

Lokal Anestezi ile İnkarsere Skrotal Dev İnguinal Herni Onarımı

Local Anesthesia with Giant Incarcerated Scrotal Inguinal Hernia Repair

Mehmet Erikoğlu, Gürcan Şimşek, Ali Bal

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Konya

Özet

İnguinal herni operasyonları, genel cerrahi kliniklerinde sıkça uygulanan operasyonlardandır. Bu operasyonlar genel anestezi dışında spinal anestezi, epidural anestezi ve lokal anestezi gibi yöntemlerle de uygulanabilmektedir. Özellikle yaşlı, komorbiditesi ve ciddi anestezi riski olan hastalarda lokal anestezi ile fitik onarımı başarıyla uygulanabilir. Literatürde lokal anestezi ile yapılan fitik onarımlarının sonuçlarının genel anestezi ile yapılan onarımlardan farklı olmadığı bir çok çalışmada vurgulanmıştır. Bu sunumda redukte edilemeyen inguinal herni beraberinde hipertansiyon, diyabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği gibi komorbid hastalıkları olan 87 yaşında erkek hastaya acil şartlarda lokal anestezi altında yapılan fitik onarımı tartışılmıştır. Lokal anestezi ile inguinal herni onarımı literatürde tüm yönleriyle değerlendirilmiş olmasına karşın inkarsere inguinal hernilerin lokal anestezi ile onarımı hakkında bilgi oldukça kısıtlıdır. Sonuç olarak strangülasyon riski düşük olan sıkışmış fitikların cerrahi tedavisinin lokal anestezi ile özellikle yaşlı ve komorbid hastalarda başarıyla uygulanabileceğini düşünüyoruz. Ancak lokal anestezi ve genel anestezi altında yapılan acil fitik operasyonları arasında karşılaştırmalı bir çalışma yapılmasının bu konuda öneri yapabilmek adına faydalı olacağı kanısındayız.

Abstract

Inguinal hernia operations are frequently performed at general surgery clinics. These procedures can be performed not only under general anesthesia but also with methods like spinal anesthesia, epidural anesthesia, and local anesthesia. Inguinal reparations can be successfully performed with local anesthesia especially on older patients, those with comorbidity and significant risk of anesthesia. An ample amount of studies in literature underline the fact that the results of hernia reparations performed under local anesthesia are no different than the results of hernia reparations done under general anesthesia. This report discusses the case of an 87-year-old male patient with comorbid diseases like hypertension, diabetes mellitus, congestive heart failure, and chronic kidney failure as well as irreducible inguinal hernia who had to undergo emergency hernia reparation under local anesthesia. Although inguinal hernia reparation under local anesthesia has been comprehensively evaluated in literature, there is very limited information on the reparation of incarcerated inguinal hernias under local anesthesia. Consequently, we think that it is possible to use local anesthesia successfully to surgically treat incarcerated hernias with low risk of strangulation especially on senior and comorbid patients. However, we also believe that it would be of utmost significance to conduct a comparative study between emergency hernia operations performed under local anesthesia and general anesthesia in order to be able to recommend a safer solution on the subject.

Anahtar kelimeler: inkarsere,inguinal fitik,lokal anestezi

Key words: incarcerated, inguinal hernia, local anesthesia.

GİRİŞ

Dış fitiklar karın duvarının zayıflaması ve karın içi basıncını arttıran patolojilerin sıklığının artması nedeni ile yaşlı popülasyonda sık görülürler (1). Tahmini dış fitik insidansının 65 yaş ve üstü popülasyonda 1000 de 13 olduğu bildirilmektedir (2). Fitikların elektif şartlarda ameliyat edilmesinin nedeni komplikasyonlarının önüne geçmektir. Kasık fitiklarında en önemli komplikasyonlar inkarsereasyon veya etrangülasyon (fitik sıkışması) ve strangülasyon (fitik boğulması) olarak sayılabilir. Fitikların ne kadarının komplike olduğu konusuysa tam olarak bilinmemekle birlikte klasik bir bilgi olarak %5 olarak tahmin edilmektedir (3). Ancak literatürde son yıllarda yayımlanan iki farklı prospektif randomize çalışmada bu oran O'Dwyer ve ark. tarafından %1,Fitzgibbons ve ark. tarafından % 0.3 olarak bildirilmiştir (4,5). Fitik komplikasyonları nedeniyle acil şartlarda

ameliyat edilen hastalar tüm inguinal herni ameliyatlarının % 5'ini teşkil eder ve sıkışmış inguinal fitikların ancak % 3.8'i nekroza ilerler (6,7). Literatürde bir çok çalışma lokal anestezi, genel anestezi, spinal anestezi ve epidural anestezi gibi farklı anestetik teknikler altında yapılan fitik onarımlarını incelemiştir. Her tekniğin kendine özgü olumlu yanları olsa da nüks oranları arasında anlamlı farklılık yoktur. Özellikle yaşlı ve ek hastalığı olan popülasyonda genel anestezi yerine lokal anestezi kullanılabileceği vurgulanmıştır. Ancak inkarsere fitikların lokal anestezi ile onarımı hakkında literatürde yeterli bilgi yoktur. Bu yazımızda 87 yaşında ve ciddi ek hastalıkları olan inkarsere dev inguinal hernili hastaya lokal anestezi ile gerçekleştirdiğimiz onarımı literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

OLGU

87 Yaşında erkek hasta sağ kasığında ve skrotumda şişlik, ağrı, bulantı ve kusma şikayetleri nedeni ile acil servise başvurdu (Resim:1) . Hasta bu şişliğin yaklaşık 10 yıldır olduğunu, şişliğin kınmak ve öksürmek ile arttığını belirtti. Bu şişliğin kendisinin eliyle içeri itebildiğini ancak son 12 saattir bu şişliğin içeri itemediğini ve ağrısının artması ve bulantı-kusma şikayetlerinin de olması üzerine acil servise başvurduğunu söyledi. Hastanın özgeçmişinden 21 yıldır diyabetes mellitus tedavisi gördüğü, 25 yıldır hipertansiyon nedeni ile antihipertansif ilaç kullandığı, 12 yıl önce miyokard infarktüsü geçirdiği ve son 5 yıldır konjestif kalp yetmezliği tedavisi aldığı ve 3 yıldır kronik böbrek yetmezliği nedeni ile rutin hemodiyalize girdiği öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde genel durumu orta şuur açıktı. Dehidrate görünümdeydi. Nabız:106/dk ve TA:140/90 olarak ölçüldü. Ateşi yoktu. Karın muayenesinde sağ inguinal bölgede inkarsere inguinal herni mevcuttu. Karın hafif distandü görünümdeydi. Herni üzerinde renk değişikliği yoktu. Karında defans ve rebound tespit edilmedi. Herni muayenesinde herninin redükte olmadığı ve ağrılı olduğu tespit edildi. Rutin kan testlerinde WBC:12.600,Hb:10,9 gr/dl, kreatinin:8,6 gr/ dl, potasyum:5.1 mEq/L,glukoz:218 mg/dl olarak tespit edildi.Asidozu yoktu.Radyolojik tetkiklerde ayakta direkt karın grafisinde birkaç adet ince barsak düzeyinde hava sıvı seviyesi vardı. Karın USG de batın içi serbest sıvı olmadığı,inguinal bölgede herniye ince barsak anslarının olduğu,barsak anslarının duvar kalınlığının tabii ve peristaltik hareketlerin olduğu rapor edildi. Hastaya 1 mg midazolam uygulandıktan sonra redüksiyon denendi ancak başarılı olunamadığı için cerrahi tedaviye karar verildi. Hasta ASA III-E riskle acil operasyona alındı. Hastanın yaşı, ek hastalıklarının varlığı, yüksek anestezi riski ve inkarsere olmasına karşın strangülasyon riski düşük olduğu için operasyonun lokal anestezi ile yapılması planlandı. Anestezi metodu olarak inguinal alan bloğu uygulandı. İnguinal Alan Bloğu Tekniği: Blok

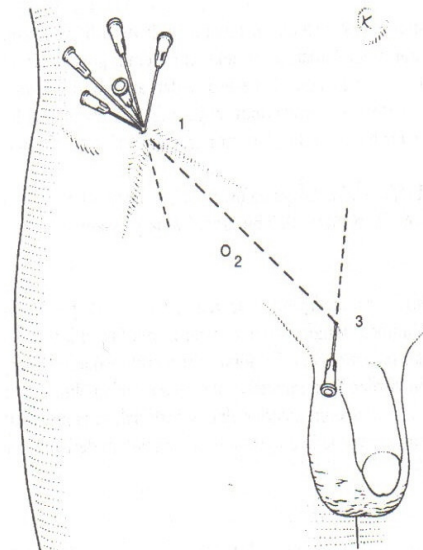


Resim 1. Redükte edilemeyen dev skrotal herninin görünümü.

için prilokain hidroklorür (% 2) 25 ml kullanıldı. İnguinal alan bloğu yapmak için spina iliaka anterior superiorun (SIAS) 3 cm medialinden mediokaudal bir yelpaze şeklinde (iliohipogastrik ve ilioinguinal siniri bloke etmek için) tüm kas tabakalarının geçildiği hissedilerek lokal anestezi infiltrasyonu yapıldı (Şekil:1). Daha sonra inguinal ligamanın 1/3 ünün ortası ile medialinin birleşim yerinin 3 cm üzerindeki noktadan dik olarak girilen iğne ile lokal anestezi eksternal obliğin hemen altına enjekte edilerek genitofemoral sinirin genital dalı bloke edildi. Daha sonra tuberculum pubicumun ön ucundan girilen enjektör ile sefalik doğrultuda subkutan infiltrasyon yapıldı. Son olarak insizyon hattına subcutan infiltrasyon yapıldı. İnsizyondan önce 15 dakika beklendi (8). Daha sonra klasik inguinal herni kesisi ile operasyona başlandı. İnkarsere indirekt inguinal herni tespit edildi. Fıtık elemanlarında strangülasyon olmadığı tespit edildikten sonra fıtık elemanları redükte edildi. Hastanın fıtığına Lichtenstein onarımı yapıldı. Operasyon esnasında periton görüldüğünde 5 ml daha lokal anestezi infiltrasyonu yapıldı. Hastada peroperatif ve postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon oluşmadı ve postoperatif 2. gün taburcu edildi. Hasta postoperatif 7.gün kontrole çağırıldı, herhangi bir komplikasyon tespit edilmedi ve sütürleri alındı.

TARTIŞMA

Dış fıtıklar yaşlı popülasyonu etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Hastaların yaşı ve eşlik eden hastalıklar nedeni ile yaşlı hastaların fıtık onarımları oldukça sorunludur. Eğer fıtık komplike olmuş ise bu hastanın genel durumunu daha çok bozarak cerrahi tedaviyi daha da zorlaştırır. Kasık fıtığı ortaya çıktığı ilk aylarda ve yıllarda en yüksek inkarsereasyon riskine sahiptir. Gallegos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kasık fıtıklarının inkarsereasyon riski ilk 3 ayda % 2.8 iken 2. yılın sonunda % 4.5 olarak tahmin edilmiştir (9) .Femoral fıtıklar tüm fıtıkların % 2.3'ünü oluşturmasına rağmen % 20-40 oranında inkarsereasyon ve



Şekil 1. İnguinal alan bloğu tekniğinde enjeksiyon yerlerinin görünümü.

strangüstasyon nedeniyle acil olarak operasyona ihtiyaç duyarlar (10). Kasık fıtığı inkarsere olduğunda ortaya çıkacak morbidite ve mortalite inkarsereasyonun süresi ve hastanın yaşı ile doğru orantılıdır (11). İnkarsereasyon süresinin uzun olması fıtık elemanlarının strangüstasyon ihtimalini artırır. Bu nedenle acil şartlarda ameliyat edilecek inguinal hernilerde inkarsereasyon ve strangüstasyon ayırımı yapmak önemlidir. Strangüstasyonda lökositoz etrangüstasyondan daha belirgindir. Bunun yanında USG de fıtık kesesi içindeki barsak segmentinin duvar kalınlığının 3 mm den kalın olması, ödemli barsakta kekring çizgilerinin görülmemesi ve akinetik barsak segmenti etrafında aşırı serbest sıvı varlığı strangüstasyon lehinedir (12). Strangüstasyon riski olmayan inkarsere fıtıklara sedasyon altında redüksiyon denenmelidir. Fıtığı redükte edilen hastalar gözlem altına alınmalı ve aynı yatışta fıtık onarımları elektif şartlarda yapılmalıdır. Klasik literatür bilgisi olarak inkarsere fıtıklarda tercih edilmesi gereken anestezi yönteminin genel anestezi olduğu söylenebilir. Ancak muayene, laboratuvar testleri ve USG ile strangüstasyon riski düşük olan vakalara spinal veya epidural anestezi uygulanabileceği literatürde vurgulanmıştır. İnkarsere fıtıklarda rezeksiyon ihtimaline karşın lokal anestezi kullanılmaması da literatürde belirtilmiştir (11). Yaşlı ve çok sayıda ciddi ek hastalığı olan hastaların yüksek anestezi riskine sahip olduğu ve genel anestezi ile elektif şartlarda yapılan onarımların lokal anestezi ile benzer sonuçlara sahip olduğu bilinmektedir. Yukarıda tartışılan 87 yaşında ve ciddi ek hastalıkları olan olgunun anestezi riskinin yüksek olması ve antikoagülan ve antiagregan ilaç kullanma öyküsü nedeni ile spinal veya epidural anestezi uygulanamadığı için lokal anestezi altında opere edildi. Hastamızda akut karın bulgularının olmaması ve beyaz kürenin çok yükselmiş olmaması bizi klinik olarak strangüstasyon riskinden uzaklaştırdı. Ayrıca ultrasonografik incelemede barsak herni içindeki barsağın duvar kalınlığının normal olması ve peristaltizmin izlenmesi de strangüstasyon ihtimalini oldukça azalttı. Bunun üzerine hastanın aydınlatılmış onamı alınarak inguinal alan bloğu ile operasyon gerçekleştirildi. Yaşlı ve ciddi ek hastalığı olan inkarsere kasık fıtığı vakalarında strangüstasyon riski değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Ağrının sürekli olması ve şiddetinin artması, fıtık üzerindeki ciltte renk değişikliği, akut karın bulgularının varlığı, lökositoz, formülde sola kayma ve ultrasonografide herniye barsağın duvar kalınlığında artma, peristaltizminin yokluğu, kekring çizgilerinin kaybı ve etrafında aşırı serbest sıvı varlığı strangüstasyon ihtimalinin oldukça güçlü olduğunu gösterir. Bu habercilerin varlığında lokal anestezi tercih edilmemelidir. Ancak redükte edilemeyen ve strangüstasyon bulguları olmayan inkarsere fıtıklarda lokal anestezi tercih edilebilir. Inguinal alan bloğu etkin ve uygulaması kolay bir yöntem olarak bu hastalarda tercih edilmelidir. Ancak operasyonda genel anestezi ihtiyacının olabileceği daima akıld

tutulmalı ve hastaların aydınlatılmış onamlarında bu bilgi belirtilmelidir. Sonuç olarak strangüstasyon düşük olan sıkışmış kasık fıtıklarında inguinal alan bloğu tekniği ile uygulanan lokal anestezi etkin ve kullanılabilir bir tekniktir. Özellikle anestezi riskinin yüksek olduğu yaşlı ve komorbid hasta grubunda tercih edilebilir. Ancak bu hasta grubunda lokal anestezinin genel anesteziye peroperatif ve erken postoperatif komplikasyonlar açısından üstün olduğunu gösteren vaka serilerine ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Gianetta E, De Cian F, Cuneo S, et al. Hernia repair in elderly patients. Br J Surg 1997;84:983-5.
2. Rosenthal RA, Zenilman ME. Surgery in the elderly. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers MB, Mattox KL, editors. The biological basis of modern surgical practice. 16th ed. Philadelphia: WB Saunders 2001, p 226-46.
3. Andrews NJ. Presentation and outcome of strangulated external hernia in a district general hospital. Br J Surg 1981;68(5):329-32.
4. O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, Walker A, Duffy F, Horgan P. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. Ann Surg 2006;244(2):167-73.
5. Fitzgibbons RJ, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic man: a randomized clinical trial. JAMA 2006;295(3):285-92.
6. Akçakaya A, Alimoğlu O, Hevenk T ve ark. Karın Duvarı Fıtıklarına Bağlı Mekanik Barsak Tıkanmaları Ulus Travma Derg 200;6(4):260-5.
7. Kulah B, Kulacoglu IH, Oruc MT et al. Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. Am J Surg 2001;181(2):101-4.
8. Andrew J.T. Sansome and J. Knight. Techniques of local anesthesia in: Colin D. Johnson and John Cumming (ed.) Basic Surgical Techniques. Chapman & Hall First Edition 1997.
9. Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, Hobsley M. Risk of strangulation in groin hernias. Br J Surg 1991;78:1171.
10. Alimoglu O, Kaya B, Okan I, Dasiran F, Guzey D, Sahin M. Femoral hernia: a review of 83 cases. Hernia 2006;10(1):70-3.
11. Patrick J. Javid and David C. Brooks. Hernias in: Michael J. Zinner and Stanley W. Ashley (ed.) Maingot's Abdominal Operations Eleventh Edition 2007 McGraw-Hill Companies
12. Rettenbacher T, Hollerweger A, Macheiner P et al. Abdominal wall hernias: cross-sectional imaging signs of incarceration determined with sonography. AJR Am J Roentgenol 2001;177(5):1061-6.