

# İnkarsere Kasık Fıtıklarına Yaklaşım Ne Olmalı? Anterior ve Preperitoneal Yaklaşımların Karşılaştırılması

*What shall be the Approach to Incarcerated Groin Hernias?  
Comparison of Anterior and Preperitoneal Techniques*

Dr.Adil TANIK, Dr.E.Birol BOSTANCI, Dr.İ.Taner KALE,  
Dr.Mükerrem CETE, Dr.A.Vecihi KUTSAL, Dr.M.Ayhan KUZU

**ÖZET:** Akut inkarserasyon gösteren kasık fıtıklarında-ki yaklaşımlar çeşitlilik göstermektedir. Bu çalışmanın amacı acil servise başvuran akut inkarserasyonlu kasık fıtıklarının cerrahi tedavisinde anterior ve preperitoneal yaklaşımları karşılaştırmaktır. Eylül 1993 - Mayıs 1995 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi Acil Cerrahi Kliniği'nde ameliyat edilen 92 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir. 64 hastaya (Grup 1) anterior yaklaşım, 28 hastaya (Grup 2) preperitoneal yaklaşım ile fıtık onarımı yapılmıştır.

Grup 1'de 4 olguda ince barsak perforasyonu, 3 olguda fıtık içeriğinin yeterli değerlendirilememesi ve bir olguda mesane yaralanmasını onarmak amacıyla ek kesi gerekirken Grup 2'de ek kesiye gereksinim olmamıştır. Grup 1'de intraoperatif major komplikasyon 9 hastada gözlenirken Grup 2'de komplikasyon gözlenmemiştir.

Preperitoneal yaklaşım fıtık kesesini ve karın içini daha iyi gözleme imkanı sağlamakta, ek kesi gereksimini azaltmaktadır. Bu nedenle akut inkarsere kasık fıtıklarının tedavisinde iyi bir yaklaşım yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kasık fıtıkları, İnkarserasyon, Preperitoneal herni onarımı

**SUMMARY:** There are a variety of surgical approaches for acutely incarcerated groin hernias.

The aim of this study was to compare anterior and preperitoneal approaches to the acutely incarcerated groin hernias.

Ninetytwo patients, who were operated at the Emergency Surgical Clinic of Ankara Numune Hospital between September 1993 and May 1995, were retrospectively reviewed. In 64 patients (Group 1) anterior approach and in 28 patients (Group 2) preperitoneal approach was the choice of herniorrhaphy.

YAZIŞMA ADRESİ: Dr.İ.Taner KALE  
Gn.Dr.Tevfik Sağlık Cad. 90/7,  
Etilik, ANKARA

Ankara Numune Hastanesi,  
1. Cerrahi Kliniği,  
ANKARA

In group 1, there were 4 intestinal perforations, 3 inadequate exploration of the sac and one bladder perforation in these patients 8 additional incisions were made for therapeutic intent while it was unnecessary in group 2.

Preperitoneal approach gives a chance of better exploration of the abdominal cavity and sac and also it reduces the need of additional incision. For these reasons it is a good surgical approach to the acutely incarcerated groin hernias.

**Key Words:** Groin hernia, Incarceration, Preperitoneal hernia repair

Akut inkarserasyon ve strangüstasyon kasık fıtıklarının mortalite ve morbiditesini arttırmaktadır. İnkarserasyon ve strangüstasyon geliştiği zaman ileus, barsak duvarında beslenme bozukluğu, eğer müdahale edilmezse perforasyon, sepsis hatta ölüme kadar uzanan bir dizi olay gelişebilmektedir. Bütün bunları önlemek için cerrahi tedavi gereklidir.

Literatüre bakıldığında cerrahi tedavinin temel olduğu sağlık sorunları arasında belki de en çok teknik ve yaklaşım çeşitliliğinin bulunduğu hastalıklardan birinin de kasık fıtıkları olduğu görülmektedir. Temel olarak anterior, preperitoneal ve son olarak teknolojinin gelişmesi ile laparoskopik herni onarımı yapabilmek mümkünse de her temel yaklaşım kendi içerisinde çeşitlilik göstermektedir.<sup>1,2,3,4</sup>

Akut inkarserasyon gösteren kasık fitiklerinde anterior yaklaşım sıklıkla tercih edilmektedir. Preperitoneal herni onarımı her ne kadar ilk kez 19. yy'da tanımlanmışsa da akut inkarsere ve strangüle kasık fitiklerinde kullanılması ilk kez 1986 yılında tanımlanmıştır.<sup>4</sup>

Çalışmamızda akut inkarserasyon ile acil servise başvuran kasık fitikli hastalarda anterior ve preperitoneal retrospektif olarak karşılaştırılmış, erken sonuçlar verilmiştir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma; Ankara Numune Hastanesi Acil Cerrahi Kliniği'nde Eylül 1993 - Mayıs 1995 tarihleri arasında akut inkarsere kasık fitiği nedeniyle ameliyat edilmiş olan 92 hastayı kapsamaktadır. Retrospektif olarak yapılmış çalışmamızda hastalar iki grupta incelenmiştir; Grup 1 anterior yaklaşımla ameliyat edilen 49'u erkek, 15'i kadın 64 hastayı içermekte olup, yaş ortalaması 53'dür (14-90). Grup 2 ise preperitoneal yaklaşımla ameliyat edilen 20'si erkek, 8'i kadın 28 hastayı içermekte olup, yaş ortalaması 52'dir (17-72). Fitiklerin Nyhus<sup>5</sup> herni sınıflandırmasına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

TABLO 1: Grupların fitik tiplerine göre dağılımı

Fitik Tipi*	Anterior n=64	Posterior n=28
I	-	-
II	14	7
IIIa	5	-
IIIb	22	7
IIIc	18	9
IV	5	5

\* Tip I: İç halkanın normal olduğu indirekt inguinal fitikler, Tip II: İç halkanın genişlediği indirekt inguinal fitikler, Tip IIIa: Direkt inguinal fitikler, Tip IIIb: Arka duvarı zayıflatan ve iç halkayı genişleten indirekt fitikler (skrotal sliding, pantolon), Tip IIIc: Femoral fitikler, Tip IV: Nüks fitikler

Anterior yaklaşımda kullanılan herni onarımları klasik yöntemin tarifine göre yapılmıştır.<sup>1,2,3</sup>

Preperitoneal yaklaşımla herni onarımında; iç inguinal halkanın 2 cm üzerinden transvers cilt insizyonunu takiben eksternal oblik, internal oblik ve transversus abdominis kasları geçildikten sonra transvers fasya kesilerek preperitoneal alana girilmektedir. Bu sırada fitik kesesi ve fitik tipi görülmekte, fitik içeriğinin değerlendirilmesi amacıyla; periton strangülasyonu varsa reduksiyondan önce, yoksa reduksiyondan sonra açılmaktadır.<sup>6</sup> Tablo 2'de yapılan herni onarımları görülmektedir. Ameliyatlar uzman ve kıdemli cerrahi asistanı denetiminde yapılmıştır.

TABLO 2: Olgulara uygulanan herni onarım teknikleri

Anterior (Group 1)		Preperitoneal (Grup 2)	
Mc Vay	26	Mesh kullanılan	20
Bassini	20	Anatomik Onarım	8
Shouldice	5		
Tension Free	7		
Anatomik Onarım	6		
<b>Toplam</b>	<b>64</b>	<b>Toplam</b>	<b>28</b>

## BULGULAR

Her iki grup yaş, cins, sağ ve sol fitik yerleşimi beyaz küre sayıları ve obstrüktif bulgular açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Barsakta beslenme bozukluğu düşündürücü renk değişikliği; Grup 1'de 64 hastadan 15'inde Grup 2'de ise 28 hastanın 15'inde gözlenmiştir fark anlamlıdır (p=0.004) Bu hastalardan Grup 1'de 10 ince barsak, 1 sigmoid kolon rezeksiyonu gerekirken, Grup 2'de 6 ince barsak rezeksiyonu gerekmiştir ve fark anlamlı bulunmamıştır.

Ameliyatlar sırasında Grup 1'de 64 hastadan hastaya ek kesi gerekmiş, Grup 2'de 28 hastanın hiçbirisine ek kesi gerekmemiştir, fark anlamlıdır (p<0.05). Grup 1'de yapılan 8 ek laparotominin; 4'ü ince barsak perforasyonu, 3'ü fitik içeriğinin yeterli değerlendirmesi ve bir hastada ise mesane yaralanmasını onarmak amacıyla yapılmıştır.

TABLO 1: Hastaların genel özellikleri

	Anterior	Preperitoneal	P
Sayı	64	28	AD
Yaş (yıl)*	53 (14-90)	52 (17-72)	AD
Cins	49 E / 15K	20 E / 8 K	AD
Sağ / Sol	39 / 25	14 / 14	AD
Beyaz Küre (mm <sup>3</sup> )*	11.000 (4900 - 24800)	10.200 (4400 - 22700)	AD
Radyolojik Seviye ±**	26 / 38	10 / 18	AD

AD= anlamlı değil, E= erkek, K=kadın \*Değerler median (sınır) olarak verilmiştir;

\*\* Radyolojik seviye + = ayakta direkt karın grafisinde hava sıvı seviyesi olanlar

İntraoperatif major komplikasyonlar Grup 1'de 9 hastada gözlenirken, Grup 2'de hiç yoktur ve aradaki fark anlamlıdır (p=0.03) (Tablo 4).

nu bulunan 39 yaşındaki diğer hasta sepsis ve multiorgan yetmezliği nedeniyle postoperatif 5. günde ölmüştür.

TABLO 4: Komplikasyonların Gruplara göre dağılımı

Komplikasyon Türü	Grup 1 (n=64)	Grup 2 (n=28)
Mesane yaralanması	5	-
İnce barsak yaralanması	1	-
Ductus deferens kesisi	1	-
A.Femoralis yaralanması	1	-
V.Femoralis yaralanması	1	-
Toplam	9	-

Grup 1'de postoperatif dönemde 6 hastada yara enfeksiyonu gelişmiş, 2 hastaya relaparotomi yapılmış, 2 hastada mortalite gözlenmiştir. Grup 2'de ise 3 hastada yara enfeksiyonu olmuş ve başka bir sorun olmamıştır.

Grup 1'de relaparotomi; 2 hastada postoperatif 1. günde akut karın tablosu ortaya çıkması üzerine yapılmıştır. Hastaların birisinde ince barsak, diğerinde sigmoid kolon perforasyonu saptanarak, ince barsak rezeksiyonu ve sigmoid kolona primer sütür uygulanarak tedavi edilmişlerdir.

Mortal seyreden ve Grup 1'de yer alan iki hastadan birisi 87 yaşında konjestif kalp yetmezliği ve aterosklerotik kalp hastalığı olan hastadır ve postoperatif 45. dakikada akut miyokard enfarktüsü geçirerek ölmüştür. İnce barsak perforasyonu

## TARTIŞMA

Acil servise akut inkarsere kasık fitiği nedeniyle başvuran hastalarda amaç; dar fitik kesesi ağzından sıkışmış olan barsağı perforasyona neden olmadan ve minimal enfeksiyon riski ile karın içine alabilmektir. Ardından gerekirse canlılığını yitirmiş olan barsak rezeke edilmeli ve nüks riski az fitik onarımı yapılmalıdır.<sup>1,7</sup>

Anterior yaklaşımla yapılan fitik onarımlarında, genel anestezi ve kas gevşeticiler nedeni ile ameliyata başlamadan fitiğin redükte olması, fitik kesesi içerisine girmiş organları değerlendirmede zorluk oluşturabilir ve gözden kaçan beslenme bozukluğu veya perforasyon nedeni ile reoperasyona ihtiyaç duyulabilir. Çalışmamızda anterior yaklaşımla ameliyat edilen 2 hastada postoperatif 1. günde reoperasyon gerekmiş; birisinde gözden kaçmış ince barsak beslenme bozukluğu, diğerinde ise sigmoid kolon perforasyonu saptanmıştır. Preperitoneal yaklaşımda anterior yaklaşımın bu dezavantajı periton açılarak yapılacak eksplorasyon ile önlenebilir ve daha iyi batın eksplorasyonu sağlanabilir, serimizde preperitoneal grupda daha çok beslenme bozukluğunu düşündürecek renk değişikliğinin bulunması bunu destekler niteliktedir.

Anterior yaklaşımla yapılan ameliyatlarda fitik kesesinde bulunan barsağın batına redüksiyonu veya rezeksiyonu için ikinci bir kesi ihtiyacı olabilir.<sup>1,7</sup> Ayrıca yapılacak ikinci kesi ile ilk kesi arasındaki cilt köprüsünde potansiyel iskemi tehlikesi vardır.<sup>7</sup> Preperitoneal yaklaşımla ikinci kesi yapılmaksızın redüksiyon ve rezeksiyon yapmak mümkündür. Çalışmamızda anterior grupta 8 olguda ek kesiye ihtiyaç duyulurken, preperitoneal grupta hiç ek kesi yapılmamıştır.

Sinir, damar, mesane ve vas deferens gibi çevre dokulara zarar verebilecek ya da testis atrofisine neden olabilecek komplikasyonlardan preperitoneal yaklaşımla korunabilmektedir.<sup>8,9,10,11,12</sup> Çalışmamızda major komplikasyon preperitoneal yaklaşımda ortaya çıkmazken, anterior grupta 9 olguda gözlenmiştir.

Nüks kasık fitikleri inkarserasyonla başvurduğunda preperitoneal yaklaşım anatomisi bozulmamış bir bölgeden müdahale şansı vermekte ve oluşabilecek komplikasyonlardan kaçınmak daha kolay olmaktadır.<sup>1,8,11,13</sup> Ayrıca preperitoneal yaklaşımla karşı taraftaki fitikleri ve obturator fitik gibi nadir görülen fitikleri tanımak ve onarmak mümkündür.<sup>1,7,9</sup>

Bizim serimizde uzun dönem takip sonuçları olmamakla birlikte, preperitoneal yaklaşımla yapılan herni onarımları sonrasında nüks oranının anterior yaklaşımlara göre daha iyi olduğunu bildirenler de vardır.<sup>6,7</sup>

Tüm bu sonuçlar gözden geçirildiğinde; akut inkarsere kasık fitiklerinde preperitoneal yaklaşımın uygun bir seçim olabileceği ve anterior yaklaşımlara göre daha çok uygulanması gerektiği inancındayız.

#### KAYNAKLAR

1. Mc Vay CB: Groin Hernia: Groin ligament repair. In: Nyhus LM, Condon RE, eds. Hernia, ed 3. Philadelphia: J.B. Lippincott 1989; 119-131.
2. Uğur DA: 3. bölüm indirekt inguinal fitiklerin cerrahi tedavisi. Inguinal ve femoral fitiklerin cerrahi tedavisi ed: Uğur DA, 3. baskı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları Ankara, 1974, 46-47.
3. Welsh D RJ, Alexander MAJ: The shouldice repair. *Surg Clin North Am*, 1993, 73:451-470.
4. Malangoni MA, Condon RE: Preperitoneal repair of acute incarcerated and strangulated hernias of the groin. *Surg Gynecol Obstet* 1986, 162:65-67.
5. Rutkow IM, Robbins AW: Demographic, classificatory and socioeconomic aspects of hernia in the United States. *Surg Clin North Am*, 1993, 73:413-426.
6. Nyhus LM: Iliopubic tract repair of inguinal and femoral hernia: The posterior (preperitoneal) approach. *Surg Clin North Am* 1993, 73:487-499.
7. George SM Jr: Preperitoneal herniorraphy for the acutely incarcerated groin hernia. *Am Surg* 1991, 57:139-141.
8. Nyhus LM, Pollak R, Bombeck CT, et al: The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia: The evaluation of a technique. *Ann Surg* 1988, 208:733.
9. Read RC: Preperitoneal herniorraphy. *Contemp Surg* 1988, 33:12-16.
10. Wantz GE: Testicular atrophy and chronic residual neuralgia as risks of inguinal hernioplasty *Surg Clin North Am*. 1993, 73:571-581.
11. Pollak R, Nyhus LM: Complications of preperitoneal hernia repair. *Probl Gen Surg* 1986, 3:343.
12. Berliner SD, Bursen LC: The Henry operation for incarcerated and strangulated femoral hernias. *Arch Surg* 1992, 127:314-316.
13. Nyhus LM: The recurrent groin hernia; therapeutic solutions. *World J Surg* 1989, 13:541-544.