

SUPRAPUBİK TRANSVERS KESİ İLE PREPERİTONEAL İNGUİNAL SENTETİK MERSİLEN MESH HERNİOPLASTİ VE TRANSVESİKAL PROSTATEKTOMİ

PREPERITONEAL SYNTHETIC MERSİLEN MESH HERNİOPLASTY AND TRANSVESICAL PROSTATECTOMY THROUGH SUPRAPUBIC TRANSVERSE INCISION

Dr. Adnan KAYNAK, Dr. Ünal SERT, Dr. Şakir TEKİN

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Üroloji A.B.D./KONYA

ÖZET: Geleneksel inguinal herni tamirinden sonra nüks oranı ve testiküler komplikasyonlar tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Preperitoneal mesafede peritoneal ve muskulofasial yüzeyler arasında sentetik mesh yerleştirilerek inguinal kanal tabanının kuvvetlendirilmesinin bazı avantajları vardır.

Kasım 1988 ve Mayıs 1990 tarihleri arasında 34 hastada 52 kasık fitiği suprapubik transvers kesi kullanılarak preperitoneal sentetik mesh hernioplasti ile tedavi edildi. Hernioplasti esnasında 34 hastadan 10'una aşağı abdominal operasyonlar (6 transvesikal prostatektomi, 2 Ripstein ameliyatı ve iki over kisti eksizyonu) uygulandı.

Onarımların hepsi başarılı idi ve hiç birinde mesh'in çıkarılmasını gerektirecek bir enfeksiyon görülmedi.

Biz erişkin hastalarda preperitoneal mesh hernioplastinin en kolay, güvenilir ve rahat yöntem olduğuna inanıyoruz.

SUMMARY: The recurrence rate and testicular complications after conventional inguinal hernia repair remains a matter of discussion and controversy. Reinforcement of inguinal preperitoneal space between peritoneal and musculofascial surfaces has some advantages.

Between November 1988 and May 1990, 52 groin hernias were treated with preperitoneal synthetic mersilen mesh hernioplasty through suprapubic transverse incision at 34 patients. During hernioplasty, lower abdominal operations (56 transvesical prostatectomy, 2 Ripstein operations and 2 cystectomy from over) were performed on ten of the 34 patients.

None of the repairs have failed or infected that required the removal of the mesh.

We believe that preperitoneal synthetic mesh hernioplasty is the easiest, safest and most comfortable procedure for adult patients.

Zamanımızda inguinal hernilerin cerrahi tedavi metodları konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir. Buna rağmen, posterior inguinal duvarın önemi ve tamiri konusunda hemen hemen fikir birliği vardır (3,6).

Inguinal kanalın arka duvarına ulaşım, transinguinal veya preperitoneal yoldan olabilmektedir. Inguinal kanalın fonksiyonel anatomisinin bozulmadığı, preperitoneal girişimin transinguinal girişimine üstünlüğü çoğu yazar tarafından kabul edilmektedir (5,6).

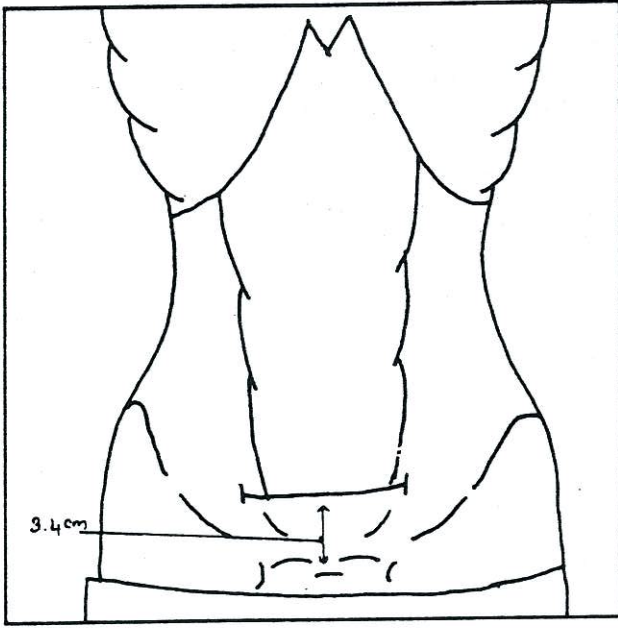
Herni onarımının ana prensiplerinden olan fascia transversalisin sağlamlaştırılmasını hernioplasti şeklinde yapılması, fasianın zayıf, defektin büyük oldu-

ğu durumlarda, çoğu kez herniorafiye tercih edilen bir yöntemdir. Hernioplastinin ayrıca dokularda gerginlik yapmama üstünlüğü vardır (1, 4,7).

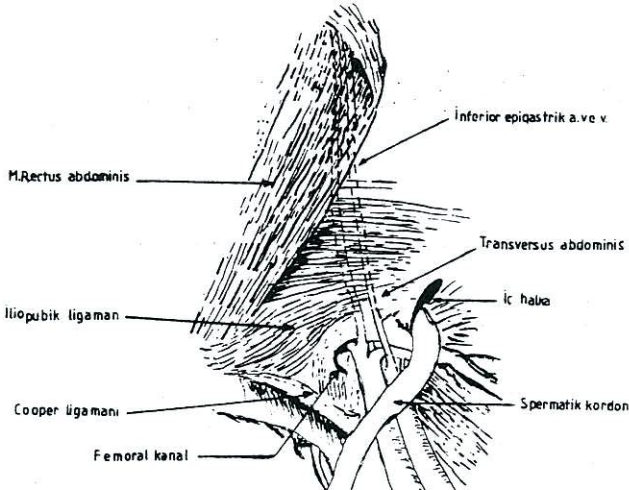
Bu çalışmada inguinal herni onarımında, preperitoneal mesh hernioplasti uygulandı. Girişimde suprapubik transvers kesi uygulanarak aynı kesi ile, her iki inguinal bölgenin eksplorasyonu ve aşağı karın girişimlerini birlikte yapılması amaçlandı.

TEKNİK

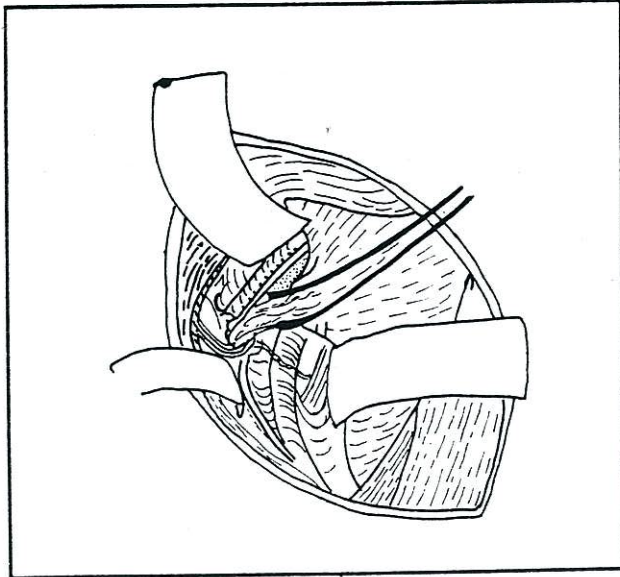
Girişimlerin hepsi genel anestezi altında yapıldı. Pubisin 3-4 cm. üstünden 10-12 cm. boyunda transvers kesi yapıldıktan sonra rektus ön kılıfı aynı yönde açıldı- (Resim 1).



RESİM 1



RESİM 2

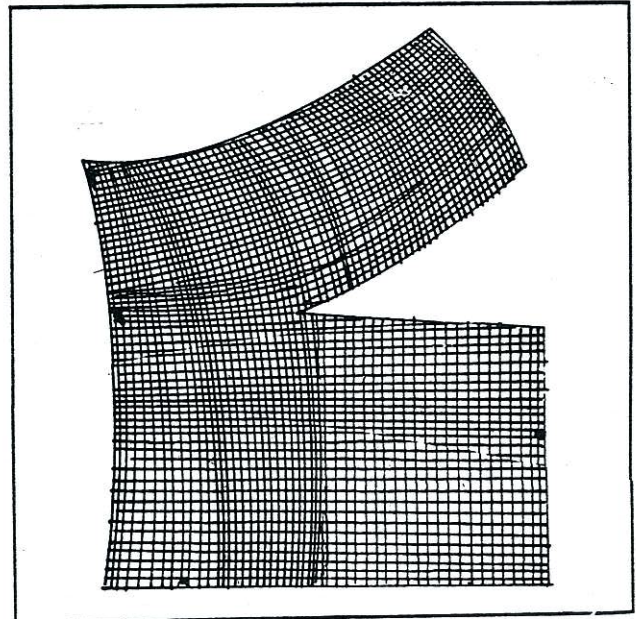


RESİM 3

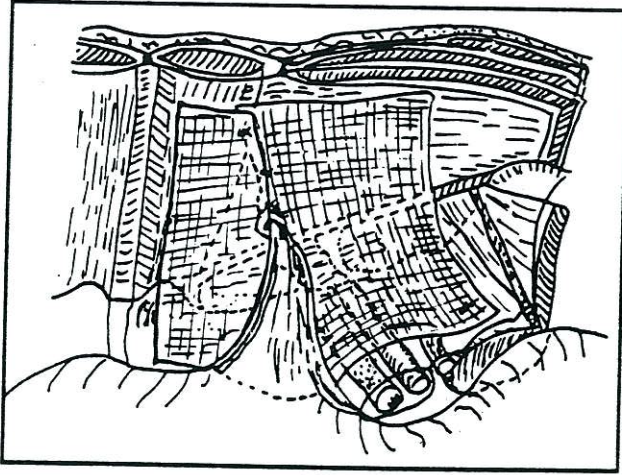
Rektus ön kılıfı kas üzerinden yukarıda umblikusun 3-4 cm.altına, aşağıda ise pubise kadar serbestleştirildi. Her iki rektus kası orta hatta açıldıktan sonra, herni olan taraftaki inguinal bölgeye retroperitoneal olarak girildi. Spermatik kordan anulus inguinalis preperitonealis seviyesinden askıya alındıktan sonra diseksiyon Cooper ligamanı, iliopsoas kas, eksternal iliak arter ve meydana çıkarılacak şekilde devam edildi (Resim 2). Periton yukarı çekilerek femoral ve obturatuvar fıtık alanları kontrol edildi. Femoral ve indirekt inguinal herni olgularında fıtık kesesine yüksek ligasyon yapıldı. Direkt fıtık keseleri açılmadı (Resim 3).

10x8 cm.boyutlarındaki mersilen mesh kordon ortasından geçilecek şekilde hazırlandı (Resim 4). Kordonun greftten geçtiği yer tek tek ipek sütürlerle daraltıldıktan sonra, gref Cooper, Lacuner ligaman ve m.iliopsoasa kadar yayılarak fascia transversalisin arkasına yayıldı. Bazı olgularda gref yukardaki oluşumlara tek tek ipek sütürlerle tespit edilirken, bazı olgularda dikiş konulmadan peritonun basıncı ile grefin fascia transversalise yaklaşması sağlandı (Resim 5).

Hernioplastiyi takiben endikasyonu olan olgularda periton açılarak ilave alt karın girişimleri veya açılmadan transvesikal prostatektomi yapıldı. Prostatektomi yapılan olguların dışında dren konulmadı.



RESİM 4



RESİM 5

SONUÇLAR

Selçuk Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Kasım 1988-Mayıs 1990 tarihleri arasında, 34 hastada suprapubik transvers kesi ile 52 kasık fıtığı olgusuna preperitoneal mersilen (dacron) mesh hernioplasti uygulandı. 18 hastada herni bilateral idi. Fıtıkların dağılımı ise 33 direkt, 16 indirekt ve 3 femoral herni şeklinde idi. İnguinal hernilerden 8, femoral hernilerden 1'i nüks herni idi. 52 girişimin 15'de greft tespitinde dikiş kullanılmadı (Tablo 1).

Hernioplastiye ilave olarak 6 olguya transvesikal prostatektomi, 2 olguya rektal prolapsus için Ripstein ameliyatı, iki olguya over kisti eksizyonu yapıldı (Tablo 2).

TABLO 1: PREPERİTONEAL İNGUİNAL SENTETİK MERSİLEN MESH HERNİOPLASTİ UYGULANAN OLGULARIN DAĞILIMI

Hasta Sayısı	34
Yaş Ortalaması	60
Herni Sayısı	52
Bl.İnguinal Herni	18
Direkt İnguinal Herni	33
İndirekt İnguinal Herni	16
Femoral Herni	3
Nüks Herni	9

Prostatektomi yapılan olguların dışında dren konulmadı ve preoperatif 1. postoperatif 3.günler arası profilaktik olarak 3. jenerasyon sefalosporin kullanıldı. Prostatektomi olguları hariç hastanede ortalama kalış süresi 5 gün idi.

ortalama takip süresi 10 ay olan olguların yedi-sinde hematoma, birinde yetersiz ölçüde konan dikişsiz grefe bağlı erken nüks gelişti, buna erken ikinci girişim yapıldı. (Tablo 3).

TABLO 2: MESH HERNİOPLASTİ İLE BİRLİKTE UYGULANAN AMELİYATLAR

Hasta Sayısı	10
Yaş Ortalaması	73
Transvesikal Prostatektomi	6
Ripstein	2
Over Kist Eksizyonu	2

TABLO 3: KOMPLİKASYONLARIN DAĞILIMI

Hasta Sayısı	8
Nüks	1(Teknik Hata)
Hematoma	7

TARTIŞMA

İnguinal hernilerin onarımında, gerek preperitoneal girişim, gerekse sentetik greflerin kullanımı yeni değildir (6). Sentetik greflerdeki gelişme ve hernioplasti uygulamasındaki artış nedeni ile zamanımızda sentetik grefler daha sık kullanılmaktadır (1,9). Defektin büyük, fascia transversalisin zayıf olduğu durumlarda hernioplastinin doku gerginliği yapmama üstünlükleri vardır.

Herni onarımının esası olan arka duvara ulaşmak için, sıklıkla kullanılan klasik transinguinal girişimlerde inguinal kanalın içindeki oluşumların yaralanması mümkündür. Primer girişimlerde %1-0,5 oranında olan testis atofisi, nüks olgularda %5 oranına kadar çıkmaktadır (1,6). İlioinguinal ve iliohipogastrik sinirlerin yaralanması daha sıklıkla olabilmektedir. Preperitoneal yolla inguinal kanalın arka duvarına ulaşılan girişimlerde bu komplikasyonlar daha az olacaktır. Preperitoneal girişim sırasında göbek altı median kesilerin, postoperatif hernilere sebep olabilmesi, suprapubik transvers kesininin daha çok kullanılmasına neden olmuştur. Bu kesinin deri kıvrımlarına paralel olması kozmetik üstünlük gösterir. Bu kesi ile her iki inguinal bölgeye ulaşmak mümkündür. Peritonun

yukarı çekilmesi ile inguinal bölgedeki bütün fitik alanları (Femoral, obturatuver) kolaylıkla kontrol edilebilir(2,7,8,10).

Karın içi basıncını arttığı durumlarda, inguinal bölgedeki kas-fasia tabakalarını üç ayrı yönde kasılması, zayıf fitik alanlarını destekler. Transinguinal girişimlerde bu oluşumların birbirine yapışması veya dikilmesi ile inguinal kanalın fonksiyonel anatomisinin bozulması sıklıkla mümkündür. Preperitoneal girişimlerde ise bu olasılık oldukça azdır.

Preperitoneal girişimlerde, anulus inguinalis preperitonealis ve anulus inguinalis superfisialise birlikte ulaşıldığı için, inkarsere olgularda redüksiyon daha kolay olmaktadır(5). Gerektiğinde yandaş alt karın girişimi ve herni oluşumunda etken olan prostat hipertrofilerine aynı kesi ile girişimde bulunmak mümkündür.

Her türlü herni onarımında, nükse sebep olacağı için, derin kesi infeksiyonlarından korkulur. Sentetik greflerin kullanıldığı olgularda bu daha ciddi bir problemdir. Gref kullanılan ilk serilerde %4,8 olan infeksiyon oranı son serilerde %1 veya daha düşük-

tür (5,6). Bizim 34 hastalık serimizde infeksiyona raslanmaması, serinin küçüklüğüne ve dikkatli anti-sepsi ve asepsiye bağlanabilir.

Kanaatimizce, zamanla preperitoneal mesh hernioplasti, nüks, defekti büyük, fascia transversalisi zayıf ve bilateral inguinal hernilerde ve birlikte alt karın girişimi düşünülen olgularda daha sık kullanılan metod olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1-Barnes W.P.:Inguinal hernia repair with routine use of marlex mesh.surg.Gynecol.Obstet.165:33-37,1987
- 2-Bijork K.J.,Mucha P.,Cahi 11 D.R.:Obturator hernia.Surg.Gynecol.Obstet.167:217-222,1988
- 3-Glissow F.:A comparison of the shouldice and Cooper ligament repair of the inguinal wall am.J.Surg. 131:306-311,1976
- 4-Kaufman M.,Weissberg D.,Bilder D.:Repair of recurrent inguinal hernia with marlex mesh.Surg.Gynecol.Obstet. 160:505-506,1985
- 5-Malangoni M.A.,Condon E.R.Preperitoneal repair of acute incarcerated and strangulated hernias of groin.Surg.gynecol.obstet.162:65-67,1986
- 6-Rene E.,R ves J.L.:The use of dacron in repair of hernias of the groin.surg.Clin.North.Am.64:269-281,1984
- 7-Rignault D.P.:Preperitoneal prosthetic inguinal hernioplasty through a pfanenstiel approach.Surg.Gynecol.obstet.163:465-468,21986
- 3-Rogers A.F.:Strangulated obturator hernia.surg.48:394-402,1960.
- 9-Rosenthal D.,Walters M.J.:Preperitoneal synthetic mesh placement for recurrent hernias of the groin.Surg.Gynecol.obstet.163:285-286,1986
- 10-Wantz G.e.:Giant prosthetic reinforcement of the visceral sac.Surg.Gynecol.Obstet.169:408-417,1989