

İNGUİNAL HERNİLERİN YAMALI ONARIMI

Mehmet Alper ÖZTÜRK¹

GİRİŞ

İnguinal herni tamiri dünyada her yıl 20 milyondan fazla kişiye uygulanmaktadır (1,2). İnguinal herni yaşam boyunca erkeklerde %27, kadınlarda ise %3 oranında görülmektedir (3). İnguinal herni onarım oranı 18'li yaşlarda %0,25 iken, 75-80 yaş grubuna geldiği zaman bu oran %4,2 ye çıkmaktadır (3). İnguinal herni Hesselbach üçgenindeki yerleşim yerine göre üçe ayrılır. Direkt inguinal herni, indirekt inguinal herni ve femoral herni. Direkt inguinal herni, inguinal kanalın posteriorundan ve inferior epigastrik damarların medialinden çıkar. İndirekt inguinal herni ise internal inguinal halkadan ve inferior epigastrik damarların lateralinden çıkar. Femoral herniler inguinal ligamanın altından femoral damarların medialinden protruze olurlar (4). Femoral herniler daha yaygın olarak kadınlarda görülmektedir (5). İnguinal herni için risk faktörleri, aile öyküsü, KOAH, düşük vücut kitle indeksi, intraabdominal basınç artışı, kollajen doku hastalıkları, patent prosesus vaginalis, periton diyalizi ve apendektomi öyküsü olarak belirtilir (6-10). İnguinal hernilerin cerrahi onarımı için oldukça fazla teknik tanımlanmıştır. İlk tanımlamalar antik çağlarda mısırdan yapılmıştır. Laparoskopik ve açık olarak

onarım imkanları mevcuttur, en sık kullanılan yöntem açık cerrahidir. Açık cerrahide dokuların sütür materyalleri ile onarımı şeklinde veya yama ile tamir olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa, Amerika ve ülkemizde de en sık kullanılan yöntem yama ile onarımdır.

SEMPTOMLAR

Erkeklerde genellikle kasık bölgesinde şişlik ve bununla birlikte ağrı ile kendini gösterirken, kadınlarda ise şişlik olmadan da uyluk üst iç kısmına, bele ve vajina duvarına vuran ağrı ile kendini gösterebilir (11). Femoral herniler kadınlarda 3 kat daha fazla görülür. Femoral hernilerde muayene bulgusu olmayabilir, uyluğun ön orta kısmına yayılan ağrı ile kendini gösterir. Hastalar genellikle inguinal bölgede giderek boyutları artan şişlik şikayeti ile başvurur. Uzun süreli ayakta durma, ıkınma, ağır kaldırma, öksürme gibi durumlarda inguinal bölgedeki şişlik artabilir. Bunun sebebi intraabdominal basınç artışına bağlı olarak, karın içerisindeki yapıların herni defektinden dışarı doğru çıkmasıdır (12). Hastalar yatıklarında şişliğin kaybolduğunu da söyleyebilir. Kasık bölgesinde ciddi ağrı ve redükte olmayan şişlik ile gelen hastalarda boğulmuş fitik ilk akla

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, alperozturk79@gmail.com ORCID id: 0000-0002-7137-5374

ması için bir yıla kadar beklenebilir. İskemik orşit veya testiküler atrofi, ameliyat sırasında testiküler kan akımı bozulur veya testisi drene eden venler tromboze olursa testiküler enflamasyon gelişebilir. Testisin sertleşmesi ve ağrılı büyümesi olarak tanımlanır. Birkaç ay içerisinde ilerleme görülebilir, testiküler atrofi ile de sonuçlanabilir. Tedavide nonsteroid antienflamatuar ilaçlar verilir. Ameliyat sonrası kanama görülebilecek sık komplikasyonlardan biridir. Kremasterik arter, internal spermatic arter veya inferior epigastrik arterin dallarından kanama olabilir. Geniş diseksiyon yapılan olgularda veya büyük fıtıklarda ödem ve hematomu engellemek için dren konulabilir. Osteitis pubis, pubis simfizis üzerinde sütür kullanırken periosttan geçilmesine bağlı olarak geçilir. Bu bölgede sütür kullanırken dikkatli olmak gerekir. Ameliyat sonrası görülebilecek bir diğer komplikasyon enfeksiyondur. Antibiyotik tedavisi ile gerileyebileceği gibi yamanın çıkarılmasını gerektiren sonuçlarda doğurabilir.

SONUÇ

İnguinal herni cerrahisinde yama ile herni tamiri en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. İnguinal bölge anatomisini iyi bilmek, ameliyat sırasında bölgede bulunan sinirsel yapılara özen göstermek, ameliyat sonrası komplikasyon oranını minimuma düşürecektir.

KAYNAKLAR

1. Beard JH, Ohene-Yeboah M, Devries CR, et al. Hernia and Hydrocele. In: Essential Surgery: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015 Apr 2. Chapter 9.
2. Botman M, Meester RJ, Voorhoeve R, et al. The Amsterdam declaration on essential surgical care. *World J Surg* 39(6):1335-1340
3. Itani KM, Fitzgibbons R. Approach to groin hernias. *JAMA Surg*. 2019, 154:551-2.
4. Bax T, Sheppard BC, Crass RA. Surgical options in the management of groin hernias. *Am Fam Physician*. 1999; 59(4): 893-906.
5. Rutkow IM, Robbins AW. Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *Surg Clin North Am*. 1993, 73:413-26.
6. Lau H, Fang C, Yuen WK, Patil NG. Risk factors for inguinal hernia in adult males: a case-control study . *Surgery*. 2007, 141:262-6.
7. Jansen PL, Klinge U, Jansen M, et al. Risk factors for early recurrence after inguinal hernia repair. *BMC Surg*. 2009; 9: 18.
8. Ruhl CE, Everhart JE. Risk factors for inguinal hernia among adults in the US population. *Am J Epidemiol*. 2007; 165(10): 1154-1161.
9. Liem MS, van der Graaf Y, Beemer FA. Increased risk for inguinal hernia in patients with Ehlers-Danlos syndrome. *Surgery*. 1997; 122(1): 114-115.
10. Öberg S, Andresen K, Rosenberg J. Etiology of inguinal hernias: a comprehensive review. *Front Surg*. 2017; 4: 52.
11. Towfigh S. Obscure groin pain in women. In: Campa-nelli G, editor. *Inguinal hernia surgery*. Milan (Italy): Springer-Verlag; 2017. p. 181-6.
12. LeBlanc KE, LeBlanc LL, LeBlanc KA. Inguinal hernias: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2013; 87(12): 844-848.
13. Miller J, Cho J, Michael MJ, et al. Role of imaging in the diagnosis of occult hernias. *JAMA Surg*. 2014; 149(10): 1077-1080.
14. Agarwal AK, Mukherjee R. Franz Kaspar Hasselbach (1759-1816). *Indian J Surg* 2008;70(2):96-8.
15. Miller HJ. Inguinal Hernia: Mastering the Anatomy. *Surg Clin North Am*. 2018 Jun;98(3):607-621.
16. Usher FC. Hernia repair with Marlex mesh. An analysis of 541 cases . *Arch Surg*. 1962, 84:325-8.
17. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The tension-free hernioplasty. *Am J Surg*. 1989, 157:188-93.
18. Lichtenstein IL, Shore JM. Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a "plug" technique. *Am J Surg* 128:439, 1974
19. Gilbert AI. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *Am J Surg* 157:331, 1989
20. Robbins AW, Rutkow IM. Mesh plug repair and groin hernia surgery. *Surg Clin North Am*. 1998 Dec;78(6):1007-23, vi-vii.
21. Willaert W, De Bacquer D, Rogiers X, et al. Open Preperitoneal Techniques versus Lichtenstein Repair for elective Inguinal Hernias. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; :CD008034.
22. Li J, Ji Z, Cheng T. Comparison of open preperitoneal and Lichtenstein repair for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Surg* 2012; 204:769.
23. Družijanić N, Sršen D, Pogorelić Z, et al. Preperitoneal approach for femoral hernia repair. *Hepatogastroenterology* 2011; 58:1450.
24. Pierides G, Vironen J. A prospective randomized clinical trial comparing the Prolene Hernia System® and the Lichtenstein patch technique for inguinal hernia repair in long term: 2- and 5-Year results. *Am J Surg* 2011 Aug;202(2):188-93.
25. Gilbert AI, Graham MF, Voigt WJ. A bilayer patch device for inguinal hernia repair. *Hernia* 1999; 3:161
26. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018;22(1):1-165.
27. Poobalan AS, Bruce J, Smith WC, King PM, Krukowski ZH, Chambers WA. A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. *Clin J Pain*. 2003 Jan-Feb;19(1):48-54.