

20.4. Karın Duvarı Fitikleri

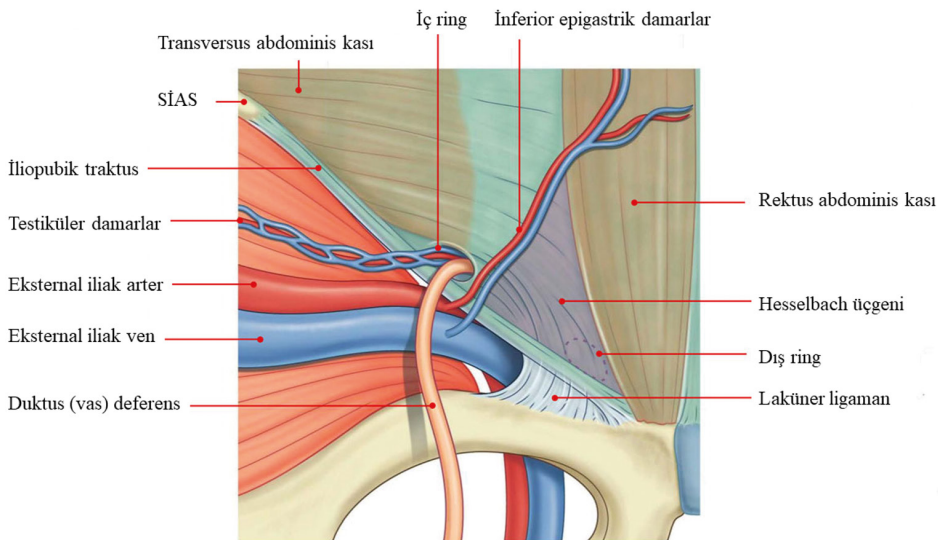
Kürşat DİKMEN¹

İNGUİNAL HERNİLER

Anatomi

İnguinal bölge, karın duvarı hernilerinin en sık görüldüğü yerdir. Aynı anatomik bölgede olmalarına rağmen oluşum mekanizmaları farklı olmasından dolayı direkt, indirekt ve femoral fitiklar olarak sınıflandırılırlar. Femoral herni inguinal ligamentin altından gelişirken, inguinal herniler inguinal ligamentin üstünden gelişirler. İnguinal hernilerin oluştuğu bölgeler inferior epigastrik arter/ven tarafından ayrılır. Bu vasküler yapıların medialinde kalan bölgede, *conjoint* tendon,

inguinal ligaman ve inferior epigastrik damarlar yapıları tarafından oluşturulan Hesselbach üçgeni vardır (Şekil 1). Bu üçgenin tabanını oluşturan transvers fasya ve transversus abdominis kasının aponevrozundaki zayıflıktan dolayı oluşan fitiklar direkt inguinal hernilerdir. İnférieur epigastrik damarların lateralinden spermatik kordun çıktığı internal ring vardır. Buradan gelişen fitiklar da indirekt inguinal herni olarak adlandırılır. İndirekt herni skrotuma kadar ilerlemiş ise skrotal herni olarak adlandırılır. Direkt ve indirekt herninin aynı oluşması durumuna pantolon herni olarak adlandırılır. Bu durum fizik muayenede ayırt edilemeyebilir.



Şekil 1. İnguinal bölgenin içten görünümü.

¹ Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., kursatdikmen66@gmail.com

SPIEGEL HERNİSİ

İnternal oblik ve transversus abdominis kaslarının aponevrozları rektus kasına yakın yerde birleşerek Spiegel'in semilunar çizgisini oluştururlar. Semilunar çizgiyle rektus kası arasında kalan fasyaya Spiegel fasyası denir. Umbilikus üzerinde bu fasya kalın ve dar, umbilikus altında ise geniş ve zayıftır. Spiegel hernisi semilunar çizgi boyunca her yerde oluşabilmesine rağmen Spiegel fasyasının zayıf olduğu bölgelerde daha çok olur. Bu fasyanın en zayıf olduğu bölge linea semicircularise (arkuat çizgiye) komşu olduğu bölgedir. Nadir görülen bir fıtıktır. Nedeni bilinmemektedir. Kazanılmış fıtık olduğu düşünülmektedir. Ağrı ile kendini gösterir. Karın duvarının kasılması ile fıtık boynu daraldığında ağrı artar. Fıtık genellikle küçük ve eksternal oblik aponevrozunun altında olduğu için muayene ile tanı konulması zor olabilir. Klasik bulgu, fıtık tarafındaki kolun baş üstüne kaldırılarak eksternal oblik aponevrozu üzerinde oluşturulan gerilimle birlikte, karnın gerilmesi, defekasyonla ya da egzersiz ile artan lokalize ağrıdır. Herniden şüphelenilen olgularda radyolojik görüntüleme (USG, BT veya MR) ile tanı konur.

İNSİZYONEL HERNİ

Daha önce cerrahi insizyon yapılmış yerlerde oluşan hernilere insizyonel herni denir. Karın duvarında kullanılan bütün insizyonlardan sonra oluşabilir. Herni oluşmasında rol oynayan etkenler;

- ▶ İlk operasyonda yara yeri enfeksiyonu geçirmiş olması
- ▶ İnsizyon hattında gerginlik: İnsizyonel herni oluşumundaki önemli mekanizmalardan biri yara kenarlarının gergin kapatılmasıdır. Dokuda gerginlik, kan dolaşımını ve dokunun oksijenlenmesini kısıtlar. Yara iyileşmesinde önemli rolü olan fibroblast güçlü

bir hücredir; ancak hidroksprolin ve hidrokstilizin oluşumunda ciddi düzeyde oksijene ihtiyaç vardır. Bu nedenle gerilimli bir insizyon kapatılması durumunda fıtık oluşumuna neden olur.

- ▶ İleri yaş
- ▶ Malnütrisyon
- ▶ Eşlik eden sistemik hastalıklar (Diabetes mellitus, kronik karaciğer hastalığı gibi)
- ▶ Obezite
- ▶ Acil cerrahi girişim
- ▶ Erken reoperasyon öyküsü olması.

PARASTOMAL HERNİ

Kolostomi ya da ileostomilerin çevresinde gelişen fıtıklardır. Genellikle teknik nedenlere bağlı oluşurlar. Karın duvarındaki açıklığın geniş yapılması ve kolostomi yapılacak bağırsak segmentinin karın duvarına iyi sabitlenmemesi fıtık oluşumuna neden olur. Diğer fıtıklara neden olan faktörler parastomal fıtık oluşumunda da etkilidir.

KAYNAKLAR

1. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13(4):343-403. doi:10.1007/s10029-009-0529-7
2. Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, Berrevoet F, East B, Fischer J, Hope W, Klassen D, Lorenz R, Renard Y, Simons MP. Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. *Br J Surg*. 2020;107(3):171-190. doi:10.1002/bjs.11497
3. Simons MP, Aufenacker TJ, Berrevoet F, et al. Dutch guidelines for treatment of ventral hernias. *Hernia*. 2017;21(1):1-30. doi:10.1007/s10029-016-1517-9
4. Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))--Part 1. *Surg Endosc*. 2014;28(1):2-29. doi:10.1007/s00464-013-3170-6
5. Heniford BT, Walters AL, Lincourt AE, Novitsky YW, Hope WW, Kercher KW. Comparison of generic versus specific quality-of-life scales for mesh hernia repairs. *J Am Coll Surg*. 2008;206(4):638-644. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.11.007.