

OLGU SUNUMU

## Akut Pankreatit ile Direkt İnguinal Herni Arasındaki İlişki

Huzeyfe Sayım<sup>1</sup>(ID) Mümin Demir<sup>2</sup>(ID) Taner Öztürk<sup>1</sup>(ID) Beyza Sayım<sup>1</sup>(ID) Yasemin Kaya<sup>1</sup>(ID)

<sup>1</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

Published online: 30 Nisan 2021

© Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turkey, 2021

### Özet

Akut Pankreatit karın ağrısı, amilaz-lipaz yüksekliği ile seyreden pankreasın inflamatuvar bir hastalığıdır. İnsidansının 5–35/100.000 olduğu yayınlarda bildirilmiştir. İnguinal herni, en sık görülen herni tipi olup, karın duvarı fitiklarının %75'ini oluşturur. İnguinal herni ameliyatları tüm cerrahi girişimlerin %10-15'ini oluşturur ve appendektomiden sonra en sık yapılan cerrahi girişimdir. Hem akut pankreatit hem inguinal herni sık görülen patolojiler olmakla birlikte birlikte görüldüğü vaka sayısı azdır. Literatürde intestinal obstruksiyon ile akut pankreatit arasında ilişki olduğuna, intestinal obstruksiyonun akut pankreatite yol açabileceğine dair yayınlar mevcuttur. Bu olgu sunumunda da nedeni belli olamayan akut pankreatit tanısı ile takip edilen ve inkarsere direk inguinal herni tanısı ile acil operasyona alınan bir vakayı sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** akut pankreatit, inguinal herni, intestinal obstruksiyon

### Relationship Between Acute Pancreatitis and Direct Inguinal Hernia

#### Abstract

Acute Pancreatitis is an inflammatory disease of the pancreas with abdominal pain and elevated amylase-lipase. It has been reported in publications that its incidence is 5–35/100,000. Inguinal hernia is the most common hernia type, accounting for 75% of abdominal wall hernias. Inguinal hernia surgeries constitute 10-15% of all surgical procedures. It is the most common surgical procedure after appendectomy. Although both acute pancreatitis and inguinal hernia are common pathologies, the number of cases seen together is low. There are publications in the literature that there is a relationship between intestinal obstruction and acute pancreatitis, and that intestinal obstruction may lead to acute pancreatitis. In this case report, we presented a case who was followed up with the diagnosis of acute pancreatitis of unknown cause and underwent emergency operation with the diagnosis of incarcerated direct inguinal hernia.

**Key Words:** acute pancreatitis, inguinal hernia, intestinal obstruction

**Suggested Citation:** Sayım H, Demir M, Öztürk T, Sayım B, Kaya Y. Akut Pankreatit ile Direkt İnguinal Herni Arasındaki İlişki. ODU Med J, 2021;8(2):19-23

---

### Address for correspondence/reprints:

Yasemin Kaya

**Telephone number:** +90 (452) 225 23 42

**E-mail:** ysmnkcmz@gmail.com

### Giriş

Pankreasın enflamatuvar bir hastalığı olan akut pankreatit, birçok ülkede gastrointestinal bozukluklar nedeniyle hastaneye başvurma başlıca nedenlerinden biridir (1). Akut pankreatit genel olarak hafif seyirli, hastaların %80'inde ciddi komplikasyonlar olmaksızın kendi kendine düzeler. Ancak hastaların %20'sinde komplikasyon gelişir ve önemli bir oranı ölüm ile sonuçlanır (2). Akut pankreatitin birçok nedeni vardır, hastaların %75-85'inde bu nedenler kolaylıkla tespit edilebilir. Safra kanalının taşlarla tıkanması (%38) ve alkol (%36) akut pankreatitin uzun süredir bilinen en sık nedenleri (3) olmakla birlikte patofizyolojinin yeni yönleriyle anlaşılmasını sağlayan başka yeni nedenler ortaya çıkmıştır. Vakalarının %70-80'ini alkol ve safra kesesi taşlarından kaynaklansa da, akut pankreatiti başlatan kesin mekanizmalar tam olarak bilinmemektedir. Hızlı seyri ve pankreatit sırasında pankreas dokusunun göreceli erişilemezliği nedeniyle incelemenin güç olması, bu patofizyolojik süreçlerin altında yatan mekanizmaların araştırılmasını güçleştirmektedir (3).

İnguinal herni, karın duvarı fitiklarının %75'ini oluşturan ve en sık görülen herni tipidir. Appendektomiden sonra en sık yapılan cerrahi girişimdir (%10-15) (4,5). İnguinal herninin inkarsere olma insidansı ile ilgili veriler azdır, ancak yaygın olarak kabul edilen varsayım, yaşam boyu inkarsere olma riskinin %4-%6 olduğudur (6). Literatürde boğulma sonrası barsak rezeksiyonunun artmış mortalite oranları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (7).

Literatürde akut pankreatitin çevre dokuda oluşturduğu ödem ve nekrotik değişiklikler ile kolonda barsak duvarı ödemi, mukozal ülserasyon, submukozal kanama, damar trombozu oluşturduğu bildirilmiştir (8). Ayrıca duodenal obstrüksiyonların akut pankreatite neden olduğu vaka bildirimleri yapılmıştır (9)

### Olgu

Kadın hasta 70 yaşında olup, acil servise başvurmadan 5 gün önce başlayan yaygın karın ağrısı ve yemek yedikten sonra olan koyu yeşil renkli kusma (sıklığı günde 4- 5 defa, miktarı günde 5-6 su bardağı dolusu) şikayetiyle acil servise başvurdu. Hastanın 4 gündür gaz gayta çıkışı yoktu. Özgeçmişinde; 20 yıl önce uterus prolapsusu nedeniyle histerektomi yapılmış, 15 yıl önce sağ inguinal herniden opere olmuş ve iki yıl önce sol inguinal herni tanısı konulmuştu. Bilinen başka hastalığı, düzenli kullandığı ilacı, sigara, alkol kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi, bilinç açık, koopere oryante idi. Nabız 90/dakika, solunum sayısı

28/dakika, ateşi 37,5°C, arterial kan basıncı 120/80 mmHg idi. Dört gündür gaita çıkışı olmayan hastanın özellikle epigastriumda belirgin olmak üzere batında yaygın hassasiyeti mevcuttu. Dört kadranda barsak sesleri hipoaktifti. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemesinde; Hemoglobin 14,6 gr/dL, Platelet 245000/UL, Beyaz Küre (Wbc): 8070/UL, C-Reaktif Protein 70 mg/L, Total bilirubin 1,01mg/dl, Direkt bilirubin 0,43mg/dl, Alanin Aminotransferaz 13U/L, Alaninaminotransferaz 15UL, Kreatinin 1,64mg/dL, Amilaz 110U/L, Lipaz 386,7 U/L idi. Takiplerde lipazı 721 U/L ye kadar yükseldi. Hastanın akut pankreatit etyolojisi açısından bakılan Trigiliserid 86 mg/dl , Ca 8,49 mg/dl olarak geldi.

Acile başvurduğunda çekilen ayakta batın grafisinde hava sıvı seviyeleri (Şekil 1) mevcuttu. Batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) karaciğer büyüklüğü, parankim yapısı, intrahepatik safra yolları tabiydi. Safra kesesi lokalizasyonunda patoloji izlenmedi. Kesit alanına giren kas grupları ve yumuşak dokular normaldi. Mide ve ince bağırsak ansları ileus ile uyumlu olarak kalibrasyonu 44 mm'ye ulaşmıştı (Şekil-2a). Sol inguinal kanala intestinal ansların herniasyonu izlenmişti (Şekil 2b). Kalibrasyonu artan bağırsak ansları takip edildiğinde tanımlanan herniasyon düzeyinde kalibrasyon artışı son bulmaktaydı. İleusun nedeni sol inguinal herni olarak değerlendirildi. Herni kesesi içerisinde bağırsak anslarının duvar kontrastlanması doğal görünümde idi.



Şekil-1. bağırsak segmentlerinde hava-sıvı seviyeleri



Şekil-2a. Dilate ince bağırsak ansları

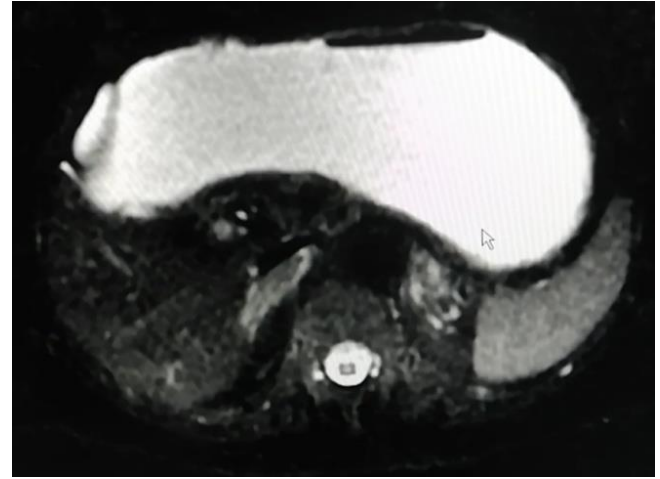


Şekil-2b. herni kesesi içerisinde bağırsak ansları

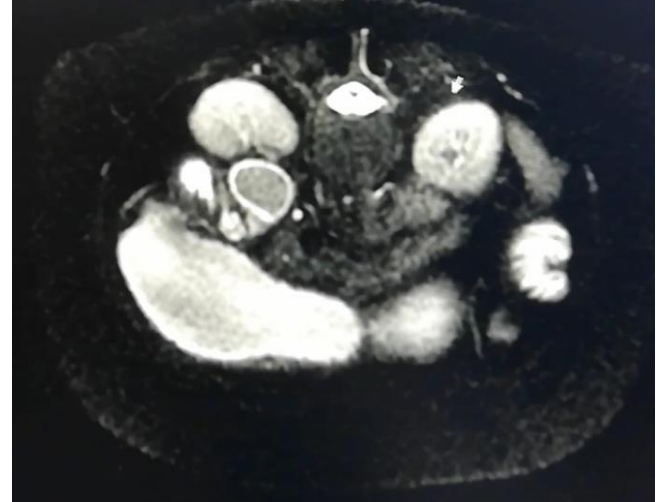
Akut pankreatit etyolojisi açısından çekilen Manyetik Rezonans Kolanjiopankreatografi (MRCP) de; Safra kesesi boyutu, konturu, duvar kalınlığı ve lokalizasyonu normaldi. Kese içerisinde kitle lezyon ya da kalkül ile uyumlu görünüm izlenmedi. İntrahepatik safra yollarında dilatasyon mevcut değildi. Sağ-sol hepatic duktuslar, ana hepatic duktus, sistik duktus ve koledok normal kalibrasyonda olup dilatasyon ya da lumen içi dolum defekti izlenmedi. Ekstra hepatic safra yollarının traseleri normal olup ekstrensek bası görünümü izlenmedi. Mide belirgin distandü görünümdeydi (Şekil 3a). İnceleme alanına giren ince barsak anslarında geniş belirgin distansiyon ve havasıvı seviyelenmeleri izlenmişti (ileus?). Ayrıca pancreas kuyruk düzeyi ve korpus distal kesimde hafif kalınlık artışı, T2A'da hiper intens sinyal mevcuttu (akut pankreatit?) (Şekil 3b)

Hasta MRCP'de ve batın BT'de sol inguinal herniye sekonder ileus nedeniyle genel cerrahi uzmanına konsulte edildi. Genel cerrah tarafından değerlendirilen ve fizik muayenesi yapılan hasta inkarsere direk inguinal herni tanısıyla acil operasyona alındı.

Laparoskopik olarak yapılan ameliyatta inkarsere kısmın serbestleştirilmesi üzerine 2 adet perforasyon görüldü (trace ligamentinden 120 cm distalde) ve ameliyat açık olarak komplikasyonsuz tamamlandı. Operasyondan sonar 24 saat içinde gaz-gaita çıkışı oldu. Ameliyattan 5 gün sonra hasta oral beslenmeye eşamalı olarak başladı ve tolere etti. Amilaz, lipaz, CRP değerlerinin düzelmesi ve şikayetlerinin gerilemesi üzerine yatışının 10. gününde bir hafta sonra poliklinik kontrolüne çağrılarak taburcu edildi.



Şekil-3a. Distantü görünümde mide



Şekil-3b. pankreas kuyruk düzeyi ve korpus distal kesimde hafif kalınlık artışı (akut pankreatit)

### Tartışma

Akut pankreatit teşhisi, genellikle yükselmiş serum pankreas enzimleri ile birlikte karakteristik semptomlara ve görüntüleme bulgularına dayanır. Fizik muayenede ateş, ağrı; mide-epigastriyumda, sağ ve bazen sol üst kadranda, bazen kuşak tarzında olabilir, günlerce sürebilir, ağır bir alkol alınımını veya alkölü bıraktıktan 2-3 gün sonra olabilir, defans, taşikardi,

sıklıkla birkaç saat süren bulantı ve kusma görülebilir, Grey-Turner ve Cullen bulgusu gibi hemorajik komplikasyonlar nadirdir. Yukarıda bahsedilen klinik semptom ve bulgular hastaların yaşına, ayrıca atağın şiddetine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. En sık semptom olarak ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma, abdominal distansiyon karşımız acıkmaktadır (10). Bizim olgumuzda da literatürle uyumlu olarak yaygın karın ağrısı ve yemek yedikten sonra olan koyu yeşil-kahverengi yaklaşık günde 5-6 su bardağı kadar ve günde 4-5 defa olan kusma şikayeti mevcuttu. Ayrıca Fizik muayenede yine literatürle uyumlu olarak yaygın batın hassasiyeti, taşikradi, taşipne barsak seslerinde azalma mevcuttu. Akut pankreatitte etyolojide %90 oranında safra taşı ve alkol sorumlu tutulmaktadır. Batı ülkelerinde alkol ilk sırayı alırken ülkemizde ise safra kesesi taşları ön plana çıkmaktadır (11). Tamer A ve ark.'larının yaptığı çalışmada hafif akut pankreatit tanısı alan hastaların %21'inde etyoloji bilinmemekteydi (12). Bizim olgumuzda da akut pankreatitin etyolojisi açısından değerlendirildiğinde; bilier taş ya da obstrüksiyon, alkol ve ilaç kullanımı, trigliserid yüksekliği, hiperkalsemi, viral enfeksiyon, travma öyküsü, iskemiye neden olabilecek solunumsal ya da kardiyak bir patoloji tespit edilmedi.

Karın duvarı fıtıkları genellikle hastanın kliniği ve fizik muayeneden elde edilen bulgularla teşhis edilir. Bazen, klinik atipik olabilir ve obez hastalarda, şiddetli karın ağrısı ve distansiyonu olan hastalarda ve nadir yerlerde bulunan küçük fıtıkları olan hastalarda fizik muayene bulguları sınırlı olabilir (13-15). Rettenbacher T ve ark.'larının yaptığı çalışmada, peristaltizmin yokluğunun bir inkarserasyon belirtisi olarak görülmemesi gerektiğini, çünkü noninkarsere hernilerde sonografik inceleme sırasında da hastaların nispeten yüksek bir yüzdesinde peristaltizm göstermediğini göstermektedir (16). Bizim hastamızda semptom, fizik muayene ve görüntüleme bulguları Rettenbacher T ve ark.'larının bulgularına benzerlik göstermezken genel literatürle ise uyumludur.

Literatürde intestinal obstrüksiyon ile akut pankreatit ilişkisini açıklayan çeşitli yayınlar bulunmaktadır. Mairve ark. Nın akut pankreatitte kolon stenozu isimli yayınların da akut pankreatitin lokalize etkisi ile kolonda barsak duvarı ödemi, mukozal ülserasyon, submukozal kanama, damar trombozu oluşturduğu ayrıca pankreasın bir kısmını (genellikle kuyruk) içeren ve laparotomide ayırmanın mümkün olmadığı büyük bir inflamatuvar kitleye neden olduğu bildirilmiştir (8). Belirtilen nedenlerden dolayı akut pankreatit kolon obstrüksiyonuna neden oluyor olabilir. Kolon lezyonları genellikle pankreatitin nadir görülen

komplikasyonlarından. Bu komplikasyonlar lokalize paralitik ileus, nekroz, fistül, stenoz ve varislerdir. Kalın bağırsağın pankreas ile anatomic ilişkisi lezyonların oluşumunda önemli bir faktördür. Bu durumun fizyopatolojisini açıklayan teorilerde enzimatik-inflamatuvar ve iskemik süreçler yer almaktadır. Kolon obstrüksiyonları pankreatit sonrası en ilginç komplikasyonlardan olup inflamatuvar bir kitle nedeniyle olabildiği gibi perikolik fibrozis nedeniyle progresif obstrüksiyona da neden olabilir (17).

İntestinal obstrüksiyonun akut pankreatite neden olduğuna dair yayınlarda bulunmaktadır. Lee. Ve ark. Duodenal loop obstrüksiyonu, akut pankreatite neden olduğu vaka bildirimi yapmışlardır. Ayrıca artmış intraluminal basıncın pancreas akışını engellediği, pancreas kanalının genişlemesine ve akut pankreatite neden olduğunu söylemişlerdir (9).

Bu vakada da inkarsere inguinal herni nedeniyle ileus olan bir hastada akut pankreatit geliştiği gözlemlenmiştir. Ayrıca hastada akut pankreatit etyolojisi açıklayacak ileus dışında bir patolojiye rastlanmamıştır.

#### Sonuç

Akut pankreatit komplikasyon olarak intestinal obstrüksiyon yapabildiği gibi intestinal obstrüksiyonlar da akut pankreatite neden olabilmektedir. Klinisyen ve cerrahların bu tür vakaları değerlendirirken bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir.



**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:**

*Konsept:* YK *Tasarım:* YK *Literatür arama:* HS, BS, TÖ, *Veri Toplama ve İşleme:* YK, MD, TÖ, HS *Analiz veya Yorumlama:* YK, UK, GY *Yazan:* HS, YK

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study hasn't received no financial support.

**References**

1. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2015;386(9988):85-96.
2. Lund H, Tonnesen H, Tonnesen MH, Olsen O. Long-term recurrence and death rates after acute pancreatitis. *Scand J Gastroenterol*. 2006;41:234-238
3. Wang GJ, Gao CF, Wei D, Wang C, Ding SQ. Acute pancreatitis: Etiology and common pathogenesis. *World J Gastroenterol* 2009; 15(12)
4. Ohana G, Manevitch I, Weil R, Melki Y, Seror D, Powsner E, et al. Inguinal hernia: challenging the traditional indication for surgery in asymptomatic patients. *Hernia* 2004; 8: 117-20. 2.
5. Smietanski M, Lukasiewicz J, Bigda J, Lukianski M, Witkowski P, Sledzinski Z. Factors influencing surgeons' choice of method for hernia repair technique. *Hernia* 2005; 9: 42-5.
6. Report of a working party convened by the Royal College of Surgeons of England (1993) Clinical guidelines on the management of groin hernia in adults. London: Royal College of Surgeons of England .
7. Harouna Y, Yaya H, Abdou I, Bazira L. Prognosis of strangulated inguinal hernia in the adult: influence of intestinal necrosis. Apropos of 34 cases. *Bull Soc Pathol Exot*, 2000; 93:317-20.
8. Mair WS, McMahon MJ, Goligher JC. Stenosis of the colon in acute pancreatitis *Gut* 1976;17(9):692-5.
9. Lee H, Choi Y, Jeong H, Lim JK, Jung T, Han JH, Park SM. Duodenal Loop Obstruction as an Unusual Cause of Acute Pancreatitis: A Case Series *Korean J Gastroenterol*. 2016;25;68(6):326-330.
10. Sargent S. Pathophysiology, diagnosis and management of acute pancreatitis. *Br J Nurs*. 2006; 15: 999-1005.
11. Ertekin C, Kemertaş K, Günay K. Akut Pankreatit *Ulusal Travma Dergisi* 1995; 1: 14-21.
12. Tamer A, Yaylacı S, Demirsoy H, Nalbant A, Genç A, Demirci H, Demir MV, Uslan Mİ, Akut Pankreatitli Olgularımızın Retrospektif Değerlendirilmesi, *Sakaryamj*; 2011(1):17-21
13. Mufid MM, Abu-Yousef MM, Kakish ME, Urdaneta LF, Al-Jurf AS. Spigelian hernia: diagnosis by high-resolution real-time sonography. *J Ultrasound Med* 1997;16:183-187
14. Yokoyama T, Munakata Y, Ogiwara M, Kamijima T, Kitamura H, Kawasaki S. Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography. *Am J Surg* 1997;174:76-78
15. Krone KD, Carroll BA. Scrotal ultrasound. *Radiol Clin N Am* 1985;23:121-139
16. Rettenbacher T, Hollerweger A, Macheiner P, Gritzmann N, Gotwald T, Frass R & Schneider B. Abdominal Wall Hernias. *American Journal of Roentgenology*, 2001;177(5), 1061-1066.
17. Negro P, D'Amore L, Saputelli A, Talarico C, Scaccia M, Tuscano D, Gossetti F, Carboni M. Colonic lesions in pancreatitis. *Ann Ital Chir* 1995;66(2):223-31