

BÖLÜM 28

ACİL İNSİZYONEL HERNİ TEDAVİSİ

Noyan İLHAN¹
Aytaç Emre KOCAOĞLU²

Ameliyat yeri fitıkları; herhangi bir nedenden dolayı batın duvarında yapılan insizyon yerinden batın içi organların batın dışına çıkması olarak tarif edilmektedir. Giçirilen her elektif laparotomi, ameliyat yeri fitığı riskini arttırmaktadır. Dünya genelinde yapılan çalışmalar elektif şartlarda yapılan girşimler sonrasında ameliyat yeri fitığı gelişme riskini %10 ile %20 olarak saptamıştır(1,2). İkincil kesiye takiben bu oran altı yıllık izlem sonrasında %54 gibi yüksek bir oranda rapor edilmiştir(3). Acil şartlarda yapılan laparotomi, postoperatif erken dönemde morbidite ve mortalitesi yüksek bir prosedür olarak kabul edilmektedir (4,5). Bu hastaların uzun dönem takiplerinde de ameliyat yeri fitığı gelişme riski oldukça yüksektir (6). Laparotomi sonrası, fitık gelişimi engelleyen en önemli yapılan fasyanın bütünlüğünün bozulması, bozulan bütünlüğün sentetik materyaller ile kapatılması ve kapatılan hattın granülasyon dolusu ile iyileşmiş olması gibi faktörler ameliyat yeri fitığı gelişiminin temelini oluşturmaktadır. Tüm bunlar haricinde diğer fitık patogenezinde etkili olan faktörler ameliyat yeri fitıkları içinde geçerlidir. İleri yaş,erkek cinsiyet, obezite, ek hastalık varlığı (KOA,KAH,DM,kollejen

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

² T.C. Sağlık Bakanlığı Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

te hastanın elektif olarak riski minimize edilerek fıtık onarımının ikinci seansa bırakılmasının daha doğru bir yaklaşım olacağı görüşü hakimdir(13,14). Buna karşı; kontamine veya temiz kontamine hatta kalın barsak girişimleri sonrası dahi emilemeyen prostetik yamaların kullanılarak fıtık onarımının yapılmasını öneren görüşlerde mevcuttur(15,16). Kontamine alanlarda yama kullanımı yüksek yara yeri enfeksiyonu oranları ile ilişkilidir; ancak yamanın çıkarılması ihtiyacı düşük oranda kalmıştır. Prolen yamanın enfeskyona karşı dirençli olduğuna dair kanıt Lichenstein fıtık onarımı ile ilgili yapılmış olan çalışmalarda gösterilmiştir (17).

Dünya genelinde yapılmış olan tüm çalışmalar göstermiştir ki; acil şartlarda başta insizyonel fıtıklar olmak üzere tüm karın duvarı fıtıkları bugün olduğu gibi yıllar sonrada çözümü standartize edilememiş problemler olarak karşımıza çıkacaktır. Öncelikli olarak yapılması gereken insizyonel fıtık insidansını minimize etmektir. Bu amaçla kontrol edilebilir yani teknik risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve kontrol edilemeyen yani hasta kaynaklı risk faktörlerinin ise revize edilebilmesi çok önem arz etmektedir. Tüm bu önlemlere rağmen oluşan insizyonel fıtıklar için su götürmez temel gerçek saptandığı anda elektif şartlarda onarımının planlanmasıdır. Ancak acil teriminden de anlaşıldığı üzere insizyonel veya diğer karın duvarı fıtıklarında aciliyetin ne zaman ne şekilde oluşacağını kestirebilmek mümkün değildir. Aciliyet durumunda fıtık onarımına dair karar hastanın preoperatif ve peroperatif durumuna göre verilmelidir. Lakin onarımın yapılıp yapılmaması, yama konulup konulmaması konusunda fikir birliği söz konusu değildir.

KAYNAKLAR

1. Fink C, Baumann P, Wente MN et al (2013) Incisional hernia rate 3 years after midline laparotomy. *Br J Surg* 101:51–54. <https://doi.org/10.1002/bjs.9364>
2. Israelsson LA, Jonsson T (1996) Incisional hernia after midline laparotomy: a prospective study. *Eur J Surg* 162:125–129
3. Moussavian MR, Schuld J, Dauer D et al (2010) Long term follow up for incisional hernia after severe secondary peritonitis incidence and risk factors. *Am J Surg* 200:229–234. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.08.043>
4. Vester-Andersen M, Lundstrom LH, Moller MH et al (2014) Mortality and postoperative care pathways after emergency Hernia 1 3 gastrointestinal surgery in 2904 patients: a population-based cohort study. *Br J Anaesth* 112:860–870. <https://doi.org/10.1093/bja/aet487>
5. Tolstrup M-B, Watt SK, Gögenur I (2016) Morbidity and mortality rates after emergency abdominal surgery: an analysis of 4346 patients scheduled for emergency laparotomy or laparoscopy. *Langenbecks Arch Surg* 402:1–9. <https://doi.org/10.1007/s0042>
6. Jeppesen M, Tolstrup M-B, Gögenur I (2016) Chronic pain, quality of life, and functional impairment after surgery due to small bowel obstruction. *World J Surg* 40:2091–2097. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3616-9> (6)
7. Israelsson LA, Millbourn D (2013) Prevention of incisional hernias: how to close a midline incision. (*Surg Clin N Am* 93:1027– 1040. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2013.06.009>
8. Muysoms FE, Antoniou SA, Bury K et al (2015) European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. *Hernia* 19:1–24. <https://doi.org/10.1007/s10029-014-1342-5>
9. Smith M, Soper NJ. Small intestine. In: Doherty GM, Meko JB, Olson JA, eds. *The Washington Manual of Surgery*. 2nd ed. Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1999:216-227.
10. Kulah B, Kulacoglu IH, Oruc MT, Duzgun AP, Moran M, Ozmen MM, et al. Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. *Am J Surg* 2001;181:101-4.

11. Oishi SN, Page CP, Schwesinger WH. Complicated presentations of groin hernias. *Am J Surg* 1991;162:568-71.
12. Kurt N, Oncel M, Ozkan Z, Bingul S. Risk and outcome of bowel resection in patients with incarcerated groin hernias: retrospective study. *World J Surg* 2003;27:741-3
13. Korenkov M, Sauerland S, Arndt M, Bograd L, Neugebauer EA, Troidl H: Randomized clinical trial of suture repair, polypropylene mesh or autodermal hernioplasty for incisional hernia. *Br J Surg* 2002, 89:50-56.
14. Temudom T, Siadati M, Sarr MG: Repair of complex giant or recurrent ventral hernias by using tension-free intraparietal prosthetic mesh (Stoppa technique): lessons learned from our initial experience (fifty patients). *Surgery* 1996, 120:738-743, discussion 743-734.
15. Birolini C, Utiyama EM, Rodrigues AJ Jr, Birolini D: Elective colonic operation and prosthetic repair of incisional hernia: does contamination contraindicate abdominal wall prosthesis use? *J Am Coll Surg* 2000, 191:366-372.
16. Campanelli G, Nicolosi FM, Pettinari D, Avesani EC: Prosthetic repair, intestinal resection, and potentially contaminated areas: safe and feasible? *Hernia* 2004, 8:190-192
17. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL: The safety of mesh repair for primary inguinal hernias: results of 3,019 operations from five diverse surgical sources. *Am Surg* 1992, 58:255-257