

# İnguinal Bölgedeki Nadir Birliktelik: inkarsere Herni ve Akut Apendisit

## *Incarcerated Inguinal Hernia with Acute Appendicitis*

<sup>1</sup>Mehmet Zafer Sabuncuoğlu, <sup>2</sup>Tuğrul Çakır, <sup>1</sup>Mehmet Fatih Benzin, <sup>1</sup>Girayhan Celik, <sup>3</sup>Aylin Sabuncuoğlu

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, Isparta  
<sup>2</sup>Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Antalya  
<sup>3</sup>Isparta Devlet Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Isparta

### Özet

Amyand herni, inguinal herni kesesi içinde normal veya inflame apendiks vermiformis bulunması olarak tarif edilir. İlk kez 1735 yılında C. Amyand tarafından tarif edilmiştir ve inguinal hernilerde yaklaşık %1 oranında görülür. Bu yazımızda inkarsere inguinal herni ön tanısıyla opere edilip akut apandisit tespit edilen amyand hernili 2 hastayı sunduk.

**Anahtar kelimeler:** İnguinal herni, amyand herni, akut apandisit, apendektomi.

### Abstract

Amyand Hernia is described as the presence of normal or inflamed appendix vermiformis in inguinal hernia sac. It was first described by C. Amyand in 1735 and occurs in approximately 1% in inguinal hernia. In this article, we presented two patients with amyand hernia that operated incarcerated inguinal hernia with the acute appendicitis detected.

**Key words:** Inguinal hernia, amyand hernia, acute appendicitis, appendectomy.

### GİRİŞ

Amyand herni son derece nadir bir durum olarak inguinal hernilerde %0.5-1 oranında rastlanmakla birlikte inflame apendiks olduğu amyand herni ise %0.13 olarak bildirilmiştir. Fıtık kesesinde perforasyon olmuş apendiks tespit ederek apendektomi yapan C. Amyand tarafından ilke kez 1735 yılında literatürde tanımlanmıştır. Akut apandisit beraber amyand herni tanısının preoperatif olarak konması çok zordur (1). Yazımızda inkarsere herni nedeniyle herniorafi sırasında akut apandisit tespit edilerek beraberinde apendektomi de yapılan 2 amyand herni vakasını literatür eşliğinde değerlendirdik.

### OLGU

**Olgu 1;** On dokuz yaşında erkek hasta, aralıklı olarak mevcut olan kasık ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde her iki testis boyutları normal olarak skrotum yerleşmişti. Sağda inguinal herni kesesi palpe edildi ve herni bölgesi palpasyonla hassas idi. Karın muayenesinde rebound ve defans bulgusuna rastlanmadı. Rektal tuşede bir özellik yoktu. Dinlemekle barsak sesleri normoaktifti. Laboratuvar değerlendirmesinde lökositoz (WBC:14000/ml) dışında tamamen normal olarak değerlendirildi. Ayakta direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyesi yoktu. Hasta inkarsere sağ inguinal herni ön tanısıyla operasyona alındı. Sağ inguinal herni kesesi içerisinde hiperemik, enflame ve tubüler yapıda apendiks görüldü (Şekil 1). Apendektominin ardından inguinal herni prolen mesh kullanılarak Lichtenstein yöntemi ile tamir edildi. Ameliyat sonrası 1. gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

**Olgu 2;** 32 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 gündür devam eden karından sağ kasığına doğru yayılan ağrısı ve bulantı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hikayesinden 3 yıldır sağ kasık bölgesinde redükte edilebilen kasık fıtığı olduğu öğrenildi. Hasta kasıktaki ağrının gittikçe

arttığı ifade etti. Fizik muayenede, barsak sesleri hiperaktifti, karın hafif distandü fakat rebound ve defans yoktu. Sağ kasık bölgesinde herniye olan kısımda palpasyonla aşırı hassasiyet vardı. Rektal tuşede bir özellik saptanmadı. Lökosit sayımı 15000 /mm<sup>3</sup> ve diğer laboratuvar testleri normaldi. Ayakta batın grafisinde bir özellik yoktu. Sağ kasık bölgesinde inkarsere hernisi olan hasta acil ameliyata alındı ve fıtık kesesi açıldığında apendiks ileri derecede inflame ve hiperemik yapıda ve apendiks mezenterinin fıtık kesesine yapışık olduğu görüldü. Yapışıklıklar serbestlendikten sonra herniotomiden apendektomi tamamlandı. Fıtık kesesi bağlandı ve fazlası eksize edilerek batına gönderildi. Prolen mesh ile Lichtenstein yöntemi ile tamir edildi. Ameliyat sonrası 1. gün sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

### TARTIŞMA

Çok nadir olarak karşılaşılan amyand herni erkeklerde kadınlara göre daha sık karşılaşılmaktadır. Çoğunluğu sağ tarafta olmakla beraber nadiren sol inguinal hernilerde de görülebilir. Operasyon esnasında inflame yada noninflame apendiks saptanması tanı koydurucudur. Akut apandisit varlığında klasik peri umbilikal-epigastrik ağrılar görülebilirse de ağrı daha çok herni bölgesindedir ve bu yüzden de operasyon öncesi tanı çok zordur. Beraberinde ek patoloji düşünülmediği durumlarda, preoperatif tomografi yada ultrason tanıda faydalı olsa da, tedavi yaklaşımını değiştirmeyeceği için yapılması önerilmemektedir (2).

Genelde herni kesesi içindeki apendiks normal olmakla birlikte uzun süredir devam eden durumlarda apendiks dolaşımı bozulmasına bağlı olarak inflame apendiks rastlanabilir. Klinik çoğunlukla apendiks durumuna bağlı olarak değişse de herni kesesinin, inflamasyonu ve peritoneal irrigasyonu engellemesine bağlı olarak, klinik beklenenden daha hafiftir (3,4).

**Şekil 1.** Apendiksin görünümü

Eski yayınlarda %30-40 mortaliteye sahip olan amyand herni, yenilerde sadece komorbidite etkeni olarak tariflenir. Erken tanıda tipik herni onarımı ile aynı mortalite ve morbiditeye sahip olmakla birlikte literatürde nadiren de olsa nekrotizan fasiite varan komplikasyonlar tariflenmiştir (5,6).

Herni onarımı sırasında eğer apendiks inflame değilse mesh kullanımı önerilmekteyken, ileri derecede inflame durumlarda nüks riski, fistül, abse, yara yeri enfeksiyonu ve sepsis riskini arttırma ihtimalinden

dolayı mesh kullanımı önerilmemektedir. Biz iki hastamızda da operasyon esnasında akut apandisit hali gördük fakat çevre dokunun çok kirliliğinden dolayı mesh kullanılarak herniorafi yapıldı.

Yine insidental olarak saptanan ve tamamen normal olan apandisitlerde, üriner diversiyon veya böbrek nakillerinde kısa üreter durumu gibi operasyonlarda kullanılma ihtimalinden dolayı apendektomi önerilmez (7,8).

Cerrah hastanın durumunu da göze alarak apendik vermiformisi iyi değerlendirmeli, apendektomi ve yama kullanımı açısından kararını apendiks değerlendirilmesinden sonra vermelidir. Çok uzun yıllar önce tariflenmiş, son derece nadir ve genel cerrahi işlemlerinde son derece sık görülen iki patolojinin beraber görülmesi olan amyand herni, cerrahlar arasında halen bir tartışma konusudur ve genel cerrahların bu durumun takibi ve tedavisinde bilgili olmaları gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, Yildirim A, Kulacoglu H, Aydın R. Uncommon content in groin hernia sac. *Hernia* 2006; 10(2):152-5.
2. Franko J, Raftopoulos I, Sulkowski R. A rare variation of Amyand's hernia. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(10):2684-5.
3. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases. *Hernia*. 2003; 7(1):50-1.
4. Cankorkmaz L, Ozer H, Guney C, Atalar MH, Arslan MS, Koyluoglu G. Amyand's hernia in the children: a single center experience. *Surgery* 2010; 147(1):140-3.
5. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: a report of 10 cases. *Surgery* 1967; 61(2):236-8.
6. Osorio JK, Guzman-Valdivia G. Ipsilateral Amyand's and Richter's hernia, complicated by necrotizing fasciitis. *Hernia* 2006; 10(5):443-6.
7. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia* 2007; 11(1):31-5.
8. Kaymakci A, Akilloglu I, Akkoyun I, Guven S, Ozdemir A, Gulen S. Amyand's hernia: a series of 30 cases in children. *Hernia* 2009; 13(6):609-12.