**Karın Duvarı Fıtıkları**

***Genel Bilgiler***

Fıtık, herhangi bir organın, organ parçasının veya dokunun komşuluğundaki potansiyel boşluğa protrüzyonudur. Fıtıklara, vücudun bütün bölgelerinde rastlanabilinir. İsimlendirilmeleri fıtıklaşmaya uğrayan organa, fıtığın çıktığı açıklığa veya fıtığın bölgesine göre yapılabilinir.

Karın bölgesindeki fıtıkları eksternal ve internal fıtıklar olaral iki gruba ayırabiliriz.

İnternal fıtık; karın içindeki potansiyel boşluklara organların girmesi ile meydana gelir. Karın dışında şişlik saptanmaz. En klasik örneği mide fıtıklarıdır.

Eksternal fıtık; karın içi organların önlerine peritonu alarak, karın duvarındaki bir delikten veya zayıf bir noktadan deri altına çıkmasına denir. Karın duvarı dışında şişlikle kendini belli eder. Pankreas dışındaki bütün karın içi organlar fıtık kesesi içinde yer alabilirler.

Karın ön duvarı fıtıklarının olmazsa olmaz üç bileşeni vardır;

* Fıtığın çıkış deliği (Orifis); boynu
* Fıtık kesesi (Periton)
* Fıtık kapsamı (Fıtık içindeki organ);
  + Çocuklarda incebarsak,
  + Yetişkinlerde karın içi yağ dokusu

***Terminoloji;***

* Bubonosel fıtık =Nokta fıtığı: Başlangıç halinde, yeni oluşmuş fıtık anlamına gelir.
* İnkomplet fıtık: Fıtığın inguinal kanal içinde olup henüz dış halkadan çıkmamış haline verilen isimdir.
* Komplet fıtık: Dış halkadan çıkmış deri altına gelmiş fıtıklardır.
* Reduktible fıtık: Fıtık kapsamının kendiliğinden veya hasta yatar pozisyonda iken elle itilmesi sonucu karın içine geri gönderilebildiği fıtıklardır.
* İrreduktible fıtık=İnkarsere fıtık: Fıtık kapsamının tamamının karın içine geri gönderilmediği fıtıklardır.
* Obstruksiyonlu fıtık: Fıtık kesesi içindeki barsak segmentinin lümeninin tıkanması sonucu barsak tıkanıkığı bulgularının olmasıdır.
* Strangülasyonlu fıtık= Boğulmuş Fıtık: Fıtık kesesi içindeki barsak segmentinin fıtık kesesi içinde sıkışan kısmında beslenme bozukluğu olup gangrene ilerleme riski olan fıtığa denir.
* Sliding fıtık: (Kayma fıtığı) Fıtık kesesi duvarının bir kısmını bir organın yaptığı fıtıklara denir. Özellikle kalın barsak ve mesaneninde katıldığı sliding fıtıklar da ciddi büyük abdest ve işeme problemleri meydana gelebilir.
* Pantolon fıtığı: Kasıkta direk ve indirek fıtıkların bir arada olmasıdır.
* Richter fıtığı: Pincement laterale: Barsağın antimesenterik duvarının fasyal defekt içersinde sıkışması ve strangüle olmasıdır.
* Littre fıtığı: Fıtık kesesi içinde Meckel divertikülünün bulunmasıdır.
* Amyand fıtığı: Fıtık kesesi içinde apendiksin bulunmasıdır.

***Epidemiyoloji:***

* Karın Duvarı Fıtıkları
  + İnguinal fıtık %75
    - * + İndirek %75
        + Direk %15
        + Femoral%10
  + Kesi fıtığı%10
  + Umbilikal fıtık%5
  + Epigastrik fıtık%5
  + Diğer fıtıklar
    - Spiegel,Obturator,Lomber fıtıklar

İnguinal (Kasık) Fıtıklar

*İndirek inguinal fıtık*: İnguinal kanal iç halkasından çıkıp kanal içine uzanan ve yumurtalıklara (skrotuma) inmeyi hedefleyen fıtıktır.

*Direk inguinal fıtık*: Hasselbach alanında fasya transversalisin gevşemesi ile oluşan fıtıktır.

*Femoral fıtık*: Poupart ligamanı altından femoral kanalı geçerek kasığın üst kısmına çıkan fıtıklardır.

Yaşam boyu erkeklerin % 27’si, kadınların % 3’ü inguinal fıtık hastalığı ile karşı karşıya kalır. Erkeklerde, kadınlara göre 25 kat daha sık kasık fıtığı görülür ki kasık bölgesi fıtıklarının %86’sı erkeklerde görülür.

Yaşlanma (>50 y) ile inguinal fıtık görülme sıklığı ve komplikasyon olasılığı artmaktadır.

İndirekt inguinal ve femoral herniler sağda sola göre iki kat fazla görülür.

* + İndirekt hernilerde bu durum sağ testisin skrotuma, sola göre daha yavaş inmesine ve sonuçta processus vaginalisin atrofisindeki gecikmeye bağlıdır
  + Femoral hernilerde ise sigmoid kolonun sol femoral kanalı tampone etmesine bağlıdır

Femoral fıtıkların %80’i kadınlarda görülmektedir.

* + Kadın pelvisi daha geniş, damar yapıları daha ince olduğu için kanal daha geniştir.

En yaygın boğulan fıtıklar, indirekt inguinal hernilerdir. Boğulma riski en yüksek olan

fıtıklar ise femoral fıtıklardır. Femoral fıtıkların %40’ı acil servise komplikasyon ile gelir.

*Etyoloji (Nedenler):*

İnguinal herniler doğumsal ve kazanılmış olarak sınıflandırılabilirler. Yetişkinlerde inguinal hernilerin kazanılmış bir hastalık olduğu kabul edilir. İnguinal herninin nedenlerini tanımlamak için birçok çalışma yapılmıştır. Her ne kadar risk faktörleri muhtemelen multifaktöryel olsa da en fazla paya sahip olan karın duvarındaki zayıflıktır.

Kasıkta fıtıklaşmanın varsayılan nedenleri;

* Ailede fıtık olması
* Düşük doğum ağırlığı (≤ 1500 gr)
* Açık kalan prosesus vaginalis (tek başına yeterli değil, diğer faktörlerle beraber)
* Öksürme
* KOAH(Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı)
* Obesite
* Gerilme
  + Kabızlık (Konstipasyon)
  + Prostat
* Gebelik
* Karın içinde yer kaplayan kitle-sıvı
* Devamlı dik durma pozisyonu
* Konjenital konnektif doku bozuklukları
* Defektif kollajen sentezi
* Önceki sağ alt kadran ameliyatları
* Sigara içme
* Ağır kaldırma
* Fiziksel zorlanma(?)

*Tanı:* İnguinal hernilerde tanının temelini klinik ve fizik muayene oluşturur. Fıtık

hastaları şişlik ve ağrı şikayetleri ile doktora başvururlar. Fizik muayene ile tanı konulur. Aşırı kilolu hastalarda karın tomografisi veya ultrasonografisi gerekebilir.

*Kasık Fıtığına Bağlı Komplikasyonlar;*

**İnkanserasyon;** Herni içindeki organların, kese duvarına yapışması karın içine geri gönderilememesi durumudur.

**Tıkanıklık:** Barsak anslarının oluşan patolojik delikten geçip mekanik olarak

tıkanmaları sonucu meydana gelir. Barsak tıkanıklığı bulgularıyla gelen bir hastanın mutlaka fıtık bölgeleri muayene edilmelidir. Barsak tıkanıklığı sebepleri içinde fıtıklar, karın içi yapışıklardan sonra 2. sıradadır.

* **Strongülasyon (Boğulma):** Fıtığa bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Fıtık kesesi

içerisindeki barsak segmentinin beslenmesinin bozulup gangren gelişmesidir.

*Tedavi:*

Bütün fıtıkların kesin tedavisi cerrahidir. Bir fıtığı cerrahi dışı bir tedavi ile ortadan kaldırmak mümkün değildir. Ancak tedavisiz geçirilen zaman muhtemelen fıtığın boyutlarının ve fıtık kesesinin içeriğinin boğulma riskinin daha da artmasına sebep olmaktadır.

***Kasık bağı*:** Kasık bağı, fıtık kesesini karın içerisinde tutmaya yarayan elastik bir

kemer ya da kısa bir korsedir. Giyilebilir ancak fıtığın boğulma ya da inkarsere olmasını engelleyemez. Hatta kaslarda gevşemeye sebep olarak hem fıtığın büyümesine neden olur hem de yapışıklıkları artırarak boğulma ve inkarserasyon ihtimalini artırabilir. Bu nedenle ancak hastanın tıbbı durumunun ameliyata izin vermediği durumlarda kısıtlı şeklide kullandırılabilinir.

***Cerrahi Tedavi:*** Cerrahi tedavide amaç; fıtık kesesinin karın içine geri gönderilmesinden sonra zayıf bölgenin yeniden kuvvetlendirilmesidir. Bu amaca yönelik yaklaşımlar açık ve laparoskopik onarımlar olarak alt gruplara ayrılabilinir.

* Açık kasık fıtığı onarımları; Zaman içinde oldukça fazla sayıda fıtık onarımı tekniği

tariflenmiştir. Kasık bölgesindeki zayıf alanın kuvvetlendirilmesi, karın duvarının önünden veya arka tarafından yaklaşımla onarımlar olarak ikiye ayrılabilir. Her iki yaklaşımın da gerginlikli (yamasız) veya gerginliksiz (yamalı) onarım teknikleri mevcuttur. Günümüzde semptomatik kasık fıtıklı (>18 y) hastaların, hasta için aksi bir durum yoksa, gerginliksiz (yamalı) yöntemler ile tedavi edilmeleri altın standart haline gelmiştir.

* Laparoskopik onarımlar; Laparoskopik inguinal herni onarımları küçük kesiler kullanarak karın zarının arkasını güçlendirmeye yönelik yaklaşımlardır. Temel olarak iki yöntemle yapılabilinir. Karın içinden geçilerek (Transabdominal preperitoneal(TAPP)) veya karın içine girmeden tamamen karın zarının arka duvarında (total ekstraperitoneal(TEP)) gerekli güçlendirmeler laparoskopik olarak yapılabilinir.

Özellikle iki taraflı ve tekrarlayan fıtıklarda laparoskopik onarımın avantajları açık tekniğe oranla daha üstündür. Literatürün detaylı incelenmesinde, ilk kez ameliyat olan tek taraflı kasık fıtıklarının laparoskopik onarımı ile açık gerilimsiz onarımları karşılaştırıldığında; ameliyat sonrası fıtığın tekrarlama oranlarının eşit olduğu saptanmıştır. Ek olarak laparoskopik onarımla daha az ameliyat sonrası ağrı düzeyi, kısalmış iyileşme zamanı ve normal aktiviteye daha hızlı dönüş süresi gözlenmiştir. Ancak, laparoskopik teknik gelişmiş alet ve uzmanlığa ihtiyaç duymaktadır.

Tüm bu olasılıklar göz önüne alındığında operasyon yaklaşımının seçilmesi çeşitli faktörlere bağlıdır. Doktorunuzla karşılıklı konuşarak sizin ve cerrahınız için uygun olan yaklaşımı belirleyebilirsiniz.

**SPORCU FITIGI**

Kasık ağrısı; omurga, kalça kemiği, karın ve idrar yolları enfeksiyonları da dahil olmak üzere bir takım nedenlerden kaynaklanabilir. Klasik bir hasta şikayetine rağmen klinik bulguların yeterli olmaması fıtık teşhisini daha şüpheli hale getirir. Bu tip başlangıç halindeki fıtıklar aslında sporcu fıtığı olabilirler. Bunlar genelde kasığın arka duvarında zayıflık veya yırtılmayla sonuçlanan sürekli tekme atma, kıvrılma, bükülme veya dönme hareketlerini yapan sporcularda görülebilir. Sporcu olmayan birinde benzer bir ani hareket de bu duruma yol açabilir.

Bu fıtıkların tanısı genellikle cerrahi inceleme yapılmadan konulamaz. Cerrahi sırasında birçok farklı bozukluk gözlenebilir. Bu bozukluklar; kas yırtılması, tendon kopması veya genişlemiş dış halkadır.

Sporcu fıtıkları olan hastalar genellikle aktivite artışıyla kötüleşen sinsi kasık ağrısından şikayetçidirler. Ağrı hareketle artar ve öksürük gibi karın içi basıncının arttığı durumlarda daha da artış gösterir. Ancak fizik muayenede fark edilebilir bir şişkinlik tespit edilemiyebilinir. Genişlemiş dış halka tecrübeli bir cerrah tarafından hissedilebilinir. Görüntüleme yöntemleri genelde fıtık teşhisi ve inguinal kanaldaki bozulmayı göstermede başarısızdır fakat ayırıcı tanıların dışlanması bakımından faydalıdır.

Sporcu fıtığının ilk tedavisi konservatiftir ayrıca bu kas gerilmesi veya osteitis pubis gibi bazı durumların ortaya çıkmasına zaman verir. Konservatif tedavi dinlenme, antiinflamatuar ilaçlar, derin doku masajı ve fizyoterapiden oluşur. Eğer normal aktivitelere dönüş sonrası ağrılar 6-8 hafta içinde aşamalı olarak artarsa cerrahi araştırma sıklıkla gerekli olur.

**VENTRAL FITIKLAR**

Ventral fıtıklar; kasık, pelvis, diyafragma ve karın arka duvarı (lomber bölge) dışında kalan karın ön duvarındaki zayıf noktalardan meydana gelen fıtıklardır. Bu zayıflıklar kendiliğinden (umblikal, epigastrik, spiegel) olabileceği gibi daha önceden geçirilmiş bir cerrahi girişime ikincil de (insizyonel herni) olabilir.

Bu fıtıkları sınıflandıracak olursak;

* İnsizyonel (Kesi) Fıtık
* Rektus Diyastazı
* Umbulikal (Göbek) Fıtık
* Epigastrik Fıtık
* Spiegel Fıtığı
* Parastomal Fıtık olarak sınıflandırılabilinir.

***İnsizyonel Herni:*** Cerrahi sonrasında onarılan fasyanın bir kısmının veya tamamının devamlılığının bozulması sonucunda meydana gelen zayıflıklardan peritonun anormal şekilde dışarı doğru keseleşip çıkmasıdır. İyatrojenik (başka bir cerrahi hastalığın tedavisi ve müdahalesi sonrasında ortaya çıkan ancak istenilmeyen durum) olarak değerlendirilen tek fıtık tipi olup, tüm hernilerin %10’nu oluşturur ve önemli bir morbidite nedenidir.

Yara iyileşmesini etkiliyen bütün faktörler insizyonel herni oluşumuna yatkınlık yaratır. Bunlar arasında;

* + İnfeksiyon
  + Obezite
  + Sigara kullanımı
  + İlaçlar – immunsupresyon
  + Yara geriliminin yüksek olması
  + Malnutrisyon/ Beslenme zayıflığı
  + Yetersiz cerrahi teknik
  + Bağ doku hastalıkları
  + Acil cerrahi girişimler sonrasında da insizyonel herni riski artmaktadır.

Laparaskopik kesiler dahil her türlü karın kesisi sonrasında gelişebilse de en sık orta hat kesileri sonrasında görülür. Açık karın kesileri sonrasında yaklaşık %3-20 insizyonel herni geliştiği düşünülmektedir. Bu oran ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonu gelişenlerde %30’a kadar yükselmektedir. Laparoskopi sonrası ise % 0.2-1.2 oranında insizyonel herni gelişebilmektedir.

*Semptomlar:*

* Karın duvarında kesi hattında şişlik
* Ağrı
* Rahatsızlık hissi
* Estetik kaygı
* Barsak tıkanıklığına bağlı bulgular
* Geniş ventral herniler herni kesesi üzerindeki incelmiş ciltte basınca bağlı citte beslenme bozukuğu ve bunun sonucunda ciltte ülser ve açılmalar olabilir.

*Görüntüleme:*

Özellikle ileri derecede obez hastalarda fizik muayene ile tespit edilemeyen insizyonel herniden şüphelenildiğinde, karın tomografisi ile fıtıklaşan bölge ve fıtık içeriği konusunda en iyi görüntüleme elde edilebilinir.

*Tedavi:*

Hastanın herhangi bir cerrahi girişime engel olacak hastalığının olmadığı her durumda insizyonel herni tedavi edilmelidir.

İnsizyonel hernilerin iki temel onarım metodu bulunmaktadır.

* + Sutür (dikişli) onarımı
  + Greftli onarım

Sutür Onarımı: Çok küçük defektlerin gerilimsiz onarımı sağlanabilir. Sutür onarımının en önemli avantajı; enfeksiyon kaynağı, intraabdominal adezyon veya enterokutan fistül kaynağı olabilecek prostetik materyal kullanılmamasıdır.

İki çeşit sutür onarım tekniği bulunmaktadır.

* + Basit sutür onarımı
  + Kompartman ayrımı tekniği

Grefli Onarım: İnsizyonel herniler için ideal teknik olan greftli onarım ile minimal gerilim ile abdominal duvar onarımı sağlanır. Basit sutür onarımı sonrasında hastalığın tekrarlama insidansı %30’un üzerinde bulunurken, greft kullanımı nüks insidansını %10 civarına düşürmüştür. Greftli onarımlar açık veya laparoskopik teknikle yapılabilinir.

Laparaskopik yaklaşımda özellikle obez hastalarda açık yaklaşıma oranla;

* + daha düşük ameliyat sonrası komplikasyon,
  + daha düşük yara yeri ve greft enfeksiyonu
  + daha az hastanede kalış
  + daha düşük nüks oranları ile birliktedir.

***Umbulikal (Göbek) Fıtık***: Umbulikal kordun karna girdiği fasyanın kapanmaması sonucu meydana gelir. En zayıf alan göbek açıklığının üst kısmıdır. Kadınlarda 10 kat daha fazla görülür. Doğuştan veya sonradan kazanılmış olabilir.

Risk faktörleri;

Çocuklarda; düşük doğum ağırlığı, down sendromu, hipotroidi

Erişkinde; çok sayıda gebelik, asit, obesite, kollajen yapım bozukluğu, karın içi basıncını artıran tümörler

Yetişkinlerde görülen göbek fıtıklarının %10’u çocukluktan kalmadır.

Ayırıcı tanı; omfalit, umbulikal ven trombozu, mide kanserinin göbek metastazı ( Sister Mary Josephine nodülü)

Komplikasyon: boğulma ve özellikle sirozlu hastalarda ciltte gangrene bağlı ruptür

Tedavi: Umblikal defektler çocuklarda sıktır ve 2 yaş civarında spontan olarak kapanır. Bunların %5’inden azı kapanmaz ve yetişkin çağında da devam eder

≥4 yaş devam eden veya sonradan meydana gelen göbek fıtılarında ideal tedavi yöntemi cerrahidir.

Cerrahi; açık veya laparoskopik yöntemle yapılabilinir.

***Epigastrik Fıtık:*** Linea albadaki defekt sonucu properitoneal yağ ve peritonun protrusyonudur. %3-5 sıklıkta görülürler. En sık 30-50 yaş arası erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha sık rastlanır.

Göbek üstünde linea alba daha geniş olduğu için daha çok göbek üstünde görülür. Genellikle geri gönderilemezler. Aponevrotik defektler %20 multipldır.

%75’inde herhangi bir bulgu yokken en sık rastlanan bulgu özellikle eğilince ve hareketle olan ağrıdır.

Tedavi cerrahidir.

***Spiegel Fıtığı:*** Abdominal duvarda rektus kasının lateral kenarı ve semisirküler hattın kesiştiği noktadan meydana gelen fıtıklardır.

Göbekle pubis arasındaki çizginin 2/3 üst kısmında yer alırlar

40-70 yaş arası kasınlarda ve sağda daha sık görülür.

Tanı genellikle ele gelen kitle ile veya tesadüfen konur.

Boğulma riski en yüksek fıtıklardandır.

Tanı tesadüf dahi konsa da tedavisi mutlaka cerrahidir.