

Aynı Seansta Bilateral İnguinal Herni Onarımı

SIMULTANEOUS REPAIR OF BILATERAL INGUINAL HERNIAS

Dr. Ramazan ERYILMAZ, Dr. Mustafa ŞAHİN, Dr. FG Murat AKDAĞ

Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi I. Cerrahi Kliniği, Fatih / İstanbul

ÖZET

Amaç: Aynı seansta bilateral inguinal herni onarımını ünilateral herni onarımıyla karşılaştırarak yöntemin tedavi değerliliğini araştırmak.

Durum Değerlendirmesi: Bilateral inguinal herniler tüm inguinal hernilerin yaklaşık %12'sini oluşturur. Bassini'nin modern inguinal herni onarımını başlatmasından bu yana bilateral inguinal herni onarımı tartışmalıdır.

Yöntem: Temmuz 1998-Temmuz 2002 tarihleri arasında inguinal herni onarımı yapılan ve takip edilebilen 452 olgunun 45'i bilateral, 407'si ünilateral idi. Olguların hastanede yatış ve normal aktiviteye dönüş süreleri Mann Whitney-U testiyle karşılaştırıldı. Gelişen cerrahi alan enfeksiyonu, üriner retansiyon ve nüks oranlarını ki-kare testiyle karşılaştırarak komplikasyon gelişimi açısından anlamlı fark olup olmadığı araştırıldı.

Çıkarımlar: Olgular 2-50 ay, ortalama 27 ay takip edildi. Tek seansta bilateral herni onarımıyla ünilateral herni onarımı arasında hastanede yatış ve normal aktiviteye dönüş açısından Mann Whitney-U testine göre anlamlı fark mevcut değildi ($p>0.05$). Cerrahi alan enfeksiyonu ve nüks gelişimi açısından gruplar arasında ki-kare testiyle anlamlı fark mevcut değilken ($p>0.05$), üriner retansiyon gelişimi aynı seansta bilateral herni onarımında tek taraflı onarımdan anlamlı yüksek bulundu ($p<0.05$).

Sonuçlar: Komplike olmayan bilateral inguinal hernilerin aynı seansta onarımı morbiditede önemli bir artışa neden olmayan, güvenli ve maliyeti daha düşük bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: İnguinal herni, bilateral, aynı seans, onarım

SUMMARY

To investigate the treatment value of simultaneous repair of bilateral inguinal hernias compared with unilateral hernias.

Bilateral inguinal hernia consists of 12% of all inguinal hernias. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernia has been controversial since Bassini repair was described.

In this study, 452 inguinal hernias (407 unilateral and 45 bilateral) were included between July 1998 and July 2002. Simultaneous bilateral inguinal hernia repair was compared with unilateral hernia repair in terms of length of hospital stay, time of return to normal activity, surgical site infection, urinary retention and recurrence with Mann Whitney-U test and chi square test.

Mean follow-up was 27 (range: 2-50) months. There was no difference between simultaneous bilateral hernia repair and unilateral hernia repair in terms of length of hospital stay and time of return to normal activity with Mann Whitney-U test and in terms of surgical site infection and recurrence with chi square test ($p>0.05$). Urinary retention was significantly higher in the simultaneous bilateral hernia repair group as compared with the unilateral hernia repair group ($p<0.05$).

Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias does not lead to a significant increase in morbidity and it is safe and cost effective.

Keywords: Inguinal hernia, bilateral, simultaneous, repair

Genel cerrahide en sık yapılan ameliyat inguinal herni onarımıdır. Bilateral inguinal herniler tüm inguinal hernilerin yaklaşık %12'sini oluşturur^[1]. Bassini'nin modern inguinal herni onarımını başlatmasından bu yana aynı seansta bilateral inguinal herni onarımı tartışmalıdır. Aynı seansta bilateral inguinal herni onarımında nüks sıklığının, yara komplikasyonlarının ve postoperatif ağrının arttığına dair genel bir inanç ve bu konuda çeşitli yayınlar mevcuttur.^[2,3,4]

Bu çalışmada aynı seansta yapılan komplike olmayan bilateral inguinal herni onarımlarının güvenli ve maliyetinin daha düşük olduğunu varsayarak aynı seansta yapılan komplike olmayan bilateral inguinal herni onarımları ile ünilateral inguinal herni onarımlarını hastanede yatış, normal aktiviteye dönüş süreleri, cerrahi alan enfeksiyonu, üriner retansiyon ve nüks gelişimi açısından karşılaştırdık ve aynı seansta bilateral inguinal herni onarımının tedavi değerliliğini araştırdık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Temmuz 1998- Temmuz 2002 tarihleri arasında kliniğimizde 539 inguinal herni olgusuna polipropilen yama ile gerilimsiz onarım, arka duvar ağ örgüsü veya Bassini tipi onarım uygulandı. Olguların 87'sinin takipleri yapılamadığından çalışma dışı bırakıldı. Takibi yapılan 452 olgunun 407'sine ünilateral, 45'ine aynı seansta bilateral inguinal herni onarımı yapıldı. Aynı seansta bilateral onarım yapılan olgular komplike olmayan olgulardı. Nüks, skrotal veya dev herni ile beraber olan bilateral hernilere posterior yaklaşımla preperitoneal greft uygulamaktayız. Bu dönemde yapılan sınırlı sayıda laparoskopik ve preperitoneal onarımlar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların özellikleri Tablo 1' de gösterilmiştir.

Olguların hastanede yatış ve normal aktiviteye dönüş süreleri kaydedilerek Mann Whitney-U testiyle karşılaştırıldı. Normal aktiviteye dönüş aktif araba kullananlar için tekrar araba kullanmaya başladıkları tarih olarak değerlendirilirken, diğerlerinde yatak istirahatından çıkarak ev dışı işlerde aktif çalışmaya başlaması esas alındı. Gelişen cerrahi alan enfeksiyonu, üriner retansiyon ve nüks oranları ki-kare testiyle karşılaştırılarak komplikasyon gelişimi açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı araştırıldı. Mesanedeki idrarın boşaltılması olarak tanımlanabilecek üriner retansiyonda inguinal herni onarımı sonrası idrar yapamama şik-

Tablo 1. Bilateral ve ünilateral hernilerin yaş, cinsiyet, uygulanan onarım tekniği ve anestezi dağılımı.

Herni özellikleri	Bilateral (n=45)	Ünilateral (n=407)
Yaş aralığı (ort.)	22-76 (56.4)	16-88 (50.8)
Cinsiyet (erkek / kadın)	44 / 1	387 / 20
Onarım tekniği		
Polipropilen yama	30	218
Arka duvar ağ örgüsü	12	137
Bassini tekniği	3	52
Anestezi tipi		
Genel anestezi	34	95
Spinal anestezi	11	240
Lokal anestezi	-	72

kayeti olanlarda önce sıcak uygulama yapıldı. Ancak 8 saat sonra idrar yapamama ve/veya ağrı şikayeti devam eden ve palpasyonla glob gelişen olgularda üretral kateter uygulandı. Hastalarda kateterizasyonla 400 cc altında idrar gelmedi. Hastalar 3, 6, 12 ve 24. aylarda kontrollere çağrıldı, daha sonraki kontrolleri telefonla yapıldı.

SONUÇLAR

Olgular 2-50 ay ortalama 27 ay takip edildi. Aynı seansta bilateral inguinal herni onarımında üriner retansiyon gelişimi tek taraflı inguinal herni onarımı yapılanlara göre anlamlı yüksek bulunurken ($p<0.05$), cerrahi alan enfeksiyonu ve nüks gelişimi açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.005$) (Tablo 2). Grupların hastanede yatış ve normal aktiviteye dönüş süreleri açısından Mann Whitney-U testiyle yapılan değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 3).

TARTIŞMA

Pek çok cerrahda bilateral inguinal hernilerin aynı seansta onarımının iyileşme süresinde uzama ve komplikasyon oranlarında artışa neden olduğu düşüncesi vardır. Bilateral inguinal hernilerin konvansiyonel yöntemlerle aynı seansta onarımında dikiş hattında gevşetici insizyonlara rağmen gerginlikte artma ve nüks oranlarında artış olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur^[3,4,5].

Tablo 2. Grupların hastanede yatış ve normal aktiviteye dönüş sürelerinin Mann Whitney-U testiyle karşılaştırılması

	Bilateral	Ünilateral	p değeri
Hastanede yatış süresi (gün)	2.20±1.38 (1-8)	2.09±1.59 (1-10)	0.665
Normal aktiviteye dönüş süresi (gün)	18.69±4.70 (12-28)	19.84±6.65 (12-50)	0.261

Tablo 3. Gruplarda gelişen komplikasyonların ki-kare testiyle karşılaştırılması

Komplikasyonlar	Bilateral (%)	Ünilateral (%)	Ki-kare	p değeri
Cerrahi alan enfeksiyonu	Yüzeysel 3 Derin 1 (%8.8)	Yüzeysel 4 Derin 24 (%6.8)	0.484	
Üriner retansiyon	9 (%20)	32 (%7.8)	0.013	anlamlı
Nüks	2 (%4.4)	15 (%3.6)	0.682	

Aynı seansta yapılan bilateral herni onarımlarında **1-** Hastalar için daha az psikolojik stres, **2-** İkinci bir maliyet ve anestezi ihtiyacının ortadan kalkması, **3-** Daha az iş gücü kaybı, **4-** İki aşamalı onarımda ameliyatlarda arasındaki dönemde strangülasyon riskinden kaçınma gibi önemli avantajlar mevcuttur^[1,6,7].

Son yıllarda aynı seansta bilateral herni onarımı ile morbidite ve herni nüksünde artış olmadığını bildiren çalışmalar yapılmıştır^[6,7,8,9]. Miller ve ark.^[11] retrospektif çalışmalarında ünilateral herni onarımıyla, aynı seansta bilateral herni onarımı arasında nüks açısından anlamlı fark bulmazlarken, bilateral onarım uygulanan hastalarda üriner retansiyonu anlamlı yüksek bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da bilateral inguinal herni onarımı yapılanlarda üriner retansiyon gelişimi tek taraflı onarımlara göre anlamlı yüksek bulundu. Dakkuri ve ark.^[7] yaptıkları prospektif çalışmada gerilimsiz herni onarımı tekniğini kullandıklarını ünilateral herni onarımıyla, aynı seansta bilateral herni onarımı arasında iyileşme süresi, yara enfeksiyonu, narkotik analjezik ihtiyacı, üriner retansiyon ve nüks açısından anlamlı fark bulamamışlardır. Çalışmamızda aynı seansta bilateral inguinal herni onarımıyla tek taraflı onarım arasında cerrahi alan enfeksiyonu ve nüks gelişimi açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), üriner retansiyon gelişimi aynı seansta bilateral herni onarımlarında anlamlı olarak daha fazla görüldü ($p<0.05$). Bilateral herni onarımlarının daha uzun sürmesi, daha büyük cerrahi travmaya neden olması ve ge-

nel anestezi uygulanan olgu sayısının daha fazla olmasının üriner retansiyon gelişiminde etkili faktörler olduğunu düşünmekteyiz. Amid ve ark.^[6] aynı seansta bilateral inguinal herni onarımlarını lokal anestezi altında yapmışlar ve polipropilen yama ile gerilimsiz açık onarım yöntemi uygulamışlardır. Bu tekniği bilateral olgularda laparoskopik herni onarımıyla karşılaştırmışlardır ve postoperatif ağrı ve iyileşme süresini her iki grupta eşit, nüks oranı ve maliyeti açık onarımda laparoskopik onarımdan daha düşük bulmuşlardır. Yazarlar lokal anestezi altında uygulanan polipropilen yama ile gerilimsiz onarımda üriner retansiyon görmediklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda, aynı seansta bilateral inguinal herni onarımında lokal anestezikte toksik doz aşımı riski ve ameliyat süresinin uzamasının hastada yol açacağı rahatsızlık nedeniyle lokal anestezi uygulanmadı. Üriner retansiyonun aynı seansta bilateral herni onarımlarımızda daha fazla görülmesinde genel anestezi uygulanmasının payı olduğunu düşünmekteyiz. Son 10 yılda giderek gelişen laparoskopik herni onarımı tekniği ile aynı seansta bilateral onarım yapılabilmektedir. Ancak yayınlanan serilerde laparoskopik herni onarımında iyileşme süresi daha kısa olmakla beraber nüks oranları ve maliyetin daha yüksek olması bu tekniğin kullanımını sınırlamaktadır^[10,11,12,13,14,15]. Smith ve ark.^[11] laparoskopik herni onarımında %8.3, açık herni onarımında %4.4 nüks bildirmişlerdir. Kliniğimizde bu onarım sınırlı sayıda yapıldığından çalışmaya dahil edilmedi.

Aynı seansta bilateral herni onarımında uygulanabilecek diğer bir yöntem Stoppa yöntemi olarak da bilinen posterior yaklaşımla preperitoneal greft uygulamasıdır. Bu yöntem düşük nüks sonrası oranlarına sahip olmasına karşın nüks veya nüksleme riski yüksek olgularda önerilmektedir^[16,17,18,19,20]. Kliniğimizde halen devam eden bir çalışmamızda nüks veya dev bilateral herni onarımlarında Stoppa yöntemini uygulamaktayız. Ancak serimizdeki olgu sayısının yetersiz olması nedeniyle karşılaştırma yapmadık.

Sonuç olarak; komplike olmayan bilateral inguinal hernilerin aynı seansta onarımı morbiditede önemli bir artışa neden olmayan, güvenli ve ekonomik kayba yol açmayan bir yaklaşımdır.

KAYNAKLAR

1. Miller AR, Van Heerden JA, Naessens JM, O'Brien PC. Simultaneous bilateral hernia repair: a case against conventional wisdom. *Ann Surg* 1991; 213: 272-276.
2. Wantz GE. Complications of inguinal hernia repair. *Surg Clin North Am* 1984; 64: 287-298.
3. Palumbo LT, Sharpe WS. Primary inguinal hernioplasty in the adult. *Surg Clin North Am* 1971; 51: 1293-1307.
4. Cahlin E, Weiss L. Results of postoperative clinical examination of inguinal hernia after three years. *Acta Chir Scand* 1980; 146: 421-426.
5. Read RC. Bilaterality and the prosthetic repair of large recurrent inguinal hernias. *Am J Surg* 1979; 138: 788-793.
6. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia. *Ann Surg* 1996; 223: 249-252.
7. Dakkuri RA, Ludwig DJ, Traverso LW. Should bilateral inguinal hernias be repaired during one operation? *Am J Surg* 2002; 183: 554-557.
8. Ger R, Omar AM, Moza SK. Bilateral adult inguinal hernia. One-stage or two-stage? *J R Coll Surg Edinb* 1978; 23: 300-302.
9. Duvie SO. One-stage bilateral inguinal herniorrhaphy in the adult. *Can J Surg* 1984; 27: 192-193.
10. Fleming WR, Elliott TB, McL. Jones R, Hardy KJ. Randomized clinical trial comparing totally extraperitoneal inguinal hernia repair with the Shouldice technique. *Br J Surg* 2001; 88: 1183-1188.
11. Smith JR, Demers ML, Pollack R, Gregory S. Prospective comparison between laparoscopic preperitoneal herniorrhaphy and open mesh herniorrhaphy. *Am Surg* 2001; 67: 115-118.
12. Fitzgibbons RJ Jr, Camps J, Cornet DA, Nguyen NX, Litke BS, Annibali R, Salerno GM. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy. Results of a multicenter trial. *Ann Surg* 1995; 221: 3-13.
13. Crawford DL, Phillips EH. Laparoscopic repair and groin hernia surgery. *Surg Clin North Am* 1998; 78: 1047-1062.
14. Bakır S, Akalın Ö. Laparoskopik ekstraperitoneal herni onarımı. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1996; 10: 15-19.
15. Eyüboğlu E, İpek T, Alemdaroğlu K. Total ekstraperitoneal laparoskopik fıtık onarımı. *Endoskopik Laparoskopik Minimal Invazif Cerrahi* 1996; 3: 120-123.
16. Wantz GE. Giant prosthetic reinforcement of the visceral sac. The Stoppa groin hernia repair. *Surg Clin North Am* 1998; 78: 1075-1087.
17. Solorzano CC, Minter RM, Childers TC, Kilkenny JW. Prospective evaluation of the giant prosthetic reinforcement of the visceral sac for recurrent and complex bilateral inguinal hernias. *Am J Surg* 1999; 177: 19-22.
18. Kurzer M, Belsham PA, Kark AE. Prospective study of open preperitoneal mesh repair for recurrent inguinal hernia. *Br J Surg* 2002; 89: 90-93.
19. Beets GL, van Geldere D, Baeten CGMI, Go PMNYH. Long-term results of giant prosthetic reinforcement of the visceral sac for complex recurrent hernia. *Br J Surg* 1996; 83: 203-206.
20. Talu M, Yücel O, Kaya A, Özkan S, Gürleyik E. Inguinal hernilerin tamirinde posterior girişimle preperitoneal greft uygulaması. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1995; 9: 164-167.

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:

Dr. Ramazan ERYILMAZ

Verilerin elde edilmesi:

Dr. Ramazan ERYILMAZ,
Dr. FG Murat AKDAĞ

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Dr. Ramazan ERYILMAZ, Dr. Mustafa ŞAHİN,
Dr. FG Murat AKDAĞ

Yazının kaleme alınması:

Dr. Ramazan ERYILMAZ, Dr. Mustafa ŞAHİN,

İstatistiksel değerlendirme:

Dr. Ramazan ERYILMAZ, Dr. Günay CAN

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Ramazan ERYILMAZ
Neslişah Mah. Emlak Bankası Evleri
E-4 Blok/55 Fatih/ İstanbul 34250
Telefon: 212 621 89 87
Fax: 212 635 20 46
E-mail: ramazaneryilmaz@hotmail.com