



İnkarsere Femoral Hernilerde Anterior Yaklaşımla Preperitoneal Mesh Yerleştirilmesi (23 Hastalık Deneyimimiz)

Preperitoneal Mesh Placement with Anterior Approach in Incarcerated Femoral Hernia (Our Experiences with 23 Cases)

Mikail Çakır, Osman Anıl Savaş, Sefa Tüzün, Cihad Tatar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: İnkarsere femoral fıtıkların acil onarımında preperitoneal mesh yerleştirmenin etkinliğini araştırmak, morbidite ve rekürrensini ortaya koymaktır.

Yöntemler: 2009-2012 yılları arasında acil cerrahi kliniğimize inkarsere inguinal fıtık nedeniyle başvuran ve eksplorasyonda femoral fıtık tespit edilen 23 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Her hastaya anterior yaklaşıma uygun şekilde transvers inguinal insizyon yapılmış olup, hastalara transvers fasya açılarak Cooper ligamanı ile conjoint tendonun arasına preperitoneal alana polypropilen mesh yerleştirilmiştir.

Bulgular: Ortalama yaş 54,2 olup (39-85), 16 (%69) hasta kadın 7 (%31) hasta erkek idi. Hastalardan beşinin öncesine ait fıtık şikayetleri yoktu. Altı (%26) hastada barsak rezeksiyonu ve anastomoz uygulandı. Onyediy (%74) hastada sıkışan ince barsaklar veya omentum batına redükte edildi. Ameliyat sırasında ek komplikasyon gelişmedi. Barsak rezeksiyonu yapılan hastalarda hastanede kalış süresi ortalama 5,3 gün iken rezeksiyon yapılmayan hastalarda ise 2,1 gün idi. Takiplerde 3 (%13) hastada hematoma-seroma, 2 (%8) hastada yara yeri enfeksiyonu tespit edildi. İki-dört yıllık takipte hiçbir hastada nüks saptanmadı. Sinir hasarına bağlı kronik ağrı görülmedi.

Sonuç: Acil ameliyat edilen inkarsere femoral fıtıklarda barsak rezeksiyonu yapılsın ya da yapılmazın anterior yaklaşımla preperitoneal mesh yerleştirme komplikasyonlar ve nüks açısından güvenlidir. (*Haseki Tıp Bülteni 2015; 53: 196-8*)

Anahtar Sözcükler: İnkarsere femoral herni, nüks, polipropilen mesh

Abstract

Aim: To investigate the effectiveness of preperitoneal mesh placement with anterior approach in incarcerated femoral hernia and to reveal morbidity and recurrence rates.

Methods: Twenty-three patients with incarcerated inguinal hernia, who were admitted to our emergency surgery clinic between the years 2009 and 2012 and found to have incarcerated femoral hernia during exploration, were included in the study. All patients underwent inguinal transverse incision suitable for anterior approach. By cutting transversalis fascia, polypropylene mesh was placed preperitoneally between Cooper's ligament and the conjoint tendon.

Results: The mean age was 54.2 (39-85) years; 16 (69%) subjects were men, 7 (31%) were women. Five patients had no complaints related to hernia before being admitted to the hospital. Six (26%) patients underwent bowel resection and anastomosis. Small intestines or omentum incarcerated in the hernia sac were reduced into the abdomen in 17 (74%) patients. There was no complication during surgical interventions. Average length of hospital stay in patients with resection and anastomosis were 5.3 days, and 2.1 days in patients with no resection. In follow-up, 3 (13%) patients had hematoma-seroma and 2 (8%) patients had wound infection. In 2-4 years follow-up, no recurrence was detected. Chronic pain related to nerve damage was not observed.

Conclusion: Preperitoneal mesh placement with anterior approach in incarcerated femoral hernia as an emergency is safe in terms of complications and recurrence either with or without intestinal resection. (*The Medical Bulletin of Haseki 2015; 53: 196-8*)

Key Words: Incarcerated femoral hernia, polypropylene mesh, recurrence

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Cihad Tatar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 533 659 98 89 E-posta: tatarcihad@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 06 Eylül 2014 **Kabul Tarihi/Accepted:** 19 Eylül 2014

16-20 Nisan 2014 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen

19. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde Sözlü Bildiri olarak sunulmuştur.

Haseki Tıp Bülteni,

Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

*The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing.*

Giriş

Kasık fıtığı tüm popülasyonun %3-8'ini etkilemektedir (1). Her iki cinsiyette en sık indirekt fıtık görülmektedir. Femoral fıtık ise kadınlarda daha sıktır (1-3). Bu fıtıkların %1,3-3'ü acile inkarasyon nedeniyle başvurmaktadır (2). Femoral fıtıklarda inkarasyon oranı %22-35 arasında değişmektedir (2,4). Mesh kullanımı rutine girmeden önce femoral fıtık inkarasyonu nedeniyle acil ameliyat edilen hastalara McVay doku onarımı önerilmektedir. Barsak rezeksiyonu yapılanlarda tüm komplikasyon oranları %53'e kadar yükselebilmektedir (5). Fakat son yıllarda inkarasyon ve strangülasyon nedeniyle barsak rezeksiyonu ve anastomoz yapılan olgularda da mesh yerleştirilmesini destekleyen yayınlar mevcuttur (4-8). McVay tekniğinde nüks oranları %11,2'dir (3). Nüks dışı komplikasyon oranları %25'tir (9). Enfeksiyon oranları ise %8-23 arasında bildirilmiştir (4,8). Biz bu çalışmada inkarsere inguinal fıtık nedeniyle eksplore ettiğimiz ve femoral fıtık bulduğumuz 23 hastada klasik McVay onarımı yerine alt ucu Cooper ligamanına tutturulmuş (2 cm flep şeklinde preperitoneal alana uzanan) polipropilen meshi conjoint tendon arkasına preperitoneal yerleştirerek elde ettiğimiz sonuçları değerlendirdik.

Yöntemler

Bu çalışmaya 2009-2012 yılları arasında Acil Cerrahi birimine inkarsere inguinal fıtık nedeniyle başvuran ve eksplorasyon kararı verilen (Bulantı-kusma, gaz gaita deşarjının olmaması semptomları olan, fizik muayene bulgularında, irredüktabl ağrılı şişliğin eşlik ettiği, laboratuvar bulgularında lökositoz, görüntüleme; ADBG de hava-sıvı seviyesi, USG de peristaltizm kaybının olduğu barsak segmentinin veya dolaşımı bozulmuş omentumun tespit edildiği) anterior onarıma uygun ve kese preparasyonunun kolay olacağı şekilde transvers inguinal insizyon yapılan ve ameliyat sırasında femoral fıtık bulunan 23 hasta dahil edildi.

Hastaların tümüne preoperatif 1 gr Sefazolin profilaksisi yapıldı. Femoral fıtık olarak değerlendirilen bu hastalarda fıtık kesesi içeriği kontrol edildi iskemik nekroz bulgusu olmayan veya kısmi iskemisi olup inguinal ligaman kesilerek genişletilen femoral kanal ile rengi düzelen peristaltizmi geri dönen ince barsaklar batına redükte edildi. Rezeksiyon gerektiren hastalarda ise barsak rezeksiyonunu takiben ucuca elle çift kat üzerinden anastomoz yapıldı. Barsak rezeksiyonu yapılan veya kısmi iskemisi olan hastalarda fıtık kesesi açıklığından batın içine dren yerleştirildi. Yalnızca kısmi omentum rezeksiyonu yapılan veya iskemi bulgularının gelişmediği ince barsak sıkışmalarında ise batın içerisine dren yerleştirilmedi.

Periton kapatıldıktan sonra transvers fasya kesilip açılarak Cooper ligamanı tanımlanıp pubik tüberkül

ve femoral ven arasına üç adet prolen suture ile mesh preperitoneal alana 2 cm flep şeklinde uzatılarak yerleştirildi. Üstten conjoint tendon-rektus abdominis kasının arkasına preperitoneal alana yayılıp polypropilen mesh conjoint tendona sabitlenecek şekilde uygun 3-4 suture ile tespit edildi. Medial ve lateralden uygun ek sutureler ile güçlendirildi. Tüm hastalara mesh üzerine aspiratif dren yerleştirildi.

Uyguladığımız cerrahi metodun klasik cerrahi kitaplarında belirtilen posterior preperitoneal mesh yerleştirme ameliyatına göre farkı, anterior mesh yerleştirileceği gibi (Lichtenstein) insizyon yapıp transvers fasyayı açarak preperitoneal alana conjoint tendonu açmadan meshi yaymak, Kugel ameliyatına göre farkı ise acilde daha alttan bir insizyonla (Kugel ameliyatında insizyon internal inguinal ringin 3 cm üzerinde yer alır) yalnız transvers fasya açılarak conjoint tendonu kesmeden mesh yerleştirilmesidir. Transvers fasya ve kas onarımı yapılmadan eksternal oblik kasın fasyası anatomiye uygun kapatılmıştır.

Bulgular

Ortalama yaş 54,2 olup (39-85), 16 (%69) hasta kadın 7 (%31) hasta erkek idi. Hastalardan 5'inin öncesine ait fıtık şikayetleri yoktu. On üç (%56) hastanın kronik bir hastalığı mevcuttu. Dört hastada iskemik kalp hastalığı, üç hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve altı hastada diabetes mellitus mevcuttu. Diabetes mellitus hastalığı olanlardan dördünde kronik hipertansiyon da mevcuttu. On altı (%69) hastanın fıtığı sağ tarafta 7 (%31) hastanın fıtığı ise sol taraftaydı. Tüm hastalara spinal anestezi uygulandı. İki hastada genel anesteziye geçildi. Altı (%26) hastaya ince barsak nekrozu nedeniyle rezeksiyon uygulanıp el ile uc uca anastomoz yapıldı. On yedi (%74) hastada sıkışan ince barsaklar veya omentum batına redükte edildi. Beş (%21) hastada kısmi ince barsak iskemisi inguinal ligaman kesildiğinde renk değişikliği ve peristaltizm geri döndüğü için batına redükte edildi. On iki (%52) hastada ise barsak iskemisi yoktu. Ameliyat sırasında ek komplikasyon gelişmedi.

İskemik kalp hastalığı olan 75 ve 85 yaşındaki iki hasta sırasıyla iki ve üç gün yoğun bakım ünitesinde kaldı. Barsak iskemi bulgusunun olmadığı 12 hastaya postoperatif 6.-12. saatte, kısmi iskemisi olan hastalara postop 2. gün, rezeksiyon anastomozlu hastalara ise gaz gaita deşarjı olmak kaydıyla 4. gün oral gıda başlandı. Toleransı iyi olan hastalar taburcu edildi.

Batın içine dren konulan, oral gıda başlandığında da fistül bulgusu olmayan hastaların batın drenleri çekildi. Mesh üzerin yerleştirilen aspiratif drenlerden gelen miktar günlük 30 cc'nin altına düştüğünde çekildi.

Rezeksiyon yapılan hastalarda hastanede kalış süresi ortalama 5,3 gün iken rezeksiyon yapılmayan hastalarda

ise 2,1 gün idi. Takiplerde üç (%13) hastada hematoma-seroma, iki (%8) hastada yara yeri enfeksiyonu tespit edildi. İki-dört yıllık takipte hiç bir hastada nüks saptanmadı. Sinir hasarına bağlı kronik ağrı görülmedi.

Üç (%13) hastada gelişen hematoma-seroma kesi aralanarak boşaltıldı. İki (%8) hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. Mesh enfeksiyonu düşündürcek bir bulgu tespit edilmedi.

Hastaların 2-4 yıllık takiplerinde skrotal sıvı birikimi, testiküler enfarkt ve atrofi, sinir hasarına bağlı kronik ağrı, duyu kaybı, fistül gelişimi görülmedi.

Tartışma

İnkarsere femoral fitiklarda doku onarımı olan McVay ameliyatı yıllardan beri uygulanmaktadır (3). Nüks dışı komplikasyon oranı %25 (9), enfeksiyon oranı %8-23, seroma-hematoma oranı %12-26 (4,8) olarak bildirilmektedir.

Tüm elektif kasık fitiklerinde Lichtenstein gerilimsiz prolen mesh tekniği iyi sonuçlar vermektedir (10,11). Acil inkarsere fitik onarımlarında doku onarımları (Bassini, Shouldice, Mc Vay) fitik tiplerine göre önerilmekle birlikte komplikasyonlar ve nüks açısından tekrar ameliyat gerektirmesi nedeniyle, nüks oranı daha düşük olan preperitoneal mesh yerleştirilmesi; her ne kadar inkarsere-strangüle fitik olgularında uygulanmasının başta enfeksiyon riskini artırmak üzere morbiditeyi arttırdığı ileri sürülmesine rağmen (12,13), acil inkarsere femoral fitik olgularında da uygulanmıştır. Enfeksiyon riskini ve morbiditeyi artırmadığını da ileri süren yayınlar mevcuttur (4,8).

Yaptığımız çalışmada hiç nüks görülmedi ve enfeksiyon oranı %8 olarak saptanmıştır ki literatürdeki sonuçlarla kıyaslanabilir.

Sentetik materyal kullanmamızın bir diğer dayanağı da çalışmadaki hastaların çoğunluğunun yaşlı olmasına bağlı olarak, bağ dokusunun zayıf olması nedeniyle yapılacak doku onarımının nüks oranının fazla olacağını düşünmekteyiz.

Bu doğrultuda nüksün hiç görülmediği çalışmamızda inkarsere-strangüle femoral fitik onarımında, anterior yaklaşımla preperitoneal mesh uygulamasını sunduk ve literatürle uygun olacak şekilde başta enfeksiyon olmak üzere genel morbiditede bir artış olmadığını gördük.

Sonuç

Anterior inguinal insizyonla transvers fasya açılarak posterior preperitoneal mesh yerleştirmenin acil inkarsere femoral fitikler için, barsak rezeksiyonu yapılsın ya da yapılsın, uygun tedavi yöntemi olduğunu

düşünmekteyiz.

Etik Kurul Onayı: Çalışmamız retrospektif olduğu için etik kurulu onayı alınmamıştır, **Hasta Onayı:** Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır, **Konsept:** Sefa Tüzün, Mikail Çakır, **Dizayn:** Mikail Çakır, Anıl Savaş, Sefa Tüzün, **Veri Toplama veya İşleme:** Mikail Çakır, Anıl Savaş, Cihad Tatar, **Analiz veya Yorumlama:** Mikail Çakır, Anıl Savaş, Cihad Tatar, Sefa Tüzün, **Literatür Arama:** Mikail Çakır, Anıl Savaş, Cihad Tatar, **Yazan:** Mikail Çakır, Anıl Savaş, Cihad Tatar, **Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir, **Çıkar Çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, **Finansal Destek:** Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Ger R, Mishrick A, Hurwitz J, Romero C, Oddsen R. Management of groin hernias by laparoscopy. World J Surg 1993;17:46-50.
2. Rutkow IM. A selective history of groin hernia surgery in the early 19th century. The anatomic atlases of Astley Cooper, Franz Hesselbach, Antonio Scarpa, and Jules-Germain Cloquet. Surg Clin North Am 1998;78:921-41.
3. Brunicaudi Charles F. Inguinal Hernias. In: Schwartz's Principles of Surgery. 9th Ed. 2010.chapter 37
4. Dahlstrand U, Wollert S, Nordin P, Sandblom G, Gunnarsson U. Emergency femoral hernia repair a study based on a national register. Ann Surg 2009;249:672-6.
5. Sawayama H, Kanemitsu K, Okuma T, Inoue K, Yamamoto K, Baba H. Safety of polypropylene mesh for incarcerated groin and obturator hernias: a retrospective study of 110 patients. Hernia 2014;18:399-406.
6. Elsebae MM, Nasr M, Said M. Tension-free repair versus bassini technique for strangulated inguinal hernia: a controlled randomized study. Int J Surg 2008;4:302-5.
7. Atila K, Guler S, Inal A, Sokmen S, Karademir S, Bora S. Prosthetic repair of acutely incarcerated groin hernias:a prospective clinical observational cohort study. Langenbecks Arch Surg 2010;395:563-8.
8. Emir S, Sözen S, Yazar FM, ve ark. İnkarsere inguinal herni onarımında yama kullanımının güvenilirlik ve etkinliği: Bir klinik çalışma. Kafkas J Med Sci 2012;2:15-20.
9. Alimoğlu O, Kaya B, Okan I, ve ark. Femoral hernia: a review of 83 cases. Hernia 2006;10:70-3.
10. Luijendijk RW, Hop WC, van den Tol MP, et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. N Eng J Med 2000;343:392-8.
11. Lichtenstein IL. Herniorrhaphy. A personal experience with 6,321 cases. Am J Surg 1987;153:553-9.
12. Taylor SG, O' Dwier PJ. Chronic groin sepsis following tension-free inguinal hernioplasty. Br J Surg 1999;86:562-5.
13. Gilbert AI, Felton LL. Infection in inguinal hernia repair: considering biomaterials and antibiotics. Surg Gynecol Obstet 1993;177:126-30.