

گزارش یک مورد فتق مغبنی بزرگ در بیمارستان فاطمی اردبیل

دکتر ایرج فیضی^۱، سمیرا شهباززادگان^۲

^۱استادیار جراحی توراکس دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

^۲نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران. E-mail: samirashahbazzadegan2000@yahoo.com

چکیده

فتق مغبنی از بیماریهای شایع سنین میانسالی و بالاتر است. مورد گزارش شده در این مقاله موردی از فتق مغبنی بزرگ با اندازه ۳۵×۳۰×۳۰ سانتی‌متر بود که به دلیل حجم بزرگ آن، از موارد نادر می‌باشد. بیمار آقای ۶۰ ساله با توده بسیار بزرگ در ناحیه مغبنی سمت چپ با سمع صداها و روده‌ای بود و از مشکل در راه رفتن و پوشیدن لباس شکایت داشت. بیمار پس از معاینه بالینی جهت هر نیورافی کاندید جراحی شد و با بیهوشی عمومی تحت عمل جراحی هر نیورافی با تکنیک باسینی و تکنیک استفاده از مش قرار گرفت و احشای داخل ساک شامل امتوم و روده باریک با زحمت فراوان بداخل شکم برگردانده شد، پیگیری بیمار ۶ ماه بعد از عمل ادامه داشت. در بررسی متون و مقالات گزارشات مشابهی نیز در ژاپن و هندوستان یافت شد.

واژه‌های کلیدی: فتق مغبنی بزرگ، ترمیم فتق مغبنی

دریافت: ۸۸/۵/۲۷ پذیرش: ۸۸/۷/۶

مقدمه

فتق مغبنی در سنین میانسالی و بالاتر شایع است که به دو صورت مستقیم و غیر مستقیم دیده می‌شود. در فتق مغبنی مستقیم، روده از دیواره شکم، در جایی که ضعف عضلانی وجود دارد، عبور می‌کند. برخلاف فتق مغبنی غیر مستقیم یا رانی که از کانال مغبنی عبور می‌کنند، این نوع فتق بیشتر در افراد مسن‌تر دیده می‌شود. فتق مغبنی مستقیم، به تدریج در یک ناحیه که به علت نقص مادرزادی در تعدادی از فیبرهایش، ضعیف است ایجاد می‌گردد. فتق رانی از طریق حلقه رانی حادث می‌گردد و در زن‌ها نسبت به مرد‌ها شایع‌تر است [۱].

فتق مغبنی غیر مستقیم از طریق حلقه مغبنی بیرون می‌زند و طناب اسپرمی را در کانال مغبنی دنبال می‌کند. این فتق به علت وجود فضایی که پایین آمدن

بیضه‌ها را ممکن می‌سازد در مرد‌ها از زن‌ها شایع‌تر است. شیوع بالایی از فتق مغبنی غیر مستقیم در افراد جوان به چشم می‌خورد. این شیوع همچنین در بین افراد ۵۰ تا ۶۰ ساله بالا می‌باشد و در سن‌های بالاتر بتدریج کاهش می‌یابد. این فتق‌ها می‌توانند گسترش یابند و غالباً وارد کیسه بیضه‌ها شوند. فتق غیر مستقیم با نسبت تقریبی ۲ به ۱ از فتق‌های مستقیم شایع‌تر هستند فتق مغبنی در سمت راست شایع‌تر از سمت چپ می‌باشد و نسبت مرد به زن در آن ۷ به ۱ می‌باشد [۲].

ریسک فاکتورهایی که در پیش بینی احتمال بروز عوارض فتق در یک فرد بالغ موثر می‌باشند شامل سن بالا، سابقه فتق مغبنی و وجود بیماری‌های داخلی همراه هستند [۱].

مربوط به کشاله ران وسیله مفید در تشخیص محتوی فتق می‌باشند [۲،۱].

درمان

بدلیل اینکه جدی‌ترین و شایع‌ترین عارضه فتق مغبني اختناق است، لازم است که همه فتق‌ها مورد عمل جراحی قرار گیرند. روش‌های جراحی متعددی برای ترمیم فتق مغبني وجود دارد از جمله روش‌های Bassini-Shouldice, Lichtenstein, Halsted, Marcy, Stoppa که همگی هر نیوپلاستی به روش باز هستند. یکی از روش‌های نوین جراحی در ترمیم فتق مغبني، هر نیوپلاستی لاپاراسکوپیک است. مزایای این روش شامل زیبایی بیشتر پوست، کاهش درد پس از عمل و کوتاه‌تر شدن زمان بستری است. از مهمترین عوارض بعد از عمل، عود فتق می‌باشد که بر اساس تکنیک‌های مختلف جراحی میزان آن متفاوت است [۷،۳].

معرفی بیمار

بیمار آقای ۶۰ ساله بود که به گفته خود از ۴۰ سال قبل دچار هرنی دو طرفه شده بود. اندازه فتق در ابتدا اندازه یک گردو بوده ولی روز به روز بزرگتر شده تا اینکه ۳ سال قبل فتق سمت راست بیمار عمل شد. ولی فتق چپ عمل نشده و فتق این سمت بیمار روز به روز بزرگتر شده بود. با بزرگ شدن فتق سمت چپ بیمار کم‌کم قادر به راه رفتن عادی خود نیز نبوده و حتی لباس‌هایش را نیز بسختی می‌پوشیده است. وی از درد این منطقه شاکی نبوده و به همین دلیل قادر به تحمل آن بوده است. بیمار فقط از مشکل در راه رفتن و پوشیدن لباس شاکی بود و از مشکل دیگری شکایت نداشت. از ریسک فاکتورهای ایجاد کننده فتق، بیمار فقط مصرف سیگار را ($50 \times 1 = 50 \text{ packyears}$) ذکر می‌کرد.

در معاینه بیمار توده بسیار بزرگ $35 \times 30 \times 30$ سانتی‌متر در ناحیه مغبني سمت چپ مشاهده شد که صداهای روده ای در داخل توده مذکور شنیده می‌شد (عکس ۱). بیمار بعد از انجام معاینه و

علت فتق مغبني کاملاً مشخص نمی‌باشد، ولی بدون شک چند عاملی می‌باشد. سرفه کردن، بیماری انسدادی مزمن ریه، چاقی، زورزدن، بیوست، بزرگی پروستات، حاملگی، وزن تولد زیر ۱۵۰۰ گرم، سابقه خانوادگی، آسیت، اختلالات مادرزادی بافت همبند، نقایص ساخت کلاژن، استعمال سیگار و برداشتن بار سنگین از علل فرضی ایجاد فتق کشاله ران می‌باشند [۳].

بیماران دچار فتق مغبني با طیف گسترده‌ای از علائم بالینی تظاهر می‌کنند که از حالات بدون علامت تا وضعیت‌های تهدید کننده حیات که در اثر اختناق محتویات گیر افتاده فتق بوجود می‌آید، متغیر است. درد اغلب متناوب است و انتشار به بیضه شایع است. بعضی از بیماران از درد موضعی یا انتشار درد به بیضه شکایت دارند [۱]. اروج و همکاران [۴] نشان دادند که ۱۹۰ مورد فتق مغبني منجر به اختلالات ادراری گردیده که از این میان $11/2\%$ از آنها همراه با بدخیمی‌های ادراری بودند. بیماران پر خطر مردان چاقی بودند که بیش از ۵۰ سال سن داشتند. فتق اینگوینواسکروتال در افراد بالای ۵۰ سال که احتباس ادرار داشتند دیده شده است [۵]. در موارد نادر فتق مغبني با نارسایی حاد کلیه همراه است [۶].

تشخیص

اگر برآمدگی قابل رویت باشد، تشخیص با یک ارزیابی ساده امکان پذیر است. فتق‌های غیر قابل رویت نیازمند معاینه کانال مغبني با انگشت دارند [۱]. گاهی اوقات ارزیابی رادیولوژیک به منظور تشخیص صحیح، لازم می‌باشد. هر نیوگرافی یک ابزار تشخیصی مفید می‌باشد که بدلیل تهاجمی بودنش استفاده از آن محدود می‌باشد. سونوگرافی وسیله‌ای مفید است ولی بسیار وابسته به کاربر است. MRI و سی تی اسکن به دلیل توانایی در آشکار سازی اجزای

آزمایشات لازم جهت ترمیم فتق کاندید جراحی شد. تمامی علائم حیاتی و آزمایشات وی نرمال بود.



عکس ۱. فتق مغبنی چپ

شرح عمل

بیمار با بیهوشی عمومی تحت عمل جراحی هرنیورافی با تکنیک باسینی و تکنیک استفاده از مش قرار گرفت و بعد از پرب و درب با انسزیون مایل روی کانال مغبنی-کورد اکسپوز شده و ساک فتق باز شد و احشای داخل ساک شامل امتنوم و روده باریک با زحمت فراوان بداخل شکم برگردانده شد. ساک هرنی بعد از پل زدن High. Ligation گردید و ترمیم با مش انجام شد و تا ۶ ماه بعد از عمل پیگیری ادامه داشت.

بحث

فتق مغبنی یک بیماری نسبتاً شایع در بحث جراحی می‌باشد. ۷۵٪ تمامی فتق‌های شکمی در ناحیه کشاله ران می‌باشد. فتق‌های غیر مستقیم با نسبت تقریبی ۲ به ۱ از فتق‌های مستقیم شایعتر می‌باشند. فتق‌های سمت راست شایعتر از سمت چپ می‌باشند. نسبت مرد به زن در فتق‌های مغبنی ۷ به ۱ می‌باشد. شیوع فتق‌های مغبنی در مردان آشکارا وابسته به سن می-

باشد بطوری که در بالای ۷۵ سال به ۵۰٪ می‌رسد [۲].

سینک ۱ و همکاران فتق مغبنی را در یک آقای ۶۴ ساله به اندازه ۴۹×۴۹ سانتیمتر گزارش نمودند. بیمار مذکور با پنومونی به بیمارستان مراجعه نموده بود در معاینه علت اصلی پنومونی، فتق مغبنی تشخیص داده شد. داخل ساک فتق تقریباً تمام روده‌های کوچک و بزرگ جا گرفته بود و صدای روده‌ها در سمع شنیده می‌شد و مقدار زیادی مایع در ساک وجود داشت. این بیمار به مدت ۴۰ سال از این عارضه رنج می‌برد ولی از انجام جراحی خودداری می‌کرد [۸].

در گزارش دیگری یک آقای ۵۳ ساله در ژاپن به مدت ۱۰ سال از یک فتق به اندازه سر یک انسان بالغ رنج می‌برد. هیچ علائمی از انسداد روده وجود نداشت. خطری که در جراحی این فرد وجود داشت احتمال ایجاد مشکلات تنفسی بدلیل چاقی زیاد بیمار همچنین احتمال بروز ترومبوز وریدی وجود داشت. توصیه شد با رژیم غذایی وزن فرد کاهش یابد. بعد از ۷ ماه وزن او از ۱۲۳ به ۹۸ کیلوگرم کاهش یافت و سپس مورد عمل جراحی قرار گرفت [۹].

در گزارش یانگ و همکاران یک آقای ۷۶ ساله در حال عدم هوشیاری به بیمارستان منتقل شده بود در معاینه بالینی وضعیت همودینامیک طبیعی بود و یک فتق بزرگ در سمت راست مشاهده شد. نتایج آزمایشها وجود اوره به میزان ۹۴ میلی‌مول در لیتر و کراتینین سرم ۱۲۸۴ میکرومول در لیتر را نشان داد که علت عدم هوشیاری بیمار تشخیص داده شد. سی‌تی‌اسکن بیمار هیدروپورتر و نفروریزس دو طرفه را نشان داد. ۵ هفته بعد از عمل جراحی مقدار اوره و کراتینین به ترتیب به ۱۲/۷ میلی‌مول در لیتر و ۱۳۷ میکرومول در لیتر رسید [۶].

سالمیس و همکاران وجود یک کیست درموئید به اندازه ۵×۵×۸/۵ سانتی‌متر در طناب منی یک بیمار جوان را گزارش نمودند و پیشنهاد نمودند که این نوع کیست باید به عنوان یکی از تشخیصهای افتراقی در توده‌های مغبنی در نظر گرفته شود [۱۱].

بالاس و همکاران یافته‌های غیر عادی در ساک فتق مغبنی را در ۸۶۵ بیمار جراحی شده گزارش کردند که حاوی تخمدان، لوله‌های رحمی، آپاندیس‌ایی پلوئیک، آپاندیس کرمی شکل و آپاندیسیت حاد بود [۱۰].

Reference

- 1- Fitzgibbons RJ, Filipi CJ, Quinn TH. Inguinal hernia in Schwartz's principles of surgery. 8th ed. Brunicaardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, et al. 36. New York: Mc Graw-Hill Co; 2005. p1353-1394.
- 2- Mark A, Raymond J. Hernias, in Sabiston textbook of surgery. Courtney M, Townsend J, Beauchamp R, Evers B, Mattox L editors. 17th ed. New York: Elsevier Sanders; 2004. p 1200.
- 3- Robert J, Fitzgibbons J. Inguinal hernias. In: Brincardi C, Anderson D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock R, editors. Schwartz principles of surgery. 8th ed. New York: McGraw-Hill Inc; 2005. p 1354-8.
- 4- Oruç MT, Akbulut Z, Ozozan O, Coşkun F. Urological findings in inguinal hernias: a case report and review of the literature. *Hernia*. 2004 Feb; 8(1):76-9.
- 5- Pérez GV, Almodovar BR, Faubel CE, Matoses GM, Guixot LB, Peris PA. [Massive inguinal vesical hernia. Report of 3 cases] *Actas Urol Esp*. 1998 Feb; 22(2):163-6.
- 6- Yang JL, Tse V, Cameron-Strange A, Matthews AR. Massive Inguinal Herina Causing Acute Renal Failure. *ANZ J Surg*. 2003 Dec; 73(12):1063-4.
- 7- Burkitt H, Quick C, Gatt D, Deakin P. Principles of operative surgery: essential surgery. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1996. p80-3.
- 8- Singh, Jaspreet; Lodha, Ankur. Massive Inguinal Hernia. *The American Journal of the Medical Sciences*: August 2009 - Volume 338 - Issue 2 - p 147.
- 9- Takao H, Masahiko I, Tsukasa N, Masou N, Toshiya N, Akinori M. A case of massive inguinal hernia in an extremely obese patient operated after 25 kg weight reduction. *Journal of Japan Surgical Association*. 2005 vol. 66; no. 6; p1489-1492.
- 10- Ballas K, Kontoulis TH, Skouras CH, Triantafyllou A, Symeonidis N, Pavlidis TH, et al. Unusual findings in inguinal hernia surgery: Report of 6 rare cases. *Hippokratia*, 2009, 13, 3: 169-171.
- 11- Salemis NS, Karagkiouzis G, Sambaziotis D, Tsiambas E. Large dermoid cyst spermatic cord presenting as an incarcerated hernia: a rare presentation and literature review. *Hernia*, 2009 Aug 11.

A Case Report of Massive Inguinal Hernia in Fatime Hospital of Ardebil

Feizi I, MD¹; Shahbazzadegan S, MSc²

1- Assistant Professor of Thoracic Surgery, Ardabil University of Medical Science.

2- MSc Midwifery Ardabil University of Medical Science, Ardabil, Iran.

E-mail: samirashahbazzadegan2000@yahoo.com

ABSTRACT

Inguinal hernia is a common disease of middle age and older. This case is one of huge and rare inguinal hernia with the size of 30×30×35 cm. A sixty years old man was referred to hospital with a big mass in left inguinal area and problem of walking and wearing of clothes. At physical examination, a massive left-sided inguinal hernia was observed. The surgery operation was carried out with the technique of Bassini and using of mesh; the tissues of inside sac include omentum and gut returned into the abdomen manually. The patient was followed for 3-6 months. Similar cases were reported from India and Japan previously.

Key words: Massive inguinal hernia, Inguinal hernia repair