

## Jinekolojik Acillere Yaklaşım

### Management of Gynecologic Emergencies

Kazım Gezginç, Elif Utku Dalkılıç

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

#### Özet

Günümüzde artan bilgi birikimi, gelişen görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar teknikleri ile birlikte acil servise başvuran jinekolojik hastalar değerlendirilip, gerekli genel önlemler alınarak morbidite ve mortalite en aza indirilmeye çalışılmaktadır. Bu olaylar zinciri sıklıkla bir anda geliştiği için gerekli tedbirler önceden alınmalı, uygulamalar sıralı ve telaşsız olmalıdır. Burada jinekolojik aciller için klinik pratiğe yönelik yaklaşımlar gözden geçirilecektir.

(JAEM 2011; 10: 171-3)

**Anahtar kelimeler:** Jinekolojik aciller, yaklaşım, tanı ve tedavi

**Alındığı Tarih:** 06.11.2010

**Kabul Tarihi:** 21.01.2011

#### Abstract

Today, increasing knowledge and experience, together with developing imaging methods and laboratory techniques to evaluate patients with gynecological emergency has facilitated taking necessary general measures to minimize morbidity and mortality. Because this chain of events often develops suddenly, these measures should be taken in advance; applications must be ordered and unhurried. Here, approaches to gynecological emergencies in clinical practice will be reviewed. (JAEM 2011; 10: 171-3)

**Key words:** Gynecologic emergencies, management, diagnosis and treatment

**Received:** 06.11.2010

**Accepted:** 21.01.2011

Bu derlemede acil servise başvuran jinekolojik hastalıklardan bahsedilecektir. Konu başlıkları şu şekilde sıralanmıştır;

- Ektopik Gebelik
- Pelvik İnflamatuvar Hastalık
- Tuboovaryan Abse
- Adneksiyel Torsiyon
- Uterus Perforasyonu
- Ovulasyon Ağrısı (Mittelschmerz)
- Dismenore
- Toksik Şok Sendromu
- Disfonksiyonel uterin kanama

#### Ektopik Gebelik

Uterus kavitesi dışına implante olmuş gebelik ektopik (dış) gebelik olarak adlandırılır ve tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %1'inde görülür. Ektopik gebelik genellikle fallop tüplerine yerleşir (%95-99) ve fallop tüpünün de en sık ampuller bölgesine lokalize olur. Diğer lokalizasyondaki yerleşimler (ovaryan, servikal, abdominal, vb.) ise nadir olarak görülür. Ektopik gebeliğin klinik önemi; uterus dışı bir yerde gelişen gebelik odağı için bu lokalizasyonun yeterli olmaması ve sonuçta hayatı tehdit edici kanamaya neden olmasıdır. Özellikle  $\beta$ -hCG kullanımı ve transvaginal ultrasonografi ile ektopik gebelik tanısı kolay ve gecikmeden konulabilmektedir (1). Ektopik gebelikte hızlı ve doğru tanı ile acil müdahale yapılmalı ve fertilitte korunmaya çalışılmalıdır. Ektopik gebelik için risk faktörleri arasında geçirilmiş pelvik enfeksiyon, geçirilmiş ektopik gebelik, geçirilmiş tubal cerrahi ve intrauterin araç takılması sayılabilir.

Adet gecikmesi ile beraber düzensiz kanaması olan  $\beta$ -hCG pozitif ancak ultrasonografi ile intrauterin kese görülemeyen reproduktif çağıdaki her kadında akla gelmelidir (2). Abdominal hassasiyet, kasık ağrısı, adneksiyel kitle, uterus büyümesi, rüptür ve kanamanın boyutuna bağlı periton irritasyon bulguları, taşikardi, taşipne ve ortostatik değişiklikler olabilir. Ektopik gebelik olgularında  $\beta$ -hCG mutlaka pozitifdir. Normal bir gebelikte kanda bakılan  $\beta$ -hCG 36-48 saatte bir, ikiye katlanır ektopik gebelikte ise bu düzenli artış izlenmez. Bunun dışında serum progesteronu, kreatin kinaz, relaxin, prorenin gibi değerlere de bakılabilir. Ektopik gebelik tanısında altın standart ise laparoskopide ektopik gebelik odağının görülmesidir.

Ayırıcı tanıda akut apandisit, adneksiyel torsiyon, abortus, korpus luteum kisti, pelvik inflamatuvar hastalık, gastroenterit, idrar yolu enfeksiyonu mutlaka akla gelmelidir.

Ektopik gebelik tedavisinde amaç mevcut patolojiyi düzeltirken, hastanın fertilitte istemi varsa fertilitatesinin zarar görmemesini sağlamaktır. Tedavi ektopik gebelik odağının rüptüre olup olmamasına, sağlam olan tubanın durumuna göre ve hastanın fertilizasyon arzusuna göre cerrahi veya medikal olarak planlanır.

Medikal tedavide metotreksat kullanılır. Genellikle rüptüre olmamış, gebelik kesesi 4 cm'den küçük ve fetal kalp hareketi olmayan ektopik gebelik olgularında medikal tedavi uygulanabilir. Tedavi dozu ise metotreksat için 50 mg/m<sup>2</sup> veya 1 mg/kg şeklindedir. Metotreksat tedavisinin en sık karşılaşılan yan etkisi mukozittir. Bunun için hastaya folinik asit verilir. Daha az sıklıkla karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozulma, pansitopeni gibi yan etkiler de olabilir.

Cerrahi tedavide laparoskopi ve laparotomi uygulanabilir. Laparoskopi ile lineer salpingostomi, parsiyel salpenjektomi, tubal sağma (milking) yapılabilir. Ektopik gebelikte laparotomi şiddetli kanama, laparoskopi esnasında adnekslerin yeterince görüntülenememesi veya ektopik gebeliğin abdominal, intersisyal veya kornual ovaryen lokalizasyonda olması nedeni ile tercih edilir (3).

### Pelvik İnflamatuvar Hastalık

Pelvik inflamatuvar hastalık (PIH); vulva, vajen ve endoservikste mikroorganizmaların gebelik ve cerrahi girişim ile ilgili olmadan endometriyum, tuba uterina, over ve komşu yapılara assendan olarak ilerlemesi ile gelişen akut bir sendromdur (4). Bu hastalık hayati tehlike yaratan ağır klinik tablolara ilerleyebilmesi ve infertilite nedeni olabilmesi nedeni ile erken tanı konulması ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. PIH'nin bir bölümünün asemptomatik olması ve klinik semptomlarının pek çok hastalıkla karışabilmesi nedeniyle gerçek insidansının bilinmesi oldukça zordur. Risk faktörleri arasında 25 yaş altında olma, alt genital yol enfeksiyonları, multiple cinsel partner, üst genital organlara müdahaleler (dilatasyon ve küretaj, rahim içi araç uygulaması, histerosalpingografi, menstruasyon, vaginal duş) sayılabilir (3). Pelvik enfeksiyon geçiren hastalarda tekrar pelvik enfeksiyon, tubal infertilite, dış gebelik ihtimali artar. Kronik pelvik ağrı ve menstruasyon bozuklukları görülebilir.

Pelvik enfeksiyonlar genellikle mikst enfeksiyonlardır. Neisseria gonorrhoeae, chlamydia trachomatis, anaerob mikroorganizmalar (Bacteroides, Peptostreptococcus spp.), fakültatif anaerob mikroorganizmalar (Gardnerella vaginalis, Streptokoklar, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum) etyolojide suçlanan patojenlerdir.

PIH olgularında belirti ve semptomlar hastalığın seyrine ve tutulan organlara göre değişkenlik gösterir. Asemptomatik olguların yanı sıra semptomları hafif olan olgular da mevcuttur. Ağrı hastaların en sık yakınmasıdır genellikle bilateral alt kadranda hassasiyet vardır. Ateş tanı için şart olmasa da %35-40'ında görülebilir. Vaginal akıntı; servisit, endometrit veya ek olarak vaginit olduğunda ortaya çıkar ve mukopürülandır. Geç dönemde peritonitise bağlı irritasyon sonucu bulantı ve kusma görülebilir. Bimanuel muayenede servikal ve uterin hassasiyet, laboratuvar bulgularında lökositöz, sola kayma, artmış sedimentasyon hızı ve CRP saptanabilir. Klamidy ve gonokok enfeksiyonları için kültür alınmalıdır. Ultrasonografide tuba ve overleri hatta bazen uterusu içine alan multiloküler kistik genişlemeler görülebile de pelvik enfeksiyonların tanısında her zaman yeterli olmayabilir bu durumda bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans tercih edilebilir. PIH tanısının doğrulanmasında laparoskopi altın standarttır (5).

Ayırıcı tanıda akut apandisit, ektopik gebelik, rüptüre korpus luteum kisti, divertikülit, enfekte septik abortus, adneksiyel kitle torsiyonu, leiomyom dejenerasyonu, endometriozis, akut üriner sistem enfeksiyonları, enterit ve ülseratif kolit ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Pelvik inflamatuvar hastalık tedavisinde uygun olan uzun dönem sekelleri önlemektir. Antibiyotik tedavisi kombine antibiyotik tedavisi şeklinde olmalıdır (6). Amerikan hastalık kontrol ve önleme merkezi (CDC) ayakta tedavide 14 gün günde 2 kez 400 mg oral ofloksasin ve günde 2 kez 500 mg metranidazol önermektedir. 250 mg tek doz i.m seftriakson veya 2 gr i.m sefoksitin ile 1 gr probenesid ya da başka bir parenteral 3. kuşak sefalosporin ile 14 gün günde iki kez 100 mg oral doksisisiklin ise önerilen diğer tedavi alternatifleridir. 72 saat içerisinde tedaviye yanıt alınamayan vakalar, gebeler, HIV enfeksiyonu olanlar, pelvik absesi olan vakalar hastaneye yatırılmalı ve parenteral tedavi verilmelidir (7). CDC parenteral tedavide 6 saatte bir sefoksitin i.v veya 12 saatte bir sefotetan ile 12 saatte bir 100 mg iv/oral doksisisiklin ve sonra 14 gün günde 2 kez 100 mg oral doksisisiklin önermektedir

veya 8 saatte bir 900 mg iv klindamisin ile 2mg/kg iv/im gentamisin yükleme dozu ve 14 gün günde 2 kez 100 mg oral doksisisiklin veya toplam 14 gün günde 4 kez 450 mg oral klindamisin önermektedir (3). Rahim içi araç bulunan hastalarda RIA antibiyotik tedavisine başlandıktan 48 saat sonra çıkarılmalıdır (2).

### Tubeovaryan Abse

Akut salpenjit sekeli olan tubeovaryan abseler genellikle bilateraldir. Klinik olarak karşımıza pelvik ağrının değişik şiddetleri ile karşımıza çıkabilir. Hastalarda ateş, taşikardi, bulantı-kusma, alt kadranda rebound ve hassasiyet ve hatta ileus olarak çıkabilir. Rüptüre olmuş tubeovaryan abseler septik şoka neden olabilirler. Laboratuvar bulgusu olarak sedimantasyon hızı ve CRP artmış olabilir. Ultrasonografi ayırıcı tanıda kullanılabilir (3).

Ayırıcı tanıda over kisti veya tümör torsiyonu, bozulmamış ektopik gebelik, periappendiküler abse, uterin myom, hidrosalpenks, perfore apandisit akla gelmelidir.

Tedavide asemptomatik ise pelvik enfeksiyon tedavisi yapılır, semptomatik tubeovaryan abselerde ise hasta yakın takibe alınmalıdır ve 3'lü antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Eğer kitlede değişiklik olmazsa, büyüme olursa veya rüptür olursa laparoskopi veya laparotomi ile drenaj veya absenin ortadan kaldırılması gerekebilir. Fertilitate istemi olmayan ileri yaşta kadınlar total abdominal histerektomi-bilateral salpingooferektomi (TAH-BSO) standart tedavi seçeneğidir.

### Adneksiyel Torsiyon

Adneksiyel torsiyon; overin ve/veya tubanın kendi etrafında dönmesi sonucu ortaya çıkan klinik durumdur. Torsiyon %2.7 prevalansıyla sık rastlanan bir jinekolojik acildir (8). Over ve/veya tubanın nekrozuna, peritonite ve şoka kadar gidebilen bir klinik tabloya neden olabilir (9). Torsiyonda ani başlayan, keskin veya kolik tarzında, aralıklı, giderek artış gösteren ağrı, bulantı-kusma gibi nonspesifik belirtiler olabilir.

Torsiyon tanısında batin muayenesi, ultrasonografi ve bakılan doppler ultrasonografide kanlanma olmaması ile tanı konulabilir. Akımın olması ise torsiyon olmadığı anlamına gelmez.

Tedavide cerrahi olarak kistin ekstirpasyonu şeklinde yapılır ancak over kanlanması bozulmuş, doku ileri derecede ödemli ve nekroze ise ooferektomi hatta ileri yaş ve çocuk istemi yoksa TAH-BSO uygulanabilir.

### Uterus Perforasyonu

Uterus perforasyonu genellikle iatrojeniktir ve sıklıkla cerrahi işlemler sırasında (küretaj, histerometri kullanımı, kriminal abortus küretajı, histeroskopi) meydana gelir. Hastaya antibiyotik tedavisi başlanır ve uterotonikler verilir. Eğer perfore olan kısım büyük ise cerrahi müdahale gerekebilir. Bu durumda laparotomi veya laparoskopi ile müdahale edilebilir.

### Ovulasyon Ağrısı (Mittelschmerz)

Siklusun tam ortasında görülen ağrıdır. Aşırı büyümüş graff follikülü ve ovülasyon sonrası meydana gelen periton irritasyonu sonrası oluşur. Ovülasyonla ağrı geçer. Ağrı çok şiddetli ise nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar kullanılabilir.

### Dismenore

Dismenore adetten önce veya adet sırasında şiddetli pelvik ağrı olarak tanımlanır. Dismenore etyolojisine göre primer ve sekonder

olmak üzere 2'ye ayrılır. Primer dismenore endometriyal prostoglandin sentezi sonucu gelişen herhangi bir organik patolojinin eşlik etmediği menstruel ağrıdır. Yapılan çalışmalarda bu bayanların serumlarında ve adet kanlarında PGE2 VE PGF2 düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Genelde adet kanaması ile başlar ve 48-72 saat içinde sonlanır, muayenede pelvik patoloji yoktur. Primer dismenore tedavisinde amaç prostoglandinlerin üretilmesini azaltmaktır. Prostoglandin sentezini baskılayan ilaçlar; asetil salisilik asit ve nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar (ibuprofen, naproksen, indolasetik asit) veya kombine oral kontraseptifler kullanılabilir. Primer dismenore ovülasyonlu sikluslarda görülür. Oral kontraseptif ilaçlar ovülasyonu engelleyerek, prostoglandin sentezini azaltarak ve dökülmesi gereken endometrium tabakasını azaltarak etki ederler. Nadiren cerrahi işlem gerekebilir.

Sekonder dismenore; genellikle menarştan yıllar sonra ortaya çıkarlar ve menstrüasyondan 1-2 hafta önce başlayıp birkaç gün sonrasına kadar devam eder. En sık nedeni endometriozistir. Diğer nedenleri arasında adenomyozis, enfeksiyonlar, geçirilmiş ameliyatlara bağlı adhezyonlar veya rahim içi araç kullanımı sayılabilir. Tedavide, etyolojiye yönelik tedavi uygulanır. Adhezyonlar laparoskopisi ile, endometriozis cerrahi rezeksiyon veya gonodotropin releasing hormon analogları ile tedavi edilebilir. İleri yaş ve çocuk istemi yoksa hastaya total abdominal histerektomi-bilateral salpingoofektomi (TAH-BSO) uygulanabilir ancak bu işlem son çare olarak düşünülmelidir (3).

### Toksik Şok Sendromu

Toksik Şok Sendromu; stafilokokkus aureus adı verilen bir bakterinin salgıladığı toksinler tarafından meydana getirilen, hayatı tehdit edebilecek boyutlara ulaşabilecek ciddi bir enfeksiyondur. Olguların %50'si menstruasyon ve tampon kullanımı ile ilişkilidir. Ani başlayan ateş, baş ağrısı, myalji, kusma, diyare, yaygın deri döküntüleri ve sıklıkla hipotansiyon Toksik Şok Sendromunu akla getirmelidir. Toksik Şok Sendromu'nda karakteristik döküntü güneş yanığı şeklinde başlar ve deri pul pul soyularak dökülür. Etiyolojideki nedenler mutlaka araştırılmalıdır. Tesbit edilmiş bir enfeksiyon odağı varsa kan kültürü dahil tüm kültürler alınmalıdır.

Tedavide stafilokok enfeksiyon odağının hemen tesbit edilmesi, vajinal tamponların hemen çıkarılması, absenin hemen drenajı önemlidir. Vajinal tampon çıkarılmasından sonra vajinal irrigasyon ve uygun antibiyotik (oksasilin veya naftilin gibi beta laktamza dirençli penisilinler) kullanımı, intravenöz sıvı tedavisi ve gerektiğinde steroid kullanımı tablonun düzelmesinde etkili olur.

### Disfonksiyonel Uterin Kanamalar

Disfonksiyonel uterin kanama, hormonal mekanizmalar sonucu oluşan ve uterustan kaynaklanan anormal vajinal kanama olarak tanımlanabilir. Organik bir nedeni olmayan bu kanamaların %90 kadarı anovülatuar kanamalar olup genellikle perimenapozal dönemde görülür. Diğer anovülatuar kanamalar ise menarş sonrası, obezite, polikistik over hastalığı veya karşılanmamış östrojen salınımına bağlı gelişir. Ovülatuar kanamalar ise genellikle ovülasyon kanaması, luteal faz yetmezliği, korpus luteum aktivitesinin uzamasına bağlı olarak görülebilir.

Ayrırcı tanıda polipler, adenomyozis, myomlar, endometritis, abortus, ektoptik gebelik, intrauterin ilaç kullanımı, malign tümörler akıld tutulmalıdır.

Tanı genellikle anamneze dayalı olup, organik nedenler (gebelik, malignite, polip, karaciğer hastalığı ve kan hastalıkları..vb) ekarte

edilmeli, yardımcı tanı yöntemleri özellikle endometrial örnekleme incelenmelidir. Kronik östrojen uyarısı genellikle enometrial polipler ve endometrial hiperplazi ile birlikte olduğu için tanı ve tedavi amaçlı full küretaj gereklidir.

Gebelik testi, endokrin testler (FSH, LH, E2, PRL), tiroid fonksiyon testleri, pıhtılaşma faktörleri, tam kavite küretajı, histereskopi, histerosalpingografi, ultrasonografi, karaciğer fonksiyon testleri ayrırcı tanıda istenebilecek diğer testlerdir.

Tedavide hormonal, non-hormonal medikal ve cerrahi tedavi uygulanabilir. Öncelikle akut kanama durdurulmalı ve kanamanın tekrarı engellenmelidir.

Ovulatuvar disfonksiyonel kanamaların tedavisi: Sıklıkla spontan olarak düzelirler ancak tedavi gerektiğinde siklusun 10-20. günleri arasında 0,625 mg/gün östrojen veya düşük doz östrojenli oral kontraseptifler kullanılabilir. Korpus luteum persistansı nadir görülmekle birlikte genellikle spontan düzelir. Multiparlarda genişlemiş uterus kavitesine bağlı menstruel kanamanın artışına bağlı görülebilirler. Bu hastalarda menstruel kanama boyunca naproksen sodyum 2x500 mg veya ibuprofen 2x400 dozda kullanıldığında kanama miktarı azalır. Tedaviye yanıt vermeyen kanamalarda progesteron dominant oral kontraseptiflere yer verilmelidir.

Anovulatuvar disfonksiyonel kanamaların tedavisi: Bu hastalarda östrojen fazlalığı nedeni ile tedavide progestasyonel ajanlarla proliferatif endometriumun sekretuar endometriuma dönüşümü sağlanarak kanama durdurulabilir. Akut tedavide kanamanın kısa sürede durdurulması önemlidir. Özellikle adolesanlarda öncelikle medikal tedavi tercih edilmelidir. Yüksek dozda parenteral östrojenler (2-4 saat aryla 20-25 mg premarin) veya oral konjuge östrojenler kullanılabilir. Kanama genellikle 2-3 gün içerisinde kesilir ancak daha uzun sürerse ek olarak 2 gün daha oral konjuge östrojen dozu 2 kat artırılarak verilmelidir. Yüksek doz norethindron (4 saat ara ile 5-10 mg) kullanılarak akut kanamalar 24 saat içinde kontrol altına alınabilirler. Yüksek doz oral kontraseptiflerle (günde 4 tablet) 12-24 saat içinde kanamalar kesilir. Kanama kesildikten sonra 5-7 gün kadar aynı dozda tedaviye devam edilmelidir.

### Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

### Kaynaklar

1. Charles B. Hammond, Kevin E. Bachus, William N. Spellacy. Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, Yüce Yayınları. 7. baskı 1997; ss: 187-201.
2. Preston C. Sacks. Ektoptik Gebelik. Alexander F. Burnett. Clinical Obstetric And Gynecology; Blackwell Science. 2003; ss: 322-7.
3. Gezginç K, Bülent Ş. Jinekolojik Aciller Klinikte Obstetrik Ve Jinekoloji; Çiçek N, Mungan T; Güneş Kitabevi. 2007; ss: 617-27.
4. Altınok, A. Tarık. Pelvik Enflamatuar Hastalık, Cinsel Yolla Bulasan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi, Ed. Olcay Neyzi, Nuray Yolsal. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı ISBN 975-95863-3-9. s 61.
5. Altınok T. İ.Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi. No:61 2008; 201-8.
6. Hemsell DL, Ledger WJ, Martens M, Monif GR, Osborne NG, Thomason JL. Concerns regarding the Centers for Disease Control's published guidelines for pelvic inflammatory disease. Clin Infect Dis 2001; 32: 103-7. [CrossRef]
7. Jamieson DJ, Duerr A, Macasaet MA, Peterson HB, Hillis SD. Risk factors for a complicated clinical course among women hospitalized with pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol 2000; 8: 88-93. [CrossRef]
8. Hibbart LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 456-61.
9. Uzun M, Micozkadioğlu S. A Case Report: Postmenopausal Ovarian Torsion. Turkish Medical Journal 2007; 1: 41-2.

## Olgu Sunumu: Amyand Herni

### Case Report: Amyand's Hernia

Yusuf Tanrıkulu<sup>1</sup>, Serap Erel<sup>1</sup>, Ceren Şen Tanrıkulu<sup>2</sup>, Volkan Taşova<sup>1</sup>, Evren Kenan Ortaç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

### Özet

Inguinal herni kesesi içerisinde apendiks varlığı ilk kez 1735 yılında Claudius Amyand tarafından tanımlanmış olup o tarihten bu yana onun ismine hitaben Amyand herni olarak adlandırılmaktadır. Inguinal herni kesesinde normal bir apendiks varlığı tüm eksternal hernilerin %1'ini oluşturmakta iken, inguinal herni ile birlikte apandisit varlığı ise çok nadir görülen bir durum olup tüm akut apandisitli vakaların yaklaşık %0.13'ünü oluşturmaktadır. Amyand herninin tanısı genellikle intraoperatif olarak konulmaktadır. Bu vakada sıkışmış kasık fıtığı tanısı ile ameliyat edilen ve kese içinde akut apandisit olduğu Amyand hernisi olan 35 yaşında, erkek hasta sunulmaktadır. Sonuç olarak, Amyand herni ile birlikte olan akut apandisit yaşamı tehdit edebilir ve daima acil cerrahi gerektirir. (*JAEM 2011; 10: 174-6*)

**Anahtar kelimeler:** Apandisit, Amyand herni, inguinal herni

**Alındığı Tarih:** 16.09.2009

**Kabul Tarihi:** 19.09.2009

### Abstract

Claudius Amyand first described the presence of a vermiform appendix within an inguinal hernia sac in 1735., and since then this entity has carried his name as "Amyand's hernia". The incidence of a normal appendix within an inguinal hernia sac is estimated to be approximately 1%, whereas acute appendicitis presenting in an inguinal hernia is an uncommon event (0.13% of all cases of appendicitis). Diagnosis of Amyand's hernia is usually made intraoperatively. This is the report of a case of Amyand's hernia where the appendix was found within the hernial sac during surgery for an incarcerated inguinal hernia in a 35 year old male patient. In conclusion, acute appendicitis within an Amyand hernia can be life threatening and the patients always require emergency surgery. (*JAEM 2011; 10: 174-6*)

**Key words:** Appendicitis, amyand's hernia, inguinal hernia

**Received:** 16.09.2009

**Accepted:** 19.09.2009

### Giriş

Amyand herni, apendiksin inguinal herni kesesi içinde bulunması olarak adlandırılmakta olup ilk kez Claudius Amyand tarafından 1735 tarihinde tariflenmiştir (1, 2). Inguinal herni kesesinde normal bir apendiks varlığı yaygın değildir ve tüm eksternal hernilerin %1'ini oluşturur (3). İnkarere inguinal herni ile birlikte perfore apandisit varlığı ise çok nadir görülen bir durum olup tüm akut apandisitli vakaların yaklaşık %0.13'ünü oluşturmaktadır (4).

Biz bu olgu sunumunda Amyand herni olarak adlandırılan ve nadir görülen, inkarsere inguinal herni kesesi içinde perfore apandisit olduğu olguyu literatürler eşliğinde değerlendirdik.

### Olgu Sunumu

Otuz beş yaşında erkek hasta; 2 gündür devam eden karın ağrısı, bulantı-kusma ve sağ kasıkta şişlik şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın muayenesinde batın sağ alt kadranda rebound ve hassasiyet ile sağ inguinal bölgede ağrılı, redükte edilemeyen kitle mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar değerlendirmesinde beyaz küre sayısı 16500 /mm<sup>3</sup> idi. Alt abdomen ultrasonografisinde "sağ inguinal kanala uzanımı izlenen nonkom-

prese, aperistaltik, akut apandisit ile uyumlu olabilecek barsak segmentinin görüldüğü" saptandı. Ayakta direkt batın grafisinde sağ alt kadranda birkaç adet hava-sıvı seviyesi ile multipl gaz gölgenmesi mevcuttu. Tek doz antibiyotik profilaksisinin ardından hasta operasyona alındı. Inguinal yaklaşım ile herni kesesi izole edilip açılarak batına girildi. Gözlemde apendiks ödemi ve hiperemik olup çapı 1 cm, uzunluğu 9 cm idi (Resim 1). Kese duvarına yapışmış olan apendiks serbestlenerek apendektomi yapıldı. Batın içerisinde abdominal sepsis bulgusu yoktu. Apendektominin ardından inguinal herni prolen mesh kullanılarak Lichtenstein yöntemi ile tamir edildi. Postoperatif dönemde genel durumu düzelen hasta önerilerle taburcu edildi. Hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

### Tartışma

Akut apandisit, en sık akut batın nedenidir. Akut apandisitinin semptomları tipik olup tanı koymak kolaydır. Ancak apendiksin atipik olan yerleşimlerinde tanı koymak zorlaşır. Apendiks, embriyolojik dönemde barsak rotasyonu sırasında ya da çekumun yerleşim yerine göre farklı anatomik bölgelerde bulunabilir. Bunlara ek olarak büyük çekum varlığında apendiks pelvise doğru yer değiştirebilir (5).