

## İNGUİNAL HERNİ AMELİYATLARI

### ÖZET ÖNERİLER

Çeviren: Dr. Gözen Öksüz

#### PROSPECT önerilerine ilişkin notlar

PROSPECT klinisyenlere; yayınlanmış kanıtlara ve uzman görüşlerine dayalı olarak; postoperatif ağrıda çeşitli müdahalelerin kullanımı lehinde ve aleyhinde destekleyici görüşler sağlar. Klinisyenler, klinik koşullara ve yerel düzenlemelere göre karar vermelidir. Her zaman, bahsi geçen ilaçların yerel reçeteleme bilgilerine başvurulmalıdır.

#### Öneri düzeyi ve kanıt seviyeleri

Öneri düzeyleri, önerilerin dayandığı genel kanıt seviyelerine göre belirlenir ve bu da kanıtların kalitesi ve kaynağına bakılarak saptanır: [Kanıt kalitesi ile kanıt kaynağı, kanıt seviyeleri ve öneri düzeyleri arasındaki ilişki](#)

#### Açık inguinal herni onarımı sonrası ağrı üzerine notlar

Açık inguinal herni onarımı gündelik yaşam aktivitelerine dönmeyi ve iyileşmeyi geciktirebilen orta-şiddetli postoperatif ağrı ile ilişkilidir. Ek olarak yetersiz ağrı kontrolü, hastaların plansız yatış ve taburculuk sonrası tekrar yatışının artışına yol açabilir. (Simons 2018). Ayrıca, yetersiz postoperatif ağrı kontrolü, hiperaljezi ve kalıcı postoperatif ağrıya neden olabilir (Wheeler 2019).

İnguinal herni onarımı sonrası ağrı yönetimi için PROSPECT önerileri daha önce yayınlanmıştı. (Joshi 2012); Ancak, analjezik girişimleri değerlendiren bir güncelleme gerekliydi.

## Özet öneriler

Güncellenmiş literatür açık inguinal herni onarımı sonrası ağrı yönetimi için daha önce yayınlanmış olan PROSPECT önerilerini güçlendirir. (Joshi 2012).

Güncellenen PROSPECT metodolojisi, mevcut kanıtların yalnızca basit istatistiksel analize dayalı değerlendirilmesinin ötesine geçtiği için önerileri daha da güçlendirir (Joshi 2019).

### Önerilen: Pre- ve intra-operatif müdahaleler

- 'Preoperatif' cerrahi kesiden önce uygulanan müdahaleleri, 'intraoperatif' ise kesiden sonra ve yara kapanmadan önce uygulanan müdahaleleri ifade eder.
- Analjezikler, erken iyileşme döneminde yeterli analjezi sağlamak için uygun zamanda (pre- veya intra-operatif olarak) uygulanmalıdır.

<b>Parasetamol ve NSAII'ler/selektif COX-2-inhibitörleri</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistemik analjezi, parasetamol (Öneri Düzeyi D) ve non-steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAII) veya siklo-oksijenaz (COX) -2 selektif inhibitörü (Öneri Düzeyi D) içermeli, ameliyat öncesi veya ameliyat sırasında uygulanmalı ve ameliyat sonrası devam edilmelidir.</li><li>• Parasetamol, NSAII'ler ve COX-2-selektif inhibitörlerinin, mükemmel analjezi sağladığı ve opioid gereksimini azalttığı gösterilmiştir (Joshi 2019).</li></ul>
<b>IV deksametazon</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Blok analjezik süresini artırmak, analjezik kullanımını azaltmak ve antiemetik etkileri için tek doz iv (intravenöz) deksametazon önerilir (Öneri Düzeyi B).</li></ul>
<b>Rejyonel analjezi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lokal anestetik infiltrasyon ve / veya rejyonel analjezi (ilio-inguinal / ilio-hipogastrik sinir bloğu veya transversus abdominis plan bloğu) rejyonel analjezi sağlamak için önerilir (Öneri Düzeyi A ).</li></ul>

<b>Anestezi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bir plan bloğu (örn. İlioinguinal / iliohipogastrik blok) tek başına veya yara yeri infiltrasyonu ile beraber tek anestezi yöntemi olarak veya genel anesteziye ek olarak tavsiye edilir (Öneri Düzeyi A). Son uluslararası kılavuzlar, cerrahın bu konuda deneyimli olması koşuluyla lokal anestezi kullanımını önermiştir. (Simons 2018).</li><li>• Hasta seçimi ve hastanın kabul etmesi, tek başına uygulanacak lokal/rejyonel anestezi için zorunludur.</li><li>• Lokal anesteziyi diğer anestezi (genel anestezi dahil) biçimleriyle karşılaştıran RCT'lerin yeni bir meta-analizin sonucuna göre lokal anestezi daha kısa ameliyathane süreleri ve daha düşük idrar retansiyonu oranı (nöroaksiyal anestezi ile karşılaştırıldığında) ile ilişkilidir (Argo 2019). Ayrıca lokal anestezi ile hasta memnuniyeti diğer anestezik tekniklerle benzer bulunmuştur.</li></ul>
<b>Cerrahi Teknik</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uygulanacak cerrahi teknik, cerrahın deneyimine, fitikle ilgili özelliklere ve yerel kaynakların mevcudiyetine göre tavsiye edilir (Simons 2018).</li><li>• Postoperatif ağrı söz konusu olduğunda, mesh tekniklerinin non-mesh tekniklere tercih edilmesi tavsiye edilir (Öneri Düzeyi A).</li><li>• Bu öneri, uluslararası kasık fitiği yönetimi için kılavuzlarla aynıdır (Simons 2018).</li></ul>

### Önerilen: Postoperatif müdahaleler

- 'Postoperatif' cerrahi alanın kapatılması sırasında veya sonrasında uygulanan müdahaleleri ifade eder.
- Analjezikler, erken iyileşme döneminde yeterli analjezi sağlamak için uygun zamanda (pre- veya intra-operatif olarak) uygulanmalıdır.

<p><b>Parasetamol ve NSAII'ler/selektif COX-2-inhibitörleri</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemik analjezi, parasetamol (Öneri Düzeyi D) ve non-steroid antiinflamatuar ilaç (NSAII) veya siklo-oksijenaz (COX) -2 selektif inhibitörü (Öneri Düzeyi D) içermeli, ameliyat öncesi veya ameliyat sırasında uygulanır ve ameliyat sonrası devam edilir.</li> <li>• Parasetamol, NSAII'ler ve COX-2-selektif inhibitörlerinin, mükemmel analjezi sağladığı ve opioidi gereksimini azalttığı gösterilmiştir (Joshi 2019).</li> </ul>
<p><b>Opioid</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opioidler postoperatif dönemde kurtarma analjezikleri olarak önerilmektedir (Derece D).</li> </ul>

COX, siklooksijenaz; IV, intravenöz; NSAII'ler, non-steroid antiinflamatuar ilaçlar.

### Önerilmeyen girişimler

Açık inguinal herni uygulanan hastalarda ağrı yönetimi için önerilmeyen analjezik müdahaleler.

		Girişim	Önermeme nedeni
<p><b>Preoperatif</b></p>		Gabapentinoidler	Prosedüre özgü tutarsız kanıt
		Klonidin	Prosedüre özgü sınırlı kanıt
		Dipiridon	Prosedüre özgü sınırlı kanıt
		Etanersept (TNF- $\alpha$ inhibitörü)	Prosedüre özgü sınırlı kanıt
		Epidural analjezi	Etkili olmasına rağmen potansiyel komplikasyonları ile birlikte relatif invazivdir.

	Paravertebral bloklar	Etkili olmasına rağmen potansiyel komplikasyonları ile birlikte relatif invazivdir.
<b>İntraoperatif</b>	Psoas blok	Prosedüre özgü kanıt yok
	Uzatılmış salınımlı bupivakain ile yara infiltrasyonu	Prosedüre özgü sınırlı kanıt
	NSAİİ, ketamin, klonidin veya opioidler ile yara infiltrasyonu	Prosedüre özgü sınırlı kanıt
	Topikal NSAİİ	Prosedüre özgü sınırlı kanıt
	İv lidokain infüzyon	Prosedüre özgü sınırlı kanıt
	Topikal uzatılmış salınımlı lokal anestezi	Prosedüre özgü sınırlı kanıt
<b>Postoperatif</b>	TENS	Prosedüre özgü kanıt eksikliği
<b>Cerrahi müdahale</b>	Siniri ayırmak	Prosedüre özgü kanıt eksikliği
	Kriyoanaljezi	Prosedüre özgü kanıt eksikliği

NSAİİ: non-steroid antiinflamatuvar ilaç

TENS, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu

## Genel PROSPECT önerileri

### Kompleks spinal cerrahi geçiren hastalarda peri-operatif ağrı yönetimi için genel öneriler

#### Pre-operatif ve intra-operatif girişimler

- Parasetamol (Öneri Düzeyi D)
- Non-steroid antiinflammatuar ilaçlar (NSAII) veya siklo-oksijenaz (COX) -2 selektif inhibitörü (Öneri Düzeyi D)
- IV deksametazon (Öneri Düzeyi B)
- Lokal anestezi infiltrasyonu ve / veya rejyonel analjezi (ilio-inguinal / ilio-hipogastrik sinir bloğu veya transversus abdominis plan bloğu) (Öneri Düzeyi A)

#### Postoperatif girişimler

- Parasetamol (Öneri Düzeyi D)
- Non-steroid antiinflammatuar ilaçlar (NSAII) veya siklo-oksijenaz (COX) -2 selektif inhibitörü (Öneri Düzeyi D)
- Opioid, kurtarıcı olarak

#### Anestezi

- Plan bloğu (örn. İlio-inguinal / ilio-hipogastrik blok) veya yara infiltrasyonu olmadan tek anestezi yöntemi olarak veya genel anesteziye ek (Öneri Düzeyi A)

#### Cerrahi teknik

- Mesh tekniklerinin non-mesh tekniklere tercih edilmesi tavsiye edilir (Derece A)