

Akut Batının Nadir Bir Sebebi; İleum İçine Mesh Migrasyonu

A Rare Cause of Acute Abdomen; Migration of Mesh Into Ileum: Case Report

Fahrettin ACAR,^a
Hüseyin YILMAZ,^a
M. Ertuğrul KAFALI,^a
Hüsnü ALPTEKİN,^a
Mustafa ŞAHİN^a

^aGenel Cerrahi AD,
Selçuk Üniversitesi
Selçuklu Tıp Fakültesi, Konya

Geliş Tarihi/Received: 02.10.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 05.03.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Fahrettin ACAR
Selçuk Üniversitesi
Selçuklu Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi AD, Konya,
TÜRKİYE/TURKEY
drfacar@selcuk.edu.tr

ÖZET Kesi fıtıklarının onarımı sıklıkla mesh ürünlerinden birisi ile yapılır ve genellikle sonuçları olumludur. Laparoskopik onarımın hâlen güncel bir yaklaşım olarak önem taşıması, peritoneal kavite içinde kullanmak üzere çok sayıda mesh ürününün ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Altındaki organlara yapışmasını önlemek için, meshe daha çok inert materyal içeren ikinci bir tabaka ilave edilmesi tasarlanmakta ve birçok çalışma bunun etkili olduğunu göstermektedir. Buna rağmen, nadiren de olsa komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimize müracaat eden, akut batın kliniği olan ve polipropilen mesh ile ventral herni onarımı geçirmiş, 56 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi ağ; akut karın; komplikasyonlar

ABSTRACT Incisional hernia is frequently repaired by one of the mesh products and its outcomes are usually good. Laparoscopic repair being a popular approach causes the development of many mesh products in order to use in peritoneal cavity. Adding a second layer containing a higher amount of inert material on the mesh is planned in order to prevent its adherence to the underlying organs and many studies indicate that this is effective. However, complications can still develop although rare. In this study, we presented a 56-year-old female patient who presented to our clinic with acute abdomen with a history of ventral hernia repair using mesh.

Key Words: Surgical mesh; acute abdomen; complications

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(5):1420-2

Kesi fıtığı onarımı cerrahi kliniklerinde sıkça başvuru alan cerrahi işlemlerdendir. Kesi fıtıkları iyatrojenik bir fıtık şeklidir ve bunların insidansı, laparotomiden sonra %3-20, laparoskopiden sonra ise %0,2-1,2 arasındadır.¹ Kesi fıtığı onarımından sonra nüks oranı, primer onarım yapılan vakalarda %30-50 arasında değişmekte iken, mesh materyallerinin kullanılmaya başlanmasıyla %10 ve altına kadar gerilemiştir.² Mesh serilmesini takip eden süreçte seroma, granülom, fistül oluşumu ve kronik ağrı gibi komplikasyonlarla beraber, mesh kontraksiyonu ve migrasyonunun fıtık nükslerinde etkisinin olabileceği düşünülmektedir.³ Bu makalenin amacı, acil servise başvuran hastalarda ayrıntılı anamnezin önemini ve meshe ait komplikasyonların nadiren de olsa akut batın bulgularına yol açabileceğini vurgulamaktır.

OLGU SUNUMU

Elli altı yaşında kadın hasta acil servise bir haftadır süren, göbek etrafından karnın yanlarına doğru şiddeti artarak devam eden karın ağrısı nedeniyle müraacaat etti. Son 3 gündür gaz gaita çıkaramadığını ifade eden hasta, aynı zamanda göbek çevresinde renk değişikliği olduğunu ifade etti. Öyküsünden on yıldır tip II diyabeti ve hipertansiyonu olduğu anlaşılan hasta, ilki göbek fıtığından 2005 yılında, ikincisi de nüks kesi fıtığından 2008 yılında iki kez ameliyat geçirmiş. Fizik muayenesinde karında yaygın hassasiyet, defans ve rebaunt mevcut idi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 16 400/mm³, düz karın grafisinde hava sıvı seviyeleri, karın ultrasonunda cilt altı hava ve sıvı birikimi saptanması üzerine, bilgilendirilmiş oluru alınarak hasta acil ameliyata alındı. Göbek altı eskaratomisi geniş olacak şekilde cilt ve cilt altı dokuları disseke edilen hastada perfore fıtık kesesi ve intestinal içerik ile karşılaşıldı. Bu içerik aspire edildi ve 1,5 cm'lik faysa defektinin içinden ince bağırsak ansının fasyaya fistülize olduğu görüldü. Laparatomisi tamamlanan hastada yaklaşık 5 cm uzunluğunda bir ileum ansının (ileoçekal valve 40 cm proksimalde) karın arka duvarına penetre ve fistülize olduğu görüldü. Keskin disseksiyon ile serbestleştirilen ileum ansı uygun şekilde rezeksiyon edilerek izoperistaltik uç uca anastomoz yapıldı. Rezeksiyon yapılan ileum segmenti içinde, üzerine katlanmış şekilde 8 cm'lik bir polipropilen meshin, ileum ansının içine göç etmiş olduğu fark edildi (Resim 1). Cerrahi alan



RESİM 1: İleum içine mesh göçü.

(Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)

enfeksiyonu debritleme ve primer onarım ile kontrol altına alınmak suretiyle hasta postoperatif 7. günde şifa ile taburcu edildi. İki yıl boyunca takip edilen hastada ameliyat sonrası fıtık gelişmedi.

TARTIŞMA

Kesi fıtıklarında mesh ile onarımın standart bir tedavi olduğu herkes tarafından kabul edilmektedir. Burada en çok tercih edilen, gerek düşük nüks oranları, gerekse ameliyat sonrası rahatlığının fazla olması sebebiyle absorbe olmayan meshlerdir.⁴ Meshin serileceği saha fasyanın üstü (onlay), kas dokusunun hemen altı arka rektus kılıfının üstü (inlay) ya da arka kılıf ile periton arası (sublay) olabilir. Gene fıtık yerleşim yeri ve büyüklüğüne göre, laparoskopik olarak intraperitoneal mesh yerleştirilmesi ile tamir de oldukça iyi sonuçlar vermektedir. Çoğu cerrah tarafından fasyanın altına preperitoneal (sublay) boşluğa mesh yerleştirilmesine rağmen, yerleşim yeri konusunda değişik tercihler de uygulanabilmektedir. Ancak meshin serilmesini takiben, fasyaya tespit edilip edilmeyeceği veya hangi teknik ile tespit edileceği hâlâ tartışmalıdır. Gerek "inlay" gerekse "sublay" tarzındaki uygulamada en ciddi komplikasyon, meshin intraperitoneal uygulanması hâlinde gelişen bağırsak erozyonu ve sonrasındaki enterokütan fistüllerdir. Özellikle "sublay" yerleştirilen meshlerin mesane veya bağırsak içine göç ettiği gösterilmiştir.⁵

Önceki epikrizlerine ulaşamayan hastanın sorgulamasından, 5 yıl önce göbek fıtığı nedeniyle muhtemel primer onarım ameliyatı geçirmiş olduğu ve takip eden 3. yılda nüks nedeniyle mesh ile onarım gördüğü anlaşılmaktadır. Olgumuzda meshin, erken dönemde tespit yerinden ayrılarak preperitoneal alanda toplanması ve bağırsak erozyonu sonrasında fistül oluşumu ile ileum içine göçü, geç dönemde gelişen bir komplikasyon şeklinde izah edilebilir. Hastanın on yıldır diyabetik olması, yara iyileşmesinin gecikmesi ve enfeksiyona eğilimi artıran bir faktör olarak meshin yetersiz fiksasyonunda predispozan bir faktör olarak görülebilir. Literatürde, kesi fıtığının onarımından sonra bağırsak içine mesh göçü olgularının sayısı, bizim olgumuzla birlikte 3 adettir.^{6,7} Kasık fıtığının mesh ile onarımı sonrasında barsak içine mesh

migrasyonu olguları da bildirilmiştir.⁸ Bildirilen tüm olgularda neden olarak özellikle meshin yerleştirilme şekli ile tespitinde kullanılan sütür materyali ve tekniği sorgulanmıştır. Çoğu cerrah mesh kontraksiyonu, katlanması veya migrasyonunu engellemek için iyi tespitin kaçınılmaz olduğunu öne sürmektedirler.⁹ Mesh ile onarım sonrasında iyi se-rilerde bile %10'larda verilen nüks oranları sebe-

biyle birçok araştırmacı, bu ameliyatlarda kullanılan protez meshlerin fiziksel ve kimyasal yapılarını, doku uyumunu, oluşturduğu yangısal yanıtı, yara kontraksiyonuna etkilerini, yerleştirildiği sahayı ve tespit biçimlerini araştırma konusu yapmıştır.¹⁰

Sonuç olarak, fitıkların mesh ile onarımından sonra seyrek de olsa mesh göçü oluşabilir ve akut batın nedeni olarak karşımıza çıkabilir.

KAYNAKLAR

1. Cobb WS, Kercher KW, Heniford BT. Laparoscopic repair of incisional hernias. *Surg Clin North Am* 2005;85(1):91-103, ix.
2. Cassar K, Munro A. Surgical treatment of incisional hernia. *Br J Surg* 2002;89(5):534-45.
3. Gonzalez R, Fugate K, McClusky D 3rd, Ritter EM, Lederman A, Dillehay D, et al. Relationship between tissue ingrowth and mesh contraction. *World J Surg* 2005;29(8):1038-43.
4. Schumpelick V, Conze J, Klinge U. [Preperitoneal mesh-plasty in incisional hernia repair. A comparative retrospective study of 272 operated incisional hernias]. *Chirurg* 1996;67(10):1028-35.
5. DeGuzman LJ, Nyhus LM, Yared G, Schlesinger PK. Colocutaneous fistula formation following polypropylene mesh placement for repair of a ventral hernia: diagnosis by colonoscopy. *Endoscopy* 1995;27(6):459-61.
6. Di Muria A, Formisano V, Di Carlo F, Aveta A, Giglio D. Small bowel obstruction by mesh migration after umbilical hernia repair. *Ann Ital Chir* 2007;78(1):59-60.
7. Nelson EC, Vidovszky TJ. Composite mesh migration into the sigmoid colon following ventral hernia repair. *Hernia* 2011;15(1):101-3.
8. Hume RH, Bour J. Mesh migration following laparoscopic inguinal hernia repair. *J Laparoendosc Surg* 1996;6(5):333-5.
9. Langer C, Liersch T, Kley C, Flosman M, Süß M, Siemer A, et al. [Twenty-five years of experience in incisional hernia surgery. A comparative retrospective study of 432 incisional hernia repairs]. *Chirurg* 2003;74(7):638-45.
10. Dağlar G, Kama NA. [Prosthetics in hernia surgery]. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(35):71-7.