

Asitin nadir bir komplikasyonu: umblikal hernide spontan fistül gelişimi

A rare complication of ascites: umbilical hernia complicated by spontaneous fistula

Serkan BORAZAN, Adil COŞKUN, M. Hadi YAŞA

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Aydın

Sirotik hastalarda dekompansemanın önemli bir göstergesi olan asit, mortaliteyi arttıran en önemli faktörlerden birisidir. Asitli hastalarda sıklıkla umblikal herni gelişmektedir. Umblikal herni gelişmiş sirotik hastalarda mortal seyredilebilen komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu nedenle umblikal herni gelişmiş asitli hastalar yakın takibe alınmalı, özellikle spontan fistül ve rüptür gibi mortal seyredilebilen komplikasyonların gelişebileceği düşünülerek uygun zamanda umblikal hernileri tedavi edilmelidir. Bu makalede spontan fistül gelişmiş asitli sirotik bir vaka sunularak bu konudaki literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Siroz, asit, umblikal herni, fistül

Ascites is one important factor that increases mortality and predicts decompensation in patients with cirrhosis. Umbilical hernia often develops in ascitic patients. Mortal complications may be seen in cirrhotic patients with umbilical hernia. Therefore, ascitic patients with umbilical hernia should be followed closely; umbilical hernias should be treated due to mortal complications such as spontaneous rupture or fistula. In this article, a case of a cirrhotic patient with ascites is reported and a review of the literature on this topic is presented.

Key words: Cirrhosis, ascites, umbilical hernia, fistula

GİRİŞ

Sirotik hastalarda dekompansemanın önemli bir göstergesi olan asit gelişimi, mortaliteyi arttıran en önemli komplikasyonlardan birisidir. Asitin neden olduğu komplikasyonlardan birisi de umblikal hernidir (1). Burada asit sonucu umblikal herni gelişmiş bir hastada oluşan spontan cilt fistülü vakası sunularak, asitli hastalarda nadir görülen bu komplikasyona dikkat çekilmesi amaçlanmış ve umblikal herninin profilaktik onarımının gerekliliği tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Dekompanse siroz tanılı 55 yaşında erkek hasta, son bir haftada göbeğindeki şişliğin artması ve buradan kendiliğinden sıvı gelmesi şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde, hastanın 5 yıl önce alkole bağlı karaciğer sirozu tanısı aldığı öğrenildi. Düzenli olarak takiplere gitmeyen hastanın bunun dışında herhangi bir sistemik hastalığı yoktu. Karın bölgesinden herhangi bir operasyon veya müdahale de geçirmemişti.

Fizik muayenesinde, kaşektik görünümde olan hasta-

nın konjunktivaları soluk ve skleraları ikterikti. Karnında massif asitle birlikte yaygın kollateraller ve 6 cm çapında umblikal herni vardı. Hastanın dalağı midklavikular hasta (MKH) kostayı yaklaşık 6 cm geçmekteydi. Karaciğeri ise MKH'da kostayı yaklaşık 2 cm geçiyordu. Laboratuvar bulguları; hemoglobin 9,1 g/dl, hematokrit %26, lökosit sayısı 11.600/mm³, trombosit sayısı 67.000/mm³, aspartat aminotransferaz (AST) 86 IU/ml, alanin aminotransferaz (ALT) 38 IU/ml, total bilirubin 4,6 mg/dl, direkt bilirubin 3,4 mg/dl, albumin 2,3 g/dl, protrombin zamanı 24 saniye idi. HBsAg ve anti-HCV negatif saptandı.

Hasta son 6 ayda, aşırı karın şişliği nedeniyle sık sık acil servislere başvurduğunu, acil servislerde her 15 günde bir, parasentezle asit boşaltıldığını ifade etmekteydi. Hasta 2 günden beri göbeğindeki şişlikten, özellikle ıkındığı ve öksürdüğü zamanlarda fışkırır tarzda sıvı aktığını ve bu nedenle kıyafetlerinin ıslandığını belirtti. Muayene sırasında umblikal hernisinin ıslak olduğu, sızıntı şeklinde sıvı aktığı görüldü. Hasta öksürtüldüğünde ise umblikal herninin alt bölgesinden fışkırır tarzda sıvı aktığı gözlemlendi (Resim 1).

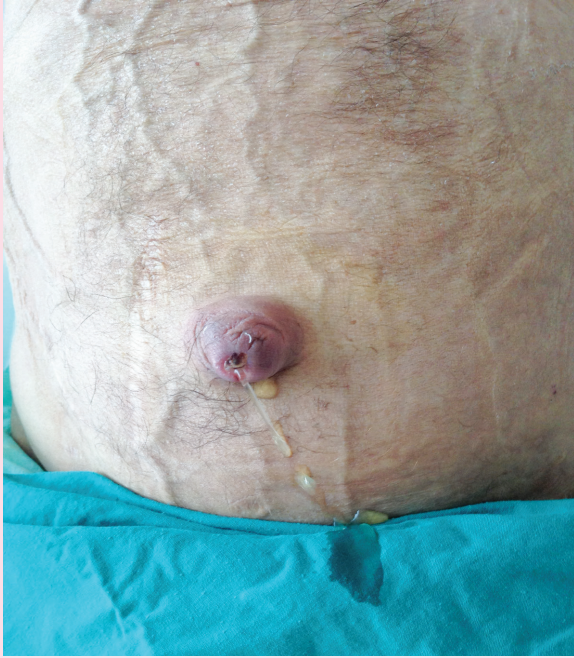
İletişim: Serkan BORAZAN

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Gastroenteroloji Endoskopi Ünitesi, AYDIN Telefon: +90 256 444 1256/3115

Faks: +90 256 214 40 86 • E-mail: borazan.serkan.1980@hotmail.com

Geliş Tarihi: 21.11.2014 • **Kabul Tarihi:** 25.03.2015



Resim 1. Umblikal hernide spontan fistül gelişimi.

Hastada asite bağlı olarak oluşan umblikal hernide spontan cilt fistülü tanısı konuldu. Albümin düşüklüğü de olan hastaya 200 ml %20'lik tuzsuz human albümin verilerek, ardından parenterale 5 litre asit boşaltıldı. Cilt fistülündeki akıntısı azalan hastaya ikili diüretik (Oral olarak; furosemid 40 mg/gün, spiranolakton 200 mg/gün) tedavisi başlandı ve aldığı günlük tuz miktarı kısıtlandı. Enfeksiyon riskine karşı da tedavisine siprofloksasin 750 mg 2x1 (oral) eklendi. Asiti yaklaşık 1 haftada tamamen düzelen hasta Genel Cerrahi ile konsülte edildi. Genel cerrahinin önerisi ile umblikal hernideki fistül ağzı sütür atılarak kapatıldı.

TARTIŞMA

Sirozlu hastalarda asite bağlı olarak umblikal herni gelişimi yaklaşık %30-40 oranında görülmektedir (1). Gelişen umblikal herni, yaşam boyu değişmeden kalabileceği gibi, spontan rüptür veya fistül gibi komplikasyonlara da neden olabilir. Umblikal herni tedavisinde öncelikle temel neden olan asitin medikal tedavi ile kontrol altına alınması gerekmektedir birlikte, bu her zaman mümkün olamamaktadır. Sık yapılan parasentezler de bazen peritonit, volüm açıklığı gibi çeşitli komplikasyonlara yol açabilir. Hatta umblikal hernili sirotik hastalarda yüksek volümlü parasentezlerin nadiren herni kesesinde boşalma gibi ciddi ve acil cerrahi tedavi gerektiren komplikasyonlara da neden olabileceği gösterilmiştir. Öte yandan, literatürde

asite bağlı olarak oluşan umblikal hernilerde, spontan olarak ciddi komplikasyonların da gelişebileceği bildirilmiştir (2). Buffano ve ark. asite bağlı olarak gelişen bir umblikal hernili hastada spontan rüptür vakasını yayınlayarak durumun ciddiyetini vurgulamışlardır (3). Bizim vakamızda da sirozlu bir hastadaki umblikal herni spontan olarak fistüleleşmiştir.

Umblikal herni vakalarında rüptür ya da fistül komplikasyonu görülebildiğinden bu hastalarda elektif cerrahi tedavi önerilmektedir. Ancak sirozlu hastalarda umblikal herninin profilaktik cerrahi tedavisi günümüzde hala tartışma konusudur. Çünkü elektif cerrahi tedavi sonrası da komplikasyon ve nüks görülebilmektedir. Ama bu komplikasyonlar acil cerrahi tedavi gerektiren vakalara göre elektif cerrahi tedavide son derece düşüktür. Nitekim sirozlu hastalarda umblikal herni için yapılan acil cerrahi girişimin, %30 oranında mortalite riski taşıdığı gösterilmiştir (4). Umblikal herni gelişmiş asitli hastalarda, elektif cerrahi onarım sonrası mortalite %5 bulunurken, acil müdahale gereken durumlarda cerrahi sonrası mortalite yaklaşık 2 kat (%9) daha fazla saptanmıştır (5). Başka bir çalışmada ise 50 umblikal hernili sirotik hastada profilaktik cerrahi onarım sonrası mortalite saptanmamış ve bu hastalarda elektif cerrahinin önemi vurgulanmıştır. Bu çalışmada sadece 1 (%2) vakada nüks ve 15 (%30) vakada ise minör komplikasyon gözlenmiştir (6). Seçilmiş hasta grubunda "subley mash" tipi herni onarımının en iyi cerrahi tedavi yöntemi olduğunu bildirmişlerdir (7).

Bizim hastamızda massif asit vardı ve umblikal herni sonrası spontan fistül gelişmişti. Hastamızda asit tedavisi sonrası, genel cerrahinin önerisi ile fistül ağzı primer sütür atılarak kapatıldı. Daha sonra elektif şartlarda umblikal hernisi opere edilmek üzere hastamız genel cerrahi kliniği operasyon listesine alındı.

Siroz nedeniyle asit gelişen hastalarda umblikal herni sık görülmektedir. Tedavide öncelikle asitin tedavi edilmesi gerekmektedir. Ancak bazen verilen tedavilerin yetersizliği, hastaların tedaviye uyumsuzluğu ve kontrollere düzenli olarak gelmemesi gibi nedenlerle asit artmakta ve umblikal herninin çapı da büyümektedir. Sonuçta hayatı tehdit eden birçok sorunla karşılaşma olasılığı olan sirozlu hastada, fistül gelişerek ciddi ek bir tıbbi sorun daha oluşabilmektedir. Bu nedenle umblikal herni gelişmiş asitli hastalar yakın takibe alınmalı, özellikle spontan fistül ve rüptür gelişebileceği düşünülerek uygun zamanda umblikal hernileri elektif şartlarda tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Silva FD, Andraus W, Pinheiro RS, et al. Abdominal and inguinal hernia in cirrhotic patients: what's the best approach? *Arq Bras Cir Dig* 2012;25:52-5.
2. Triantos CK, Kehagias I, Nikolopoulou V, Burroughs AK. Incarcerated umbilical hernia after large volume paracentesis for refractory ascites. *J Gastrointestin Liver Dis* 2010;19:245.
3. Buffone A, Costanzo M, Basile G, et al. Spontaneous rupture of an umbilical hernia in a cirrhotic patient with ascites A case report and review of the literature. *Ann Ital Chir* 2012;29:2012.
4. Ammar SA. Management of complicated umbilical hernias in cirrhotic patients using permanent mesh: randomized clinical trial. *Hernia* 2010;14:35-8.
5. Saleh F, Okrainec A, Cleary SP, Jackson TD. Management of umbilical hernias in patients with ascites: development of a nomogram to predict mortality. *Am J Surg* 2015;209:302-7.
6. Lasheen A, Naser HM, Abohassan A. Umbilical hernia in cirrhotic patients: outcome of elective repair. *J Egypt Soc Parasitol* 2013;43:609-16.
7. Hassan AM, Salama AF, Hamdy H, et al. Outcome of sublay mesh repair in non-complicated umbilical hernia with liver cirrhosis and ascites. *Int J Surg* 2014;12:181-5.