

Araştırma:

Dağınık kırsal yerleşim bölgesinde boğulmuş fitik ve geç başvuru sonuçları

Candaş Erçetin¹, Ahmet Cem Dural², Mahir Kırnap³, Nazlı Ferhan Sayit⁴, Tugan Tezcaner³

¹Tuzluca Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Iğdır

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

⁴Nizip Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gaziantep

Amaç: Dağınık nüfus yerleşimli ilimizde, hastanemize başvuran boğulmuş fitik olgularının başvuru yeri ve süresine göre değerlendirilmesi amaçlandı. **Yöntem** Mayıs 2009–2011 arasında boğulmuş fitik tanısı ile ameliyat edilen olgular retrospektif olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Elli iki olgunun yaş ortalaması 53,6 (22-87), erkek/kadın oranı 48/4 idi. Kırsal bölgeden başvuru % 52 idi (n=27). Gecikmiş başvuru oranı, kırsal bölge yerleşimli olgularda % 33,3 idi (n=9). Ameliyat öncesi değerlendirmede olguların % 50'si (n=26) ASA II-III idi. En sık (% 52) omental inkarserasyon (n=27) görüldü. Olguların % 13,4'ünde rezeksiyon gerekli oldu. Olguların % 88,4'ünde Lichtenstein yöntemi ile herni tamiri uygulandı. Komplikasyon oranı % 15,3 (n=8) iken, kırsal bölge başvurularında % 18,5 idi. Ortalama hastanede kalış süresi 3,8 gün (1-34) idi. Bir yıllık takip sürecinde 3 olguda (% 5,7) nüks görüldü. **Sonuç:** Kırsal bölgeden gecikmiş başvuru oranı yüksek olup anlamlı fark gözlenmedi. Elliiki olgunun değerlendirilmesinde; ilk 24 saat içinde girişim yapılan olgularda komplikasyon oranı ve hastanede kalış süresinin daha az olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: Kırsal yerleşim, boğulmuş fitik, geç başvuru

The results of incarcerated hernias with delayed admission in a rural region with scattered settlement

Objective: The study was aimed to evaluate the outcomes of incarcerated hernias who were admitted to our emergency department in two years according to admission interval and place of residence. **Methods:** The records of patients undergoing emergency surgical operation for incarcerated hernias in our hospital between May 2009-2011 were analyzed retrospectively. **Results:** The mean age of 52 patients was 53.6 (22-87) years, with a male/female ratio of 48/4. The admission rate from scattered rural settlement was 52% (n=27) and delayed admission rate was 33.3% (n=9) among these patients. Fifty percent of the patients (n=26) were classified as ASA II or III. Omentum was most frequently incarcerated, in 27 (52%) hernias. Resection was needed in 13.4% of the patients. Lichtenstein hernia repair was performed in 88.4% of the patients. The complication rate was 15.3% (n=8) and 18.5% for the patients admitted from a rural region. The length of hospitalization ranged from 1-34 days (mean 3.8). In our case series, there were 3 recurrences after one year follow-up. **Conclusion:** Although late hospitalization was more common among those who live in a rural region, no statistically significant difference was observed. We found a lower complication rate and shorter hospitalization when the patients were operated within first 24 hours of the incarceration.

Key words: Scattered rural settlement, incarcerated hernia, delayed admission

Genel Tıp Derg 2012;22(3):83-6

Yazışma adresi: Dr.Candaş Erçetin, Tuzluca Devlet Hastanesi, Iğdır

E-posta: ercetin@istanbul.edu.tr

Kasık fitiği onarımları genel cerrahide en sık uygulanan ameliyat türüdür (1,2). Karın duvarı fitikleri (inguinal, femoral, epigastrik, umbilikal, insizyonel) inkarserasyon nedeniyle % 5-13

sıklığında acil ameliyat gerektirmektedir (3,4). Elektif inguinal herni onarımlarında postoperatif komplikasyon % 7,5-22 ve mortalite % 0-0,6 oranında iken, acil şartlardaki inkarsere hernilerde bu oranlar sırasıyla % 19,5-58 ve % 4,7-10'dur (5-7). İnkarsere karın duvarı fıtıklarının tedavisinde amaç, düşük mortalite ve morbidite ile uzun süreli takiplerinde düşük nüks oranlarını yakalamaktır.

Iğdır ili 188857 nüfusa sahip olup, nüfusun % 53'ü il merkezinde yaşamaktadır. Türkiye genel dağılımına bakıldığında il merkezinde yaşayan nüfus ortalaması % 65'tir. Iğdır ilinde 157 köy bulunmakta olup, bunların 109'unda nüfus sayısı 500'ün altındadır. Hayvancılık ve tarım başlıca geçim kaynakları olup, dağınık kırsal yaşamın başlıca nedenidir (8). Bu çalışmamızda, ilimize özgü dağınık nüfus yerleşiminin, hastaneye başvuru süresi ve olası komplikasyonlara etkisi değerlendirildi.

Yöntem

Bu retrospektif klinik çalışmada; Mayıs 2009–Mayıs 2011 tarihleri arasında Iğdır Devlet Hastanesi acil birimine boğulmuş fıtık tanısı ile başvuran tüm yetişkin olguların kayıtları incelendi. Olgu dosyaları, epikriz raporları, bilgisayar kayıtları, ameliyat raporları ve poliklinik kayıtları değerlendirildi.

Onsekiz yaş altı olgular çalışma dışı tutuldu, altmışbeş yaş üstü olgular ileri yaş grubu olarak değerlendirildi. Başvuru süresi, inkarsereyona bağlı şikayetlerin başlaması ile hastaneye başvuru arası geçen süre olarak kabul edildi ve 24 saati geçen başvurular geç başvuru olarak değerlendirildi. Olgular; başvuru yeri, şehir merkezi veya kırsal olmak üzere gruplandırıldı. Eksternal fıtığın redükte olmaması inkarsereyasyon, irredükte fıtık ile birlikte intraoperatif iskemi ve nekroz belirtilerinin olması strangüstasyon (boğulmuş fıtık) olarak değerlendirildi. Ameliyat öncesi risk değerlendirilmesinde Amerikan Anestezi Cemiyeti (ASA) skorlaması kullanıldı. Cerrahi ameliyat teknikleri primer tamir teknikleri (Bassini, Shouldice ve diğer) ve prolen greft takviye (PGT) (Anterior mesh, Plug mesh) olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Verilerine eksiksiz olarak ulaşılan olguların; yaş, cinsiyet, kırsal bölgeden başvuru oranı, başvuru süresi, fıtık türü, lokalizasyonu, geçirilmiş fıtık cerrahisi öyküsü, ASA skorlaması, laboratuvar

değerleri, anestezi tercihi, ameliyat teknikleri, etkilenen organlar, cerrahi rezeksiyon, hastanede yatış süresi, yoğun bakımda yatış süresi, ameliyat sonrası takip süresi, erken ve geç dönem komplikasyonlar, mortalite değerleri kaydedildi.

Fıtık onarımlarında kullanılan yöntemler cerrahin tercihine göre oldu. Fıtık kesesi boynu serbestleştirildikten sonra sıcak serum fizyolojik uygulaması sonrası beslenme bulguları yeterli olan bağırsak ansları batına redükte edildi, bu işlem sonrası iskemi bulgusu devam eden olgulara ise rezeksiyon uygulandı.

Uygulanan anestezi şekli, anestezi uzmanının önerisi ve hasta tercihi göz önüne alınarak belirlendi. Ameliyat öncesi tüm olgulara tek doz ampisilin sulbaktam profilaksisi uygulandı. Ameliyat sonrası enfeksiyon riski ve takibine göre antibiyoterapi süresi uzatıldı.

Tüm veriler “SPSS® 15 for Windows®” (SPSS® Inc. Chicago IL.) istatistik program ile değerlendirildi. Kategorik veriler χ^2 testi kullanılarak olgu sayısı ve % olarak, nonparametrik veriler Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edildi.

Bulgular

Verilerine eksiksiz olarak ulaşılan 52 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş ortalaması 53,6 (22-87), erkek/kadın oranı 48/4, kırsal bölgeden başvuru oranı % 52 (n=27) idi.

Hastaneye başvuru sürelerine göre; olguların % 11,5'i (n=6) ilk 6 saat içinde, % 57,8'i (n=30) 6–24 saat içinde, % 30,7'si (n=16) 24 saatten geç (2-13 gün) hastaneye başvurdu. Geç başvuran olgular başvuru yerine göre değerlendirildiğinde; il merkezinden yapılan başvuruların % 28'i, kırsal bölgeden yapılan başvuruların % 33,3'ü geç başvuru idi.

Olguların % 65,3'ünde (n=31) indirekt, % 29'unda (n=18) direkt, % 5,7'sinde (n=3) indirekt ve femoral fıtık saptandı. Olguların % 23'ünde (n=12) geçirilmiş fıtık cerrahisi öyküsü bulunmakta idi.

Ameliyat öncesi anestezi değerlendirmesi ve anestezi tercihi Tablo 1'de yer almaktadır.

Olguların % 67,3'ünde (n=35) fıtık kesesi içinde inkarsere doku olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 1. Olguların ASA skorları ve anestezi tercihleri

ASA skoru	n	%	Anestezi tercihi	n	%
ASA I	23	44,2	Lokal	4	7,7
ASA II	18	34,7	Spinal	40	77
ASA III	8	15,4	Genel	8	15,3
ASA IV	2	3,8			
ASA V	1	1,9			

Tablo 2. İnkarsere fitik kesesi içinde yer alan doku

Doku	n	%
Omentum	27	51,9
İnce bağırsak	8	15,3
Testis	1	1,9

Bu olguların % 13,4'ünde (n=7) (4 olguda omentum, 2 olguda ince bağırsak, 1 olguda testis nekrozu nedeniyle) rezeksiyon gerekti. Olguların % 88,4'ünde (n=46) Lichtenstein tamir tekniği, % 9,6'sında (n=5) primer tamir yöntemleri uygulandı. Acil birimine geç başvuruda bulunan (13'üncü günde) bir olguda (% 2); ince bağırsak nekrozu ve sepsis nedeniyle kısmi rezeksiyon, çifte namlu stoma açılması, yara yerinin sekonder iyileşmeye bırakılması tercih edildi. Başvuru süresi ve yerine göre hastanede yatış süreleri Tablo 3'de yer almaktadır.

İl merkezi ile kırsal yerleşimden yapılan tüm başvuruların, hastanede kalış süreleri açısından değerlendirilmelerinde istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Kırsal yerleşimden yapılan geç başvurularda, hastanede kalış süresinin 0,85 gün uzadığı saptandı (p<0,01).

Geç başvuruda bulunan dört olgu ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip edildi. YBÜ takip süresi ortalama 4,5 gün (1-14 gün) idi. İl merkezi başvurusunda (n=1) ortalama 1 gün, kırsal bölgeden başvurularda (n=3) ortalama 5,3 gün (2 olgu 1'er gün, 1 olgu 14 gün) saptandı.

Erken dönem komplikasyon oranı % 15,3 (n= 8) idi (Tablo 4). Başvuru yerine göre başvuru zamanı ve komplikasyon oranları Tablo 5'te gösterilmiştir. Kırsal bölgeden başvuran olgularda komplikasyon oranı % 18,5, il merkezinden başvuran olgularda komplikasyon oranı % 12 idi (p=0,51). Komplikasyon gelişen olgularda geç başvuru oranı %37,5 (n=3) idi. Geç başvuru ve komplikasyonlu olgularda kırsal başvuru % 40 (n=2), il merkezinden başvuru % 33,3 saptandı (p=0,86).

Tablo 3. Hastanede kalış süresi

	Hastanede kalış süresi (gün)	
	Tüm	Geç
Başvuru		
Kırsal	3,83	4,05
İl merkezi	3,27	3,2
Tüm olgular	3,80	3,87

Tablo 4. Komplikasyonlar

Komplikasyon	n
Seroma	3
Kanama	2
Yara yeri enfeksiyonu	2
Pnömoni	1
Toplam	8

Tablo 5. Başvuru yerine göre başvuru süresi ve komplikasyon oranları

Başvuru yeri	Başvuru zamanı		Komplikasyon	
	Erken	Geç	Toplam	Geç başvuru
Kırsal	18	9	5	2
İl merkezi	18	7	3	1
Toplam	36	16	8	3

Olguların ortalama takip süresi bir yıl olup bu süre içinde üç olguda (% 5,7) nöks gelişti. Olası nöks nedenleri; bir olgu erken dönem kanama nedeniyle yeniden ameliyata alınma, bir olgu ameliyat sonrası ikinci ayda hayvan tepmesi nedeniyle tekrar ameliyata alınma, diğer olgu da ise cerrahi teknik yetersizliği idi. İki olguda kanama nedeniyle ikincil girişim gerekli olurken, olgularda mortalite saptanmadı.

Tartışma ve sonuç

Fitik varlığı genelde elektif onarım için yeterli endikasyon olarak kabul edilse de, boğulmuş kasık fitikleri akut karın ağrısı ile başvurunun sık nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (9). İnkarsere karın duvarı fitiklerinin, acil koşullardaki ameliyatlarda elektif fitik onarımlarına göre mortalite ve morbidite oranlarının yüksek seyrettiği görülmektedir (9).

Callesen ve ark. (10), 1000 elektif inguinal herni onarımı olgusu (79 olgu ASA III-IV) prospektif olarak incelenmiş ve yandaş hastalık durumu dahil olmak üzere lokal anestezinin güvenle kullanılabilirliği bildirilmiştir. Halen ülkemizde lokal anestezi düşük oranlarda tercih edilmektedir. Çalışmamızda en sık tercih edilen yöntem spinal

anestezi (% 77) idi. İnkarsere karın duvarı fitiklerinde yama kullanımının faydalı sonuçları bildirilmiştir (11-13). Elektif olgularda yama ile açık gerilimsiz teknik uygulanması genel bir uygulamadır. Acil hernilerde ise strangüasyon olsa bile sentetik yama kullanımı kontrendike değildir (14-16). Çalışmamızda yama kullanım oranı % 88,4 olarak saptandı. Akçakaya ve ark (5) ve Primitesta P ve ark (17) acil şartlardaki inkarsere ve boğulmuş fitiklerde ameliyat sonrası komplikasyon oranlarını % 19,5-58, mortalite oranlarını % 4,7-10'larda bildirmişlerdir. Komplikasyon oranımız % 15,3 olup mortalite izlenmemiştir. İleri yaş, acil inkarsere karın duvarı fitiği ameliyatlarından sonra komplikasyon oluşumunda etkili faktörlerden bir tanesidir (18). Literatürde kadın cinsiyet ile yüksek bağırsak rezeksiyonu oranı, ameliyat sonrası komplikasyon ve mortalite oranı belirtilmiş olup, serimizde literatürün tersine erkek olgularda gecikmiş başvurunun daha fazla olduğu görülmüştür (7,19). 87 yaşında, ASA skoru V, ince bağırsak rezeksiyonu ve çift namlu ileostomi uygulanan kadın olguda; literatüre paralel olarak YBÜ (14 gün) ve hastanede yatış süresi (34 gün) fazla olmuştur (3).

Acil kasık fitiği onarımlarında ileri yaş, nüks durumu, geç başvuru, eşlik eden hastalık varlığı ve yüksek ASA skoru bilinen olumsuz etkenlerdir (9). Çalışmamızda bulgular benzerdir. Olgunun geç başvurusu genellikle rezeksiyona neden olan önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (20). Kırsal bölgeden gecikmiş başvuru oranı, il merkezli başvurulardan yüksek saptanmış ancak anlamlı bulunmamıştır (p=0,51). Olguların başvuru yerine göre değerlendirilmesinde; komplikasyon oranları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamış olup, kırsal bölgeden başvurularda hastanede kalış süresinin (p<0,01) daha fazla olduğu görülmüştür.

Bilinen risk faktörlerinden olan geç başvuruya sebep olabilecek, kendi çalışma alanımıza özgü dağınık kırsal yerleşimin; başvuru süresi, hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar üzerine il merkezine göre olumsuz etkisi olsa da, prognoz üzerine anlamlı istatistiksel farklılık getirmedeği görülmüştür.

Kaynaklar

1. Ohana G, Manevitch I, Weil R, Melki Y, Seror D, Powsner E, et al. Inguinal hernia: challenging the traditional indication for surgery in asymptomatic patients. *Hernia* 2004; 8:117-20.

2. Smietanski M, Lukaszewicz J, Bigda J, Lukianski M, Witkowski P, Sledzinski Z. Factors influencing surgeons' choice of method for hernia repair technique. *Hernia* 2005;9:42-5.
3. Kulah B, Kulacoglu IH, Oruc MT, Duzgun AP, Moran M, Ozmen MM, et al. Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. *Am J Surg* 2001;181: 101-4.
4. Derici H, Unalp HR, Bozdag AD, Nazli O, Tansug T, Kamer E. Factors affecting morbidity and mortality in incarcerated abdominal wall hernias. *Hernia* 2007;11:341-6.
5. Akcakaya A, Alimoglu O, Hevenk T, Bas G, Sahin M. Mechanical intestinal obstruction caused by abdominal wall hernias. *Ulus Travma Derg* 2000;6:260-5.
6. Forte A, D'Urso A, Palumbo P, Lo Storto G, Gallinaro L, Bezzi M, et al. Inguinal hernioplasty: the gold standard of hernia repair. *Hernia* 2003;7:35-8.
7. Kulah B, Duzgun AP, Moran M, Kulacoglu IH, Ozmen MM, Coskun F. Emergency hernia repairs in elderly patients. *Am J Surg* 2001;182:455-9.
8. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2011. ISBN: 978-975-19-5276-9
9. Stoppa RE. The treatment of complicated groin and incisional hernias. *World J Surg* 1989; 13:545-54.
10. Callesen T, Bech K, Kehlet H. One thousand consecutive inguinal hernia repairs under unmonitored local anesthesia. *Anesth Analg* 2001;93:1373-76.
11. Elsebae MM, Nasr M, Said M. Tension-free repair versus Bassini technique for strangulated inguinal hernia: A controlled randomized study. *Int J Surg* 2008;6:302-5.
12. Treviño JM, Franklin ME Jr, Berghoff KR, Glass JL, Jaramillo EJ. Preliminary results of a two-layered prosthetic repair for recurrent inguinal and ventral hernias combining open and laparoscopic techniques. *Hernia* 2006;10:253-7.
13. Abdel-Baki NA, Bessa SS, Abdel-Razek AH. Comparison of prosthetic mesh repair and tissue repair in the emergency management of incarcerated paraumbilical hernia: A prospective randomized study. *Hernia* 2007;11:163-7.
14. The EU hernia trialists collaboration repair of groin hernia with synthetic mesh. *Ann Surg* 2002;235:322-32.
15. Papaziogas B, Lazaridis Ch, Makris J, Koutelidakis J, Patsas A, Grigoriou M, et al. Tension-free repair versus modified Bassini technique (Andrews technique) for strangulated inguinal hernia: A comparative study. *Hernia* 2005;9:156-9.
16. Wysocki A, Kulawik J, Pozniczek M, Strzalka M. Is the Lichtenstein operation of strangulated groin hernia a safe procedure? *World J Surg* 2006;30:2065-70.
17. Primitesta P, Goldacre MJ. Inguinal hernia repair: Incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. *Int J Epidemiol* 1996;25:835-9.
18. Oishi SN, Page CP, Schwesinger WH. Complicated presentations of groin hernias. *Am J Surg* 1991;162:568-71.
19. Koch A, Edwards A, Haapaniemi S, Nordin P, Kald A. Prospective evaluation of 6895 groin hernia repairs in women. *Br J Surg* 2005;92:1553-8.
20. Chamary VL. Femoral hernias: intestinal obstruction is an unrecognized source of morbidity and mortality. *Br J Surg* 1993;80:230-2