

16.

BÖLÜM

ERİŞKİN HASTADA HERNİ YAKLAŞIMI

Şebnem KILIÇ¹

Fıtık; herhangi bir organ yada organ parçası veya dokunun, komşuluğunda bulunan boşluğa protrüzyonu şeklinde tanımlanmaktadır. Fıtık oluşumu vücudun birçok bölgesinde karşımıza çıkabilir. Sıklıkla mevcut fıtık dokusunun içerisinde bulunan fıtıklaşmış yapı veya oluştuğu alana göre isimlendirme yapılır. Fıtıklar internal veya eksternal yapıda görülebilmektedir. İnternal fıtık olgularında yapılan fizik bakıda dışarıdan şişkinlik oluşturan herhangi bir lezyon görülmez. Özellikle mide fıtıkları, internal fıtıklara örnek olarak gösterilebilir. İleus tanısı konulan hastalarda internal herni mutlaka ekarte edilmelidir. Bu amaçla tomografik görüntüleme yapılabilir(1). İnternal hernilerde tomografik bulgu olarak kese benzeri bir görünüm saptanabilir. Tıkanmış, gerilmiş veya yer değiştirmiş vasküler pedikülün ve fıtık açıklığında birleşen damarların gözlenmesi tanısaldır(1). İnternal fıtıklar; akut veya aralıklı ileus tablosu ile başvuran vakaların yaklaşık % 4 ünde altta yatan sebep olarak bulunmuştur(2). Eksternal fıtık tanımı ise karın içerisinde yer alan organların periton ile beraber mevcut bir karın duvarı deliğinden dışarı doğru çıkması durumudur. Bu vakalarda dışarıdan bakıldığında şişlik oluştuğu görülür. Pankreas dokusu dışında tüm karın içi organlar fıtık kesesi içerisinde yer alabilmektedir.

FITIKLAR

İnguinal bölge dışında kalan karın ön duvarı içerisinde bulunan fıtıklar, ventral fıtıklar olarak tanımlanırlar. Ventral fıtıkların yapıları incelendiğinde; Orifis olarak tanımlanan fıtığın çıkış deliği, peritondan oluşan fıtık kesesi ve fıtık içerisindeki organların tanımlandığı fıtık içeriği olarak belirtilen üç temel bölüm görülür.

Fıtık dokusunun içeriği dışarıdan yapılan manuel baskı ile doğal boşluğuna döndürülebiliyorsa fıtık redükte edilebilir(redüktabl) fıtık olarak adlandırılır.

¹ Uzm. Dr., Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp AD

Lomber fitiklar

Lomber fitiklar posterolateral karın duvarında bulunan ve iki zayıf noktayı oluşturan superior lumbar üçgen (grynfelt üçgeni) ve inferior lumbar üçgen (petit üçgeni) alanlarından köken alır. Sıklıkla hastaların başvuru şikayeti ağrıdır. Hastalarda şişlik ön planda değildir. Bu tip fitıklarda inkarserasyon ve intestinal obstrüksiyon sık görülmez. Tanı için tomografi yol göstericidir. Tedavi diğer tüm fitik lezyonlarında olduğu gibi cerrahi işlem uygulanmasıdır.

SONUÇ

Fitiklar; özellikle genel cerrahi açısından takip edilen hastaların dağılımında en büyük paya sahip hastalık grubudur. Günümüzde yapılan cerrahi işlemlerin başında gelen fitiklar ülkeler bazında sağlık harcamaları açısından da ön sıralarda yer almaktadır. Hastaların inkarserasyon ve strangülasyon tabloları ile başvurmaları halinde acil cerrahi endikasyonu oluşur. Bu sebeple fitik, mortalite ve morbidite açısından oldukça büyük önem arz etmektedir. Sıklıkla tanı fizik muayene ile konulur. İnternal fitiklarda fizik muayenede dışarıdan bakı ile herhangi bir şişlik görülmeyeceği noktası unutulmamalıdır. Özellikle intestinal obstrüksiyon ile başvuran hastalarda tüm potansiyel fitik oluşum alanlarının dikkatle muayene edilmesi önerilmektedir. Bir grup hastada fitik redüksiyonu manüel olarak sağlanabilmektedir. Ancak manuel redüksiyon sonrası hastaların en az 12 saat takibi gerektiği unutulmamalıdır.

Fitikların cerrahi tedavisinde enfeksiyon ve nüks riskinin yüksek düzeylerde seyrettiği görülmektedir. Uygulanacak tedavide açık cerrahi veya laporoskopik yöntem tercihi hastanın genel durumu değerlendirilerek yapılmalıdır. Erken tanı ve uygun tedavi prosedürleri uygulanması halinde mortalite ve morbiditesi azaltılarak hastaların yaşam konforunun yükseltilebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Takayama N, Takehika G, Yoshimitsu O, et al. Ct of İnternal Hernias. RadioGraphics, 2005; 25: 997-1015. Doi: 10.1148/rg.254045035
2. Ghahremani GG. İnter Abdominal Hernias. The Surgical Clinics Of North America, 1984, 64(2): 393-406. Doi: 10.1016/s0039-6109(16)43293-7
3. Nursal T.Z, Hamaloğlu E. İnsizyonel herniler. Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi, 1999; 4(3), 182-187
4. Şenaylı A, Şenaylı Y, Sezer E. İnkarserasyonsuz Littre Fitığının İnteroperatif Tanı ve Tedavisi. Acta OncologicaTurcica, 2007; 40: 41-43
5. Taşçı H.İ, Erikoğlu M. Nüks fitik kesesi içerisinde Apendiks(Amyand herni). European Journal of Therapeutics, 2017; 23: 36-38; Doi:10.5152/EurJTher.2017.05082
6. Karagülle O, Yavuz E, Biricik A, et al. Nadir Görülen Bir İleus Nedeni: Petersen Fitığı. İstanbul gelişim üniversitesi yayınları, 2018; 4: 393-400

7. Burger J, Luijendijk R, Hop W, et al. Long Term Follow-up of a Randomized Controlled Trial of suture versus Mesh Repair of İncisional Hernia. *Ann Surg*, 2004; 240(4): 578-585. Doi: 10.1097/01.sla.0000141193.08524.e7
8. Koloğlu M. Rekürren İnguinal Herni Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi, 1999; 4(3): 170-173
9. Günerhan Y, Uzun M, Özkan Ö, et al. İnsizyonel fitıklarda yara yeri enfeksiyonları. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 2009; 25: 45-48
10. Kingsnorth A, Le Blanc K. Hernias: İnguinal and İncisional. *The Lancet* Volume 362, 2003; 9395:1561-1571. Doi: 10.1016/S0140-6736(03)14746-0
11. Jenkins T, O'Dwyer P. İnguinal hernias. *BMS*, 2008; 336: 269. Doi:10.1136/bmj.39450.428275. AD