Çağdaş Cerrahi Dergisi 12: 213-214, 1998

Littre Fıtığı

Olgu Sunumu

Salih PEKMEZCİ, Kaya SARIBEYOĞLU, Egemen EROĞLU*, A. Vedat DURGUN, Hasan TAŞÇI

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ve Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

SUMMARY

An Unusual Clinical Presentation of Littre's Hernia

Meckel's diverticulum is the most common congenital anomaly of the small intestine. It results from an incomplete obliteration of the omphalomesenteric duct during fetal life. In adults, occlusion, perforation, diverticulitis, Littre's hernia and tumors represent the complications of Meckel's diverticulum. Littre's hernia is defined as any hernia, which contains Meckel's diverticulum. It has been reported in association with inguinal, umbilical, femoral, sciatic, ventral and lumbar hernias. A case of incisional hernia containing Meckel's diverticulum is reported because of an unusual clinical presentation.

Key words: *Littre's hernia, incisional hernia*

İlk defa 1598 yılında Fabricius Heldanus bir ileum divertikülü tarif etmiş ve bundan yaklaşık bir asır sonra Alexis Littre, 1700'de içerisinde ileum divertikülü bulunan üç femoral fıtık olgusu bildirmiştir. O günden bu yana, fıtık kesesinin içerisinde Meckel divertikülü bulunan fıtıklara Littre fıtığı denilmektedir [1]. En sık inguinal şekli görülen Littre fıtığı, umblikal, femoral, ventral, siyatik ve lomber fıtık olarak da bildirilmiştir [1].

Daha önce perfore apandisit nedeniyle ameliyat edilmiş hastada, dren yerinde oluşan Littre fıtığı olgusu, literatür ışığında sunulmuştur.

OLGU

55 yaşında erkek hasta karın sağ alt kadranda ağrılı kitle şikayetiyle başvurdu. 2 yıl önce başka bir hastanede perfore apandisit nedeniyle ameliyat edilmiş olan hasta yaklaşık 1 senedir insizyon hattının lateralinde şişme ve ağrı şikayeti olduğunu ve bu şişliği batın içerisine itebildiğini, düz yatınca bu şişliğin kaybolduğunu belirtti. Hasta son 15-20 gündür ağrısının artması ve şişliğin içeriye zor itilmeye başlamasından dolayı hastanemize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde barsak sesleri normoaktif, karın serbestti, rebound ve defans yoktu. Daha önceki ameliyata ait sağ paramedian insizyonun hemen lateralinde insizyonel fıtık olduğu düşünülen, orta sertlikte ve palpasyonda hafif hassasiyeti olan bir kitle mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde lökosit 13800/mm^3 idi ve bunun dışındaki rutin biyokimyasal parametreler normaldi. Ayakta direkt batın grafisinde özellik saptanmayan hastanın ateş takibi de normal sınırlarda seyretti. Hasta bunun üzerine inkarsere insizyonel fıtık öntanısıyla ameliyata alındı. Eski insizyon nedbesi üzerinden katlar geçilerek karına girildi. Eksplorasyon'da ince barsaklar arasında yapışıklıklar saptandı. Yapışıklıklar açılınca bir ince barsak ansının insizyonun yan tarafında batın duvarına yapışık olduğu görüldü. Künt diseksiyonla barsak ansı batın duvarından ayrıldıkça bu bölgenin, bir önceki ameliyatta dren için yapılan insizyona uyduğu ve çekumdan 60 cm proksimalde bulunan Meckel divertikülünün bu insizyonda oluşan fıtık kesesi içine girdiği tesbit edildi (Resim 1). Divertikülde strangülasyon sonucu nekroz gelişmiş olduğu görüldü ve divertikül wedge rezeksiyon yapılarak eksize edildi. Batın duvarındaki defekt, etrafındaki nekroze odaklar debride edildikten sonra primer olarak onarıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçen hasta yedinci günde taburcu edildi. Piyesin histopatolojik incelemesinde Meckel divertikülünde ektopik mukozaya rastlanmadı, divertikül duvarında akut iskemi bulguları ve peridivertiküler yağlı dokuda hemorajik enfarktüs ile panniküilit saptandı.



Resim 1. Ameliyat sırasında, çevre yağlı dokuda nekroz alanları bulunan Meckel divertikülü (okla işaretli) ve fıtığın geliştiği dren deliği (pensetle işaretli).

Yazışma adresi: Salih Pekmezci, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

TARTIŞMA

Meckel divertikülü ince barsakların en sık rastlanılan konjenital anomalisidir ve vitelline kanalının regresyonunun gerçekleşmemesinden dolayı görülür. 1809 senesinde Johann Friedrich Meckel, fetal midgut ile yolk kesesi arasındaki omfalomezenterik kanalın, kapanması gereken 5. ve 7. haftalar arasında kapanmaması nedeniyle distal ince barsak divertikülüne dönüştüğünü belirtmiştir [3]. Bu kanalın açık kalması, % 82.5 oranında antimezenterik yerleşimli divertikül oluşmasına neden olurken, % 6 enterokütanöz umbilikal fistüle, % 0.5 umbilikal tümöre, % 10 divertikül ile umbilikus arasında fibröz banda ve % 1 intramezenterik divertiküle neden olur [3]. % 1-2 insidansı olan Meckel divertikülü normalde intraabdominal yerleşimlidir ancak omfalosel, gastroşizis ve değişik türlerde birçok fıtıkta (Littre fıtığı) extraabdominal lokalizasyonda bulunabilir [1]. Littre fıtıklarının yaklaşık % 50'si inguinal, % 12-30'u umbilikal, % 19-30'u femoral olarak bildirilirken, ventral, siyatik ve lomber şekilleri de, çok nadir olarak yayınlanmıştır [1].

Littre fıtığının semptomları nonspesifiktir, şişlik yavaş gelişir ve hiçbir zaman büyük bir hacime ulaşmaz [1]. Littre fıtığı inkarserasyon, strangülasyon, hernial fekal fistül, ülserasyon, kanama ve perforasyon gibi komplikasyonlara neden olabilir [1]. Boğulmamış fıtıklarda Meckel divertikülüne rastlanması oldukça seyrektir. Boğulmuş fıtıklarda ise % 0.6 oranında rastlanıldığı bildirilmiştir [1,2]. Boğulmuş Littre fıtığının semptomları da spesifik değildir. Bu bakımdan klinik tablo, barsak duvarının yalnızca bir kenarının fıtık kesesi içine girdiği ve barsak tıkanmasının gelişmediği Richter hernisine benzer [3]. Barsak lümeni tam kapanmadığı için kusma ve diğer obstrüksiyon belirtileri nadir görülür. Eğer tedavi gecikirse enterokütanöz fistül oluşuncaya kadar fıtık ile barsak arasındaki ilişki fark edilmeyebilir, ancak divertikül tabanının geniş olduğu durumlarda obstrüksiyon belirtileri ön plana çıkabilmektedir [2,3,4]. Bizim olgumuzda da obstrüksiyon belirtileri yoktu, nitekim divertikül tabanı da barsak çapına oranla oldukça dardı. Burada divertikül tabanının genişliği yanında fıtık halkasının genişliğinin de önemli rolü olduğu kanısındayız.

Littre fıtığının önerilen tedavisi Meckel divertikülünün wedge eksizyonudur. Ancak divertikül tabanında endürasyon, fibrozis veya ülser olduğu durumlarda heterotopik mukoza varlığından kaynaklanabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla segmenter ileum rezeksiyonu yapılabilir [1]. Fıtığa ait defektin tamiri lokalizasyonuna göre değişmektedir. Sunduğumuz Littre fıtığının daha önce ameliyat edilmiş bir hastada gelişmesi rastlantısal Meckel divertikülünde cerrahi yaklaşımın ne olması gerektiği sorusunu akla getirmektedir. Olgumuzun daha önce perfore apandisit nedeniyle ameliyat edilmiş olması, divertikülektomi yapılmamasını izah etmektedir. Literatürde, rastlantısal Meckel divertiküllerinde, karşı görüşler bulunmasına rağmen genellikle divertikülektomi önerilmektedir [3,5,6,7].

KAYNAKLAR

1. **Mishalany HG, Pereyra R, Longerbeam JK:** Littre's hernia in infancy presenting as undescended testicle. J Pediatr Surg 17:67-69, 1982.
2. **Ünal M, Arat R, Sözbir S, Güngel H:** Littre fıtığı. Türk Tıp Cemiyeti Mecm 39(8):299-30, 1973.
3. **Perlman JA, Hoover HC, Safer PK:** Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum (Littre's Hernia). Am J Surg 139:286-289, 1980.
4. **Leslie MD, Slater ND, Smallwood CJ:** Small bowel fistula from a Littre's hernia. Br J Surg 70:244, 1983.
5. **Michas CA, Cohen SE, Wolfman EF:** Meckels diverticulum. Should it be excised incidentally at operation? Am J Surg 129:682-685, 1975.
6. **Castleden WM:** Meckel's diverticulum in an umbilical hernia. Br J Surg 57:932-4, 1970.
7. **Root GT, Baker CP:** Complications associated with Meckel's diverticulum. Am J Surg 114:285-288, 1967.