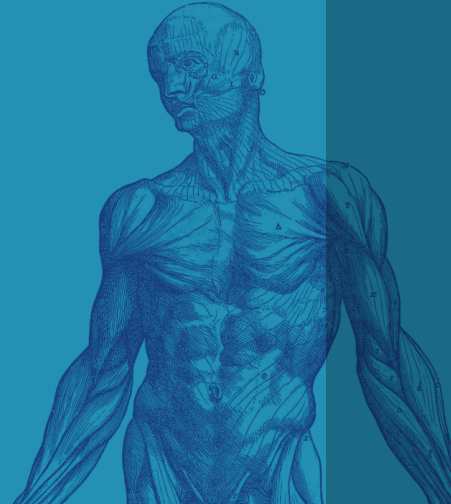


EUROPEAN HERNIA SOCIETY



ULUSLARARASI KASIK FITIĞI TEDAVİSİ REHBERİ

2019



İÇİNDEKİLER

SAYFA

Giriş	3
Yöntemler	4
Özet	4
Öneri anahtarı	4
2. Bölüm Risk faktörleri	5
3. Bölüm Tanısal test yöntemleri	5
4. Bölüm Sınıflandırma	5
5. Bölüm Endikasyonlar – semptomatik ve asemptomatik hastalar için tedavi seçenekleri	6
6. Bölüm Kasık fıtıklarının cerrahi tedavisi	6-8
7. Bölüm Tedavi seçeneklerinin kişiselleştirilmesi	9
8. Bölüm Gizli fıtıklar	10
9. Bölüm Günübürlük cerrahi	10
10. Bölüm Yamalar	11
11. Bölüm Yama sabitlemesi	12
12. Bölüm Antibiyotik profilaksisi	12
13. Bölüm Anestezi	13
14. Bölüm Erken postoperatif ağrının önlenmesi ve tedavisi	13
15. Bölüm İyileşme dönemi	14
16. Bölüm Kadınlarda kasık fıtıkları	14
17. Bölüm Femoral fıtık	15
18. Bölüm Komplikasyonlar - önleme ve tedavi	15
19. Bölüm Ağrı – önleme ve tedavi	16-17
20. Bölüm Tekrarlayan kasık fıtıkları	18
21. Bölüm Acil kasık fıtığı tedavisi	18
22. Bölüm Eğitim ve öğrenme eğrisi	19
23. Bölüm Uzmanlaşmış merkezler ve fıtık uzmanları	19
24. Bölüm Maliyetler	20
25. Bölüm Kasık fıtığı kayıtları	20
26. Bölüm Sonuçlar ve kalite değerlendirmesi	21
27. Bölüm Yaygınlaştırma ve uygulama	21
28. Bölüm Kısıtlı koşullar altında kasık fıtığı cerrahisi	22
Sonuçlar	23

GİRİŞ

Bu rehber, Uluslararası Kasık Fıtığı Tedavisi Rehberi'nin bir özeti'dir. Burada paylaşılan bilgiler Hernia dergisinde yayınlanmıştır (Hernia. 2018 Feb;22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x-). Springer sitesi, Pubmed ve HerniaSurge web sitesinden (www.herniasurge.com) ücretsiz erişim mevcuttur. Özet referansları içermemektedir. Referanslar çevrimiçi makalelerde görüntülenebilir. Rehber 136 açıklama, 88 öneri ve 1299 referans içeren 165 sayfadan oluşmaktadır. Her türlü uygulamayı yapan genel cerrahlar için geliştirilmiştir ve kasık fıtığı olan hastaların çoğunluğu için geçerli yönergeler sunmayı amaçlamaktadır. Bu özeti, İngilizce konuşmayan cerrahlar için sunuyoruz, ancak tedavinin tüm yönlerinin ayrıntıları hakkında daha iyi bilgi için rehberin tamamını okumanızı öneririz. Özellikle kıta ve hatta bölgesel olarak var olan kültürler, eğitim, uzmanlık, lojistik ve ekonomik koşullardaki farklılıklar göz önünde bulundurularak rehberlerden sapmak gerekebilir.

Dünya çapında, yılda 20 milyondan fazla hastada kasık fıtığı onarımı yapılmaktadır. Kasık fıtığı onarımı için birçok farklı yaklaşım, tedavi endikasyonu ve önemli bir dizi teknik, bakımı standartlaştırmak, komplikasyonları en aza indirmek ve sonuçları iyileştirmek için yönergeler gerektirir.

Rehberlerin temel amacı, kasık fıtığı onarımını takiben hasta sonuçlarını iyileştirmek, en sık görülen problemler olan, özellikle nüks oranlarını azaltmak ve kronik ağrıyı azaltmaktır. Beş Fıtık Derneği ve Uluslararası Endo Fıtık Derneği ve Avrupa Endoskopik Cerrahi Derneği tarafından onaylanmıştır.



Simons MP, Smietanski M, Bonjer HJ, Bittner R, Miserez M, Aufenacker TJ, Fitzgibbons RJ, Chowbey PK, Tran HM, Sani R, Berrevoet F, Bingener J, Bisgaard T, Bury K, Campanelli G, Chen DC, Conze J, Cuccurullo D, de Beaux AC, Eker HH, Fortelny RH, Gillion JF, van den Heuvel BJ, Hope WW, Jorgensen LN, Klinge U, Köckerling F, Kukleta JF, Konate I, Liem AL, Lomanto D, Loos MJA, Lopez-Cano M, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Muysoms FE, Niebuhr H, Nordin P, Pawlak M, van Ramshorst GH, Reinhold WMJ, Sanders DL, Schouten N, Smedberg S, Simmermacher RKJ, Tuntavikul S, van Veenendaal N, Weyhe D, Wijsmuller AR.

YÖNTEMLER

Uluslararası cerrahlar (HerniaSurge Grubu) ve bir anestezi ağı uzmanı tarafından bir bilirkişi grubu oluşturuldu. Grup, tüm kıtalardan fitikle ilgili araştırmalarda özel deneyime sahip üyelerden oluşmaktaydı. Farklı onarım türlerini gerçekleştiren ve tercihen kasık fıtığı ameliyatı üzerine araştırma yapan cerrahların dahil edilmesine özen gösterilmiştir. Grubun ilk toplantısında Kanıt Dayalı Tıp (KDT) eğitimi verildi ve 166 anahtar soru (AS) oluşturuldu. Birinci seviye yayınlar için 1 Ocak 2015'e ve 1 Temmuz 2015'e kadar tam literatür araştırmalarında (Hollanda Cochrane veritabanı tarafından tam bir arama dahil) KDT kuralları takip edildi.

Makaleler Oxford, SIGN ve Grade metodolojilerine göre iki veya üç kişilik ekipler tarafından puanlandı. İki günlük beş toplantıda, sonuçlar çalışma grubu üyeleri ile tartışılmış, 136 açıklama ve 88 öneri ortaya çıkmıştır. Öneriler "güçlü" (öneriler) veya "zayıf" (öneriler) olarak ve bazı durumlarda fikir birliği ile iyileştirilmiş olarak derecelendirildi. Aşağıdaki Sonuçlar ve Özet bölümünde, "gerekir" terimi bir öneriyi belirtmektedir. Rehberleri onaylamak için AGREE II ölçeği kullanıldı. Üç uluslararası uzman tarafından dış inceleme yapıldı. Bu uzmanlar yüksek puanlı yönergeleri önermişlerdir.

ÖZET

Bu özet her bölümün kısa bir tanıtımını ve konu ile en ilişkili önerileri içermektedir. Hiçbir şekilde tam değildir, ancak birçok ilgili dile tercüme edilmesi amaçlanmıştır. 88 önerinin 63'ü kullanılmıştır. Daha fazla ayrıntı için lütfen makalenin tamamını okuyun.

ÖNERİ ANAHTARI

GÜÇLÜ: Faydalar risk ve yükten daha ağır basar veya aşmaz..

ZAYIF: Faydalar, riskler ve yük hassas bir şekilde dengelenmiştir..

2.BÖLÜM RİSK FAKTÖRLERİ

Kasık fıtığı (KF) için risk faktörleri şunları içerir: aile öyküsü, önceki kontralateral fıtık, erkek cinsiyet, yaş, anormal kollajen metabolizması, prostatektomi ve düşük vücut kitle indeksi. Kasık fıtığı hastalarını tedavi ederken kötü cerrahi teknik, düşük cerrahi hacim, cerrahi deneyimsizlik ve lokal anestezi gibi nüks için perioperatif risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Edinilmiş, cerrahi ve perioperatif risk faktörlerinin, potansiyel olarak değiştirilebilir olmaları ve yapılan onarım tipini etkileyebilmeleri nedeniyle kuvvetle değerlendirilmeleri önerilmektedir.

3.BÖLÜM TANISAL TEST YÖNTEMLERİ

Kasık fıtığı tanısı, hastalığa özgü belirti ve semptomları olan hastaların büyük çoğunluğunda tek başına fizik muayene ile doğrulanabilir. Nadiren ultrason gereklidir. Daha az yaygın olarak, dinamik MR veya BT taraması veya herniyografi gerekebilir. Kadınlarda tanı, femoral fıtık sıklığının daha yüksek olması nedeniyle zor olabilir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Belirsiz kasık şişmesi veya olası gizli kasık fıtığı olan hastaların teşhisi için en uygun yöntem olarak klinik muayene ve ultrason kombinasyonu önerilir. Ultrason negatif veya tanısız değilse, daha ileri değerlendirme için dinamik MR veya BT düşünülebilir.

4.BÖLÜM SINIFLANDIRMA

Kasık fıtığı ile ilgili araştırma yapmak, tedavileri uyarlamak ve kalite denetimleri yapmak için Avrupa Fıtık Derneği (EHS)'nin sınıflandırma sisteminin kullanılması önerilmektedir.

5.BÖLÜM ENDİKASYONLAR – SEMPTOMATİK VE ASEPTOMATİK HASTALAR İÇİN TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Semptomatik kasık fıtıkları cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Aseptomatik veya minimal semptomatik erkek KF(Kasık Fıtığı) hastaları, fıtık ile ilişkili acil durum riskleri düşük olduğundan “dikkatli izlem” ile yönetilebilir. Bu bireylerin çoğu sonunda semptomlar, çoğunlukla da ağrı geliştirecek ve ameliyat gerekecektir. Bu nedenle aseptomatik veya minimal semptomatik fıtıkların doğal seyri ve cerrahi riskler hastalarla tartışılmalıdır. Cerrahi tedavi, cerrahın uzmanlığı, hasta ve fıtık ile ilgili özellikler ve yerel/ulusal kaynaklara göre ayarlanmalıdır. Ayrıca, hastanın sağlığı ile ilişkili faktörler, yaşam tarzı ve sosyal faktörlerlerin tümü, fıtık yönetimine giden ortak karar verme sürecinde etkili olmalıdır.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Hastalarla fıtık onarımının zamanlaması hakkında tartışmaların, sosyal çevre, meslek ve genel sağlığı içermesi önerilir. Elektif cerrahinin düşük morbiditesi, acil cerrahinin yüksek morbiditesi ile kıyaslanmalıdır.

6.BÖLÜM KASIK FITIKLARININ CERRAHİ TEDAVİSİ

En iyi veya en uygun kasık fıtığı onarım tekniğini seçmek gerçekten zordur. En iyi ameliyat tekniği aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır: düşük komplikasyon riski (ağrı ve nüks), (nispeten) öğrenmesi kolay, hızlı iyileşme, tekrarlanabilir sonuçlar ve maliyet etkinliği. Cerrahi kararı aynı zamanda fıtık özellikleri, anestezi türü, cerrahın tercihi, eğitim yetenekleri ve lojistik gibi birçok faktöre de bağlıdır. Hastanın istekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Cerrahlar, ülkeler ve bölgeler arasında kültürel farklılıklar vardır.

YAMASIZ ONARIM

Yama mevcut değilse veya yama istemeyen hastalar ile ortak verilen karar durumlarında yamasız onarım bir seçenektir. Genel uygulamada nüks oranı yama onarımından daha yüksek olmasına ve ağrı risklerinin yama ile karşılaştırılabilir olmasına rağmen en iyi doku onarımı Shouldice tekniğidir. Nüks riskinin düşük olduğu durumlarda (örneğin indirekt fıtığı olan genç erkekler) yamasız onarımın değeri ve konusunda uzman kliniklerin sonuçları üzerine daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Yamasız kasık fıtığı onarımında Shouldice tekniği önerilmektedir.

YAMA ONARIMI

Açık cerrahi veya laparo-endoskopik onarım tekniği ile beraber uygulanabilen yama tekniği, ilk seçenek olarak önerilir. Tüm kasık fıtıkları için standart tek bir onarım tekniği mevcut değildir. Cerrahların/cerrahi kliniklerinin hem anterior hem de posterior yaklaşım seçeneklerini sunması önerilir. En iyi Lichtenstein veya laparo-endoskopik onarımda değerlendirilir. Açık pre-peritoneal yaklaşımlar ve özel yama tipleri gibi diğer birçok tekniğin daha fazla değerlendirmeye ihtiyacı vardır. Lichtenstein'dan daha iyi değillerdir. İki düzlemden geçen tıkaçların ve tekniklerin (önden arkaya bir yama yerleştirilmesi) kullanılmaması veya sadece araştırma durumlarında kullanılması önerilmektedir. Kaynaklar ve yeterli uzmanlık mevcut ise, laparo-endoskopik tekniklerin iyileşme süreleri daha hızlı, kronik ağrı riski daha düşüktür ve uygun maliyetlidir. Laparoskopik Transabdominal Preperitoneal (TAPP) ve Laparoskopik Totally Ekstraperitoneal (TEP) cerrahi karşılaştırılabilir sonuçlara sahiptir ve cerrahların eğitimi ve uzmanlığı göz önünde bulundurularak düşünülebilir. Potansiyel bilateral fıtıkların laparo-endoskopik tedavisi hakkında bir tartışma vardır (gizli fıtık sorunu). Hasta onamından sonra, TAPP sırasında, kontralateral taraf kontrol edilmelidir. Tek taraflı TEP onarımı sırasında bu önerilmez. Düşük kaynak ortamları için öneriler 28. Bölüm'de özetlenmiştir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Yamalı onarım tekniği kasık fıtığı olan hastalar için önerilir.

Karşılaştırılabilir sonuçlara rağmen, yabancı maddenin fazla kullanımı, hem anterior hem de posterior düzlemlere girme ihtiyacı ve ek maliyet nedeniyle üç boyutlu implantlar (tıkaç-ve-yama ve iki katmanlı) önerilmez.

Lichtenstein tekniğinde standart düz yamanın yerine başka implantların kullanılması şu anda önerilmemektedir.

Laparo-endoskopik kasık fıtığı onarımında, TAPP ve TEP karşılaştırılabilir sonuçlara sahip olduğundan, teknik seçiminin cerrahın becerilerine, eğitimine ve deneyimine dayanması önerilir.

Özel uzmanlığa ve yeterli kaynağa sahip bir cerrahın bulunması koşuluyla primer bilateral kasık fıtığının onarımı için laparo-endoskopik onarım önerilmektedir.

ZAYIF: Hastanın bir yama kullanımını reddettiği durumlarda ve/veya ortak bir karar alındığında kasık fıtığı için yamasız bir onarım önerilebilir.

Lichtenstein tekniğinde standart düz yamanın yerine açık preperitoneal yama tekniklerinin kullanımının araştırma ortamlarında yapılması önerilmektedir.

Primer tek taraflı inguinal hernisi olan erkek hastalar için, spesifik ve yeterli kaynaklara sahip bir cerrahın mevcut olması koşuluyla, ameliyat sonrası düşük ağrı sıklığı ve kronik ağrı sıklığındaki azalma nedeniyle laparo-endoskopik bir teknik önerilmektedir. Bununla birlikte, Lichtenstein'in ilk tercih olarak gerektiğini gösteren hasta ve fıtık özellikleri vardır.



7.BÖLÜM TEDAVİ SEÇENEKLERİNİN KİŞİSELLEŞTİRİLMESİ

Bir söz, iyi bir şekilde öğretilen ve sıklıkla yapılan ve iyi sonuçlanan herhangi bir tekniğin geçerli olduğunu söyler. Bazı teknikler kolayca öğrenilir ve iyi sonuçlar verirken, diğerlerinde ustalaşmak çok zor olabilir, ancak harika sonuçlar sunarlar. Tüm bu teknikler cerrahın anatomi bilgisi, vaka yükü ve kasık fıtığı ameliyatına bağlılığı konusundaki bilgisine büyük ölçüde bağlıdır. Bu nedenle, fıtık cerrahlarının karşılaştığı soru şudur: "Hangi durumda hangi teknik kullanılmalıdır?" Bireysel tekniklerin, lokal anestezi altında cerrahi olasılığı, eşzamanlı kontralateral fıtık onarımı, tekrarlayan fıtıklarda skar dokusundan kaçınmak için farklı yaklaşımların seçilmesi gibi farklı avantaj ve dezavantajları vardır. Sonuç olarak, hangi faktörler cerrahi kararın verilmesinde doğru yönlendirme yapmaktadır? KF tedavisi standartlaştırılabilir mi yoksa bireyselleştirilmiş mi olmalı? Bireyselleştirilmişse, hangi belirleyiciler cerrahın seçeneklerini etkilemelidir?

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Özel ve yeterli kaynaklara sahip bir cerrahın mevcut olması koşuluyla primer bilateral kasık fıtıklarının onarımı için laparo-endoskopik onarım önerilmektedir.

Pelvik patolojisi olan, veya radyasyon veya pelvik cerrahi nedeniyle skarlı olan hastalarda, veya periton diyalizi olanlarda anterior yaklaşımı düşünün.

Cerrahların, tedavileri deneyim, yerel/ulusal kaynaklar ve hasta ve fıtıkla ilgili faktörlere göre uyarlamaları önerilir.

Tüm kasık fıtıkları için uygun olan genel kabul görmüş bir teknik mevcut olmadığından, cerrahların/cerrahi kliniklerinin hem anterior hem de posterior yaklaşım seçeneğini sunması önerilir.



8.BÖLÜM GİZLİ FITIKLAR

HerniaSurge Grubu tarafından tanımlanan gizli fitik, fizik muayene ile tespit edilemeyen asemptomatik bir fitiktir.

KF oluşumu etiyojiye dayalı olarak bilateral bir durum kabul edilir, ancak birçok hasta için tek taraflı semptomatik fitik ile başvuru tipiktir. Bazen fizik muayenede kontralateral fitik görülecektir, ancak bazı hastalarda ilk başvuru sırasında kontralateral gizli fitik görülür ve daha sonra semptomatik hale gelebilir. Başka bir hasta alt kümesinde ise, daha sonraki bir tarihte onarım gerektirebilecek kontralateral yeni bir fitik gelişecektir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Kontralateral kasığın TAPP onarımı sırasında kontrol edilmesi önerilir. Ameliyat sırasında kontralateral kasık fitiği bulunursa ve önceden bilgilendirilmiş onam alınmışsa, onarım önerilir.

ZAYIF: Kontralateral fitiği olmayan aşikâr tek taraflı primer kasık fitiği olanlarda rutin bilateral TAPP onarımı önerilmemektedir.

Klinik olarak fitiği olmayan asemptomatik bir hastada kontralateral fitiğin TEP ile rutin olarak araştırılması önerilmemektedir.

9.BÖLÜM GÜNÜBİRLİK CERRAHI

Günübirlik cerrahi birçok ülkede uygulanabilir ve yaygın bir uygulamadır. Bu uygulamanın kullanılıp kullanılmayacağı aşağıdaki faktörlere bağlıdır: Uygulama sonrası bakım, lojistik, sigorta ve geri ödeme politikaları.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Uygulama sonrası bakımın organize edildiği ve seçilen diğer vakalar için, kasık fitiği onarımının çoğunda günübirlik cerrahi önerilir.

10 BÖLÜM YAMALAR

Cerrahlar kullandıkları yamaların esas özelliklerinin farkında olmalıdır. Düşük ağırlıklı olarak adlandırılan yamanın kullanımı, ameliyat sonrası ağrının azalması ve daha kısa iyileşme süresi gibi kısa dönem faydalara sahip olabilir, ancak nüks ve kronik ağrı gibi daha iyi uzun dönem sonuçlarla ilişkili değildir. Sadece ağırlığa bakarak yama seçimi tavsiye edilmez. Erozyon sıklığı, tıkaç ile düz yamaya göre daha yüksek görünmektedir. Tıkaç ile onarım tekniklerinin kullanılmaması önerilir. Lichtenstein tekniğinde standart düz yamanın yerine başka implantların kullanılması şu anda önerilmemektedir.

ÖNERİLER

ZAYIF: HerniaSurge, 16 Nm²'lik bir patlama gücüne sahip ve tüm yönlerde (müteakip yırtılma kuvveti dahil) 16 N/cm²'lik minimum gerilme gücünden oluşan büyük gözenekli (1-1.5 mm) monofilaman sentetik düz yamalar önermektedir.

Kasık fitiği onarımı sonrası postoperatif ağrı düşünüldüğünde, muhtemelen bunlar sadece kısa dönem faydalar olmasına rağmen düşük ağırlıklı yamaların düşünülmesi önerilmektedir.

EHS M2 ve M3 medial kasık fitiğinde nüks riski göz önüne alındığında, HerniaSurge tarafından düşük ağırlıklı yama kullanılmaması önerilir.



11. BÖLÜM YAMA SABİTLENMESİ

Çiviler, zimbalar, kendinden sabitlemeli olanlar, fibrin yapıştırıcılar, tutkallar ve dikişler dahil olmak üzere çeşitli yama sabitleme yöntemleri mevcuttur. Ancak, "en iyi" sabitleme yöntemi konusunda fikir birliği yoktur, bu nedenle kullanılan yöntemler cerrahların tercihlerine dayanır. TAPP ve TEP onarımında tüm fıtık tiplerinde, büyük direkt fıtıklar dışında ise sabitleme önerilmemektedir. Travmatik sabitleme cihazlarına bağlı postoperatif ağrı riski göz önünde bulundurularak, açık ve laparo-endoskopik onarımda doku yapıştırıcısı ile sabitleme yapılması değerlendirilmelidir. Belirli bir sabitleme yönteminin hasta bazlı veya cerrahi sonuç ölçümlerini iyileştirdiğine dair kanıtların, klinik uygulama üzerinde önemli bir etkisi olabilir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: TAPP veya TEP uygulanan büyük direkt fıtığı (M3 - EHS sınıflandırması) olan hastalarda, nüks riskini azaltmak için, yama sabitlemesi önerilmektedir.

ZAYIF: Postoperatif erken ağrıyı azaltmak için açık kasık fıtığı onarım tekniklerinde atravmatik yama sabitlemesi önerilmektedir.

12. BÖLÜM ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİSİ

Düşük riskli ortamlardaki ortalama riski olan hastalarda açık cerrahide antibiyotik profilaksisi önerilmez. Laparo-endoskopik onarımda asla tavsiye edilmez. Yüksek riskli ortamlarda laparo-endoskopik operasyonlar dışındaki tüm durumlarda önerilir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Açık yama onarımında, düşük riskli bir ortalama riski olan hastalarda antibiyotik profilaksisinin uygulanması önerilmemektedir.

Yüksek riskli bir ortamda herhangi bir hastada açık yama onarımında antibiyotik profilaksisinin uygulanması önerilir.

Herhangi bir risk ortamında herhangi bir hastada laparo-endoskopik onarımda antibiyotik profilaksisi önerilmez.

ZAYIF: Düşük riskli bir ortamda yüksek riskli hastalarda açık yama onarımında antibiyotik profilaksisinin uygulanması önerilmektedir.

13. BÖLÜM ANESTEZİ

Açık onarımda lokal anestezi birçok avantaja sahiptir ve cerrahın bu teknikte deneyimli olması şartıyla kullanımı önerilmektedir. Miyokard enfarktüsü, pnömoni ve tromboembolizm gibi komplikasyonlarla daha az ilişkili olabileceğinden, 65 yaş ve üzerindeki hastalarda bölgesel anestezi yerine genel anestezi önerilmektedir. Tüm açık onarım vakalarında perioperatif alan blokları ve/veya subfasyal/subkutan infiltrasyonlar önerilir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Lokal anestezi kullanımında ve anestezinin uygulanmasında cerrahlar/ekipler deneyimli ise, geriletebilir kasık fıtıklarının açık onarımı için lokal anestezi önerilir.

Hastalara rahat hissettikleri ölçüde normal aktivitelerine kısıtlama olmaksızın devam etmeleri önerilir.

ZAYIF: Doğru uygulanan lokal anestezinin, ciddi sistemik hastalığı olan hastalarda genel veya bölgesel anesteziye iyi bir alternatif olduğu ileri sürülmektedir.

65 yaş ve üstü hastalarda bölgesel anesteziye kıyasla lokal veya genel anestezi önerilmektedir.

14. BÖLÜM ERKEN POSTOPERATİF AĞRININ ÖNLENMESİ VE TEDAVİSİ

Postoperatif ağrı yönetimine, lokal anestetiklerin kullanımı gibi bazı tıbbi tedaviler ve müdahaleler dahil olmak üzere çeşitli yaklaşımlar araştırılmıştır. Birçok yerel protokol, hangi önlemlerin alınacağına dair cerrahları yönlendirecektir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Tüm açık kasık fıtığı onarımlarında inguinal sinirlerin alan blokları ve/veya subfasyal/subkutan infiltrasyon gibi ameliyat öncesi veya perioperatif lokal anestetik önlemler önerilir.

15. BÖLÜM İYİLEŞME DÖNEMİ

İyileşme süresi - hastalık izni ile işe gitmemek ve hobi zamanlarından uzak geçirilen zaman olarak tanımlanır - KF cerrahisini takiben iyileşme aşamasının önemli bir özelliğidir. Bununla birlikte çoğu çalışma, önerilerin kısa süreli iyileşme süresi üzerine etkisini araştırmamıştır.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Hastalara üç ila beş gün içinde veya rahat hissettiklerinde normal aktivitelerine kısıtlama olmaksızın devam etmeleri önerilmektedir.

16. BÖLÜM KADINLARDA KASIK FITIKLARI

Konu ile ilgili deneyim mevcutsa, kasık fıtığı olan kadınlarda kronik ağrı riskini azaltmak ve bir femoral fıtığı kaçırmamak için laparo-endoskopik onarım yapılması önerilmektedir. Hamile kadınlarda kasık şişmesi en sık kendi kendine sınırlı round ligaman varislerinden oluştuğu için dikkatle izlem önerilir. Femoral fıtıklar için deneyim mevcudiyetinde laparo-endoskopik yaklaşımla planlı yama onarımı önerilmektedir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Konu ile ilgili deneyim mevcutsa, kasık fıtığı olan kadınlara yama implantasyonu ile laparo-endoskopik onarım uygulanması önerilir.

Kasık fıtığı olan kadınlarda planlı fıtık onarımı önerilir.

Hekimler kadınlarda kasık şişmesinin ayırıcı tanısında femoral fıtığı düşünmelidir.

ZAYIF: Kasık şişmesi olan gebe kadınlarda dikkatli izlem önerilir.

Açık onarımda round ligamanın bölünmesinden kaçınılması önerilir. Round ligamanın bölünmesi laparo-endoskopik onarımda isteğe bağlıdır, ancak tercihen periton ile füzyon yerinde genital dal ile karşılaştığı yerin proksimalinde yapılmalıdır.

17. BÖLÜM FEMORAL FITIK

Elektif ve acil femoral fıtık onarımları, tüm kasık fıtığı onarımlarının kabaca %2 ila %4'ünü oluşturur. Bununla birlikte, gerçek femoral fıtık sıklığı muhtemelen %2 ila %4'ten düşüktür, çünkü bu yüzde, KF'larına kıyasla cerrahi olarak tedavi edilen femoral fıtıkların yüksek yüzdesi tarafından çarpıtılmıştır.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Elektif femoral fıtık onarımlarında yama kullanılması önerilir.

Deneyimin mevcut olduğu durumda, elektif femoral fıtık onarımı için laparo-endoskopik bir prosedür önerilir.

18. BÖLÜM KOMPLİKASYONLAR – ÖNLEME VE TEDAVİ

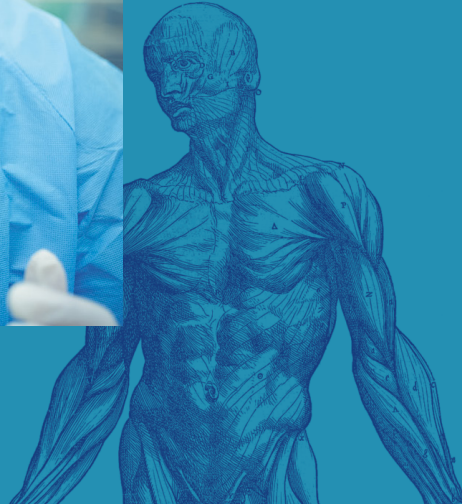
Kasık fıtığı tedavisinin komplikasyonları, idrar retansiyonu ve cinsel işlev bozukluğu, hematoma, seroma, seyrek görülen ciddi komplikasyonlar ve mortalite dahil olmak üzere konuyla ilgili kapsamlı bir bölümde tartışılmıştır.



19. BÖLÜM AĞRI – ÖNLEME VE TEDAVİ

Kronik ağrı, neredeyse tüm cerrahi prosedürleri takiben sık görülen bir uzun dönem komplikasyondur. Bununla birlikte, spesifik operasyonlardan sonra tam olarak kronik ağrıyı neyin oluşturduğuna dair bir fikir birliği yoktur. Kasık fıtığı onarımı ile, yapılara ve organlara ve yapılan onarımın türüne bağlı olarak ağrı paternleri değişebilir. Bazı predispozan nöroanatomik ve teknik faktörlerden kaçınılabılırken, kronik postoperatif kasık ağrısı (KPKA) çeşitli psikolojik, sosyal, genetik ve davranışsal etkilerle karmaşık bir zorluk olmaya devam etmektedir. KPKA, kasık fıtığı ameliyatı olan hastaların %10-12'sini etkileyen ciddi bir komplikasyondur. Ameliyat sonrası en az 3 ay süren, günlük aktiviteleri etkileyen rahatsız edici orta derecede ağrı olarak tanımlanır. KPKA risk faktörleri şunları içerir: genç yaş, kadın cinsiyet, şiddetli preoperatif ağrı, erken şiddetli postoperatif ağrı, tekrarlayan fıtık ve açık onarım. KPKA için odak, açık cerrahide sinirin tanınması ve seçilmiş vakalarda profilaktik pragmatik sinir rezeksiyonu olmalıdır (planlı rezeksiyon önerilmemektedir).

KPKA yönetiminin multidisipliner bir ekip tarafından yapılması önerilmektedir. Ayrıca KPKA'nın farmakolojik ve girişimsel önlemlerin bir kombinasyonu ile yönetilmesi ve eğer başarısız olursa, ardından seçilmiş vakalarda (üçlü) nörektomi ve (seçilmiş olgularda) yamanın çıkarılması önerilmektedir.



ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Kronik ağrı, postoperatif üç ay ve daha uzun süren, günlük aktiviteleri etkileyen rahatsız edici orta derece ve daha fazla ağrı olarak tanımlanmalıdır.

Fıtık onarımı sonrası kronik ağrı sıklığını azaltmak için ameliyat sırasında sinir anatomisi farkındalığı ve sinirin tanınması önerilir.

ZAYIF: Planlı bir profilaktik iliohipogastrik sinir rezeksiyonu önerilmemektedir.

İyatrojenik sinir hasarı meydana gelirse veya sinir(ler) yamanın pozisyonu ile çakışıyor, ilioinguinal sinirin ve/veya iliohipogastrik sinirin pragmatik rezeksiyonu önerilir.

Ani şiddetli/zorlayıcı postoperatif ağrı, vasküler veya sinir hasarı olasılığını artırır. Bu komplikasyonları dışlamak veya yönetmek için aynı gün erken ameliyat önerilmektedir.

Kronik ağrısı olan hastaları yönetmek için multidisipliner bir ekip önerilmektedir. Farmakolojik ve girişimsel önlemler- teşhis ve tedavi edici sinir blokları dahil- en az üç ay devam etmelidir (fıtık cerrahisinden en az altı ay sonra).

Orijinal onarım yöntemine ve sunuma bağlı olarak yamanın çıkarılmasıyla veya çıkarılmadan nörektomiye özel bir yaklaşım önerilmektedir. Nörektomi tipi -selektif veya üçlü- kararı en iyi cerrahın takdirine bırakılır.

20. BÖLÜM TEKRARLAYAN KASIK FITIKLARI

Tekrarlayan kasık fıtığı açık bir şekilde hala önemli bir sağlık sorunudur. Nüks oranları %15 kadar yüksek olabilir. Nüks oranları takip süresine göre değiştiğinden, bu rakamın belirlenmesi zordur. Her şeye rağmen, bu soruna büyük kaynaklar atanmıştır. Anterior onarımdan sonra tekrarlayan fıtık için posterior onarım önerilir. Posterior onarımdan sonra nüks meydana gelirse, anterior onarım önerilir. Başarısız bir anterior ve posterior yaklaşımdan sonra, uzman bir fıtık cerrahının yönetimi önerilir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Başarısız bir anterior doku veya Lichtenstein onarımından sonra laparo-endoskopik nüks kasık fıtığı onarımı önerilir.

Başarısız bir posterior onarımdan sonra anterior onarım önerilir.

Başarısız bir anterior ve posterior onarımdan sonra tekrarlayan bir kasık fıtığını uzman bir fıtık cerrahı onarmalıdır. Tekniğin seçimi hastaya ve cerraha özgü faktörlere bağlıdır.

21. BÖLÜM ACIL KASIK FITIĞI TEDAVİSİ

Bu bölüm en iyi cerrahi yaklaşım (açık anterior, posterior veya laparoskopik) ve onarım seçenekleri (ör. yamalı veya yamasız) hakkındaki kilit soruları ele almaktadır.

Önemli klinik sorulara kesin kanıta dayalı cevaplar ararken, şu andaki mevcut literatürün getirdiği sınırlamaları dikkate almak önemlidir. Fıtık sıkışması/boğulması için risk faktörleri şunları içerir: kadın cinsiyet, femoral fıtık varlığı ve kasık fıtığı ile ilgili hastanede yatış öyküsü. Acil durumların tedavisinin hasta ve fıtıkla ilgili faktörlere, yerel deneyime ve kaynaklara göre ayarlanması önerilmektedir.

ÖNERİLER

ZAYIF: Akut sıkışmış/boğulmuş kasık fıtığı olan yetişkin hastalar için adapte edilmiş bir yaklaşım önerilmektedir, çünkü optimal cerrahi yaklaşımı destekleyen kanıt yoktur.

22. BÖLÜM EĞİTİM VE ÖĞRENME EĞRİSİ

Öğrenme eğrileri farklı teknikler arasında farklılık gösterir. Lichtenstein gibi açık yama onarımı ile aynı sonuçları elde etmek için muhtemelen yaklaşık 100 süpervize edilen laparo-endoskopik onarım gereklidir. Cerrah başına vaka yükünün tıbbi merkez hacminden daha fazla önem arz etmesi önerilmektedir. Bireyleri uzman fıtık cerrahı olarak tasdik etmek için asgari gereksinimlerin geliştirilmesi tavsiye edilir. Aynı "Fıtık Merkezi" adı için de geçerlidir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Anatomi, ameliyat adımları, intraoperatif karar verme ve yeterlilik temelli, simülasyon destekli teknik beceri eğitimini içeren hedefe yönelik bir müfredat önerilir.

23. BÖLÜM UZMANLAŞMIŞ MERKEZLER VE FITIK UZMANLARI

Merkezlerin fıtık merkezi olarak sertifikalandırılabilmesi için operasyon sayısı, takip ve kalite kontrol gereklilikleri yerine getirilmelidir. EHS'nin, ACCESS olarak adlandırılan ve merkezlerin ve cerrahların akreditasyonu ve sertifikasyonu için yönergeler geliştiren bir grubu vardır. Ana öneriler, tıbbi merkezlerin hacmi, cerrahların hacmi, sunulabilecek operasyon türleri, tanı yöntemleri, YBÜ varlığı, hastaların kaydı, kalite takibi, sonuçlar, araştırma ve öğretim tesisleri ile ilgili minimum gerekliliklerle ilgilidir.



24. BÖLÜM MALİYETLER

KF onarımı için maliyet hesaplamaları karmaşıktır ve gerçekleştirilmesi zordur. Tedavi öncesi, tedavi sırasında ve tedavi sonrası tıbbi bakım, toplumsal ve işveren maliyetleri dahil genel maliyetler çalışmalarda nadiren tamamen rapor edilmektedir. Ayrıca, maliyetlerin ücretlere eşit olmadığı düşünülmelidir. Ücretler mutlaka maliyetlerle ilgili değildir ve genellikle farklı formüller kullanılarak oluşturulur. Ücretler hastaneler ve ülkeler arasında büyük farklılıklar gösterebilir. Sigorta şirketleri veya hastalar tarafından masrafların geri ödenmesi, genellikle toplu sözleşmelerle ilgili müzakerelere bağlı olarak, ülkeler ve hastaneler arasında büyük farklılıklar gösterir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: Maliyet etkinliği açısından, tek kullanımlık malzemelerin asgari kullanıldığı gününbirlik laparo-endoskopik kasık fıtığı onarımı önerilir.

25. BÖLÜM KASIK FITIĞI KAYITLARI

Her ülkede (veya küçük ülke nüfusuna sahip bölgelerde) ulusal kasık fıtığı kayıtlarının oluşturulması ve uygulanması önerilmektedir. Hasta takip verilerini içermeli ve yerel sağlık yapılarını hesaba katmalıdır.

ÖNERİLER

ZAYIF: Ülkelerin veya bölgelerin kasık fıtığı hastalarında kalite kontrolü için yüksek kapsama alanı ve uzun süreli takip ile kayıt geliştirmeleri ve uygulamaları önerilmektedir.

26. BÖLÜM SONUÇLAR VE KALİTE DEĞERLENDİRMESİ

Farklı tür kasık fıtığı onarımı geçiren hastaların ameliyat sonrası seyrini anlamak için cerrahi sonuç raporlaması önemlidir. Aynı zamanda sonuçların preoperatif, cerrahi ve postoperatif değişkenlerden (örn. komorbiditeler, yama tipi, yama sabitleme yöntemi ve diğerleri) nasıl etkilendiğini açıklığa kavuşturmaya yarar.

ÖNERİLER

ZAYIF: Hasta takip verilerini içeren ve yerel sağlık yapılarını açıklayan fıtık kayıtlarının geliştirilmesi araştırma ve denetim amaçları açısından önerilmektedir.

27. BÖLÜM YAYGINLAŞTIRMA VE UYGULAMA

İnternet web siteleri, sosyal medya ve akıllı telefon uygulamaları aracılığıyla küresel (HerniaSurge), bölgesel (uluslararası dernekler) ve yerel (ulusal dernekler) girişimler tarafından kılavuzlara dair bir yaygınlaştırma ve uygulama planı geliştirilecektir.

ÖNERİLER

GÜÇLÜ: HerniaSurge, tüm ülkelerin veya bölgelerin bir kılavuz yaygınlaştırma ve uygulama stratejisi geliştirmelerini önermektedir.



28.BÖLÜM KISITLI KOŞULLAR ALTINDA KASIK FITIĞI CERRAHİSİ

HerniaSurge (www.herniasurge.com) küresel olarak kullanılmak üzere tasarlanmış kılavuzlar geliştirmektedir. Bu bölüm, düşük kaynak ortamında güvenli, uygun maliyetli KF onarımının gerçekleştirilmesine ilişkin yönergeler içerir. HerniaSurge, kasık fıtığı olan her hastanın, nerede yaşıyorlarsa yaşasınlar, mümkün olan en iyi bakımı alma hakkına sahip olduğuna inanmaktadır. Bununla birlikte, gerekli kaynaklardan yoksun olan dünyanın birçok bölgesinde tutarlı bir yüksek bakım seviyesine ulaşmak zaman alacaktır ve bu, bu bölümde yapılan önerilere yansıtılmaktadır.

Dünyada kasık fıtığı hastalarının çoğunun yaşadığı ülkelerde önemli bir hastalık yükü vardır. Her ne kadar fıtık onarımı düşük kaynak ortamında en sık yapılan ameliyatlardan biri olsa da, kapasitenin aşılmasını gerektirir. Zaman içindeki bu cerrahi "yetersiz uygulama", popülasyonlarda yüksek fıtık prevalansı ile sonuçlanır. Bu da yüksek oranda acil cerrahi ve önemli morbidite ve mortalite ile sonuçlanır. Kasık fıtığı onarımının yüksek mali üstünlüğe sahip olduğu unutulmamalıdır.

ÖNERİLER

ZAYIF: Düşük kaynaklı ortamlar, düşük maliyetli bir yama kullanarak lokal anestezi altında standart bir teknikle (Lichtenstein) kasık fıtığı onarımını öğretmeye odaklanmalıdır.

Ticari yamalar mevcut değilse, düşük maliyetli yama kullanımı (ticari yamalarla karşılaştırılabilir bilinen kimyasal ve fiziksel özelliklere sahip) önerilebilir.

Lisanssız, düşük maliyetli bir yama kullanıldığında, yerel düzeyde sonuç denetimleri önerilir.

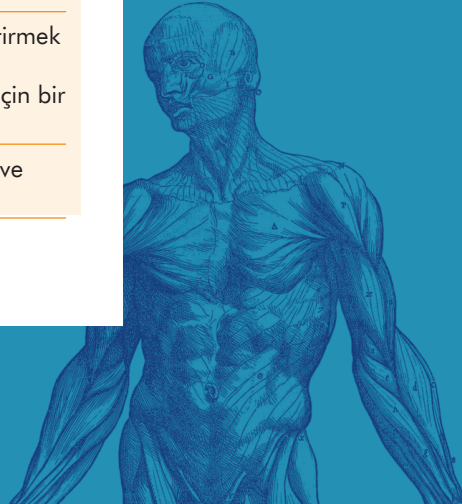
Düşük kaynaklı ortamlarda kasık fıtığı onarımından önce en az bir doz uygun profilaktik antibiyotik uygulanması önerilmektedir.

Düşük kaynaklı ortamlarda güvenli kasık fıtığı cerrahisine erişimi geliştirmek için kapsamlı bir plan gereklidir. Bu planın, uluslararası yardımdan bağımsız olarak, basit yönergeler ve uygulama ve sürdürme yeteneği için bir sürdürülebilirlik stratejisi içermesi önerilmektedir.

Üç bölüm gelecekteki araştırmaları, pratisyen hekimler için kılavuzları ve hastalar için kılavuzları tartışacaktır.

SONUÇLAR

HerniaSurge Grubu, yetişkin kasık fıtığı hastalarının yönetimi için bu kapsamlı ve kapsayıcı kılavuzları geliştirmiştir. Kasık fıtığı hastalarının yaşadıkları her yerde daha iyi sonuçlara ulaşmaları umulmaktadır! Kasık fıtığı yönetiminde daha fazla bilgi, daha iyi eğitim, ulusal denetim ve uzmanlaşma, bu hastaların bakımını standart hale getirecek, daha etkili ve verimli sağlık hizmetlerine yol açacak ve gelecekteki araştırmalara yön verecektir.



EUROPEAN HERNIA SOCIETY
CALLE CASTELLÓ 128
28006 MADRID – SPAIN

T: +34 913 836 000 -EXT 133
EMAIL: SECRETARIATEHS(AT)PACIFICO-MEETINGS.COM

Photo credit: Adobe Stock

Fıtık Derneği tarafından Trkçe'ye gevrilmiştir.

KATKILARIYLA

Medtronic