

Çocuklarda nadir görülen cerrahi patoloji; lateral ventral fitik (Spigelian fitik): Olgu sunumu

Zekeriya İLÇE, Rahşan ÖZCAN, Mehmet ELİÇEVİK, Gonca TOPUZLU TEKANT

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve Düzce Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalları, İstanbul

Özet

Lateral ventral fitik (Spigelian fitik) çocuk yaş grubunda görülen genellikle doğumsal, oldukça nadir görülen cerrahi bir patolojidir. Transvers karın kasının fasya zayıflığından kaynaklanan interstisyel fitiktir. Ancak, zayıflık dış karın kasının fasyasında da görülebilir. Fıtığa sıklıkla inmemiş testis eşlik edebilir. Gecikmiş olgularda strangülasyon görülebilir. Tedavide primer tamir yeterlidir. Olgumuz 10 aylık erkek hasta. Fıtık doğumdan hemen sonra saptanmış ancak tedavi edilmemişti. Fıtığa inmemiş testis eşlik etmekteydi. Olgu gecikmiş olmakla birlikte komplikasyon gelişmemiştir ve başarı ile tedavi edildi. Dış karın kasında da zayıflık olması nedeni ile sentetik mesh ile destek gerekli görüldü. Olgu 1.5 yıldır sorunsuz olarak takip edilmektedir. Lateral ventral fitik nadir görüldüğünden patolojinin düşünümlümesi erken teşhis ve tedavi dolayısı ile komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. Dış karın kası ve fasyasının zayıflığında sentetik materyalle destek gerekebilir.

Anahtar kelimeler: Lateral ventral fitik (Spigelian fitik), Çocuk, Sentetik mesh

Summary

A rare surgical pathology in childhood; lateral ventral hernia (Spigelian Hernia): A case report

Lateral ventral hernia (Spigelian Hernia) is a rare; mostly congenital surgical pathology in childhood. It is classified as an interstitial hernia rising from weakness of transverse abdominal muscle fascia. In some cases the weakness can arise from the external abdominal muscle fascia. Cryptorchidism frequently accompanies the hernia. Primary repair of the weak region is sufficient for treatment. Strangulation can be seen in late presenting cases. Our case was a 10 month old male patient with undescended testis accompanying the lateral ventral hernia. The hernia had been diagnosed at birth but remained untreated. The case was managed successfully despite late admission. Synthetic mesh was used as support due to the additional external oblique muscle fascia weakness. In the 1.5 year follow-up we have not encountered any complication. Clinical suspicion and correct diagnosis is important for the management and prevention of complications of this rare disorder. Primary repair is sufficient in most cases; additional support with synthetic material may be required in cases with external oblique muscle and fascia weakness.

Key words: Lateral ventral hernia (Spigelian hernia), children, synthetic mesh

Giriş

Lateral Ventral Fıtık diğer adı ile Spigelian Fıtık (SF) oldukça nadir görülen cerrahi patolojidir (1,6,7). Olgular genellikle erişkin yaşlarında görülürken nadir de olsa çocuklarda da görülür. Çocuklarda günümüze kadar literatürde tanımlanmış yaklaşık 40 olgu bildirilmiştir (1,4). SF Spigelian fasyadaki zayıflıktan kaynaklanır ve genellikle göbeğin altında semilunar ve arkuat çizgilerin birleştiği noktada karın rektus kasının lateralinde görülür (1,4,6). SF'lı olgularda in-

memiş testis sıklığının normal populasyondan daha sık olduğu bildirilmektedir. Yaklaşık 40 olgunun 7 sinde inmemiş testis saptanmıştır (6,7). SF'da fıtık kesesinden dışarı preperitoneal yağ dokusu, periton ve intraperitoneal organlar çıkar (4,6). Bu olgularda nadir de olsa strangülasyon ve inkarserasyon bildirilmiştir (1,7). Makalemizde, kliniğimizde teşhis ve tedavi edilen 10 aylık olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu

On aylık erkek hasta, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile tetkik edilirken karın sol yan tarafında şiş-

Adres: Dr. Gonca Topuzlu Tekant, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Cerrahpaşa, 34303, İstanbul
Yayına kabul tarihi: 19.10.2007

lik ve sol skrotumun boş olduğu saptanarak konsulte edildi. Ayrıntılı öyküde, sol skrotumun doğumdan beri boş olduğu ve karın bölgesindeki şişliğinde doğumdan beri var olduğu öğrenildi. Fizik muayenede



Resim 1. Ameliyat öncesi görünüm; Solskrotum boş ve sol yan bölgede şişlik.



Resim 2. Ameliyat öncesi şişlik alanı ve defekt alanının çizilmiş hali.



Resim 3. Ameliyat sırasında defektin ve kese içinde barsağın görünümü.

solda inmemiş testis ve sol SF saptandı (Resim 1). Fizik muayenede ek patoloji saptanmadı. Ultrasonografik değerlendirmede; karın sol alt bölümünde rektus kasının lateralinde 5-6 cm'lik kas defekti, barsak ansları bu bölümde şişkinlik yaptığı, fasya altına uzandığı ancak cilt altına uzanmadığı saptandı. Genel anestezi altında yapılan muayenede karın sol alt kadranda karın rektus kasının lateralinde yaklaşık 3 cm'lik defekt saptandı (Resim 2). Sol oblik insizyon yapıldı, cilt, cilt-altı ve fasya geçildiğinde semilunlar çizgi hizasında kalın barsak anslarının dışarı bombeleştiği görüldü (Resim 3). Buradan kese proksimalle doğru serbestleştirildiğinde testisin kese içinde olduğu görüldü (Resim 4). Kese dönülerek bağlandı. Testis skrotuma indirilerek tesbit edildi. Dış karın kası ve fasyasında zayıflık saptanması üzerine, zayıf alana yaklaşık 5X5 cm'lik prolen yama ile destek kondu. Hasta bir gün sonra taburcu edildi ve 1.5 yıldır sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Tartışma

Spigelian fasya rektus abdominis kasının lateral kenarı ile semilunlar çizgi arasında yer alır ve transvers



Resim 4. Kesenin prepare edilmiş hali ve kese içinde inmemiş testisin görünümü.

abdominis kasın aponörozundan oluşur (6,7). Semilunar çizgi 9. kaburga kırırdağından pubik çıkıntıya uzanır ve ilk kez Adrien Van der Spigiel tarafından tanımlanmıştır (4,6,8). SF ise Spigelian fasya zayıflığından kaynaklanan ventral interstisyel fıtıktır. Olgular genellikle göbeğin altında görülmekle birlikte, 9. kaburga kırırdağından pubik çıkıntıya kadar uzanan Spigelian çizgi üzerinde herhangi bir noktada görülebilir. SF sıklıkla karının sol tarafında bulunmakla birlikte sağ tarafında ve iki taraflı da olabilir (4,8). Genellikle SF'ta dış oblik karın kası ve apenorozu sağlamdır. Bu nedenle fıtık trasver ve iç karın kası arasında görülen interstisyel fıtıktır. Fakat nadirde olsa dış oblik kas ve apenorozunda da zayıflık bulunabilmektedir (4,8). Bu yerleşimde fıtık ise ilk kez 1764 yılında Klinkosch tarafından tanımlanmıştır (2). Bu tarihten günümüze kadar literatürde tanımlanmış çoğu erişkin olmak üzere yaklaşık 300 olgu bildirilmiştir (4,8). Çocuklarda SF ilk kez 1935 tarihinde Scopinaro tarafından tanımlanmıştır (5). Bu tarihten itibaren yaklaşık 40 olgu bildirilmiştir. Bunlardan yalnız 9 olguluk bir seri bulunmaktadır, diğerleri ise olgu bildiri şeklinde (1,4,8). Yaptığımız uluslararası makale taramasında Nuran ve Mehmet Pul tarafından bildirilen 2 olguluk Türk kaynak saptandı (4). Çocuklarda SF genellikle doğumsal olmakla birlikte, travma ve karın ameliyatlarından sonra da bildirilmektedir (1,4,8). Olgumuz 10 aylık olmakla öyküden anlaşıldığı üzere doğumsaldır. SF'larda strangulasyon oranı % 21 olarak bildirilmektedir (8). Olgumuz geç teşhis ve tedavi edilmekle birlikte komplikasyon gerçekleş-

meden elektif şartlarda başarı ile tedavi edildi. SF'ta inmemiş testis oranı normalden daha yüksektir, bunun sebep mi sonuç mu olduğu tartışmalıdır. Ancak kabul gören görüş SF'ın inmemiş testise neden olduğudur. Testis normal embriyolojik gelişim sırasında bir kaç dönem geçirerek skrotuma iner ve gubernakulum tutunur. Bu aşamalardan biri de karın aşamasıdır. Bu aşamada testisin inişini etkileyen en önemli faktör karın içi basınçtır. Bu basınç; Gastroşizis, omfalosel, Prune-Belly, doğumsal diafragma hernilerde olduğu gibi düşük olduğu durumlarda inmemiş testis oranı yüksektir. SF'ta da karın içi basınç düşüktür, inmemiş testis oranının yüksekliği bununla açıklanabilir (4,8). SF'ta zayıflığın çapı 0.5-6 cm arasında bildirilmekte olup, bizim olgumuzda ise 3 cm idi. Fıtık kesesi içinde preperitoneal yağ dokusu, ince barsak ve diğer karın içi organlar, testis bulunmaktadır (1,4,8). SF'a kasık ve femoral fıtığın eşlik edebileceği de bildirilmektedir (8). Olgumuzda fıtık içinde sol kolon ve sol testis bulunmakta idi. Fıtık bölgesi ve kasık bölgesinin ameliyat gözleminde ek patoloji saptanmadı. Fıtığın tanısında kesin tanı hikaye ve fizik muayene ile konulmakla birlikte, zayıf noktanın yeri ve büyüklüğü, inmemiş testis tanısı ve diğer fıtık içi organların tanımlanmasında ultrasonografi de kullanılabilir (3,4,8). Ameliyatta genel anestezi ve kas gevşeticiler var olan şişliğin kayına neden olmaktadır. Bu da ameliyat sırasında yapılacak kesinin belirlenmesinde ve defektin bulunmasında güçlük yaratabilir. Ameliyat öncesi şişlik ve defektin işaretlenmesi bu sorunu engelleyebilir. Çocuklarda SF tamirinde primer kapatmanın yeterli olmasına rağmen, olgumuzda dış oblik kasın yapısının ve fasyasının bu bölgede zayıf olduğunun saptanması üzerine tekrarı önlemek için sentetik mesh ile destek tamiri yapıldı.

Sonuç olarak, SF çocuklarda oldukça nadir görülmekte ve inmemiş testis eşlik edebilmektedir. Tedavide primer onarım yeterli olmakla birlikte bölge dokularında zayıflık saptandığında sentetik materyallerle destek gerekebilir. Başarılı bir cerrahi tedavi ile oluşabilecek komplikasyonlar engellenebilir.

Kaynaklar

1. AL-Salem AH: Congenital spigelian hernia and cryptorchidism: cause or coincidence. *Pediatr Surg Int* 16: 433, 2000
2. Klinkosch JT: Divisionera herniarum novamgue hernia-

e ventralis speciem proposit. Dissertationum Medicorum 184, 1764

3. Levy G, Nagar H, Blachar A, Ben-Sira L, Kessler A: Pre-operative sonographic diagnosis of incarcerated neonatal Spigelian hernia containing the testis. *Pediatr Radiol* 33(6):407, 2003

4. Pul N, Pul M: Spigelian hernia in children- Report of two cases an review of the literature- *Yonsei Medical J* 35(1):101, 1994

5. Scopinaro AJ: Hernia on spigels semilunar line in a newborn. *Semana Med* 1:284, 1935

6. Silberstein PA, Kern IB, Shi EC: Congenital spigelian hernia with cryptorchidism. *J Pediatr Surg* 31(9):1208, 1986

7. Vaos G, Gardikis S, Zavras N: Strangulated low Spigelian hernia in children: report of two cases. *Pediatr Surg Int* 21(9):736, 2005

8. White JJ: Concomitant spigelian and inguinal hernias in a neonate. *J Ped Surg* 37:659, 2002