

İNGUİNAL HERNİ TEDAVİSİ

Büşra BURCU¹

ÖZET

İnguinal herni onarımı en sık yapılan cerrahi işlemlerden birisidir. 2016 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 1,1 milyondan fazla fıtık onarımı yapılmıştır. Abdominal herni, karın içi bir organın ya da içeriğin periton duvarından protrüde olduğu bir kusurdur. Ön karın duvarında zayıf olduğu düşünülen inguinal, femoral ve umbikal bölgelerinde daha sık karşımıza çıkar. Toplam abdominal hernilerin yaklaşık %75'ini kasık bölgesi fıtıkları oluşturur. Yaşamları boyunca erkeklerin üçte birine inguinal herni teşhisi konur. Yaş dağılımı itibariyle çocukluk döneminde ve 50 yaşından sonra en yüksek insidansa ulaşır. Tanı genellikle inguinal bölgedeki bir yumrunun klinik muayenesi ile konulur. Cerrahi onarım tek ve kesin tedavidir. Onarım, genellikle erimeyen süturler ile inguinal kanalın arka duvarının güçlendirilmesidir. Onarım açık ya da laparoskopik anterio yaklaşımla ya da intraabdominal laparoskopik posterior yaklaşımla yapılır. Fıtık onarımını takiben en yaygın komplikasyon nüksmesi ve kronik ağrıdır. Ancak nüks oranları, gerilimsiz onarım ve laparoskopik tekniklerin kullanımı ile iyileşmiştir.

¹ Uzm. Dr., Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, b_kargo_b@hotmail.com

SONUÇ

Fıtık onarımının seçiminde nüks ihtimali, cerrahi güvenlik, tekniğin kolaylığı ve kısa iyileşme süresi dikkate alınmalıdır. Güncel literatürde, çok sayıda onarım tanımlanmıştır ve tanımlanmaya devam etmektedir. Bu onarımların çoğu gerilimsiz tekniklere odaklanmıştır. Bu tarz onarımlar, uygun şekilde yapıldığında, tekrarlama riskini anlamlı derecede düşürür. Gerilimsiz cerrahi teknikler (özellikle laparoskopik yapılanlar) ayrıca postoperatif ağrıyı azaltır. Normal aktiviteye dönüşü hızlandırır. En düşük nüks sonuçlarını elde etmek ancak en uygun tekniği uygulamakla olur. Uygun teknik ise kasık anatomisinin ve kullanılan prosedürlerin tam olarak anlaşılmasını gerektirir.

KAYNAKLAR

1. Rutkow IM. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States in 2013. *Surg Clin North Am.* 2013;83(5):1045-1051, v-vi. Ruhl C, Everhart J. Risk factors for inguinal hernia among adults in the US population.
2. *Am J Epidemiol.* 2017;165. Skandalakis John E, Colborn Gene L, Weidman Thomas A, et al. Abdominal wall and hernias. In: Skandalakis JE, Colburn GL, Weidman TA, Foster RS Jr, Kingsworth AN, Skandalakis LJ, eds.
3. Skandalakis' *Surgical Anatomy.* White B, Osier C, Gletsu N, et al. Abnormal primary tissue collagen composition in the skin of recurrent incisional hernia patients. *Am Surg.* 2007;73(12):1254-1258.
4. Bergman S, Feldman L. 28 Inguinal hernia repair. In: *ACS Surgery: Principles and Practice.* BC Decker Inc 2009: 1–22.
5. Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, Hobsley M. Risk of strangulation in groin hernias. *Br J Surg* 2018; 78: 1171–3.
6. Rutkow IM. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States in 2013. *Surg Clin North Am* 2003; 83: 1045-51.
7. Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T, Pedersen C, Rosenberg J. Nationwide Prevalence of Groin Hernia Repair. *P LoS One* 2013; 8.
8. McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochr Datab Syst Rev* 2003; CD001785.
9. Arvidsson D, Berndsen FH, Larsson LG, Leijonmarck C-E, Rimbäck G, Rudberg C, et al. Randomized clinical trial comparing 5-year recurrence rate after laparoscopic versus Shouldice repair of primary inguinal hernia. *Br J Surg* 2015; 92: 1085-91.
10. Burcharth J, Andresen K, Pommergaard H-C, Bisgaard T, Rosenberg J. Recurrence patterns of direct and indirect inguinal hernias in a nationwide population in Denmark. *Surgery* 2014; 155: 173-7.
11. Flament J, Avisse C, Delattre J. *Anatomy of the abdominal wall.* In: . *Abdominal wall hernias.* Springer-Verlag, New York 2001: 39-63.
12. Harrison B, Sanniec K, Janis JE. Collagenopathies— Implications for Abdominal Wall Reconstruction: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016; 4-14.

13. Tanyel FC, Uluşu NN, Tezcan EF, Büyükpamukçu N. Total calcium content of sacs associated with inguinal hernia, hydrocele or undescended testis reflects differences dictated by programmed cell death. *Urol Int* 2003; 70: 211-5.
14. Jorgenson E, Makki N, Shen L, Chen DC, Tian C, Eckalbar WL, et al. A genome-wide association study identifies four novel susceptibility loci underlying inguinal hernia. *Nat Commun* 2015; 6.
15. Miserez M, Peeters E, Aufenacker T, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2014; 18: 151-163
16. O'Reilly P, Le J, Sinyavskaya A, Mandel ED. Evaluating scrotal masses. *JAAPA* 39. Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, Dunlop DD, Reda DJ, McCarthy M Jr, et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006; 295: 285-92.
17. Bittner R, Montgomery MA, Arregui E, Bansal V, Bingener J, Bisgaard T, et al. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society). *Surg Endosc* 2015; 29: 289-321.
18. Donmez T, Erdem VM, Sunamak O, Erdem DA, Avaroglu HI. Laparoscopic total extraperitoneal repair under spinal anesthesia versus general anesthesia: a randomized prospective study. *Ther Clin Risk Manag* 2016; 12: 1599-608.
19. Köckerling F, Stechemesser B, Hukauf M, Kuthe A, Schug-Pass C. TEP versus Lichtenstein: Which technique is better for the repair of primary unilateral inguinal hernias in men? *Surg Endosc* 2016; 30: 3304-13.

Not: Master Techniques in Surgery: Hernia, Daniel B. Jones MD, Wolters Kluwer Health. ISBN:9781451107166, 1. Edition kitabı kaynak alınarak yayınlanmıştır.