

Çocuk Kasık Fıtıkları Genel Cerrah Tarafından Ameliyat Edilmeli Midir?

Aziz Sümer

Kaş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

ÖZET

Çocuk kasık fıtıkları genel cerrah tarafından ameliyat edilmeli midir?

Amaç: Ülkemizde çocuk kasık fıtıkları (KF) çocuk cerrahları, genel cerrahlar ve ürologlar tarafından ameliyat edilmektedir. Çocuk kasık fıtıklarının ameliyat sonuçları üzerine uzmanlık alanının etkilerini ortaya koyan çok az sayıda çalışma vardır. Çalışmamızın amacı "çocuk kasık fıtıkları genel cerrahlar tarafından yapılmalı mıdır" sorusuna cevap aramak ve bilimsel bir ortamda tartışmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde Aralık 2005 ve Mart 2007 tarihleri arasında KF nedeni ile ameliyat edilen, yaşları iki ile 13 arasında değişen, toplam 26 olgu; yaş, cinsiyet, fıtık olan taraf, inkarserasyon olup olmaması ve komplikasyon varlığı açısından geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Ortalama yaşları 6.6 yıl olan 26 olgunun %73'ü erkek (n=19), %27'si kız (7) olup, olguların tamamında indirekt KF vardı. Olguların beşinde sol tarafta, 21'inde sağ tarafta KF tespit edildi. Sol tarafta KF olan beş olgudan sadece birinde, sağ tarafta KF olan 21 olgudan altısında inkarserasyon tespit edildi. Tedavi olarak Nyhus tip 1 KF bulunan olguların 21'ne yüksek ligasyon (YL) uygulanırken Nyhus tip 2 KF bulunan beş olguda internal ring daraltıldı (Marcy onarımı). Toplam sekiz olguda ek patoloji saptandı. Üç olguya testis torsiyonu ve inmemiş atrofik testis nedeniyle orşiektomi, kese içinde akut apandisit saptanan bir olguya (Amyand fıtığı) apendektomi, iki olguya hidrosel nedeniyle hidroselektomi, bir olguya parsiyel omentektomi ve bir olguya da umbilikal herni tamiri uygulandı. Hastaların hiçbirinde komplikasyon gelişmedi. Ek patolojisi bulunan olgular postoperatif dönemde ortalama üçüncü günde taburcu edilirken, diğerleri birinci günde taburcu edildi. Olguların altı aylık takiplerinde herhangi bir problem ile karşılaşılmadı.

Sonuç: Ülkemizin içinde bulunduğu sağlık hizmetleri şartları da göz önünde bulundurularak acil vakalarda olduğu gibi; çocuk cerrahi olmayan ya da çocuk cerrahına ulaşımın güç olduğu bölgelerde; çocuk kasık fıtıklarındaki yüksek inkarserasyon insidansı, artmış morbidite ve mortalite riskinden dolayı, genel cerrahlar tarafından elektif kasık fıtığı ameliyatları da yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Çocuk kasık fıtığı, çocuk cerrahi, genel cerrah, tedavi

ABSTRACT

Should pediatric inguinal hernia be operated by general surgeon?

Objective: Pediatric inguinal hernia is treated by both pediatric and general surgeons as well as urologic surgeons. There have been few studies documenting the effect of subspecialty training on outcomes after hernia operation in children. The aim of this study is to look for an answer to the question of "should pediatric inguinal hernia be operated by general surgeon" and discuss in a scientific field.

Material and Methods: Twenty six children (age 2-13) with inguinal hernia were operated between December 2005 and March 2007. Patients were evaluated retrospectively regarding age, gender, localisation of hernias, presence of incarceration and complication.

Results: Mean age of the patients' was 6.6 with a male to female ratio of 19/7. All of them had indirect inguinal hernias with 5 case having left sided and remaining 21 cases having right sided inguinal hernia. One case in left sided and 6 cases with right sided hernia had incarceration. High ligation was performed to 21 cases with Nyhus type 1 hernia and Marcy repair was performed to the remaining 5 cases with Nyhus type 2 hernias. Eight of the patients had additional pathologies as 3 undescended testis, one Amyand's hernia, two hydrocele, one omental incarceration and one umbilical hernia. No morbidity occurred in any of the patients with mean hospital stay as 3 and 1 day in patients with additional pathologies and mere inguinal hernias respectively. Follow up period of six months was uneventful in all patients.

Conclusion: Regarding the socio-economical conditions in our country, as in emergency surgery, elective pediatric inguinal hernia should be performed by general surgeons in localisations without pediatric surgeons due to increased risk of incarceration and morbidity and mortality rates.

Key words: Pediatric inguinal hernia, pediatric surgeon, general surgeon, treatment

Bakırköy Tıp Dergisi 2008;4:99-102

GİRİŞ

Genel cerrahide fıtık, karın içinde bulunan organ veya dokuların buldukları anatomik lojdan tamamen ya da kısmen karın içinde bir başka anatomik loja yer değiştirmesi veya karın duvarındaki zayıf bir noktadan vücut dışına doğru yer değiştirmesi durumudur. Çocuklarda kasık fıtıklarının (KF) çoğunluğu processus vaginalisin açık kalması sonucu ortaya çıkan konjenital indirekt kasık fıtıklarıdır (1). Çocuk KF'lerinin görülme sıklığı %0.8 ile %4.4 olup, kabaca her 1000 canlı doğumdan 10 ila 20'sinde görülmektedir. Preterm infantlarda bu oran %30'lara kadar çıkmaktadır (2). Ortalama çocuk kasık fıtıklarının %50'si, büyük çoğunluğu yaşamın ilk altı ayında olmak üzere birinci yılda ortaya çıkarlar. Direkt KF %0.5-1 ve femoral fıtıklar < %0.5 oranında görülür (1). Sağ taraf kasık fıtıkları

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Aziz Sümer
Kaş Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya

Telefon / Phone: +90-533-744-2167

Elektronik posta adresi / E-mail address: azizsumer2002@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 9 Ocak 2008 / January 9, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 25 Nisan 2008 / April 25, 2008

%60, sol taraf kasık fıtıkları %30 ve bilateral kasık fıtıkları %10 oranında görülür. Sağ taraf kasık fıtıklarının daha çok görülmesi, sağ testisin inişinin daha geç olmasına bağlı olarak processus vaginalisin atrofiye olmayıp kapanmasının gecikmesi ile ilişkili olabilir (2).

Kasık fıtığının gelişmesinde rol oynayan faktörler; pre-matürite, gelişimsel ürogenital anomaliler, intraabdominal basıncı artıran batin içi sıvı gibi nedenler, kronik solunum yolu hastalıkları ve doğumsal bağ dokusu hastalıklarıdır. Morbiditeye neden olan faktörler ise kasık fıtığının sıkışması, boğulması ve gonadal ya da barsak nekrozlarıdır. Çocuk kasık fıtıklarında inkarserasyon riski yüksektir. Inkarserasyon oranı %12-17 arasındadır. Olguların üçte ikisinde inkarserasyon bir yaşından önce görülür. Altı aydan daha küçük bebeklerde inkarserasyon oranı %25-30'lara kadar yükselmektedir (1). Çocuk kasık fıtıkları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocuk cerrahları başta olmak üzere, genel cerrahlar ve ürologlar tarafından yapılmaktadır. Branşlar arasındaki bu yetki karmaşasının mediko-legal yönünün sınırları da tam olarak çizilmemiştir.

Çalışmamızın amacı, "çocuk kasık fıtıklarının tedavisi genel cerrahlar tarafından yapılmalı mıdır" sorusuna cevap aramak ve elde edilen bulguları bilimsel bir ortamda tartışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

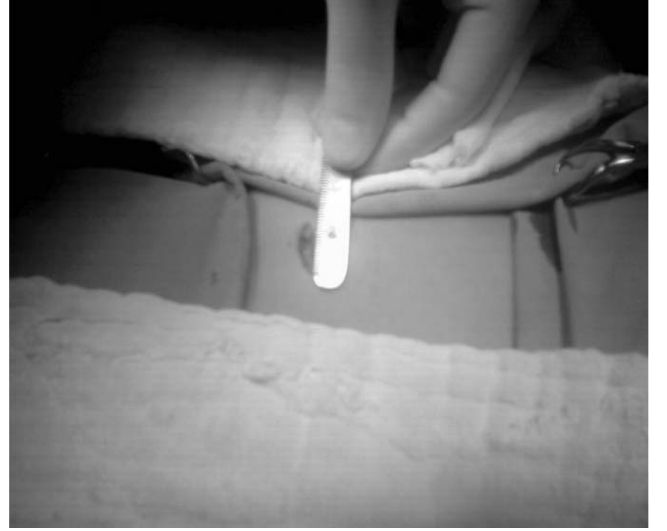
Kliniğimizde Aralık 2005 ve Mart 2007 tarihleri arasında KF nedeni ile ameliyat edilen, yaşları iki ile 13 arasında değişen, toplam 26 olgu; yaş, cinsiyet, fıtık olan taraf, inkarserasyon olup olmaması ve komplikasyon varlığı açısından geriye dönük olarak incelendi. Hasta yakınlarına, bulunduğumuz il ve yakın çevresinde çocuk cerrahi uzmanı olmadığı ve ameliyatların çoğunlukla genel cerrahlar tarafından da bugünkü şartlarda yapılabildiği, ameliyatın oluşabilecek muhtemel komplikasyonları anlatıldı ve her ebeveynden aydınlatılmış onam alındı. Olgular intra-trakeal genel anestezi altında ameliyata alındılar.

BULGULAR

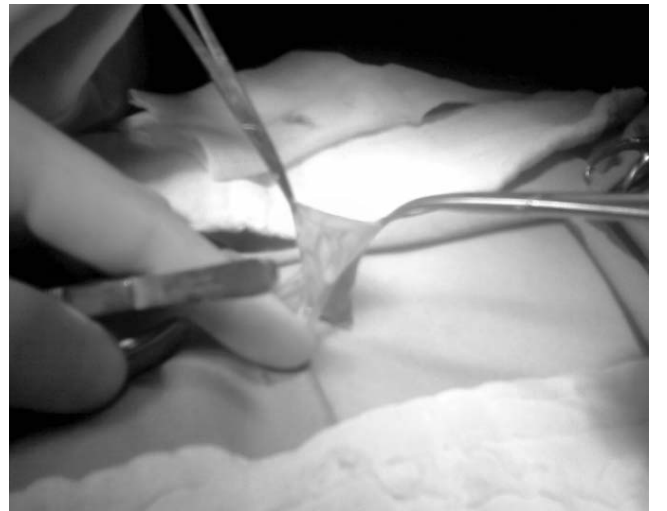
Ortalama yaşları 6,6 yıl olan 26 olgunun %73'ü erkek (n=19), %27'si kız (n=7) olup, olguların tamamında indirekt KF vardı. Olguların beşinde KF sol tarafta, 21'inde sağ tarafta idi. Sol tarafta KF olan beş olgudan sadece birinde, sağ tarafta KF olan 21 olgudan altısında inkarserasyon tespit edildi. Tedavi olarak Nyhus tip 1 KF bulunan olguların

21'ine yüksek ligasyon (YL) uygulanırken (Resim 1,2,3,4), Nyhus tip 2 KF bulunan beş olguda internal ring daraltıldı (Marcy onarımı). Toplam sekiz olguda ek patoloji saptandı. Üç olguya testis torsiyonu ve inmemiş atrofik testis nedeniyle orşiektomi, kese içinde akut apandisit saptanan bir olguya (Amyand fıtığı) apendektomi, iki olguya hidrosel nedeniyle hidroselektomi, bir olguya parsiyel omentektomi ve bir olguya da umbilikal herni tamiri uygulandı.

Hastaların hiçbirinde komplikasyon gelişmedi; ek patolojisi bulunan olgular postoperatif dönemde ortalama üçüncü günde taburcu edilirken, ek patoloji saptanmayan olgular postoperatif dönemde birinci günde taburcu edildiler. Olguların altı aylık takiplerinde herhangi bir problem ile karşılaşmadı.



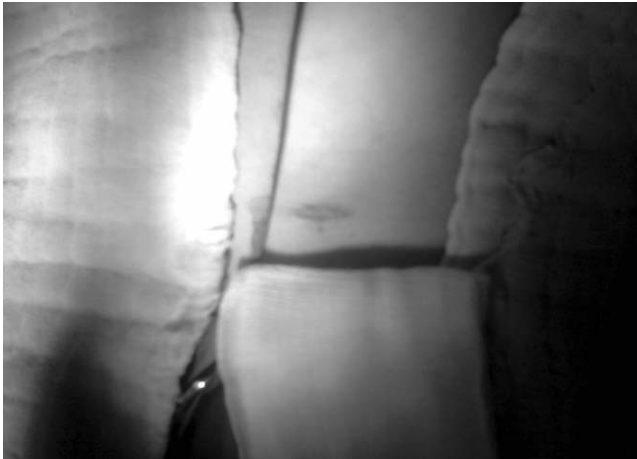
Resim 1: Kasık fıtığında eksternal inguinal ring izdüşümünde cilde uygulanan yaklaşık 1 santimlik insizyon



Resim 2: Fıtık kesesinin etrafının yapışıklıklardan ayrıştırılması



Resim 3: Yüksek ligasyon uygulanması



Resim 4: Cildin subkutan kapatılması

TARTIŞMA

Çocuk cerrahisi uzmanı nedir ya da kimdir diye araştırdığımız zaman şu tanımlara ulaşabiliriz: a) Yenidoğan döneminden 16 yaşına kadar, kalp ve beyin haricindeki cerrahi işlem gerektiren çocuk hastalıklarını tedavi eden kişidir (3). b) Çocuk cerrahisi, bebek ve çocukların doğumsal ya da sonradan kazanılmış gastrointestinal, respiratuar, genitoüriner sistem patolojileri ve baş boyun lezyonlarının cerrahi tedavisinden sorumlu bir branştır (4). c) Çocuk cerrahisi yenidoğan döneminden gençlik yıllarına kadar olan yaş gurubundaki bireylerin ameliyatını yapar (5). Bu tanımlamaların ışığı altında, çocuk cerrahisi uzmanını sadece çocukların cerrahi hastalıklarının teşhis ve tedavisi için eğitim almış, bu alanda deneyim kazanıp, cerrahi müdahale "yasal yetkisini" almış tıp doktoru olarak tanımlayabiliriz. Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da

çocuk cerrahisi uzmanlığı, genel cerrahi uzmanlık eğitimi sonrasında iki yıllık üst ihtisas olarak verilmektedir (6).

Genel cerrahi uzmanı tanımı ise zaman içinde değişmiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim Dalı'nın tarihçesi incelendiğinde 1951'de ilk akciğer rezeksiyonu ameliyatının yapılmış olduğu ve 1. Cerrahi Kliniği'nde perikardiektomi, fallot tetralojisi ameliyatlarına başlandığı görülmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere genel cerrahi aslında 19. yüzyılda her şey iken 21. yüzyılda giderek yetkileri ve hareket alanı kısıtlanan bir branş haline gelmektedir (7).

Tıbbın dalları arasındaki çatışmalar sadece çocuk cerrahisi ve genel cerrahi arasında olmamaktadır. Genel cerrahi ile kulak burun boğaz (KBB) cerrahisi arasında tiroid, paratiroid cerrahisi, genel cerrahi ile gastroenteroloji arasında endoskopi ve endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi, çocuk cerrahisi ile üroloji arasında inmemiş testis, fıtık, sünnet gibi hastalıklarda yetki kargaşası yaşanmaktadır. Ayrıca plastik cerrahi-KBB, beyin cerrahisi-ortopedi, fizyoterapist-fizik tedavi rehabilitasyon uzmanları ve kardiyoloji-kardiyovasküler cerrahi gibi birçok alanda da yetki tartışmaları yaşanmaktadır.

Ülkemizde, T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan edinilen bilgiler doğrultusunda 2007 yılı itibari ile toplam; 259 çocuk cerrahisi uzmanı, 2255 genel cerrahi uzmanı görev yapmaktadır. Tunceli, Şırnak, Sinop, Nevşehir, Kırşehir, Iğdır, Hakkari, Gümüşhane, Bitlis, Bilecik, Bayburt, Artvin, Ardahan illerimizde çocuk cerrahi bulunmamaktadır (8).

Branşlar arasında yetki karmaşasına neden olan ve farklı branşlar tarafından tedavileri yapılan hastalıkların mediko-legal yönü belirsizliğini korumaktadır. Araştırmalarımız sonucunda ülkemizde branşların görev ve sınırlarını belirleyen belirli bir yasaya rastlamadık. 1219 sayılı Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un; 8. Maddesinde "Türkiye'de icrayı tababet için bu kanunda gösterilen vasıflara haiz olanlar umumi surette hastalıkları tedavi hakkını haizdir. Ancak herhangi bir şube-i tababette müstemirren mütehasıs olmak ve o unvanı ilan edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesi'nden veya Sıhhiye Vekaletince kabul ve ilan edilecek müessesattan verilmiş ve yahut ecnebi memleketlerin maruf bir hastane veya laboratuvarından verilip Türkiye Tıp Fakültesince tasdik edilmiş bir ihtisas vesikasını haiz olmalıdır" denilmektedir (9).

Literatürde çocuk kasık fıtıklarının genel cerrahlar ya da çocuk cerrahları tarafından tedavi edilmesini öneren çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Borenstein ve arkadaşlarının (10) yaptıkları çalışmada; çocuk cerrahları tara-

findan ameliyat edilen çocuk kasık fitiklerinde nüks oranının daha az olduğu bildirilmesine rağmen; genel cerrahların çocuk cerrahları ile büyük oranda benzer sonuçlara sahip oldukları da belirtilmektedir. Çalışmamızda olguların ortalama altı aylık takiplerinde herhangi bir problem ile karşılaşılmadı ve nüks saptanmadı.

Karşı taraf processus vaginalis açıklığının görülme sıklığı yaşamın ilk iki ayında %60 ve ilk iki yılda %40 oranındadır. İki yaşın altındaki olgularda karşı taraf fitik gelişme şansı %10-40 arasındadır. Karşı tarafta fitik aranmasının avantajları ikinci anestezinin riski ve anksiyetesinden, ek cerrahi girişiminin maliyetinden ve karşı taraf KF inkarsasyon riskinden kaçınmaktır. Dezanvantajları ise spermatik kord, vas deferens ve testiste oluşabilecek yaralanmalar, operasyon süresinin uzaması ve olguların çoğunluğunda gereksiz bir girişim uygulanmasını kapsar (1). Biz de olgularımızda potansiyel dezavantajlarını göz önünde bulundurarak, fizik muayenede karşı taraf kasık fitiği saptanmayan hiçbir olguyu ameliyat etmedik.

Çocuk KF iç halkanın normal çap, yapı ve konfigürasyonda olduğu Nyhus Tip 1 fitik tipidir. Hasselbach üçgeni normal yapıdadır ve tedavide yüksek ligasyon uygulanmaktadır. İç halkanın genişlediği ve yapısının bozulduğu tip 2 olgularda ise iç halkanın daraltılması gerekmektedir (1,11). Çalışmamızda Nyhus tip 1 KF bulunan 21 olguya yüksek ligasyon ameliyatı uygulanırken, Nyhus tip 2 KF bulunan 5 olguda iç halka daraltılmıştır.

Genel cerrahlar ile çocuk cerrahları arasında sadece çocuk fitikleri için değil, aynı zamanda apandisit, pilor stenozu, sünnet vb konularda da yetki karmaşası bulunmaktadır. Emil ve arkadaşları yaptıkları çalışmada basit ve komplike apandisitlerin tedavisinde antibiyotik kullanımı ve insizyon yerinin kapatılması konularında genel cerrahlar ile çocuk cerrahları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu tespit etmişlerdir (6). Genel cerrah-

ların basit apandisit olgularında postoperatif dönemde antibiyotik kullanım oranlarının çocuk cerrahlarına göre fazla olduğu, komplike apandisit olgularında insizyonu daha fazla oranda açık bıraktıkları, basit ve komplike apandisit olgularında taburcu sonrasında oral antibiyotik kullanımının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle çocuk cerrahları tarafından ameliyat edilen olgularda hastane ücretlerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir.

Somme ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada çocuk cerrahlarının genel cerrahlara göre negatif apandektomi oranlarının düşük olduğunu vurgulamaktadırlar (12).

Alexander ve arkadaşları perfore apandisit nedeniyle genel cerrahlara göre çocuk cerrahları tarafından ameliyat edilen olgularda komplikasyon oranlarının daha düşük ve hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğunu tespit etmişlerdir (13).

Apandisit haricinde, Kuzey Carolina'da pilor stenozlu olguların yarısından fazlası genel cerrahlar tarafından ameliyat edilmektedir. Pilor stenozu olan infantlarda maliyetin ve mukozal perforasyon insidansının çocuk cerrahlarına göre genel cerrahlar tarafından ameliyat edilen olgularda arttığı bildirilmektedir (14).

Bahsedilen bu çalışmaların hepsinin ortak özelliği çocuk cerrahları tarafından yapılmış olmasıdır. Bu nedenle sonuçlar üzerinde genel cerrahlar tarafından daha temkinli düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz. Cevaplanması gereken en önemli soru; bölümler arasında çıkan bu tür çatışmaların bilimsel bir kaygıdan kaynaklanıp kaynaklanmadığıdır.

Sonuç olarak; ülkemizin içinde bulunduğu sağlık hizmetleri şartları da göz önünde bulundurularak, acil vakalarda olduğu gibi, çocuk cerrahi olmayan ya da çocuk cerrahına ulaşımın güç olduğu bölgelerde çocuk kasık fitiklerindeki yüksek inkarsasyon insidansı, artmış morbidite ve mortalite riskinden dolayı, genel cerrahlar tarafından elektif kasık fitiği ameliyatları da yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aiken JJ. Inguinal hernias. In: Nelson Textbook of Pediatrics. Berhrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (Eds) 17th ed. Saunders, 2004; p. 1293-1297.
2. Brad WW. Abdominal wall defect. In: Sabiston Textbook of Surgery. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL (Eds). 17th ed. Saunders, 2004; 2097-2132.
3. <http://aydinyagmurlu.com>
4. http://www.mersin.edu.tr/uploads/files/deps/301/810748stratejik_plan.ppt
5. <http://www.eapsa.org/parents/index.cfm>
6. Emil SG, Taylor MB. Appendicitis in children treated by pediatric versus general surgeons. J Am Coll Surg 2007 ; 204: 34-39.
7. http://www.medicin.ankara.edu.tr/surgical_medical/general/gct.html
8. From: "personel bilgi sistemi, pbs" pbs@saglik.gov.tr, subject: bilgi edinme talebiniz , to: azizsumer2002@yahoo.com. Date: Wed, 21 Mar 2007 06:12:37-0700.
9. Tababet Ve Şuabatı San'atları Emil SG, Taylor MB nın Tarzı İcrasına Dair Kanun. <http://www.hekimce.com/index.php?kiid=2724>
10. Borenstein SH, To T, Wajja A, Langer JC. Effect of subspecialty training and volume on outcome after pediatric inguinal hernia repair. J Pediatr Surg 2005; 40: 75-80.
11. Rutkow IM, Robbins AW. Classification systems and groin hernias. Surg Clin North Am 1998; 78: 1117-1127.
12. Somme S, To T, Langer JC. Effect of subspecialty training on outcome after pediatric appendectomy. J Pediatr Surg 2007; 42: 221-226.
13. Alexander F, Magnuson D, DiFiore J, Jirousek K, Secic M. Specialty versus generalist care of children with appendicitis: an outcome comparison. J Pediatr Surg 2001; 36: 1510-1513.
14. Prankoff T, Campbell BT, Travis J, Hirschl RB. Differences in outcome with subspecialty care: pyloromyotomy in North Carolina. J Pediatr Surg 2002; 37: 352-356.