

196 genel cerrahi uzmanının kasık fıtığına yaklaşımları ile ilgili anket çalışması

A survey of 196 general surgeons regarding their approach to groin hernia

Adil Kartal*, Ahmet Tekin*, Celalettin Vatansev*, Şakir Tekin*,
Metin Belviranlı*, Serdar Yol*, Faruk Aksoy*, Tefvik Küçükartallar*

Amaç:

Anket çalışması kasık fıtıklarının onarımında Türkiye'deki genel cerrahların tecrübelerini analiz etmek için planlandı.

Durum Değerlendirilmesi:

Anket çalışmaları geri bildirimdeki yetersizlik nedeniyle araştırmacılar için zor yürütülmektedir. Bu konuda hekimlerin daha duyarlı olması bilime önemli katkılar sağlayacaktır.

Yöntem:

2002 yılında Türkiye'deki 250 genel cerraha posta yoluyla bir anket (örneğin Lichtenstein veya diğer tekniklerin uygulanması ve kullanılan anestezi türünü içeren) gönderildi.

Bulgular:

250 katılımcının 196'sından (%78) geri bildirim elde edildi. Bunlardan 128 cerrah (%65.3) kasık fıtığı onarımı için ilk tercih olarak Lichtenstein tekniğini kullanmaktaydı. Rutkov tekniği ve Bassini onarımı bunu takip etmekteydi. Cerrahların çoğunluğu genel anestezi kullanmaktaydı. Seroma ve hematoma en sık bildirilen komplikasyonlardı.

Sonuç:

Özellikle Lichtenstein olmak üzere gerilimsiz meş tekniği primer ve nüks fıtıkların her ikisinde de tercih edilen tedavi yöntemi. Kasık fıtıklarının onarımında cerrahların yarısından fazlası genel anesteziyi tercih etmekteydi. Hastaların çoğu ameliyat sonrası birinci günde hastaneden çıkarıldı.

Anahtar Kelimeler:

Kasık fıtığı, fıtık, cerrah

Fıtık onarımı genel cerrahların en fazla yaptıkları acil dışındaki ameliyatlar arasında ikinci sırada yer almaktadır (1). Fıtık cerrahisinde son on beş yılda daha önceki on beş yıla göre fazla ilerleme kaydedildiği iddia edilmektedir (2). Bu on beş yıllık dönemde gerilimli ve hastanın kendi dokuları kullanılarak yapılan onarımların yerini meşli ve gerilimsiz onarımlar almaktadır. Günümüzde meşli onarımların üstünlüğü tartışmasız kabul edilmektedir. Artık fıtık onarımında kullanılan meş türleri ve laparoskopik/açık uygulama teknikleri gibi konular tartışılan konular olmuştur. Ameliyat sonrası ağrı, nüks, tekniğin pahalı olması, anestezi türü ve hastanın işe dönme zamanı gibi konular tartışılan konulardan diğerlerini oluşturmaktadır.

Çok fazla tekniğin olduğu, değişik meş türlerinin bulunduğu ve farklı uygulama yöntemlerinin tercih edildiği fıtık onarımı konusundaki yaygın düşünce veya birikimlere ulaşmanın yollarından birisi de anketle yapılan çalışmalardır. Bizde bu konudaki araştırmayı anketle yapmayı amaçladık. Yurt dışında fıtıkla ilgili yapılan çok sayıda anket çalışması vardır (3-5). Ancak bu çalışmalar genel uygulamalar yerine fıtık onarımıyla ilgili spesifik konular üzerine yoğunlaşmıştır. Ülkemizde bu tür anketlerin çok olmadığını biliyoruz. Anketlerde genel olarak geri bildirim yetersizliği ve bu yüzden istenilen sonucu elde etmedeki başarısızlık araştırmacıları bu yöntemle çalışmadan uzak tutmaktadır. Ancak daha önce "Laparoskopik kolesistektomilerde açığa geçiş nedenlerimiz" konusunda yaptığımız anket çalışması bizi benzer çalışma yapmaya yöneltti (6). Kasık fıtıkları ile ilgili anketin geri bildirimlerinin tamamlandığı dönemde Aydın ilindeki genel cerrahlar üzerinde yapılmış, çalışmamızdan kısmen farklı ve dar kapsamlı bir çalışmanın yapıldığını gördük (7). Anket çalışmasında katılımcıların ülkenin farklı bölgelerinden, farklı hastane gruplarından ve değişik yaşlardan seçildiği için ülkemizdeki genel bir yaklaşımı gösterebileceği düşünülmüştür.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı tarafından tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın planlanması aşamasında sadece anket yapılacağı için etik kurul onayı alınmıştır. Türkiye'nin değişik bölgelerinde, farklı kategorideki hastanelerde çalışan, farklı yaş gruplarındaki genel cerrahi uzmanlarının kasık fıtıkları konusundaki yaklaşımları ile ilgili bilgileri derlemek için 2002 yılında 27

Makalenin Geliş Tarihi : 19.11.2007

Makalenin Kabul Tarihi : 20.02.2008

* Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, KONYA

Dr. Tefvik KÜÇÜKARTALLAR

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Meram Tıp Fakültesi
Meram / KONYA

Faks: 0 (332) 223 61 81

e-posta: tevfikk75@hotmail.com

sorudan oluşan bir anket çalışması planlandı. Anket tüm üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı ile eski adıyla Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin başhekimlikleri ve il sağlık müdürlüklerine kurumlarındaki genel cerrahlar tarafından cevaplandırılmak üzere mektupla iletildi. Hastane seçiminde eğitim hastanesi veya diğer hastanelerden kurumda en az 2 cerrah bulunması tercih edildi. Özel sağlık kurumları çalışma dışı bırakıldı. Ankette kasık fitıklarında en yaygın

kullanılan onarım teknikleri, ameliyat öncesi antibiyotik kullanımı, anestezi türleri, komplikasyonlar ile güncel onarımlardan olan laparoskopik ve gerilimsiz meş onarımının ayrıntılarıyla ilgili, bazıları tercihli sorular yer almaktaydı. Anket sonucunda elde edilen veriler oransal olarak Tıbbi İstatistik bilim dalında değerlendirildi. Elde edilen veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir.

Bulgular

Tablo 1: Fitik onarımında tercih edilen teknikler.

Teknik	1. Tercih n (%)	2. Tercih n (%)
Bassini	15 (8)	16 (8.5)
Shouldice	9 (4.8)	18 (9.6)
Lichtenstein	128 (68.4)	6 (3.2)
Laparoskopik	5 (2.6)	9 (4.8)
Rutkow	18 (9.6)	14 (7.4)
Making net	12 (6.4)	6 (3.2)

Tablo 2: Fitik onarımında tercih edilen anestezi türü.

Anestezi	1. Tercih n(%)	2. Tercih n(%)
Lokal	16 (8.2)	---
Spinal	75 (39.6)	14 (7.2)
Genel	103 (52.5)	6 (3)

Tablo 3: Nüks inguinal hernilerde tercih edilen onarım yöntemi.

Teknik	1. Tercih n (%)	2. Tercih n (%)
Lichtenstein	141 (76.6)	5 (2.7)
Stoppa	20 (10.8)	---
Bassini	3 (1.6)	---
Mc Vay	4 (2.1)	---
Laparoskopik	8 (4.3)	11 (5.9)
Rutkow	4 (2.1)	---
Making net	4 (2.1)	---

Ankete katılan 250 cerrahtan (196'sı) anketi cevaplandırarak %78'lik geri bildirim oranı elde edilmesine katkıda bulundular. Kasık fitıklarında en yaygın kullanılan onarım teknikleri ile ilgili tercihli soruda 196 cerrahtan 128'i (%65.3) Lichtenstein tekniğini birinci tercih olarak işaretlerken, Rutkow tekniği ve Bassini onarımı ikinci ve üçüncü sırada yer almaktaydı (Tablo 1). Uzman olduktan sonra fitik onarım tekniğinde yapılan değişiklik sorusuna 124 (%63.2) cerrah evet diyerek, asistanlıkta öğrendikleri tekniği değiştirmiş olduklarını belirtirken, 72 (%36.8) cerrah ise değiştirmediklerini ifade etmiştir. 77 (%39.2) cerrah ameliyat öncesi antibiyotik kullandığını, 76 (%38.7) cerrah sadece meşli olgularda antibiyotik tercih ettiğini, 43 (%21.9) katılımcı ise hiç antibiyotik kullanmadığını belirtmiştir. Hastalara uygulanan anestezi türünde 103 cerrah birinci sırada genel anestezinin (%52.5), ikinci sırada ise spinal (%38.2) anestezinin uygulandığını ifade etmiştir. Bu konuda 16 katılımcı da öncelikli olarak lokal anestezinin uygulandığını işaretlemiştir (Tablo 2).

Ameliyat sonrası ağrı kontrolünde, 97 (%61) cerrah analjezik-antiinflamatuar ilaçları birlikte kullanmış, 57 (%35.2) cerrah sadece analjezik, 21 (%13.2) katılımcı narkotik analjezik, 10 (%6.2) cerrah PCA (patient control analgesia) ve 7 (%4.4) katılımcı ise bölgesel bupivacain tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Nüks fitik onarımında tercih edilen yöntem sorusuna 141 (%71.9) katılımcı birinci tercih olarak Lichtenstein tekniğini, sırasıyla 20, 10, 8 cerrah da Bassini onarımı, meş ile anatomik onarım ve laparoskopik onarımı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Gerilimsiz meş ile onarım primer fitıklarda olduğu gibi nüks fitıklarda da ilk sırada yer almaktadır (Tablo 3). Primer fitıklarda tercih edilmeyen Stoppa tekniğinin nükslerde ikinci tercih sırasında (%10.7) yer aldığı görülmüştür. Katı-

lınıncıların %53.5'i gerilimsiz onarımın altına bir de gerilimli onarım eklediklerini belirtmiştir.

Ameliyat sonrası dönemde en fazla karşılaşılan komplikasyonlardan sırasıyla 85 cerrah seroma, 27 cerrah hematoma ve 13 cerrah da enfeksiyon olarak bildirmiştir (Tablo 4). Katılımcılar sıklıkla ameliyat sonrasında birinci gün (%60.9) ve ikinci gün (%30.5) hastalarını eve göndermektedir. Yine katılımcıların %69.3'ü nüks oranlarını \leq %1 olarak bildirmektedir. Acil girişimlerde cerrahların %68.8'i meşli onarımları uygulamaktadır, %29'u ise meşli onarımları tercih etmemektedir.

Cerrahların kendilerinde kasık fitiği oluştuğunda ameliyatı yapacak cerrahın uygulamasını istediği teknik olarak 98'i (%50) Lichtenstein tekniği, 59'u (%30) ise cerrahın en iyi bildiği teknikle onarım istediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %69.3'ü gerilimsiz meş onarımına yönelme nedenlerinin başında bu yöntemin düşük nüks oranına sahip olduğunu söylemektedir. Gerilimsiz onarımlarda cerrahlar kullanılan malzeme olarak sentetik dikeşe doğru bir eğilim göstermektedir.

Farklı ameliyatlarda yaygın olarak kullanılan laparoskopik teknik, fitik onarımında geniş kabul görmemiştir. Bu yöntemi kullananların %42.3'ü (59 cerrahtan 25'i) bu uygulamanın güçlüğü, daha fazla zaman alması ve pahalılığı nedeniyle vazgeçtiğini ifade etmektedir. Laparoskopik kasık fitik onarımı yapıp bırakan 25 cerrah 320 olgu, hala uygulayan 34 cerrah ise 818 olgu yaptıklarını belirttiler. Laparoskopik fitik onarımının öncelikle iki taraflı fitiklerde ve hastanın talebi üzerine uygulandığı şeklinde cevaplar da yer almaktadır. Gerilimsiz onarımların yaygın kullanılmasının sebebi, daha düşük nüks oranlarının olmasından kaynaklanmaktadır. Laparoskopik onarımda bu nedenin sonda yer aldığını, bunun yerine normal hayata erken dönüşün ilk tercih nedeni olduğu ifade edilmektedir.

Tablo 4: Fitik onarımından sonra en sık karşılaşılan komplikasyonlar.

Teknik	n (%)
Komplikasyon	27 (25.9)
Hematoma	13 (12.5)
İnfeksiyon	85 (81.7)
Seroma	19 (18.2)
Ağrı	
Erken nüks	

Tablo 5: Gerilimsiz mesh hernioplastiyi tercih etme nedenleri.

Üstünlük	1. Tercih n (%)	2. Tercih n (%)
Lokla anestezi ile yapılabilmesi	9 (5.3)	7 (4.1)
Ameliyat sonrası ağrının az olması	22 (13)	19 (11.2)
Nüks oranının düşük olması	113 (66.8)	5 (2.9)
Erken işe dönme	12 (7.1)	17 (10)
Hastanede kalmanın kısa olması	4 (2.3)	4 (2.3)
Yukarıdakilerin hepsi	9 (5.3)	-----

Tartışma

Kasık fitiklerinin onarımı genel cerrahi alanında yaygın olarak yapılan ameliyatlardan başında gelmektedir. Fitik onarımıyla ilgili tüm dünyada kullanılan çok farklı teknikler vardır. Bu tekniklerin üstünlükleri ve eksikleri, hangi hastalarda hangi yöntemin tercih edileceği yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir (8, 9). Bu anketle ülkemizdeki genel cerrahi uzmanlarının kasık fitiklerinin onarımlarıyla ilgili yaklaşımlarını öğrenmek ve bu konuda ülkemizdeki genel uygulama hakkında bilgi sahibi olmayı amaçladık. Anketlerde geri bildirim oranları genellikle yüksek olmaz. Çalışmamızda 250 genel cerrahi uzmanından 196'sı anketi cevaplandırdı. Kasık fitiklerinin

onarımında 196 genel cerrahi uzmanından 128'inin (%68.4) gerilimsiz meş onarımını (Lichtenstein tekniği) tercih ettiğini görülmüştür. İkinci sıklık sırasında Rutkow tekniği (%9.6) yer alırken üçüncü ve dördüncü sırada Bassini onarımı (%8) ve laparoskopik onarım (%2.6) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre güncel olan meşli onarımların ülkemizdeki cerrahlar tarafından da yurt dışındaki uygulamalara benzer şekilde yapıldığını görmekteyiz. Literatürde 300'den daha fazla cerrah üzerinde yapılan mektupla anket çalışmasında cerrahların çoğunluğunun primer kasık fitiği onarımında açık yöntemle gerilimsiz onarımı seçtiği gösterilmiştir (10).

Fitik onarımında ameliyat öncesinde antibiyotik kullanımı konusun-

da fikir birliğine varılamamıştır. Meşli onarımlarda infeksiyon oranının antibiyotik kullanılmayan grupta %8-9 olduğunu gösteren klinik çalışmalar vardır (11, 12). Bu çalışmacılar ameliyat öncesi antibiyotik uygulanmasını savunmaktadırlar. Ancak Rutkow, tıkaç meş onarımında her zaman antibiyotik kullanmadıklarını, yüksek riskli hastalarda, geçirilmiş kasık infeksiyonu, immün sistemi baskılanmış olanlarda, kalp kapak hastalığı olanlarda, eklem protezlerinde ve diyabetik hastalarda antibiyotik kullandıklarını ifade etmektedir (13). Meşli onarımların çok yoğun olduğu kliniğimizde de Rutkow'a benzer şekilde antibiyotik kullanılmaktadır. Anketteki ameliyat öncesi antibiyotik kullanım sonuçlarına gelince, cerrahların % 64.1'i meşli onarımlarda kullandığını, %35.8'inin antibiyotik kullanmadığı belirtilmektedir. Meşli kullanılmayan hastalarda da sonuçların meşli onarımlara göre çok yakın olduğu görülmüştür. Bu konuda da ülkemizdeki cerrahların birikimleri literatür verilerine benzerdir.

Kasık fıtıklarının hangi anestezi tekniği altında onarılması gerektiği konusunda da genel bir yaklaşım yoktur. Amerika Birleşik Devletleri'nde bazı merkezler ısrarla lokal anesteziyi tercih ederken, bazıları spinal anesteziyi seçmektedir (7, 13). Rutkow'a göre lokal anestetik madde uygulaması ödeme yol açmakta, ödem ortamında da koterin çalışması zorlaşmaktadır (13, 14). Yine Rutkow, genel ve spinal anesteziyi ameliyat sonrası idrar yapmakta zorluğa yol açtığından ve ağrı sıklığını artırdığından lokal anesteziyi tercih etmektedir. Ayrıca lokal anestezide hasta uyanık olduğu için öksürme ve ıkınması istenerek onarımın başarısı belirlenebilmektedir. Anketin uygulanması sonucunda; tercihli anestezi sorusuna verilen cevaplarda 194 cerrahın %53'ü genel, %38.6'sı spinal ve %8.2'sinin lokal anesteziyi tercih ettiği tespit edilmiştir. Ülkemizde bölgesel anestezi oranının düşüklüğü, genel

anestezi oranının yüksekliği dikkat çekmektedir. Esasında Lichtenstein tekniğiyle onarım tümüyle bölgesel anestezi altında yapılırken, ülkemizde ve bazı ülke cerrahları tarafından farklı anestezi teknikleriyle uygulanmaktadır.

Fıtık onarımında başarının göstergesi nüks oranının düşük olmasıdır. Günümüzde yaygın olarak kullanılan teknikler nüks oranlarının düşük olmasından dolayı tercih edilmektedir. 1970'den önceki fıtık onarımında nüks oranı %10-15 olarak bildirilirken, güncel tekniklerde bu oran \leq %1 olarak verilmektedir (15). Shouldice kliniğinde nüks oranı %1.5, Lichtenstein kliniğinde de nüks $<$ %1 olarak verilmektedir (16).

Anketteki katılımcıların 177'si (%90.3) $<$ %1, 13 (%6.7) cerrah %1, 6 (%3) cerrah %5 nüks bildirmiştir. Yine katılımcılarımızın %76.6'sı nüks kasık fıtıklarında gerilimsiz onarımı tercih etmektedir. Primer onarımlarda bu oran %68.4 idi. O halde nükslerde gerilimsiz onarım daha yaygın tercih nedeni olmaktadır. Primer onarımda fazla kullanılmayan Stoppa yönteminin nükslerde ikinci sıklık sırasında tercih edilmesi dikkat çekmektedir.

Ankette bazı cerrahların sütürlü onarımın üzerine meşli kullandıkları görülmektedir. Çalışmamızda bu soruyu cevaplayan cerrahların %61'inin bu uygulamayı kabul etmediği, ancak %38.9 gibi önemli bir kesimin işlemi uyguladığı öğrenildi. 47 (%31.5) cerrah da nüks olgularda böyle bir uygulamaya sıcak baktığından primer ve nüks olgular birlikte değerlendirildiğinde, %70.4 katılımcı sütürlü onarıma meşli ilave etmektedir. Lichtenstein nüksün nedenlerinden birinin de bu uygulama olduğunu vurgulamaktadır.

Fıtık onarımından sonra görülen komplikasyonlar konusunda Kurzen ve ark. (17), 3175 olguda %2 oranında hematoma, %1.3 olguda yara infeksiyonu bildirirken, hiç idrar retansiyonu görmediklerini ifade etmişlerdir. Bu

çalışmada olguların tamamına yakınında bölgesel anestezi kullanılmıştır. Aynı araştırmacılar yaptıkları başka bir çalışmada (18) ameliyat sonrası ağrının 36 olguda 2 ay, 13 olguda da 12 ay devam ettiğini belirtmişlerdir. EU hernia triallists collaboration'nın 17 merkezli çalışmasında kasık fıtıklarında meşli nüksü ve uzun süren ağrıyı azalttığı gösterilmiştir (19). Anketimize verilen cevaplardan ameliyat sonrası komplikasyonlardan seroma (%81.7) ilk sırayı alırken, %daha sonra hematoma (%25.9) ve ağrının (%18.2) yer aldığı görülmektedir. Yine aynı soruya cevap veren cerrahların %63.8'i birinci gün, %31.3'ü ikinci gün hastalarını eve göndermektedir.

Acaba genel cerrahlar kendi fıtıklarının hangi teknikle onarılmasını istemektedir? sorusuna gelen cevaplarda %52.9 Lichtenstein, %31.8 cerrahın en iyi bildiği teknik ve %6.4 laparoskopik teknikler tercih nedeni oldu.

Lichtenstein tekniği, kasık fıtığı onarımında yeni bir dönem açmıştır. Teknik bölgesel anesteziyle kolayca uygulanan, pahalı malzeme gerektirmeyen, öğrenim eğrisi kısa, uzun dönemde nüksleri deneyimsiz ellerde bile çok iyi olan altın standart bir girişimdir (20). Lichtenstein bu tekniğini ve çok düşük olan nüks oranını ilk olarak bildirdiğinde yoğun eleştiriyel karşılaşmıştır (17). Ancak başka cerrahlar tarafından da bu teknik uygulanmış ve benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

1992'de 3019 olguda 5 farklı merkezde gerilimsiz onarımda nüks %0.2 olarak bildirilirken, 1995'de deneyimli olmayan 72 cerrahın yaptığı 16000 fıtık onarımında nüks $<$ %0.5 bulunmuştur (21-22). Nüks oranının düşük olması o tekniğin etkin olduğunun önemli göstergesidir. Nitekim katılımcıların %66.8'i bu onarımın en önemli üstünlüğü olarak düşük nüks oranını bildirirken, ameliyat sonrası ağrısız dönem ise ikinci sırada üstünlük olarak ifade edilmiştir (Tablo 5). İşe erken dönme katılımcılar arasında üçüncü sırada üstünlük olarak seçilmiştir.

Anketimizi cevaplayan 196 cerrahın 59'unun laparoskopik onarıma başladığını, ancak 34 cerrahın bu girişime devam ederken 25'inin laparoskopik uygulamayı bıraktığını öğrendik. Laparoskopik onarımın üstünlükleri arasında işe erken dönme, ağrısız ameliyat sonrası dönem, düşük nüks oranı gibi nedenler sayılmaktadır (23-25). Ancak laparoskopik meşli onarımlarla, sütürlü onarımlar arasında işe erken dönme süresi bakımından istatistiksel fark olmadığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (26). Her biri en az 100 olgu kapsayan 23 çalışmada nüks oranı laparoskopik onarımda %0-4.5 olarak bildirilmiştir (27). Katılımcılar laparoskopik onarımı tercih nedenlerini sıralarken literatürlerle uyum içinde olduğu gözlenmektedir.

Laparoskopik kasık fitiği onarımının laparoskopik kolesistektomi kadar seçimli tedavi yöntemi olmadığını

görmekteyiz (23). Acaba neden fitiğin laparoskopik onarımı, safra kesesinin çıkarılmasında olduğu gibi altın standart olamamıştır? Katılımcılarımız bu soruya cevap verirken %43.1 oranında tekniğin güç ve zaman alıcı olması nedeniyle geniş kabul görmediğini, %33'ü ise pahalı olmasını ileri sürmektedir. Özel ekip ve malzeme gerektirmesi üçüncü önemli olumsuzluk olarak sayılmaktadır. Literatürde laparoskopik onarımın açık onarımlardan en az 600 dolar kadar pahalı olduğu, bunun nedeni olarak da ameliyat süresinin daha uzun olması ve çok sayıda malzeme gereksinimi gösterilmektedir (28). Beattie'nin 300'den fazla cerrah üzerinde yaptığı benzer bir ankette laparoskopik onarıma başlayan cerrahların bir yarısının komplikasyonlar ve pahalılık nedeniyle bu uygulamadan vazgeçtiklerini ifade etmektedir. Ayrıca laparoskopik onarımın sıklıkla genel anestezi gerek-

tirmesi ve öğrenilme sürecinin uzun olması ayrı bir olumsuzluk olarak dile getirilmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmayla geri bildirim %78 gibi yüksek olan bir anketin sonuçları elde edilmiştir. Ülkemiz genelini temsil ettiğini düşündüğümüz cerrahlar arasında kasık fitiklerinin onarımı konusundaki yaklaşımlarını değişik sorularla öğrendik. Katılımcılarımızın bu sorulara verdiği cevaplarda erişebildiğimiz kadarıyla birçok konuda literatürden farklı düşünmediklerini gördük. Anket sonuçlarına göre dünyada yaygın olarak kullanılan fitik onarım tekniklerinin ülkemizdeki cerrahlar tarafından da uygulandığı görülmektedir. Benzer çalışmalar etkin dernekler tarafından yürütülürse katılımın daha da artacağı, ülkemizin genelini yansıtacağı ve bu sayede sonuçların daha sağlıklı olacağı söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Hay JM, Boudet MJ, Fingerhut A et al. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: The gold standart? A multicenter controlled trial in 1578 patients. *Ann Surg* 1995; 222:719-727.
2. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK et al. Tension-free hernioplasty. *Am J Surg* 1989; 157: 188-193.
3. Fränneby U, Gunnarsson U, Andersson M et al. Validation of an Inguinal Pain Questionnaire for assessment of chronic pain after groin hernia repair. *Br J Surg* 2007; 28.
4. Thairu NM, Heather BP, Earnshaw JJ. Open inguinal hernia repair in women: is mesh necessary? *Hernia* 2007; 13.
5. Sanjay P, Woodward A. Inguinal hernia repair: local or general anaesthesia? *Ann R Coll Surg Engl* 2007; 89:497-503.
6. Aksoy F, Vatanev C, Yol S ve ark. Review 27018 Laparoscopic Cholecystectomies: Turkey Experience Tenth Anniversary of EuroSurgery and Turkish Surgical Congress 2000.
7. Özgün H, Yardım SR, Çanakkaliöğlü L ve ark. Aydın şehrinde inguinal cerrahisinin durumu. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2001; 27:117-124.
8. Péliissier E, Fingerhut A, Ngo P. Inguinal hernia. What techniques are available for the surgeon? Theoretical and practical advantages and disadvantages. *J Chir (Paris)*. 2007;144 Spec No 4:5S35-40.
9. Amid PK. Groin hernia repair: open techniques. *World J Surg* 2005;29:1046-1051.
10. Beattie DK, Foley RJE, Callam MJ. Future of laparoscopic inguinal surgery. *Br J Surg* 2000; 87: 1727-1728.
11. Yerdel MA, Akın EB, Dolalan S et al. Effect of single-dose prophylactic ampicillin and sulbactam on wound infection after tension free inguinal hernia repair with polypropylene mesh. *Ann Surg* 2001; 233:26-33.
12. Celdrán A, Frieyro O, de la Pinta JC et al. The role of antibiotic prophylaxis on wound infection after mesh hernia repair under local anesthesia on ambulatory basis. *Hernia* 2004; 8:20-22.
13. Rutkow IM. The prefix plug repair for groin hernias. *Surg Clin North Am* 2003;83: 1079-1098.

Summary:

A survey of 196 general surgeons regarding their approach to groin hernia

Purpose: To analyze the experiences of general surgeons in Turkey in the field of groin hernia repair.

Materials And Methods: A questionnaire (which includes mainly the technique used either Lichtenstein or other techniques and the type of anesthesia used) was mailed to 250 general surgeons in Turkey in 2002. They were asked to reply within a month.

Results: 196 (78 %) of the 250 questionnaires were completed and returned. 128 (65.3 %) of the 196 surgeons indicated Lichtenstein technique as their first choice for groin hernia repair, followed in frequency by Mesh Plug (Rutkow) and Bassini. The majority of surgeons preferred general anesthesia. Seroma and hematoma were reported as the most frequent complications.

Conclusions: Tension-free techniques, especially Lichtenstein, were the preferred treatment of choice both in primary and recurrent hernias. As more than half of the surgeons preferred general anesthesia for the repair of groin hernia so it is advisable. As most of the patients are discharged from the hospital on the first postoperative day it can be done on day case basis.

Key Words: Groin hernia, hernia, surgeon.

14. Rutkow IM. Epidemiologic, economic and sociologic aspects of hernia surgery in the United States in the 1990.s. *Surg Clin North Am* 1998; 78: 941-945.
15. Halverson K, Mc Vay CB. Inguinal and femoral hernioplasty. *Arch Surg* 1970; 101:127-132.
16. Lichtenstein IL, Shulman AG. Ambulatory outpatient hernia surgery. Including a new concept, introducing tension-free repair. *Int Surg* 1986; 71:1-7.
17. Kurzer M, Belsham PA, Kark AE. The Lichtenstein repair for groin hernias. *Surg Clin North Am* 2003; 83:1099-1117.
18. Kark AE, Kurzer M, Belsham P. Three thousand one hundred seventy five primary inguinal hernia repairs: Advantage of ambulatory open mesh repair using local anesthesia. *J Am Coll Surg* 1998; 186:447-456.
19. EU Hernia Trialists Collaboration Hernia. Repair of groin hernias with synthetic mesh: meta-analysis of controlled trials. *Ann Surg* 2002; 235: 322-332.
20. Amid PK. Lichtenstein tension-free hernioplasty: Its inception, evolution and principles. *Hernia* 2004; 8:1-7.
21. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. The safety of mesh repair for primary inguinal hernias, results of 3019 operations from five diverse surgical sources. *Am Surg* 1992; 58:255-257.
22. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. A survey of nonexpert surgeons using the opentension-free mesh patch repair for primary inguinal hernias. *Int Surg* 1995; 80: 35-6
23. Voyles CR. Outcomes analysis for groin hernia repairs. *Surg Clin North Am* 2003; 83 1279-1287.
24. Collaboration EH. Laparoscopic compared with open methods of groin repair. Systematic review of randomised controlled trials. *Br J Surg* 2000; 87:860-867.
25. Grant AM. Laparoscopic versus open groin hernia repair: Metaanalysis of randomised trials based on individual patient. *The EU Hernia Trialists Collaboration Hernia* 2002; 6: 2-10.
26. Chung RS, Rowland DY. Meta-analyses of randomised controlled trials of laparoscopic vs conventional inguinal hernia repairs. *Surg Endosc* 1996; 13:689-694.
27. Memon MA, Feliu X, Sallent EF et al. Laparoscopic repair of recurrent hernias. *Surg Endosc* 1999; 13: 807-810.
28. Tanphiphat C, Tanprayoon T, Sanqsubhan C et al. Laparoscopic vs open inguinal hernia repair. A randomized, controlled trial. *Surg Endosc* 1998; 12: 846-851.

Anket çalışmasının hazırlanmasında ve geri bildirimlerin değerlendirilmesindeki katkılarından dolayı Tıbbi İstatistik Bilim Dalı başkanı Prof. Dr. Sait Bodur'a teşekkür ederiz.

KATKIDA BULUNANLAR:

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:

Adil Kartal

Verilerin elde edilmesi:

Tevfik Küçükkartallar, Şakir Tekin

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Ahmet Tekin, Faruk Aksoy, Metin Belviranlı

Yazının kaleme alınması:

Ahmet Tekin, Celalettin Vatanev, Serdar Yol

İstatistiksel değerlendirme:

Sait Bodur