

# Çocuklarda inkarsere kasık fitiği\*

Zafer TÜRKYILMAZ, Kaan SÖNMEZ, Billur DEMİROĞULLARI, Ramazan KARABULUT,  
A. Can BAŞAKLAR, Nuri KALE

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

## Özet

**Amaç:** Çocuklarda kasık fitiği için en uygun ameliyat zamanı ne olmalı sorusuna yanıt aramak.

**Yöntem:** Kliniğimizde acil ameliyata alınan boğulmuş kasık fitiği olgularının hastane kayıtları incelendikten sonra, bu retrospektif çalışma ile son on yılda ameliyat edilen 56 (53 erkek, 3 kız) olgu değerlendirildi. Olguların yaş, cins, taraf, başvuru semptomları ve başlangıç süreleri ile birlikte daha önce fitiğin farkedilip edilmediği, herhangi bir sağlık kuruluşundan ameliyat randevusu alıp almadığı gibi veriler değerlendirildi. Kayıtlar incelendiğinde; 12 olguda elle redüksiyon strangülasyon bulguları nedeniyle denlenmemiş, diğer tüm olgularda ise sedatif enjeksiyonunu takiben redüksiyon denlenmiş fakat başarılı olunamamıştır.

**Bulgular:** Olguların çoğunluğunu (42 olgu) 1 yaşından küçük bebekler oluşturmaktaydı. İki olgu yanlış tanımlarla izlem ve tedavi altındaydı. Ondört olgu ise çok uzun sürelerle bazı kliniklerin ameliyat programında yer alıyordu. Elde edilen ameliyat bulguları ve kısa takipleri sonucunda; 2 olgunun kaybedildiği, 3 olguya laparotomi, 7 olguya ince barsak rezeksiyonu ve anastomoz, 2 olguya oofektomi, 4 olguya parsiyel omentektomi, 6 olguya apandektomi uygulanmak zorunda kaldığı anlaşıldı. Takipler esnasında 3 olguda testiküler atrofi gelişti.

**Sonuç:** Türkiye’de ağır-aksak işleyen bir sosyal güvenlik sistemi olduğu bilinen bir gerçektir. Bütün olumsuzluklara rağmen çocuk cerrahlarının da üzerine bazı sorumluluklar düşmektedir. En azından üç aylıktan daha küçük bebeklerdeki fitiklerin tedavisine öncelik verilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Inguinal herni, komplikasyon, cerrahi

## Giriş

Çocuk yaş grubunda özellikle de düşük doğum tartılı yenidoğanlarda en sık cerrahi endikasyonu indirekt kasık fitiği oluşturmaktadır (2,3). Kasık fitikli

\*XVIII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongre’sinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur (1-4 Ekim 2000, Antalya).

Adres: Dr. Zafer Türkyılmaz, Kızılparınarı Cad. 31/10 Keçiören-06300-Ankara

Yayına kabul tarihi: 20.11.2001

## Summary

### Incarcerated inguinal hernia in children

**Aim:** Although the answer is very well known among the pediatric surgeons, we considered it necessary to ask the same question again when we evaluated the data of cases of incarcerated hernia taken into emergency operation in our clinic.

**Method:** In this retrospective study, 56 cases (53 boys, 3 girls) were evaluated. In 12 cases manual reduction was not tried because of signs of strangulation, and in the remaining patients reduction following sedation was not successful. The cases were evaluated with respect to age, sex, side, mortality and morbidity and especially whether herniography was scheduled for operation in another institution.

**Results:** The majority of the patients were under 1 years of age (n=42). Two newborns died in early postoperative period. Laparotomy was performed in three cases; small intestinal resection and primary anastomoses in seven cases, oophorectomy in two cases, partial omentectomy in four cases, and appendectomy in six cases. During the follow-up, testicular atrophy was seen in 3 boys. Two cases were followed up with wrong diagnoses by departments other than pediatric surgery, and 14 cases had been scheduled for operation for very late periods, a fact that caused us to consider this tragic situation seriously.

**Conclusions:** It is known that a very slowly working social security system exists in our country. However, pediatric surgeons carry some responsibility even in this difficult situation. At least, a priority should be given to the treatment of the inguinal hernias of infants less than 1 year of age, especially younger than three months old.

**Key words:** Inguinal hernia, complication, surgery

bir çocuk inkarserasyona bağlı olası komplikasyonlar nedeniyle yüksek risk altındadır. Çocuklarda kasık fitiğinde elde edilecek başarının anahtarı ise inkarserasyon gelişmeden onarılmasından geçmektedir. Yarı-elektif onarımın acil yaklaşımlardan üstün olduğu açıkça ortaya konmuştur (10,11). Bazı çocuklar için ameliyat zamanlaması belirlenmiştir. Örneğin yüksek riskli prematür bebekler için postkonsepsiyonel yaşın 48-50 haftadan büyük olması ve düşük

doğum ağırlıklı bebekler içinse vücut ağırlığının 2200 g'dan büyük olması, redükte edilmiş olgularda 24-48 saatin geçmesi önerilmiştir (6,10,11). Fakat sağlıklı çocuklar için zaman tanımlaması yapılmamıştır. Kırk yılı aşan Çocuk Cerrahisi deneyiminde (1954 Clatworthy, 1961 Lynn-Johnson, 1970 Rowe, 1984 Rescorla, 1989 Kvist) gelinen ortak nokta; mümkün olan en kısa sürede fitik onarımı şeklinde özetlenebilir (6,12). Son yıllarda inkarserasyon nedeniyle yapılan acil ameliyat sayılarındaki belirgin artış konuya daha yakından bakmamıza neden oldu. Biz son 10 yıl içerisinde inkarserasyon nedeniyle ameliyat ettiğimiz 56 olguyu inceledik.

### Gereç ve Yöntem

*Kliniğimizde 1989-1999 yılları arasında inkarsere kasık fitiği nedeniyle 56 olgu acil ameliyat edilmiştir. Bu hastaların yaş ve cinsiyetleri, başvuru anındaki bulguları, herninin fark edilmesinden başvuru anına kadar geçen süre, herninin tarafı ve daha önce herhangi bir sağlık kuruluşundan ameliyat randevusu alıp almadığı gibi özellikler belirlenip, uygulanan cerrahi girişimler ve gelişen komplikasyonlar geriye dönük olarak incelenmiştir.*

### Bulgular

Ortalama başvuru yaşları 12.8 ay (5 gün-7 yaş) olan 56 olgunun çoğunluğunu erkekler (n:53) oluşturuyordu. Aylara göre yaş dağılımları incelendiğinde 1 yaşından küçük olgu sayısı 42 (% 75) ve 3 aylıktan küçük olgu sayısı 23 (% 41) olarak bulundu (Tablo I). Olguların 43'ünde sağ, 13'ünde sol taraflı inkarserasyon saptandı, 4 olguda karşı tarafta da fitik kesesi ele geliyordu. Sol taraflı olguların sadece biri kızdı. Hasta kayıtları incelendiğinde strangülasyon bulguları tespit edilen 12 olgu dışında hepsine hidrasyon ve sedatif enjeksiyonunu takiben elle redüksiyon denenmiş fakat başarılı olunamamıştı.

**Tablo I. İnkarsere inguinal hernili olgularımızın yaşa göre dağılımları.**

Yaş	Olgu Sayısı (n)	%
0-3 ay	23	41
4-12 ay	19	34
13-24 ay	8	14
>24 ay	6	11
Toplam	56	100

**Tablo II. Olgularımızda herni kesesi içinde inkarsere olan organlar.**

Yaş	(n)	%
İnce barsak	23	41
Çekum-apandiks	13	24
Omentum	7	12
Over-fallopian tüp	3	5
Sigmoid kolon	3	5
Boş kese	7	12

**Tablo III. Olgularımızla fitik onarımına ek olarak yapılan cerrahi işlemler.**

Rezeksiyon*	7
Laparotomi	3
Ooferektomi	2
Omentektomi	4
Apandektomi	6

\*Altı olgu 1 yaşından küçüktür.

**Tablo IV. Postoperatif komplikasyonlar ve mortalite.**

	Olgu (n)
Sepsis*	1
NEC*	1
Testis atrofisi	3
Laringospazm	2
Yara enfeksiyonu	2
Skrotal ödem	12
Toplam	21

\*Bu iki olgu kaybedilmiştir.

İnguinal herni sadece 5 olguda inkarserasyonla fark edilmişti. Hastaların bir kısmı ebeveyn tarafından kasıkta şişlik fark edilmesine rağmen hiçbir sağlık kurumuna başvurmazken (14 olgu, % 25), çocuk cerrahisi kliniklerinden ameliyat randevusu alanların sayısı da (14 olgu, % 25) aynıydı. Çocuk cerrahisi dışında değişik branşlarca değerlendirilip ameliyat gereksiniminin olduğu fakat daha büyük yaşlarda yapılması gerektiği söylenen hastalar yanında birden fazla inkarsere olan 5 olgu vardı. Birçok hastanın başka kliniklerdeki kayıtlarına ulaşamamız ve bazı olgularda güvenilir olmayan anamnez almamız herninin saptanması ile hastaneye başvuru arasında geçen süre ile, hastaneye başvuran ve inkarserasyon zamanı arasında geçen sürelerle morbidite arasında nicel bir ilişki kurmamıza olanak vermedi.

İnkarsere yapıların çoğunluğunu ince barsak (23, % 50) oluşturuyordu (Tablo II). Kese içi boş bulunan 7 olgunun 6'sında redüksiyon anestezi işlemleri esna-

**Tablo V. İnguinal hernili hastalarda literatürde bazı serilerde bildirilmiş inkarserasyon oranları.**

	Yaş	Toplam Olgu Sayısı (n)	İnkarsere Olgu Sayısı (n)
De Boer <sup>10</sup>	0-14	2110	380 (% 18)
Rowe/Clatworthy <sup>11</sup>	0-14	2764	351 (% 12.7)
Farrow <sup>10</sup>	0-14	2566	165 (% 6.4)
Puri <sup>4</sup>	<1 yaş	511	158 (% 31)
Rescorla/Grosfeld <sup>10</sup>	2< yaş	100	31 (% 31)

sında kendiliğinden gerçekleşmişti. Bir olguda ise başka klinikte uygulanan redüksiyon girişimine bağlı olduğu düşünülen spermatik kord ve etrafına yayılmış hematoma vardı. Herniorafiye ilave cerrahi işlemlerden ince barsak rezeksiyonlarının hemen hemen tamamı 1 yaş altı çocuklarda yapılmıştı. İnkarsasyon, oniki olguda başka organ veya doku kayıplarına neden olmuştu (Tablo III).

İki yenidoğan olgu sepsis ve nekrotizan enterokolit nedeniyle postoperatif dönemde kaybedildi. Gelişen diğer komplikasyonlar içerisinde en çok görülen yara yeri enfeksiyonu ve skrotal ödemi (Tablo IV).

## Tartışma

Olguların yaşa göre dağılımları gözönüne alındığında toplamın % 75'i 1 yaş altı, % 41'i 3 aydan küçük çocuklardı. Mortalite ve morbiditenin yüksek oluşu, özellikle birkaç aylık çocuklarda kasık fitiğinin ne zaman ameliyat edilmesi gerektiği sorusunu sormamıza neden oldu.

İnkarsasyon insidansı literatürde hiç de küçüksenmeyecek oranlarda bildirilmektedir (Tablo V). Bir yaş altı çocuklarda özellikle de 2 aylıktan küçüklerde, yüksek inkarsasyon oranları yanında, % 73-% 89 oranlarında acil ameliyat gerektiği rapor edilmiştir (9-11).

Ayrıca inkarsasyon ve sosyoekonomik ilişki üzerinde yapılan çalışmalar sanıldığı aksine ilginç sonuçlar ortaya koymuştur; az gelişmişlik inkarsasyon şansını 3 kat artırırken, non-operatif redüksiyon oranı % 34 gibi oldukça düşük değerlerde gerçekleşmiştir (1,4,7,8). Ülkemizde de gelişmekte olan bir ülke olarak sınıflandırırkasık fitiğine yaklaşımımızda daha dikkatli olmalıyız. Bu çalışmada 56 olgunun hastanede yatış süreleri ve uygulanan tedavi-

lerin ülkemize getirdiği yüksek maliyet hesaplanmasına rağmen yol açtığı organ ve doku kayıpları trajik tabloyu daha da ağırlaştırmıştır.

Literatürde sağlıklı çocuklarda inguinal herni onarımının ne zaman yapılması gerektiği nicel olarak belirlenmemiştir. Zaman tanımlaması yapan klinik prospektif bir çalışmada 190 olguda % 13 oranında inkarsasyon gelişmiş ve 7 gün içerisinde ameliyat edilmeleri halinde inkarsasyonların % 92'sinin önlenilebileceği ileri sürülmüştür (13). Redüksiyon sonrası tekrarlayan inkarsasyonları irdeleyen diğer bir çalışmada da zaman tanımlaması 5 gün olarak bulunmuştur (5).

Sosyal güvenlik sisteminde gerekli düzenlemeler yapıldığı takdirde inkarsere inguinal herni nedeniyle yapılan acil ameliyat sayısı % 25 oranında azaltılabilir. Yasal düzenlemeleri bir kenara bırakırsak 1 yaş altı çocuklarda fitik onarımının çok kısa süreler içerisinde yapılması halinde inkarsasyon nedeniyle yapılacak acil ameliyat sayısı % 75 oranında azalacaktır.

Birkaç aylık çocuklarda fitik onarımı gecikmeden yapılmalıdır. Literatürle (8-10) uyumlu şekilde inkarsasyonun erkeklerde 18 kat daha fazla görüldüğü de gözönüne alınarak özellikle erkek bebeklerin randevuları geciktirilmemelidir.

## Kaynaklar

1. Ameh EA: Incarcerated and strangulated inguinal hernias in children in Zaria, Nigeria. East Afr Med J 9:499, 1999
2. Brown RL, Glick PL: Groin hernias. In Glick P, Irish MS (eds): Pediatric Surgery Secrets. Philadelphia, Hanley and Belfus, 2001, p:87
3. Çoban AÇ, Can G, Çom G, ve ark: Düşük doğum tartılı yenidoğanlarda inguinal herni epidemiyolojisi. Pediatrik Cerrahi Dergisi 5:130, 1991
4. Friedman D, Schwartzbard FA, Kottmeier PK, et al: The government and the inguinal hernia. J Pediatr Surg 14:356, 1979
5. Gahukamble DB, Khamage AS: Early versus delayed repair of reduced incarcerated inguinal hernias in the pediatric population. J Pediatr Surg 31:1218, 1996
6. Grosfeld JL: Current concepts in inguinal hernia in infants and children. World J Surg 13:506, 1989
7. Momoh JT: External hernia in Nigerian children. Ann Trop Paediatr 5:197, 1985
8. Neutra R, Velez A, Ferrada R, et al: Risk of incarceration of inguinal hernia in Cali, Colombia. J Chron Dis 34:561, 1981

9. Puri P, Guiney J, O'Donnell B: Inguinal hernia in infants: the fate of the testis following incarceration. J Pediatr Surg 19:44, 1984
10. Rescorla FJ, Grosfeld JL: Inguinal hernia repair in the perinatal period and early infancy: clinical considerations. J Pediatr Surg 19:832, 1984
11. Rowe MI, Clatworthy HW: Incarcerated and strangulated hernias in children: a statistical study of high-risk factors. Arch Surg 101:136, 1970
12. Steinau G, Treutner KH, Feeken G, et al: Recurrent inguinal hernias in infants and children. World J Surg 19:303, 1995

13. Stephens BJ, Rice WT, Koucky CJ, et al: Optimal timing of elective indirect inguinal hernia repair in healthy children: clinical considerations for improved outcome. World J Surg 16:952, 1992
14. Türkyılmaz Z, Sönmez K, Numanoğlu V, et al: Postoperative necrotizing enterocolitis following incarcerated inguinal hernia repair: Report of a case. Surg Today 31:550, 2001

## THE PEDIATRIC THORAX AN INTERDISCIPLINARY SYMPOSIUM

*10-12 April 2002*  
*Çeşme-İzmir*

### **Main Topics**

Chronic Lung Disease  
Fetal and Neonatal Lung  
Esophagogastric Junction Pathologies

### **Correspondance:**

Prof. Dr. Oktay Mutaf  
e-mail: omutaf@med.ege.edu.tr

### **Local Organization**

Binturizm ve Seyahat A.Ş.  
e-mail: goynugur@bintur.com.tr