

# İnternal Supravezikal Herni'ye Bağlı Barsak Obstrüksiyonu

Dr. Türker ERTÜRK (1), Dr. Arslan KAYGUSUZ (2), Dr. Turgay DA/TEKİN (1),  
Dr. Erdem KINACI (1), Dr. Ouzhan DİNÇEL (1), Dr. Yahya Kemal ÇALIFKAN (1)

## ÖZET

İnternal abdominal herniler bir veya daha fazla intraabdominal organın intraperitoneal bir açıklığa girmesidir. Tüm intestinal obstrüksiyonların %2'si internal herniasyon nedeniyledir. Supravezikal internal herniasyon nadir karıflıklı bir internal herniasyon tipidir. Bu olguda; spesifik olmayan subileus belirti ve bulgular ile beraber sık idrara çıkan bir hastanın, takipleri sonucu şikayetlerinin gerilemesi ve barsak obstrüksiyonu düflendiren bulguların artması sonucu ameliyata karar verildi. Eksploasyonda prevezikal tipte internal supravezikal herniasyon gözlemlendi. Fstik kesesi içine sıkıflımlı olan ince barsakların canlılığının iyi olması üzerine barsakların redüksiyonu sonrası ftik defekt primer olarak onarıldı. İnternal herniasyonların preoperatif telfhisi zordur. Radyografik tetkikler (Direkt radyografiler, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans ve arteriografi) preoperatif tanıda ipuçları sağlayan önemli tetkiklerdir. Kesin tanı laparoskopisi veya laparotomi esnasında konur. Özellikle subileus tablosunda olup sık idrara çıkan hastalarda internal supravezikal herniasyon, akla gelmesi gereken bir öntandır.

Anahtar Kelimeler: Supravezikal herni, İnternal herniasyon, Barsak tıkanıklığı.

## SUMMARY

Intestinal Obstruction Caused By Internal Supravesical Herniation: A Case Report

Internal abdominal hernia is insertion of an intraabdominal organ to a potential peritoneal space. %2 of all cases with intestinal obstruction are internal herniations. Internal supravesical hernia is a rare type. In this case; a patient has non-specific signs and symptoms of partial intestinal obstruction and pollakiuria was observed and examined clinically. When absolute signs of complete intestinal obstruction were developed, we decided to operate the patient for diagnosis of ileus. In operation, prevesical type of internal supravesical herniation was observed. Because of viable intestinal segment in sac of hernia, small intestine reduced to abdomen and, defect of hernia was repaired primarily. Preoperative diagnosis of internal hernias is highly difficult. Radiographic examinations like computerized tomography, magnetic resonance imaging, arteriography are helpful diagnostic techniques. The certain diagnosis is established by laparotomy or laparoscopic studies. In patient with signs of intestinal obstruction and especially with pollakiuria, internal supravesical hernia is kept in mind for differential diagnosis.

Key words: Supravesical hernia, Internal hernia, Intestinal obstruction

## GİRİŞ

İnternal abdominal herniler bir veya daha fazla intraabdominal organın peritoneal bir açıklığa girmesidir (1). Bu açıklık, anatomik (foramen Winslow) veya potansiyel anatomik açıklıklar (Peritoneal fossalar, paraduodenal, ileoçekal, mesosigmoidal, parakolik, uterusun

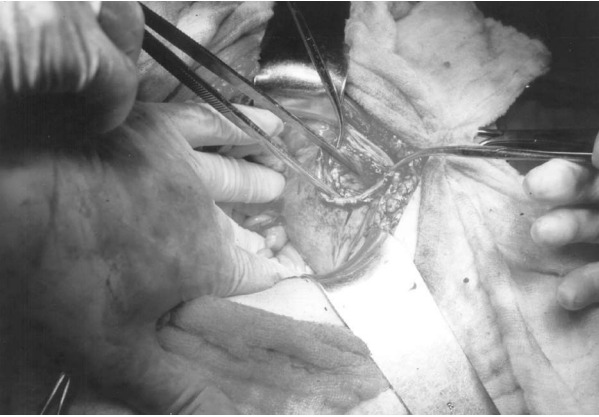
round ligamanı, supravesikal) olabilir. Tüm bu hernilerin kesesi vardır ve gerçek hernilerdir. Anormal açıklıklardan olanlar ise transmezenterik, transmezokolik, transmental ve ligamanların veya mezenterin kongenital anomalilerinden oluşan açıklıklardır. (karaciğerin falsiform ligamanı, meckel divertikülünün mezenterisi) (1).

İnternal herniler intestinal obstrüksiyonun nadir görülen bir nedenidir (2,3). Tüm intestinal obstrüksiyonların %2'si internal herniasyon nedenleridir (3). İnternal herniler arasında yer alan ve eksternal tipi de tanımlanmış olan (4) internal supravezikal herniler, anatomik lokalizasyonlarına göre dört çeşit olarak sınıflandırılmışlardır: prevezikal herni, paravezikal herni, retrovezikal herni, intravezikal herni (1). Bu çalışmamızda, internal supravezikal herni nedeniyle barsak obstrüksiyonu gelişen bir vakayı sunmayı amaçladık.

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği  
Asistanı (1), fiefi (2)

## OLGU SUNUMU

«ki y»ld»r kab»z»k hlikayeti olan hasta, son üç gündür kar»n a»r»s», bulant», kusma hlikayetleri ile acil servise ba»fvurdu. Özgeçmişinde ve hikayesinde ba»fka bir özellik yoktu. Hastan»n yap»lan fizik muayenesinde kar»nda yayg»n minimal hassasiyeti vard», rebound, defans yoktu. Rektal tufesinde kat» gaita vard» ve barsak seslerinin hiperaktifti. Çekilen ayakta direkt bat»n grafisinde (ADBG) sol üst kadranda birkaç adet hava-s»v» seviyesi vard». Hasta subileus tan»s» ile yat»r»ld». Nasogastrik sonda tak»larak dekompresyon uygulandı. Yap»lan kolonoskopide herhangi bir patolojik özellik saptanmad». Tüm kar»n bilgisayar» tomog-rafisinde ince barsak anslar» dilate oldu»u ayr»ca, bilateral femoral herni oldu»u görüldü. Hastan»n distansiyonunun artmas» nedeniyle barsak obstrüksiyonu ön tan»s»yla ameliyata alındı. Sol pararektal insizyonla anatomik tabakalar geçilerek bat»n içine ulaşıldı.



Resim1: Ekksplorasyonda mesane ile median umbilikal ligament arasından, retropubik olarak prevezikal boşluğa, distal ince barsak anslarının herniasyon olduğu gözlemlendi.



Resim2: Herni kesesinin boynu kesilerek barsak anslarını redükte edildi. Barsaklarda nekroz yoktu.

Defekt primer onarıldı. Prevezikal loja dren konup kanama sonrası katlar anatomik olarak kapatıldı. Hasta post-operatif dördüncü gün taburcu edildi.

## TARTIŞIMA

Tüm intestinal obstrüksiyonların %2'si internal herniasyon nedeniyledir (3). «ntestinal obstrüksiyonun tan»s» ADBG ile kolayca konulabilir ancak bunun internal herniasyona ba»l» oldu»unun laparotomi yapılmadan belirlenmesi oldukça güçtür. Hasta genelde ileus, bazen de akut kar»n semptomları ile ba»fvurur (1,3). Hastaların %80-90'ında peritonit bulguları da vardır. «leus olgularında en sık görülen etyolojik faktör peritoneal adezyonlardır (5-11). Supravezikal herniasyonların preoperatif tan»s» sa»layacak herhangi bir yöntem yada tetkik yoktur. Radyolojik tetkikler (direk radyografiler, bilgisayar» tomografi, magnetik rezonans, anjiyografi) çeşitli ipuçları sa»layabilir ancak kesin tan» sa»lamazlar (7-12).

Supravezikal herniasyonun kesin tan»s» ancak laparotomi ile konulur (1,2,3,7,13). Erken cerrahi müdahale, morbidite ve mortalite oranlarını düşürür (2).

Supravezikal herniler, internal hernilerin bir alt grubu olup oldukça nadir görülürler ve genellikle ileus klinik tablosu oluşturmurlar (14,15). Preoperatif dönemde ortaya çıkan belkide tek yardımcı tan»sal semptom sık idrara çıkma ve dizüridir. Bu semptomlar olguların %30'unda görülürler ve mesaneye d»fltan bas» sonucu geliştikleri düşünölmektedir (16).

Akut kar»n semptomları olmayan hastalarda kesin tan» için ileri tetkikler yapılabilir, fakat acil cerrahi girişim gerektiren olgularda morbidite ve mortaliteyi arttırmamak için erken cerrahi girişim önemlidir. Bizim olgumuzda da, anjiyografi ve magnetik rezonans d»flndaki diğer radyolojik tetkikler yapılmı»ft» ancak supravezikal herni lehine herhangi bir bulgu saptanmadı. Yaptı»mız laparotomide herni kesesine s»k»flm»fl olan barsak anslarında nekroz gelişmemifti. Bu belki de ameliyatın geciktirilmemesinden yapılmı»fl olmasından kaynaklanıyordu.

Özellikle subileus tablosundaki non-spesifik bulgu ve belirtiler gösteren hastalarda, kesin teffhiis koymak ve erken cerrahi girişim gerekli olup olmayacağına karar verebilmek için, preoperatif tan» araçlarının geliştirmeye yönelik yeni çalı»malara ihtiyaç vardır. Nedeni ameliyat öncesi kesin bulunamayan, barsak obstrüksiyonu saptanan ve ek olarak özellikle sık idrara çıkma gibi mesane bas»s» düşündüren vakalarda, internal supravezikal herniasyon akılda tutulması gereken bir ön tanıdır.

---

## KAYNAKLAR

1. Gullino D, Giodano E. Internal hernia of the abdomen. Apropos of 14 cases. Case reports. J Chir 1993; 130:179-95.
  2. Pessaux P, Teuch JJ, Derouet N et al. Internal hernia: a rare cause of intestinal obstruction. Apropos of 14 cases. Journal article. Ann Chir 1999; 53:870-3.
  3. Genevose AM, Taranto F, Fiore D et al. Internal abdominal hernia: Unusual cause of intestinal occlusion. Journal article. Minevra Chir. 2000; 55:177-80.
  4. Skandalakis JE, Graay SW, Burns WB et al. Internal and external supravesical hernia. Am Surg 1976;42(2):142-6.
  5. Corberi O, Crespi G, Deho E et al. Internal abdominal hernias: Presentation of 10 treated cases. Minevra Chir 1980; 15;35:1685-90.
  6. Ghahremani GG. Internal abdominal hernias. Surg Clin North Am 1984; 64:393-406.
  7. Grgn E, Onur E, Baca B ve ark. Laparoskopik repair of an internal supravesical hernia: a rare hernia causing small bowel obstruction. Case report. Surg Endosc 2003; 17:659.
  8. Sasaya T, Yamaguchii A, Isogai M et al. Supravesical hernia: CT diagnosis. Case reports. Abdominal Imaging 2001; 26:89-91.
  9. Blachar A, Federle MP. Internal hernia: an increasingly common cause of small bowel obstruction. Review of report cases. Semin ultrasound CT MR 2002; 23:174-83.
  10. Yamaguchi R, Yamaguchi A, Isogai M et al. A case of internal supravesical hernia. Nippon Geka Gakkai Zasshi 1996; 97:1024-6.
  11. Lee GH, Cohen AJ. CT imaging of abdominal hernias. AJR Am Roentgenol 1993;161:1209-13.
  12. Chou CK, Liu GC, Chen LT, Jaw TS. The use of MRI in bowel obstruction. Abdom Imaging 1993; 18-131-5.
  13. Gargouri F, Frikha F, Amrou H et al. Internal abdominal hernias: report of 8 cases. Case report. Tunis Med 2001;79:366-9.
  14. Aldrete JS, Herrera LO. Internal retrovesical hernia producing intestinal obstruction. Case report. Arch Surg 1977; 112:853.
  15. Koksoy FN, Soybir GR, Bulut TM ve ark. Internal supravesical hernia: report of a case. Am Surg 1995; 61:1023-4.
  16. Seven R. Karın duvarı fıtıkları. In: Kalaycı G, editor. Genel cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2002; 699-714.
-