç olarak; Amyand Herni çok nadir görülen bir durum olmakla birlikte çoğu zaman insidental olarak saptanmaktadır. Eğer perforasyon ve buna bağlı apse bulguları yok ise uygun cerrahi tedavi appendektomi ve aynı kesiden eş zamanlı mesh herniorafidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Voitk AJ, McFarlane JK, Estrada RL: Ruptured appendicitis in femoral hernias: report of two cases and review of the literature. Ann Surg 1974;(179):24–26.
2.Luchs JS, Halpern D, Katz DS: Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. J Comput Assisst Tomogr. 2000;(24):884–886.
3. Carey L.C.: Appendicitis occuring in hernias: a report of 10 cases.Surgery, 1967, (61): 236.
4. Weber R.V., Hunt Z.C., Kral J.G.: Amyand's hernia: Etiologic and therapeutic implications of two complications. Surg Rounds, 1999, (22): 552-556.
5. Ryan WJ: Hernia of the vermiform appendix. Ann Surg 1937, (106):135-139.
6. Luchs J., Halpern D., Katz D.: Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. J Comput Assist Tomogr, 2000, (24): 884-886.
7. Fukukura Y., Chang S.D.: Acute appendicitis within a femoral hernia:multidetector CT findings. Abdominal Imaging, 2005, (30): 620-622.
8.Ofili OP. Simultaneous appendectomy and inguinal hernior¬rhaphy could be beneficial. Ethiop Med J 1991;(29):37-8.