



ÇOCUKLUK ÇAĞI KASIK FITIKLARI: BİR GENEL CERRAHİN DENEYİMİ

Inguinal Hernias of the Childhood: Experience of A General Surgeon

¹ Mustafa Şit

¹ Edip Erdal Yılmaz

ÖZET

Amaç: Çocukluk çağı cerrahi problemler arasında cerrahların en sık karşılaştıkları hastalık kasık fitiği olup kasık fitiği onarımı çocuklardaki cerrahi pratikte en sık yapılan ameliyattır.

Yöntem: Tek genel cerrahi uzmanı tarafından 2008-2010 yılları arasında kasık fitiği nedeniyle ameliyat edilen 166 çocuk hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: 86 hastada (%51,8) sağ, 64 hastada (%38,6) sol, 16 hastada (%9,6) bilateral kasık fitiği mevcuttu. 3 yaş ve altı 46 hastaya (%27,7) kanal açılmadan fitik tamiri yapıldı. 3 yaş üzeri 120 hastaya (%72,3) kasık kanalı açılarak fitik tamiri yapıldı. 2 hastada (%1,2) nüks meydana geldi ve nüks olan hastalar kanal açılmadan fitik tamiri yapılan hastalardan idi.

Sonuç: Sonuç olarak çocuklarda inguinal kanalın açılarak fitik tamiri yapılmasının daha güvenli ve sorunsuz bir yöntem olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Kasık Fitiği, Fitik Tamiri, Genel Cerrah.

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
Anabilim Dalı, Bolu.

ABSTRACT

Purpose: Inguinal hernia is the most common surgical disease in childhood and inguinal herniotomy is the most common surgery in general surgery practice.

Methods: In this report, we retrospectively observed 166 childhood patients who underwent surgery for inguinal hernia by one surgeon in a state hospital between 2008 and 2010.

Results: 86 patient had right, 64 had left and 16 had bilateral inguinal hernia. 46 patients who were 3 years old or younger were treated with hernioraphy over external inguinal canal. 120 patients older than 3 years of age were treated with hernioraphy by opening the inguinal canal. Recurrence occurred in 2 patients and these patients had previously been treated with hernioraphy over external inguinal canal.

Conclusion: In conclusion, we suggest that, hernioraphy by opening the inguinal canal is better choice in inguinal hernia operations of childhood ages.

Key words: Inguinal Hernia, Hernia Repair, General Surgeon.

Submitted/Başvuru tarihi:

05.09.2012

Accepted/Kabul tarihi:

16.11.2012

Registration/Kayıt no:

12.009.249

Corresponding Address /
Yazışma Adresi:

Dr. Edip Erdal YILMAZ

Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD,
Bolu.

Tel: 05336841225

e-posta: ediperdal@yahoo.com

GİRİŞ

Çocukluk çağı cerrahi problemler arasında cerrahların en sık karşılaştıkları hastalık kasık fitikleridir. Kasık fitiği onarımı çocuklarda cerrahi pratikte en sık yapılan ameliyattır. Çocuklarda kasık fitiği görülme sıklığı değişik kaynaklarda %1-13 arasında verilmektedir (1,2). Erkeklerde kızlara oranla 9 kat daha fazla görülür (2). Çocuk kasık fitikları inkarsere olduğu zaman; testiküler atrofi, testis nekrozu, barsak nekrozu gibi oluşabilecek önemli komplikasyonlar vardır. Bu nedenle çocuklarda fitik tespit edildiğinde en kısa süre içerisinde ameliyat edilmelidir (3). İnguinal herni tamirinde değişik yöntemler vardır. Bu yöntemlerden en çok kullanılanları ise sırası ile; inguinal kanal açılarak ve eksternal inguinal kanal üzerinden yapılan ameliyatlardır. Biz bu çalışmada 3 yaş ve altı çocuklara uyguladığımız kanal açılmadan fitik tamiri ve 3 yaş üzeri çocuklarda uyguladığımız inguinal kanalı açarak yaptığımız çocuk kasık fitiği ameliyatlarının sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya bir devlet hastanesinde 2008-2010 yılları arasında tek genel cerrahi uzmanı tarafından kasık fitiği nedeniyle ameliyat edilen 166 çocuk hasta alındı. Ameliyatların tümü genel anestezi altında yapıldı. 3 yaş ve altı çocuklara kanal açılmadan fitik tamiri yapıldı. 3 yaş üzeri çocuklara kasık kanalı açılarak fitik tamiri yapıldı. Hastalar ameliyattan sonraki 3-6 ve

12. aylarda üç kez kontrole çağrılarak değerlendirildi. Hastalar cinsiyet, fitik tarafı, inkarserasyon, obstruksiyon, strangulasyon, diğer tarafta fitik varlığı, nüks, yara yeri enfeksiyonu, testis nekrozu ve testis atrofisi yönünden değerlendirildi.

BULGULAR

Hastalarımızın 148'i (%89,2) erkek, 18'i (%10,8) kız idi. 86 hastada (%51,8) sağ, 64 hastada (%38,6) sol, 16 hastada (%9,6) bilateral kasık fitiği mevcuttu. Bilateral olanların 14'ü erkek, 2'si kız idi. 8 hastada (%4,8) daha sonra karşı tarafta da kasık fitiği gelişti. Bu hastalarında 6'sı erkek, 2'si kız idi. 3 yaş ve altı 46 hastaya (%27,7) kanal açılmadan fitik tamiri yapıldı. 3 yaş üzeri 120 hastaya (%72,3) kasık kanalı açılarak fitik tamiri yapıldı. 2 hastada (%1,2) nüks meydana geldi ve nüks olan hastalar kanal açılmadan fitik tamiri yapılanlardan idi. Nükslerin ikisi de sağ tarafta idi. Hastaları 150'si (%90,4) elektif olarak, 16'sı (%9,6) acil ameliyat edildi. Hastaların 2'sinde (%1,2) hidrosel mevcuttu ve bu hastalara fitik tamiri yapılırken hidroselektomi de yapıldı. 2 hastada (%1,2) testis inguinal kanalda yüksek yerleşimli olduğu için fitik tamiri ile birlikte orşiopeksi de yapıldı. 3 hastada (%1,8) kord lipomu mevcuttu. Hiç bir hastamızda yara yeri enfeksiyonu, testis nekrozu ve testis atrofisi görülmedi.

TARTIŞMA

Çocuklarda kasık fitiği oluşumunda bazı konjenital nedenler mevcuttur. Bunların en önemlisi prosessus vajinalisin açık kalmasıdır. Ancak literatür verilerine göre doğumdan sonra prosessus vajinalisin açık kalması aylarca sürebilir hatta belirti vermeden ömür boyu açık kalabilir. Dolayısıyla prosessus vajinalisin açık olması kasık fitiği gelişiminde önemli bir nedendir, ancak tek neden değildir. Bunun dışında aşırı asit birikimi, periton diyalizi, ventriküloperitoneal şant, ekstrofia vezika, inmemiş testis, onarılmış omfalosel veya gastroşizis, Ehlers-Danlos sendromu, Marfan sendromu, mukopolisakkaridozlar ve kistik fibrozis gibi nedenler de vardır. Bizim hastalarımızın hiç birinde bu sayılan hastalıklar mevcut değildi. Prosessus vajinalis açık kalmasının bizim hastalarımızda kasık fitiği gelişiminin ana nedeni olduğunu düşünüyoruz. Kasık fitiği tüm çocukların yaklaşık %5'ini etkileyen yaygın bir problemdir (4). Çocuklarda kasık fitiğinin erkek/kız oranının 3:1 ile 10:1 arasında olduğu gösterilmiştir (4,5,6). Bizim serimizde de erkek/kız oranı yaklaşık 8:1 idi. (148:18) Çocuklardaki kasık fitiği tamirinde genel kabul görmüş standart bir yöntem yoktur. Birçok yazar kanal açılmadan fitik tamiri tarif etmişlerdir (7,8). Yine bazı yazarlar tarafından inguinal kanalı açarak yapılan ameliyat tekniği tarif edilmiştir (5,6,9,10,11). Ravi ve Hamer'in İngiltere'de 264 cerrah ile yaptıkları bir çalışmada yılda 30'dan fazla kasık fitiği ameliyatı yapan cerrahların 2 yaş altı çocuklarda %65'inin kanal açılmadan fitik tamiri yaptığını, 5 yaş üstü çocuklarda ise %43'ünün inguinal kanalı açarak fitik tamiri yaptığını belirtmişlerdir (12). Bizim serimizde 3 yaş ve altı çocuklara kanal açılmadan fitik tamiri, 3 yaş üzeri çocuklarda ise inguinal kanalı açarak fitik tamiri yaptık. Her iki yöntemde de peroperatif ve postoperatif erken dönemde komplikasyonumuz olmadı. Yapmış olduğumuz 166 çocuk kasık fitiği vakasının 86'sı (%51,8) sağ, 64'ü (%38,6) sol ve 16'sı (%9,6) bilateral idi. Hastaların anamnezlerinde sağ kasık fitiği olan 4 (%4,6) hastanın, sol kasık fitiği olan 5 (%7,8) hastanın ve bilateral kasık fitiği olan 2 (%12,5) hastanın prematür olduğunu öğrendik. Bu 11 hastamızın 3 tanesini inkarserasyon nedeni ile acil şartlarda ameliyat ettik. Bizim serimizde inkarserasyon oranı %9,6 idi. Bu oran literatürdeki diğer seriler ile uyumlu idi (13,14,15). İnkarserasyon nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastalarımızın hiç birinde ince yada kalın barsak rezeksiyonu yapmamız gerekmedi. Değişik çalışmalarda nüks oranları %0-3,8 arasında verilmektedir (16-23). Bizim çalışmamızda nüks oranımız %1,2 idi. 2 nüks

vakamız da kanal açılmadan fitik tamiri sonrası gelişti. İnguinal kanalı açarak yaptığımız fitik tamirlerinden sonra nüks görülmedi. Nüks gelişiminde fitik tamirinde kullandığımız yöntemlerin etkili olduğunu düşünüyoruz. Nüks gelişme süresi bir hastamızda 3. ay diğer bir hastamız da ise 5. ay idi. Nüks olan hastalarımızın ikinci ameliyatları inguinal kanalı açılarak yapıldı ve 3, 6 ve 12. ay kontrollerinde problem gelişmedi. Sonuç olarak çocuklarda inguinal kanalı açılarak fitik tamiri yapılmasının daha güvenli ve sorunsuz bir yöntem olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Kapur P, Caty MG, Glick PL. Paediatric hernias and hydroceles. *Pediatr Clin North Am.* 1998;45: 773-789.
2. White J, Haller J Jr, Dorst J. Congenital inguinal hernia and inguinal herniography. *Surg Clin North Am.* 1970; 50: 823
3. Gholoum S, Baird R, Laberge JM, Puligandla PS. *J Pediatr Surg.* 2010;45(5):1007-11.
4. Bronsther B, Abraham MW, Elboim C. Inguinal hernia in children-a study of 1000 cases and review of the literature. *J Am Med Women Assoc.* 1972;27:522-5.
5. Harper RG, Garcia A, Sia C. Inguinal hernia: a common problem of premature infants weighing 1,000 grams or less at birth. *Pediatrics.* 1975;56:112-5.
6. Wolfson PJ. Inguinal hernia. In: Mattei P, editor. *Surgical directives: pediatric surgery.* Philadelphia: Lippincott. p.521-5, 2003.
7. Johnstone JMS, Rintoul RF. *Pediatric surgery.* In: Farquharson's Text book of Operative Surgery, 8th edition, Churchill Livingstone, pp 525-527, 1987.
8. Spitz L, Brerton RJ. *Pediatric Surgery.* In: General surgical operations by Kirk R M 3rd edition, Churchill Livingstone, pp 750-752, 1994.
9. Gray SW, Skandalakis JE. Embryology for surgeons: the embryological basis for the treatment of congenital defects. Philadelphia: Saunders; p.417-22,1972.
10. Grosfeld J. Inguinal hernia in children. In: Atlas of General Surgery, 3rd edition by Carter DC, Russell RCG & Pitt HA, Chapman & Hall Medical, pp 32-37, 1996.
11. Rowe M, Marchildon M. Inguinal hernia and hydrocele in infants and children. *Surg Clin North Am* 1981; 61: 1137-1145
12. Ravi K, Hamer DB. *Hernia.* 2003;7(3):137-40.
13. Bryon JS, William TR, Charles JK et al. Optimal timing of elective indirect inguinal hernia repair in healthy children: clinical considerations for improved outcome. *World J Surg* 1992;16: 952-957.
14. Sigmund HE, Ike N, Arlene E (2006). Six thousand three hundred sixty-one pediatric inguinal hernias: a 35-year review. *J Pediatr Surg.* 1996;41:980-986.
15. Rescorla FJ, Grosfeld JL (1984) Inguinal hernia repair in the perinatal period and early infancy: clinical considerations. *J Pediatr Surg* 19:832-837.
16. Wolfson PJ, Inguinal hernia. In: Mattei P (ed) *Surgical directives: pediatric surgery,* 1st edn. Lippincott, Philadelphia, pp 521-525, 2003.
17. Weber TR, Tracy TF Jr. Groin hernias and hydroceles. In: Ashcraft KW (ed) *Pediatric surgery,* 3rd edn. Saunders, Philadelphia, pp 654-662, 2000.
18. Lloyd DA, Rintala RJ. Inguinal hernia and hydrocele. In: O'Neill JA Jr, Rowe MI, Grosfeld JL et al (eds) *Pediatric surgery,* 5th edn. Mosby, St Louis, pp 1071-1086, 1998.

19. Gross RE. The surgery of infancy and childhood. Saunders, Philadelphia, pp 449–466, 1953.
20. Potts WJ. The surgeon and the child. Saunders, Philadelphia, pp 221–227, 1959.
21. Swenson O. Pediatric surgery, 2nd edn. Appleton, New York, pp 730–748, 1962.
22. Grosfeld JL, Cooney DR. Inguinal hernia after ventriculoperitoneal shunt for hydrocephalus. J Pediatr Surg. 1974;9:311–315.
23. Grosfeld JL, Minnick K, Shedd F et al. Inguinal hernia in children: factors affecting recurrence in 62 cases. J Pediatr Surg 1991;26:283–284.