

Danimarka Fıtık Veritabanı

Cerrahların doğru şekilde
karar vermesine yardımcı olur



Danish Hernia Database

Danimarka Fıtık Veritabanı

2026 yılı, Ventral ve İnsizyonel Fıtıkların
Elektif Tedavisinde İlk Tercih Önerileri

Giriş

Danimarka Fıtık Veritabanı, mevcut cerrahi uygulamaların ve klinik postoperatif sonuçların ulusal düzeyde izlenmesini sağlar.

Amaç; hasta sonuçlarını iyileştirmek, postoperatif komplikasyonları azaltmak ve kanıta dayalı tedavi stratejilerinin ülke genelinde uygulanmasını kolaylaştırmaktır.





Tüm cerrahların, ister kamu ister özel sağlık kuruluşlarında yapılmış olsun, elektif veya acil tüm fitik onarımlarını DHD'ye kaydetmesi zorunludur. Hastaların kişisel kimlik numaraları kullanılarak, Danimarka Ulusal Hasta Kayıt Sistemi ile otomatik ve programlanmış veri eşleştirmesi yapılır. Bu sistem, hastaların özel ve kamu sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla olan tüm temaslarını ve yapılan operasyonları içerir.

DHD'den elde edilen sonuçlar, diğer çalışmalardan gelen güncel kanıtlarla birlikte her yıl Danimarka Cerrahi Derneği toplantılarında sunulur. Bu toplantılarda rehberler ve öneriler tartışılır ve sürekli olarak güncellenir.

Rehberler fitik veritabanının web sitesinde yayımlanmaktadır:

www.herniedatabasen.dk

Cerrahi bölümlerin çoğu bu toplantılarda temsil edildiği için, yeni rehber ve önerilerin uygulanması neredeyse anında gerçekleşmektedir.

Tedavi seçimi her zaman bireysel hastaya bağlıdır. Bu nedenle mevcut rehber, klinik karar vermeyi destekleyen bir araç olarak değerlendirilmelidir.

Doğru tedavi kararını vermek için

Ventral Fıtık Sınıflaması

Ventral fıtıklar; umbilikal, epigastrik ve Spigelian fıtıkları içeren primer fıtıklar ile daha önceki bir insizyonda gelişen sekonder fıtıklar, yani insizyonel fıtıklar olarak ayrılabilir.

Avrupa Fıtık Derneği (EHS), ventral fıtıkların lokalizasyonuna, defekt genişliğine ve primer ya da sekonder olmasına göre sınıflandırır.

Danimarka'da daha önce defekt boyutuna dayanan bir tedavi stratejisi üzerinde uzlaşmıştı. Ancak defekt boyutu tek başına optimal tedavi stratejisini belirleyen ana faktör değildir. Bu nedenle güncellenmiş tedavi algoritması; hasta ile ilişkili risk faktörlerini, fıtıkla ilişkili risk faktörlerini ve cerrahın deneyimini de içermektedir.

Defekt genişliği 10 cm'den büyük olan fıtıklar, organ hacim kaybı varlığı, flank, subkostal ve parastomal fıtıklar halen kompleks fıtıklar olarak kabul edilmektedir.

Preoperatif Optimizasyon

Sigara içen, obez olan veya diyabeti kötü kontrol edilen hastalarda cerrahi alan enfeksiyonu ve fıtık nüksü gibi postoperatif komplikasyonların gelişme riski artmıştır.

Bu nedenle ameliyattan 6 hafta önce sigaranın bırakılması önerilir. Vücut kitle indeksinin 35 kg/m²'nin altına düşürülmesi teşvik edilir. Diyabet tedavisi, HbA1c düzeyi 60 mmol/mol veya %7,5'ten az olacak şekilde optimize edilmelidir.

Risk faktörleri değiştirilemiyorsa minimal invaziv onarım önerilir. Kompleks fıtıkların açık onarımında preoperatif optimizasyon zorunlu kabul edilirken, minimal invaziv cerrahide yara komplikasyonları az olduğundan preoperatif optimizasyonun postoperatif sonuç üzerine etkisi daha sınırlı olabilir.

Cerrahi Teknik Seçimi

Yaklaşım seçimi cerrahın deneyimine bağlı olmalıdır. Minimal invaziv yaklaşım, yani laparoskopik veya robotik cerrahi, yara komplikasyonu riskini azaltır ve risk faktörleri olan hastalarda tercih edilir.

Minimal invaziv yaklaşım, orta hat dışındaki fıtıkların onarımında da avantaj sağlayabilir.

Küçük fıtıkların çoğu için, yani defekt genişliği 2 cm'den küçük olanlarda, açık yaklaşım uygundur. Ancak orta hat dışı fıtığı olan ve/veya yara morbiditesi açısından risk faktörü bulunan hastalarda minimal invaziv yaklaşım avantajlı olabilir.

Orta boy fıtıklarda, yani defekt genişliği 2–6 cm arasında olanlarda, erken komplikasyonları ve nüks oranlarını azaltmak için minimal invaziv yaklaşım avantajlıdır.

Büyük fıtıkların onarımında, yani defekt genişliği 6 cm'den büyük olduğunda, defektin kapatılabilmesi için komponent separasyonu gerekebilir. Danimarka'da bu amaçla en sık posterior komponent separasyonu ile Transversus Abdominis Release, yani TAR, kullanılmaktadır.

Cerrah yeterli deneyime sahipse TAR minimal invaziv yaklaşımla da yapılabilir. Minimal invaziv teknikle hasta daha az ağrı yaşayabilir ve daha erken taburcu olabilir. Açık Rives-Stoppa onarımı iyi bir alternatiftir; ancak yara morbiditesi riski daha yüksektir ve hasta sıklıkla ameliyat sonrası birkaç gün hastanede kalmak zorunda kalır.

Danimarka'da defekt genişliği 10 cm'den büyük olan insizyonel fıtık hastaların ve parastomal fıtıklı hastaların ülkedeki beş uzman merkezden birine yönlendirilmesi zorunludur. Kompleks fıtıklar çoğunlukla açık yaklaşımla onarılır; ancak bazı olgularda minimal invaziv yaklaşım mümkün olabilir.

Sütür veya Yama Onarım Seçimi

Yama onarımının, küçük fıtıklar dahil tüm ventral fıtık onarımlarında sütür onarımına kıyasla nüks oranını azalttığı konusunda şüphe yoktur.

Küçük fıtıklarda yama onarımı yeniden başvuru oranında hafif bir artışa yol açabilir; ancak yeniden operasyon ve kronik ağrı oranı artmamaktadır.

Bu nedenle fıtık boyutundan bağımsız olarak yama ile güçlendirme önerilir. Çocuk doğurma çağındaki kadınlarda küçük umbilikal ve epigastrik fıtık onarımlarının son gebelikten sonraya ertelenmesi önerilir.

Eğer bu dönemden önce cerrahi gerekiyorsa yama onarımı iyi bir seçenek olabilir; çünkü gebelik öncesi yama onarımı, gebelik sırasında veya doğum sonrasında nüks riskini azaltmamaktadır.

Defektin kapatılması

DHD verileri, defekt kapatıldığında nüks ve seroma nedeniyle yeniden operasyon oranının azaldığını göstermektedir.

Defekt, hem açık hem de minimal invaziv onarımlarda yavaş emilen veya emilmeyen sütürlerle kapatılabilir. DHD'den elde edilen son veriler, primer ventral ve insizyonel fıtıkların açık onarımında yavaş emilen sütür kullanımının, nüks riskini azaltmada emilmeyen sütür kadar iyi olduğunu göstermektedir.

Ayrıca uzun dönemde ele gelen düğüm ve sütür sinüsleri riskini azaltmak için yavaş emilen sütürlerin kullanılması önerilmektedir.

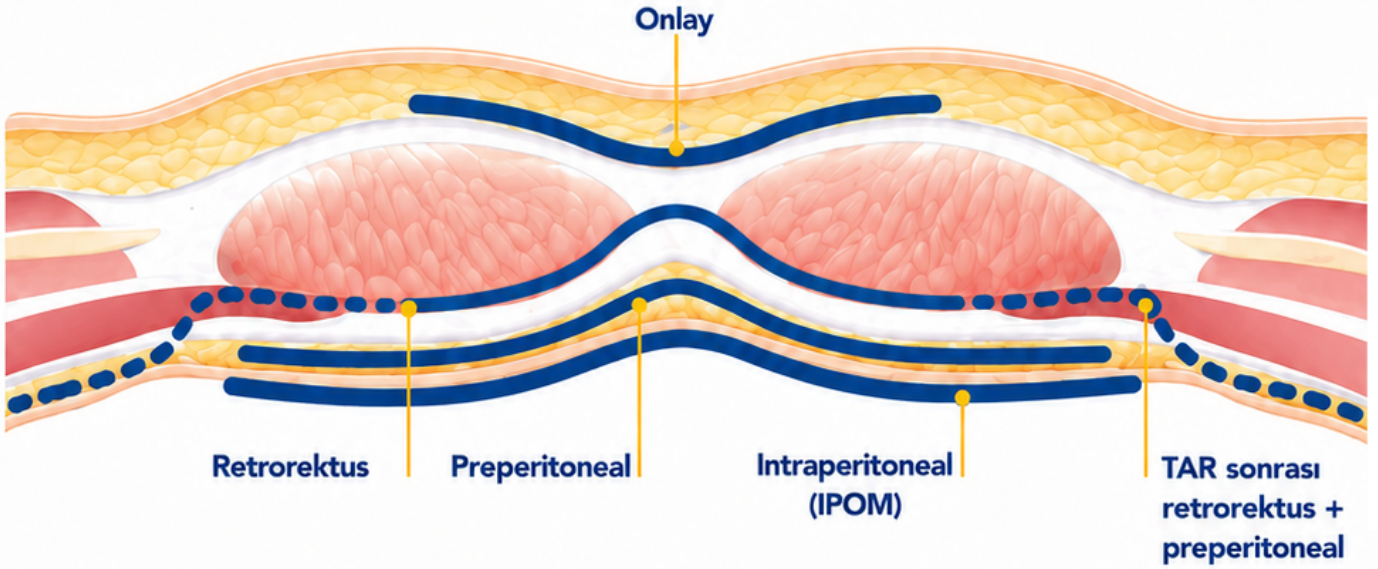
Yama pozisyonu

Mümkünse yamanın retromüsküler veya preperitoneal pozisyonda yerleştirilmesi önerilir.

Intraperitoneal yama yerleşimi adezyon oluşumu ve fistülizasyon ile ilişkili olabilir. Onlay yama yerleşimi büyük fıtıklarda cerrahi alan enfeksiyonu riskini artırır; ancak DHD verileri küçük fıtıklarda onlay yama kullanımının güvenli olduğunu göstermiştir.

Onlay, preperitoneal, retromüsküler ve intraperitoneal yama yerleşimleri arasında nüks nedeniyle yeniden operasyon oranı açısından fark yoktur.

Yama pozisyonları



Yama overlap miktarı

Optimal yama overlap miktarına ilişkin kanıtlar sınırlıdır. Uzun süre boyunca, defekt boyutundan bağımsız olarak en az 5 cm overlap önerilmiştir. Daha sonra defekt boyutu arttıkça daha geniş overlap önerileri gündeme gelmiştir.

Ancak önceki çalışmaların çoğu, defekt kapatılmadan yapılan laparoskopik onarımlara dayanmaktadır. DHD'den yakın tarihli bir çalışma, açık yaklaşımla onarılan orta hat insizyonel fıtıklarda 10–15 cm yama genişliğinin, defekt boyutundan bağımsız olarak nüks oranını azalttığını göstermiştir.

Defektlerin kapatıldığı çoğu fıtıkta 3–5 cm overlap muhtemelen yeterlidir.

Postoperatif değerlendirmeler

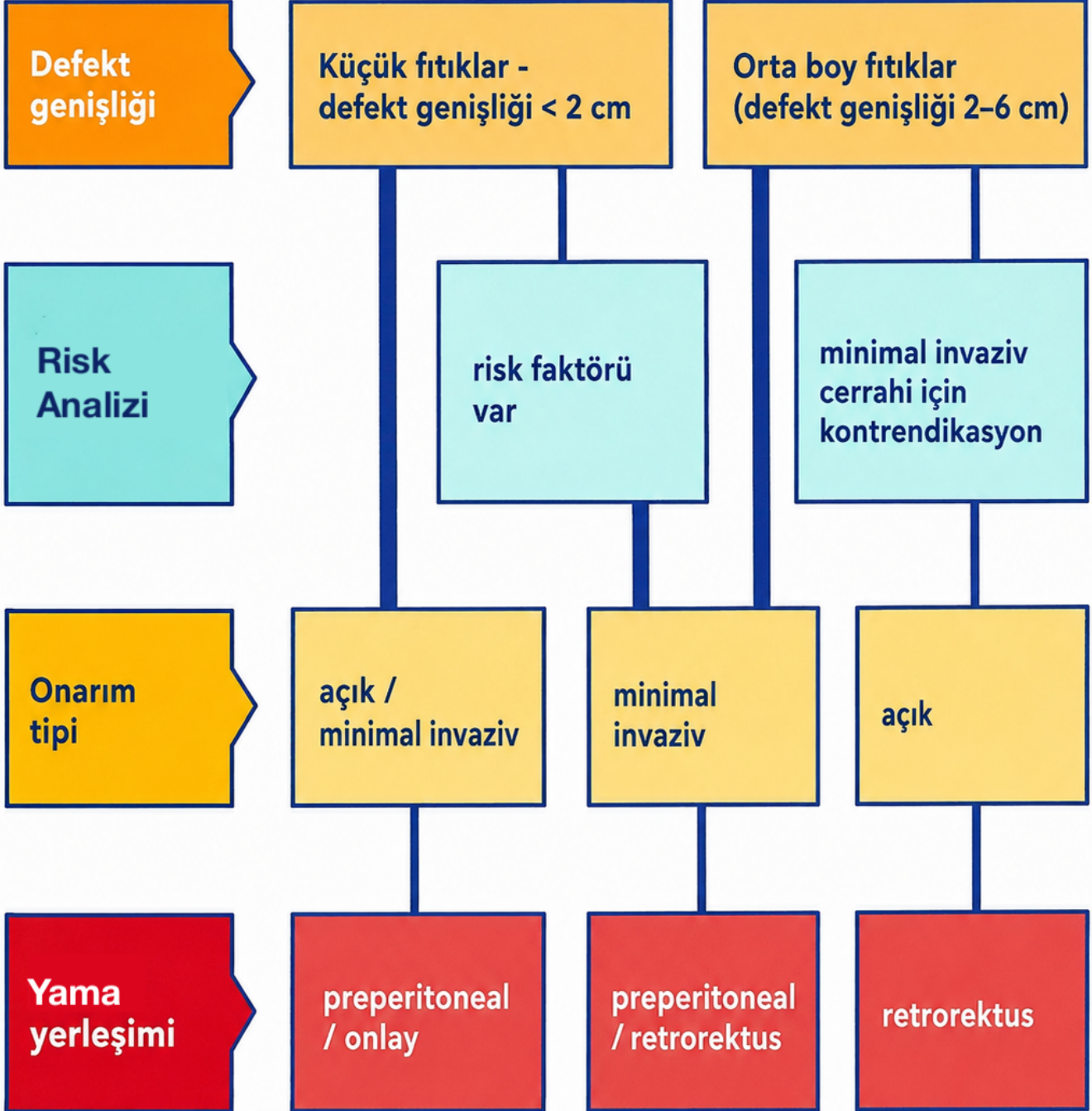
Ventral ve insizyonel fıtık onarımlarından sonra karın korsesi kullanımı ve zorlu aktivitelere dönüş konusunda kanıtlar sınırlıdır.

Bununla birlikte karın korsesi kullanımının seroma ve hematoma riskini azalttığı, ayrıca postoperatif ağrıyı azaltabileceği düşünülmektedir.

Bu nedenle defekt genişliği 2 cm'den büyük ventral ve insizyonel fıtık onarımlarından sonra hastalara postoperatif karın korsesi verilmesi önerilir. Korse kullanım süresi için optimal süre bilinmemektedir; pratik nedenlerle 2–4 haftalık bir dönem önerilmektedir.

Hastanın zorlu aktivitelere ne zaman dönebileceği de net değildir. Günlük aktivitelere hemen dönüş önerilirken, spor ve ağır kaldırmanın operasyondan sonraki 2–4 haftaya kadar ertelenmesi önerilir.

Defekt Genişliği ve Kompleksiteye Göre neriler

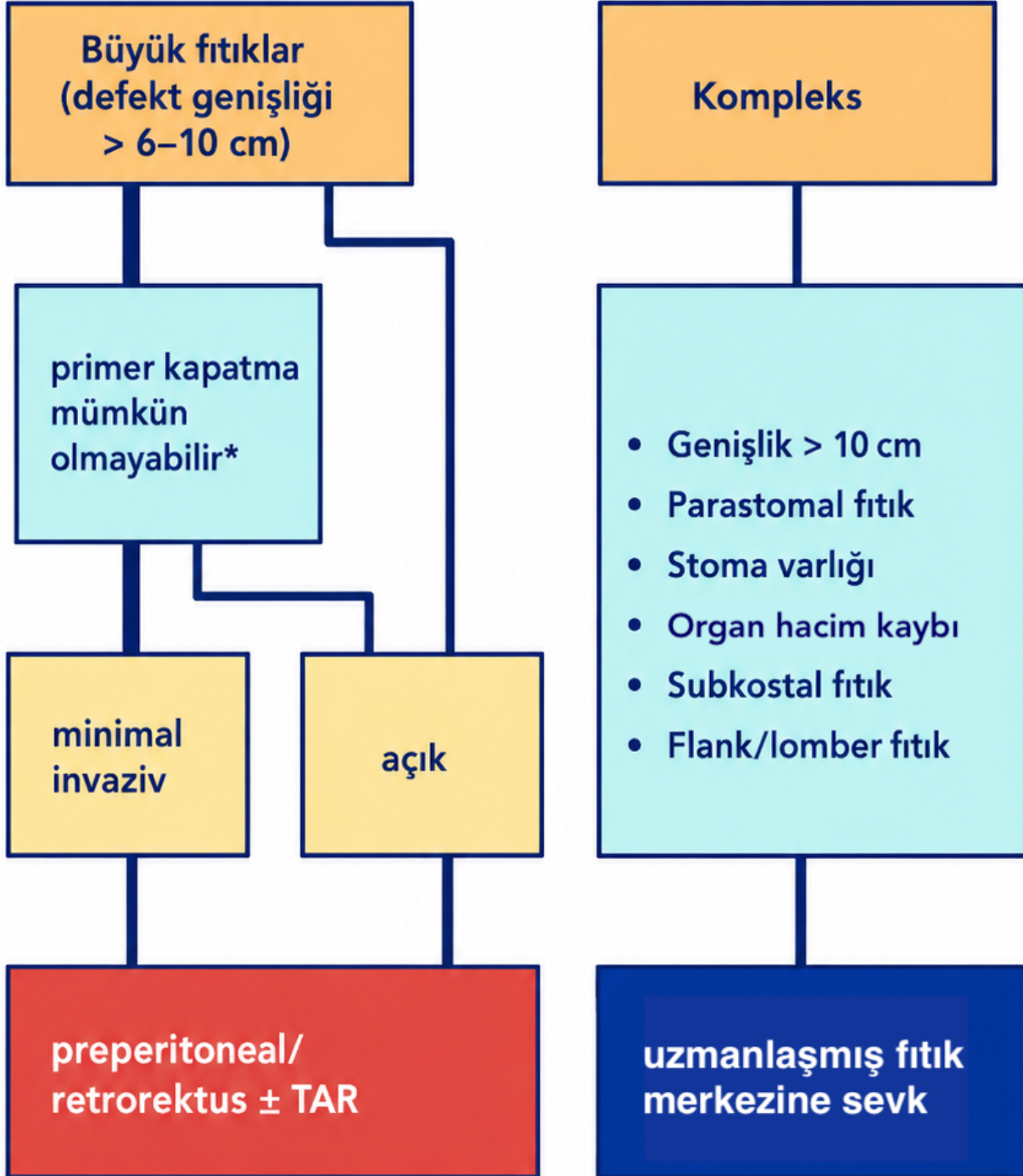


*Ek teknikler gerekebilir; örneğin preoperatif botulinum toksin kullanımı, Transversus Abdominis Release (TAR), flep tekniği veya fasyal traksiyon.

Ventral fıtık algoritması

Minimal invaziv onarımı destekleyen risk faktörleri

- Sigara kullanımı
- BMI > 30 kg/m²
- Diyabet
- Rektus diyastazi
- Orta hat dışı defekt
- Multiple defektler





Fıtık Derneği tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

Medtronic işbirliğiyle hazırlanmıştır

Medtronic