

BÖLÜM 26

TEKRARLAYAN KASIK FITIKLARI

Aytaç Emre KOCAOĞLU¹

Kasık fitiği operasyonu sonrası fitiğin tekrarlaması önemli bir problem olup;- cerrahi teknik, nüks nedeni ile yapılan üçüncül veya daha fazla olan girşimler, aile öyküsü, hastaya ait faktörler gibi nükse neden olabilecek birçok etken mevcuttur (1,2). Kasık fitiklerinde nüksün nedeni teknik ve teknik olmayan çoklu nedenlere bağlıdır; ayrıca kasık fitiklerinin farklı alt tiplerinin farklı patofizyolojiye sahip olması da mümkündür. Tüm bunlar ışığında kasık fitiği onarımı sonrası nüks oranlarını azaltmak ancak bu risk faktörleri üzerinden yapılan tasarımla mümkün olabilecektir.

Kasık fitiği operasyonu hem genç hem yetişkin hasta gurubunda en sık uygulanan genel cerrahi ameliyatlarından biridir (2,3). Kasık fitiği onarımları genel cerrahi branşının tüm ameliyatları içerisinde %11-15 arasında bir orana sahiptir (3). Bu oranın da yaklaşık %13'lük bir bölümünü nüks fitikler için yapılan onarımlar oluşturmaktadır (3,4). Yapılan onarımın başarısının değerlendirilmesinde en önemli faktör nüks olup olmamasıdır. Günümüz teknolojisinden önceki süreçte fitik onarımı sonrası nüks oranları %30-40 iken(4,5), günümüzde gerek kullanılan yama yani mesh teknolojisi gerekse uygulanan teknikteki gelişmeler nüks

¹ Uzm. Dr. , T.C. Sağlık Bakanlığı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Sonuç olarak fitik onarımında nükse yol açabilecek birçok neden mevcut olup hangi nedenin ne oranda nükse yol açtığı konusunda net bir fikir birliği bulunmamaktadır. Lakin dünya genelinde yapılmış olan çalışmalar, bu konuda yıllarca deneyim sahibi olan otorlerin görüşleri fitik onarımı sonrası nüks riskini minimize etmenin yoluna ışık tutmuştur. Nüksten kaçınmanın temel ilkeleri; fitiğin ilk onarımının deneyimli bir merkezde ve deneyimli bir cerrah tarafından yapılması, onarımın yama kullanılarak gerilimsiz şekilde yapılması, anterior yaklaşımlı onarımın nüksünün kapalı olarak posteriordan veya posterior yaklaşımın nüksünün anteriordan açık olarak onarılması, hasta kaynaklı önlenilebilir nüks nedenlerinin ortadan kaldırılması (kilo vermek, sigarayı bırakmak, v.s.) olarak sıralanabilir.

KAYNAKLAR

1. Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T, Pedersen C, Rosenberg J. Nationwide prevalence of groin hernia repair. *PloSone* 2013;8:e54367.
2. Burcharth J, Andresen K, Pommergaard HC, Bisgaard T, Rosenberg J. Recurrence patterns of direct and indirect inguinal hernias in a nationwide population in Denmark. *Surgery* 2013, Oct 25 (Epub ahead of print).
3. Burcharth J, Andresen K, Pommergaard HC, Bisgaard T, Rosenberg J. Direct inguinal hernias and anterior surgical approach are risk factors for female inguinal hernia recurrences. *Langenbecks Arch Surg* 2014;399:71-6.
4. Burcharth J, Pommergaard HC, Bisgaard T, Rosenberg J. Patient related risk factors for recurrence after inguinal hernia surgery – a systematic review and meta-analysis of observational studies. Submitted.
5. Kehlet H, Bay-Nielsen M. Local anaesthesia as a risk factor for recurrence after groin hernia repair. *Hernia* 2008;12:507-9.
6. Novik B, Nordin P, Skullman S, Dalenbäck J, Enochsson L. More recurrences after hernia mesh fixation with short-term absorbable sutures: A registry study of 82 015 Lichtenstein repairs. *Arch Surg* 2011;146:12-7.
7. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons R, Dunlop D, Gibbs J, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med* 2004;350:1819-27.
8. Kald A, Nilsson E, Anderberg B, Bragmark M, Engström P, Gunnarsson U, et al. Reoperation as surrogate endpoint in hernia surgery. A three year follow-up of 1565 herniorrhaphies. *Eur J Surg* 1998;164:45-50.
9. Jansen PL, Klinge U, Jansen M, Junge K. Risk factors for early recurrence after inguinal hernia repair. *BMC Surg* 2009;9:18.
10. Nilsson E, Haapaniemi S, Gruber G, Sandblom G. Methods of repair and risk for reoperation in Swedish hernia surgery from 1992 to 1996. *Br J Surg* 1998;85:1686-1691.
11. Feliu Palà X, Fernández Sallent E. Tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal recidivada [Laparoscopic repair of recurrent inguinal hernia]. In Porrero JL (ed): *Cirugía de la pared abdominal [Abdominal wall surgery]*. Barcelona: Masson Ed., 1997, pp. 180-187.
12. Felix EL, Michas CA, McKnight RL. Laparoscopic repair of recurrent hernias. *Surg Endosc* 1995;9:135-138.
13. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK (1993) The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia. *Surg Clin North Am* 73(3):529-544
14. Pietri P, Gabrielli F (1986) Recurrent inguinal hernia. *Int Surg* 71:164-169
15. Stoppa R, Warlaumont C (1998) Pathogenesi delle ernie de l'aîne. *Min Chir* 44:737-744
16. Wantz GE (1991) Unilateral giant prosthetic reinforcement of the visceral sac. In: II Convegno Internazionale: attualità e prospettive nella chirurgia delle ernie e della paraceli, Padova, pp 23-25
17. Bryan N, Battersby C, Smart N, Hunt J. A review of biocompatibility in hernia repair; considerations in vitro and in vivo for selecting the most appropriate repair material. *Hernia* 2015;19:169-178.
18. Zhong C, Wu B, Yang Z, Deng X, Kang J, Guo B, Fan Y. A meta-analysis comparing lightweight meshes with heavyweight meshes in Lichtenstein inguinal hernia repair. *Surg Innov* 2013;20:24-31