

Tansiyonsuz Kasık Fıtığı Onarımları: İlk 100 Hastadaki Sonuçlarımız

Tensionless Inguinal Hernia Repair: A Preliminary Report of 100 Patients

Dr.Mehmet Ali YERDEL, Dr.Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR,
Dr.Ömer Fazıl BİLGİN, Dr.Ufuk MALKOÇ, Dr.Ayhan KOYUNCU, Dr.Ercüment KUTERDEM

ÖZET: Bu çalışmada son iki yılda 100 hastada prolen greft ile yaptığımız 109 "tansiyonsuz kasık fıtığı onarımı (TKFO)" ameliyatının erken sonuçları ve tarafımızca geliştirilmiş yeni, modifiye bir TKFO yöntemi sunulmuştur. Seksen dört onarım primer, 25'i ise nüks olgulardır. Elli iki hastaya Lichtenstein, 38'ine Rutkow, 3'üne Stoppa (bir olguya bilateral) ve 10'una modifiye TKFO, %89 oranında lokorejyonel anestezi ile yapılmış ve hastaların %90'ından fazlası postoperatif 1. günde taburcu edilmişlerdir. "Külahlı mesh-Cooper onarımı" olarak adlandırdığımız tarafımızca geliştirilmiş yöntem femoral fıtığın da eşlik ettiği ileri derecede arka duvar hasarı olan olgularda Stoppa ameliyatına bir alternatif olarak sunulmuştur. Postoperatif erken komplikasyonlar 7 ekimoz, 2 seroma ve 2 kesi enfeksiyonu olup bu enfeksiyon olgularının birinde greft 2 ay sonra çıkarılmıştır. 3-25 ay takip edilen olgularımızda (ortalama takip süresi:1 yıl) greftin çıkarıldığı enfeksiyonlu olgumuz dahil hiçbir nüksle karşılaşmamıştır. Geç komplikasyonlar ise zig metodu uygulanmış bir olguda hidrosel, 2 olguda şüpheli rezidüel nevralsi ve 4. nüks operasyonunu geçiren bir hastadaki testiküler atrofi ve Stoppa ameliyatının yol açtığı bir teknik problemdir. Yüzde sıfır'lık nüks oranımız her ne kadar takip süresi yetersiz ise de fıtık nükslerinin %40 oranında birinci yılda oluştuğunu hatırladığımızda kayda değerdir. Dahası TKFO yöntemleri az diseksiyon gerektiren, lokal anestezi ile yapılabildiği postoperatif ağrının da minimal olduğu ve hastanın ertesi gün taburcu edildiği, yabancı madde implantasyonuna karşın enfeksiyon riskinin diğer ameliyatlara oranla artmadığı ameliyatlar olarak dikkati çekmiş ve külahlı mesh Cooper onarımı da lokal anestezi ile yapılabilmesi yönünden ve tüm miyopektineal açıklığı tansiyonsuz olarak onarabildiği için Stoppa ameliyatına göre daha avantajlı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tansiyonsuz kasık fıtığı onarımı (TKFO), Lichtenstein, Rutkow, Stoppa, Külahlı mesh-Cooper onarımı

SUMMARY: This study summarizes our preliminary results about 109 tensionless

YAZIŞMA ADRESİ: Dr.Ufuk MALKOÇ
Batisitesi Mah. Selkumu Yapı Koop.
5. Cad. No:14/1, Mesa-Batikent, ANKARA

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
ANKARA

inguinal hernia repairs (TIHR) performed on 100 patients with 104 operations in a two year period. Furthermore; a new method of modified TIHR technique is described. Eighty four repairs were for primary, 25 were for recurrent hernias. Lichtenstein, Rutkow, Stoppa and modified TIHR operations were performed in 52, 38, 3 (one bilateral through same incision), and 10 patients respectively.

Operations were performed under local anesthesia in 89% of the patients and over 90% of the patients were discharged from the hospital one day after the surgery. Including the two patients with postoperative wound infection, 11 minor complications occurred and all but one were cured by conventional therapies. In one patient with wound infection, the graft was removed two months after surgery but hernia did not recur during the follow-up. Eighty five per cent of the patients were followed up 3-25 months after surgery with a mean follow-up period of 1 year. No recurrence was encountered and long term complications were: Hydrocell formation (n:1), probable residual neuralgia (n:2), testicular atrophy (n:1), the patient was operated for his fourth recurrence) and a technical failure in one Stoppa operation which did not result in recurrence. Considering the fact that almost 40% of the hernia recurrences occur within one year after the operation, a 0% rate of recurrence in our series is quite remarkable. According to our preliminary experience Lichtenstein repair seemed to be the most convenient method of primary and recurrent hernia repairs. In patients with extensive damage of the posterior inguinal wall, the cone-mesh-Cooper repair by obliterating all the myopectineal orifice without any tension seemed to be a very advantageous alternative to Stoppa operation since it can be performed under local anesthesia with less technical problems.

Key Words: *Tensionless inguinal hernia repair (TIHR), Lichtenstein, Rutkow, Stoppa, Cone-mesh-Cooper repair*

Modern kasık fitiği cerrahisinin ulaştığı son aşama kuşkusuz tansiyonsuz kasık fitiği onarımı yöntemleridir.¹ Klasik kasık fitiği ameliyatlarının ortak paydası olan ve çoğu nüksten sorumlu takviye hattındaki gerilimi tamamı ile ortadan kaldıran bu yöntemler arasında en popüler olanları Rutkow², Lichtenstein³, Stoppa⁴ ameliyatları ve laparoskopik fitik tamiri yöntemleridir.^{5,6}

Bu makalede son iki yıl içinde uygulamış olduğumuz ilk 109 tansiyonsuz kasık fitiği onarımı (TKFO)'nın erken sonuçları irdelenmiş ve komplike fitikların tedavisinde tarafımızca geliştirilmiş yeni bir modifiye TKFO yöntemi tarif edilmiştir.

Amacımız birbirlerinden çeşitli teknik detaylarla ayrılan değişik TKFO yöntemleri ile ilgili önemli teknik sorulara cevap vermek, hangi tip TKFO yönteminin ne tip kasık fitiklarında tercih edilmesi gerektiğini vurgulamak, bu yöntemlerin mali portresini ve en önemlisi başarısını ortaya koymaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Materyalimiz Kasım 1993-Ocak 1996 tarihleri arasında kasık fitiği tanısıyla kliniğimize yatıp TKFO yöntemlerinden biri ile ameliyat edilen ilk 100 hastadan oluşmaktadır. Onarım tekniklerinin başarısını en anlamlı şekilde ortaya koyabilmek ve standardizasyon amacı ile tüm olgular operatif bulguların ışığı altında Rutkow'un modifiye Gilbert sınıflamasına göre kaydedilmişlerdir.² Bu sınıflamaya göre Tip I, II ve III fitiklar indirekt fitiklar olup Tip I'de dar iç halka, Tip II'de 4 cm'nin altında iç halka ve Tip III'de 4 cm'yi aşan iç halka durumları söz konusudur. Tip IV ve Tip V fitiklar ise direkt fitikları kapsamakta olup, Tip IV'de inguinal kanalın arka duvarının tamamen defektif olduğu, Tip V'de ise suprapubik yerleşimli divertiküler fitik anlatılmaktadır. Tip VI pantolon, Tip VII femoral ve Tip VIII ise nüks fitiklar için kullanılan kodlardır.

Primer kasık fitiklarında Rutkow, Lichtenstein ve nadiren de modifiye TKFO ameliyatları uygulanmıştır. Nüks fitiklarda ise sözkonusu defektin 3 cm'nin altında olduğu olgularda Lichtenstein-tıkaç ameliyatı uygulanmış, 3 cm'nin üzerinde bir defektten oluşarlarda ise Lichtenstein-örtü ya da Rutkow ameliyatı tercih edilmiştir. Dev nüksü bulunan ya da bilateral dev fitiği bulunan olgularda ise Stoppa ameliyatı uygulanmıştır. Femoral fitiklarda ise değişik tipte modifiye TKFO yöntemleri uygulanmış olup eşlik eden direkt-indirekt kasık fitiği bulunan olgularda "külahlı-mesh-Cooper onarımı" olarak adlandırığımız ve tarafımızca modifiye edilen ameliyat yapılmıştır. Skrotal büyük kese bulunan olgularda kesenin distali hiç diseke edilmeden zig metodu uygulanmak sureti ile intakt olarak yerinde bırakılmıştır.

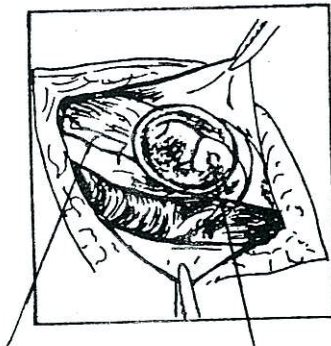
Stoppa dışındaki tüm olgularda tercih edilen anestezi şekli lokal anestezidir. Hemen tüm hastalara bu önerilmiş ancak hastanın kabul etmediği ya da lokal anestezinin yetersiz kalacağı düşünülen olgularda spinal ya da genel anestezi uygulanmıştır. Stoppa ameliyatı ise rutin olarak genel anestezi altında yapılmıştır. Tüm ameliyatlarda mesh materyali olarak polipropilen (Ethicon Ltd., UK. knitted monofilament polypropylene veya Surgipro Mesh polypropylene clear.), Stoppa ameliyatında ise mersilen mesh (Ethicon Ltd. U.K. Interlocked Polyester Fibre Mesh) kullanılmıştır. Ameliyatlardan önce profilaktik antibiyotik kullanımı ve ameliyat sahasının drenajı halen devam etmekte olan araştırma programı uyarınca yapılmış olup rutin uygulamalar arasında değildir. Hastalar ameliyat sonrasında yara komplikasyonları, testis ödemi ve başka erken komplikasyonlar açısından taburcu olduktan bir hafta sonra rutin olarak tekrar değerlendirilmiş ve yara enfeksiyonu olmadığı bir ay sonra yapılan ikinci kontrolde teyid edilmiştir. Serimizin takip süresi 3-25 ay arasında değişmektedir ve ortalama takip süresi bir yıldır.

Ameliyat Teknikleri

Lichtenstein ameliyatı:

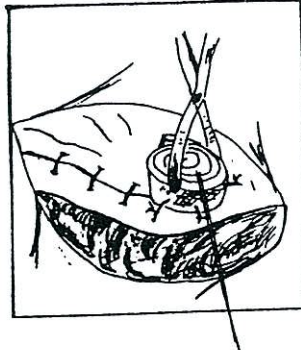
Lichtenstein ameliyatı tıkaç ("plug")⁸ ve örtü ("on-lay")³ tipi olmak üzere iki tiptir ve teknik

detayları ilgili makalelerde mevcuttur.^{3,7} Lichtenstein-tıkaç ameliyatı defekt çapının 3 cm'yi aşmadığı nüks ve her türlü femoral fitik olgularında silindirik haline getirilmiş prolen tıkaçın defekte dikişle tatbiki yoluyla uygulanır (Şekil 1).

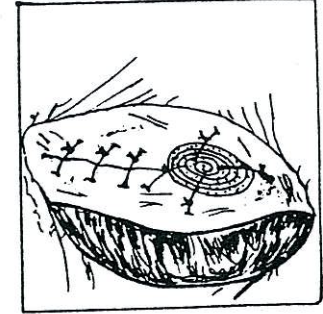


Eski onarım
hattı

Nüks

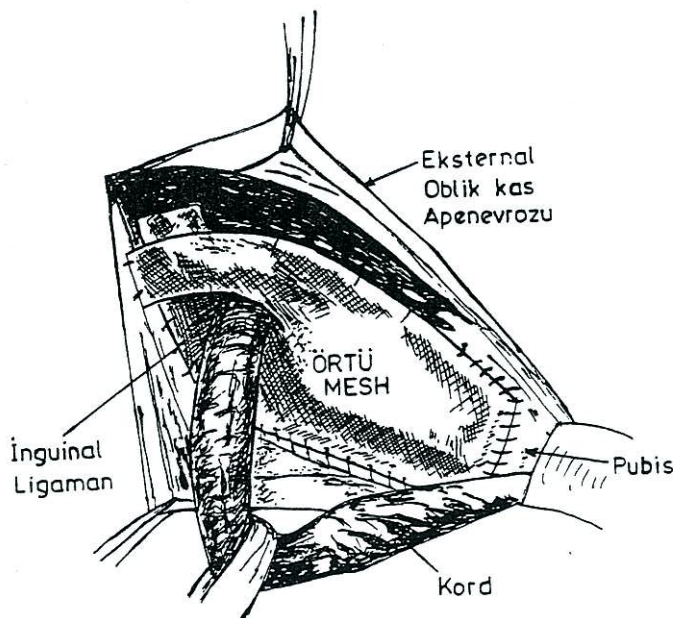


Tıkaç



ŞEKİL 1: Lichtenstein-tıkaç ameliyatı

Lichtenstein-örtü ameliyatı ise tüm tansiyonsuz fitik onarımı yöntemlerinin bir bakıma altın standardıdır ve en fazla tecrübe birikiminin bulunduğu TKFO yöntemidir. Bu ameliyat tüm primer fitiklerde ve defekt çapının 3 cm'yi aştığı nüks fitiklerde uygulanabilmektedir. Prolen mesh Şekil 2'de şematize edildiği gibi; direkt kese kendi üzerine plike edildikten sonra ya da indirekt kese yüksek diseke edilip defektten geri içeri itildikten sonra inguinal kanalın arka duvarına dikişle uygulanır.



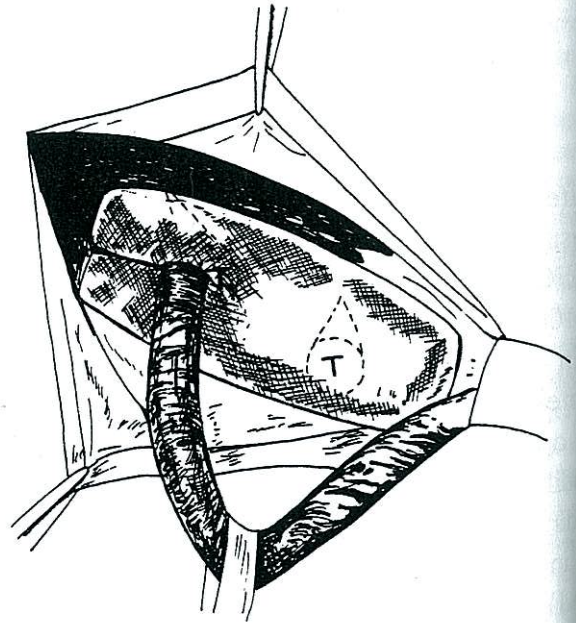
ŞEKİL 2: Lichtenstein-örtü ameliyatı

Rutkow ameliyatı:

İlk olarak Gilbert tarafından uygulanmış⁷ olan Rutkow ameliyatı, indirekt defektlerin tedavisinde kullanılan "dikicesiz"

TKFO yöntemidir. Şekil 3'de şematize edilen ve detaylı tekniği başka kaynaklarda bulunabilecek² bu ameliyat direkt, indirekt, femoral ve nüks kasık fitiklerinde yapılabilmektedir. Ameliyatın esas defektli bölgeye külah şekline getiril-

miş prolen tıkaçı külahın ucu karın içine gelecek şekilde tatbik etmek ve bunun üstüne de, fascia transversalisi uzun dönemde takviye etmek amacı ile, bir prolen mesh yaymaktır. Bu örtü hiçbir yere suture edilmemektedir ve üzerine kapatılan eksternal oblik kas aponözünün bu örtünün yer değiştirmesini önleyeceği esasına dayanan en hızlı ve en basit TKFO yöntemidir.



ŞEKİL 3: Rutkow ameliyatı.

T: Direkt ve indirekt defektlere tatbik edilmiş prolen tıkaç

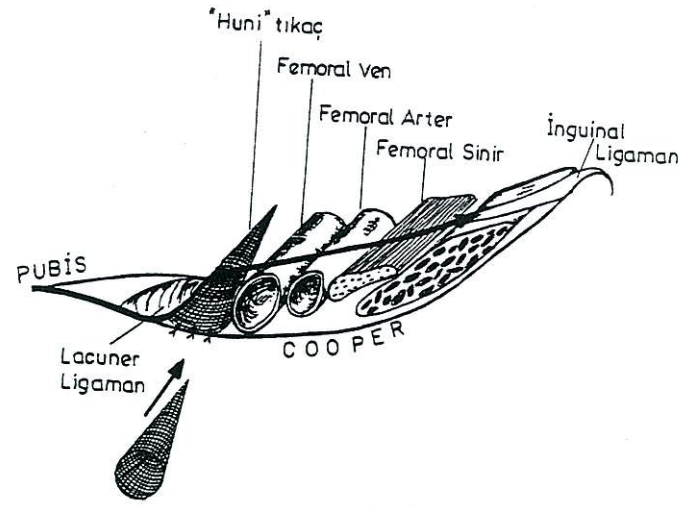
Stoppa onarımı:

Superiordan preperitoneal yaklaşımla, bilateral olgularda göbek alt median kesi ile tek taraflı olgularda transvers yüksek inguinal kesiyle yapılan ve GPRVS (Giant prosthetic reinforcement)

of the visceral sac) olarak da adlandırılan ve ekstraperitoneal laparoskopik fitik ameliyatlarının da temelini teşkil eden bir ameliyattır. Teknik çizimlerinin başka kaynaklarda bulunabileceği bu ameliyatta⁴ esas olan; miyopektineal aralığın tamamının her yönde taşan bir mersilen mesh greftle kapatılmasıdır.

Külahlı-mesh-Cooper onarımı:

Tarafımızca geliştirilen bu teknik Rutkow ile Lichtenstein ameliyatlarının bir karışımı olup aynı zamanda bir Cooper ligamanı onarımı yöntemidir. Femoral fitiğin da eşlik ettiği büyük direkt ve/veya indirekt kasık fitiği olgularında uygulanmasını önerdiğimiz ve Şekil 4a ve 4b'de şematize edilen bu TKFO yönteminin en önemli özelliği; Cooper ligamanı kullanılarak yapılacak bir Lichtenstein-örtü onarımındaki femoral ven köşesine baskıyı, femoral venin yanındaki defekte bir külah tatbiki ile ortadan kaldırmasıdır.



ŞEKİL 4b: Külahlı-mesh-Cooper onarımında inferior sütür hattının şematik gösterimi. Yerleştirilen Külah-mesh üzerinden sütür hattının yumuşak geçişine dikkat ediniz.

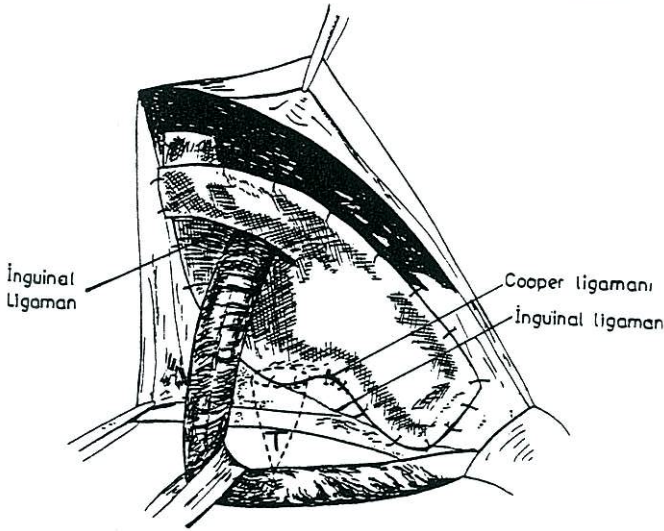
Zig metodu uygulanan olgu sayısı 6'dır. Rutin olarak genel anestezi altında yapılan Stoppa ameliyatı (n:3, bir olguda bilateral) bir yana bırakılırsa serinin geri kalan 101 ameliyatının 78'i lokal, 11'i spinal ve 12'si hasta tercihi ya da uyumsuzluğu nedeniyle genel anesteziyle yapılmıştır. Aynı seansta bilateral olarak ameliyat edilen 4 olgu da lokal anesteziyle yapılmıştır.

TABLO 1: 100 hastalık serinin Erkek/Kadın, Sağ/Sol, Bilateral/Unilateral oranları

	Sağ	Sol	Bilateral	Toplam
Erkek	46	38	9	93
Kadın	4	3	0	7
Toplam (n= %)	50	41	9	100
	91			

SONUÇLAR

Kasım 1993 - Ocak 1996 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Departmanı'nda 100 hastaya 104 TKFO ameliyatı yapılmış ve toplam 109 kasık fitiği onarılmıştır. 100 hastanın 5'ine aynı ameliyatta bilateral, 4'üne ise 2 hafta - 2 sene arasında değişen sürelerde 2. ameliyatla diğer tarafına da TKFO onarımı yapıldığından toplam onarım sayısı 109'dur. Serimizin erkek/kadın, unilateral/bilateral ve sağ/sol oranları Tablo 1'de özetlenmiş-



ŞEKİL 4a: Külahlı-mesh-Cooper onarımının şematik gösterimi. T: Femoral kanala konulmuş huni tıkaç

TABLO 2: Erkek ve kadın hastalarda yapılan değişik tansiyonsuz kasık fıtığı onarımı yöntemlerinin fıtık tiplerine göre dağılımı

		İndirekt			Direkt	Pantolon	Femoral	Nüks		
		Tip I	Tip II	Tip III	Tip IV	Tip V	Tip VI	Tip VII	Tip VIII	Toplam
Rutkow	E	4	14	4	3		6		6	37
	K					1				1
Lichtenstein Örtü	E	1	11	2	11	3	7		4	39
	K	1								1
Lichtenstein Tıkaç	E								12	12
	K									
Külahlı-Mesh-Cooper	E				*3				*1	4
	K						*1			1
Stoppa	E				**2				2	4
	K									
Modifiye Onarımlar	E				***3	***1		****2		6
	K					*****1		****3		4
Toplam		6	25	6	22	6	14	5	25	109

* Femoral fıtığın da eşlik ettiği olgulardır

** Stoppa ameliyatının bilateral uygulandığı olgudur

*** Orijinal Lichtenstein-örtü ameliyatına ek olarak tıkaç da kullanılmış olgulardır

**** Superiordan Lichtenstein femoral tıkaç ameliyatına ek olarak açılan fasya transversalisin örtü greft ameliyatıyla takviye edildiği olgulardır

***** Laparotomi sırasında içeriden örtü greft uygulanmış olgudur

guları ve 1 kesi enfeksiyonlu olgu konservatif tedaviyle tamamen düzelmişlerdir (drenaj ve antibiyotik tedavisi). Bir enfeksiyonlu olguda ise enfeksiyon derine ve grefte ulaşmış, sinüs teşekkülü sonuca postoperatif 2. ayda greft çıkarılmak zorunda kalınmıştır. İlginç olarak greftin çıkarılmasına karşın yaygın fibrozis sonucu, hastanın fıtığı postoperatif 12. aydaki kontrolünde halen nüks etmemiştir. Olguların %85'i, doktor tarafından görülüp muayene edilmek suretiyle 3-25 ay arasında değişen sürelerde, ortalama takip süresi 1 yıl olmak üzere, takip edilmişlerdir. Geç komplikasyonlarımız; postoperatif 4. ayda tanı konulan ve ameliyatında zig metodu kullanılıp dev skrotal kesenin yerinde bırakıldığı bir olguda gelişen hidrosel, iki olguda gelişen, hastaların subjektif şikayetlerine dayanılarak tanısı konulan rezidüel nevralsi, 4. nüks ameliyatını geçiren hastadaki testiküler atrofi ve Stoppa

ameliyatı uygulanıp mesh'in medial kısmının ksalığı nedeni ile içeriden tıkaç konulan olguda bu tıkaçın ameliyat sonrasında cilt altında gelişmesi şeklinde özetlenebilir. Hidrosel olgusu önce drene edilmiş ve sonra hidroselin nüks üzerine skrotal kesiyle yeniden ameliyat edilerek (Winkelman ameliyatı) şifa bulmuştur. İl rezidüel nevralsi olguda nüksle karşılaşmamıştır.

TARTIŞMA

Genel cerrahların en sık uyguladıkları ameliyat olmasına karşın klasik kasık fıtığı onarımı yöntemlerinin hiçbiri, primer fıtıklarda %10'lara nüks fıtıklarda %25'lere varan nüks problemi nedeniyle ideal vasıfta değildir.^{1,9,10} Modern fıtık cerrahisinin prensiplerini ortaya koyan Bas

gen günümüze dek birçok onarım yöntemi geliştirilmiş ve bunlar arasında kuşkusuz Shouldice onarımı gerek tecrübe birikiminin zenginliği ve gerekse başarısı açısından tüm yeni yöntemlerin değerlendirilmesinde bir altın standart halini almıştır. Uzun süreli takiplerinde %1 oranında nüks bildirilen Shouldice Hastanesi cerrahlarının 200000 olguyu aşan serilerindeki başarı her ne kadar kayda değerse de¹¹, aynı ameliyat birçok başka merkezde aynı boyutta bir başarı ile sonuçlanmamakta ve kısa süreli takiplerde bile nüks oranları değişik merkezlerde %3.6-11 arasında bildirilmektedir.^{9,12,13} Bu farklılığın muhtemel nedenleri Shouldice Hastanesi'nin bir fitik cerrahisi merkezi olması ve tüm ameliyatlarn konunun uzmanları tarafından uygulanması; nüks ihtimali çok az, en ufak indirekt fitikların bile Shouldice onarımına tabi tutulması, çok büyük komplike nükslü olgularına mesh metodları ile tedavi edilmesidir.

Nüks probleminin değerlendirilmesi açısından mutlak surette vurgulanması gereken diğer bir husus ise birçok yayının bu konuda ciddi oranda "hata payına" sahip olduğu gerçeği ve aslında nüks oranının belirtildiğinden daha fazla olduğunun bilinmesidir.¹

Sonuç olarak, zamanımızın en başarılı sonuçlarının alındığı Shouldice ameliyatının da nüks sorununu istenen düzeye indiremediği bir gerçektir. Shouldice ameliyatı da dahil olmak üzere, Marcy, Bassini, Halsted, McVay gibi tüm klasik fitik onarımlarının ortak paydası olan takviye hattındaki gerilimin bu yöntemlerin nüks problemi açısından en önemli dezavantajı olduğu bilinmektedir. Gevşetici insizyonlar ise bu gerilimi tam anlamıyla ortadan kaldıramamaktadır.

Fitik nüksleri erken ([mekanik]-postoperatif ilk yıl) ve geç ([metabolik]-postoperatif uzun süreler sonra) olmak üzere iki dönemde ele alınmaktadır ve erken nükslerden sorumlu olan takviye hattındaki gerilim ve geç nükslerden sorumlu olan ise transvers fascia ya da benzeri yapıların kollajen metabolizmasındaki bozukluktur. Bu nüks zemin hazırlayan faktörleri elimine edebilmek amacıyla TKFO yöntemleri düşünülmüş olup uygulama alanı bulmuşlardır. Zira tüm TKFO yöntemlerinde ortak amaç; inert bir pros-

etik implant ile takviyenin tamamen gerilsiz yapılması ve uzun dönemde inguinal kanalın arka duvarının ya da muhtemel fitik noktalarının süresiz olarak desteklenmesidir.

Gerçek anlamda ilk TKFO yöntemleri 1969 yılında Stoppa'nın komplike fitikların tedavisi için öne sürdüğü GPRVS yöntemi⁴ ve 1974 yılında Lichtenstein tarafından nüks ve femoral fitik onarımları için öne sürülen silindirik tıkaç yöntemleridir.¹⁴ İlk "tansiyonsuz fitik onarımı" tabirini de 1986 yılında Lichtenstein kullanmış olup¹⁵; zamanımıza dek 4000'i aşkın primer kasık fitiği olgusunda, 1-11 yıllık ve %87'lik takip sonuçlarında %0.1'lik bir nüks oranı ortaya koymuştur. 1500'ü aşkın nüks olgusundaki 3-20 senelik takip sonuçlarında ise toplam nüks oranının %1.6 olarak bildiren⁸ Lichtenstein Fitik Kliniği'nin bu oranları bilinen tüm fitik serilerinden bariz ve çarpıcı olarak daha iyidir. Burada çok önemle vurgulanması gereken diğer bir husus ise: Shouldice ameliyatının aksine, Lichtenstein ameliyatının birçok değişik merkezde ve fitik eksperleri olmayanlarca da uygulandığında nüks oranının %1'in altında bildirilmekte olmasıdır.¹⁶ Ancak literatürde TKFO yöntemleri ile Shouldice tekniğinin prospektif randomize olarak karşılaştırıldığı sadece iki makale^{17,18} yayınlanmış olup kısa süreli takiplerde nüks açısından Lichtenstein ameliyatının lehine istatistiksel bir anlamlılık ortaya konamamıştır. Her iki seride de iki ameliyat tekniği de son derece az nüksle sonuçlanmıştır ve uzun süreli takipli benzer prospektif çalışmalar bu konuya ışık tutabilecektir ve biz de bunu amaçlamaktayız. Bizim serimizde de özellikle serimizin ikinci yılında Lichtenstein Kliniği'nin politikası aynen uygulanmıştır. Nüks olgularında, nüksün 3 cm'yi aşmayan bir defektten oluştuğu durumlarda Lichtenstein-tıkaç, daha geniş defektten oluştuğu durumlarda Lichtenstein-örtü ameliyatı, nüks fitiklarda artık standart yaklaşımımız olmak yolundadır. Henüz takip süremiz sınırlı ise de klasik fitik onarımları ile %25'lere varan oranda renükslerin ve bunların büyük çoğunluğunun ilk 1 yıl içinde oluştuğunun bildirildiği bu hasta grubunda bu yaklaşım ile ameliyat edilen 16 nüks olgumuzun hiçbirinde nüks ile karşılaşmamıştır. Primer olgularda ise serimizin ilk yılında daha sıklıkla uyguladığımız Rutkow ameliyatı serimizin ikinci yılında yerini gide-

rek Lichtenstein-örtü ameliyatına bırakmıştır. Rutkow %82'lik takip oranı ve ortalama 2.4 yıllık takip süresiyle 1313 primer fitik olgusunda %0.250 nüks fitik olgusunda %0.8'lik nüks oranları bildirmiştir² ve bizim serimizde 31 primer ve 6 nüks olgusu bu yöntemle tamir edilmiş ve hiçbir nüks ve ciddi problemle karşılaşmamıştır. Bu ameliyat, Lichtenstein ameliyatına göre çok daha kısa sürede ve kolay uygulanabilmesi, hiçbir dikiş gerektirmemesi bakımından avantajlı gibi görünmekteyse de dünya genelinde takip süresinin kısalığı göz önünde bulundurulduğunda ve konulan örtü mesh'in hiç oynamadan yerinde sabit olarak kalacağı sadece ümit edilebileceğinden her ne kadar bizim erken sonuçlarımızın aksine de olsa artık bu ameliyatı arka duvarın tamamen sağlam olduğu Tip I ve nadiren Tip II indirekt fitiklarda uygulamaktayız. Tüm direkt, Tip III indirekt ve çoğu Tip II indirekt fitiklardaki ameliyat tercihimiz ise 36 primer olguda uygulamış olduğumuz Lichtenstein-örtü ameliyatıdır. Bu ameliyatın en önemli noktası örtünün medial ucunun pubisin üzerine doğru ve onu 2 cm kadar aşacak biçimde yerleştirilip dikilmesi ve bu sayede nüksün en sık olduğu pubik köşenin sağlama alınmasıdır. İşte bu detay farkı kanımızca bu ameliyatın Rutkow ameliyatından en önemli farkıdır ve zira Rutkow'un serisindeki iki nüks olguda da nüks greftin pubisin üzerini yeterince örtmemesi sonucu pubik köşeden olmuştur. Stoppa ameliyatı ise visseral deliğin dev protezle takviyesi esasına dayandığından "giant prosthetic reinforcement of the visceral sac" adını almış, mesh yeterli boyutta ve uygun teknikte yerleştirildiğinde teorik olarak bile nüks ihtimali olmayan ancak genel anestezi ve drenaj gerektirmesi sonucu minör bir cerrahi girişim olmadığından özel endikasyonları olan bir ameliyattır. Temel endikasyonları 50 yaşın üzerinde bilateral direkt fitiklar, Ehlers-Danlos, Marfan sendromu gibi bağ dokusu hastalığı olanlar ve tüm büyük nüks olguları olarak özetlenebilir. Stoppa 604 komplike fitiklı olguda, 1-11 yıllık takip sonucunda %1.4'lük nüks bildirmiştir ve aynı ameliyatın anteriordan inguinal kesi ile yapıldığındaki sonuçları da buna benzerdir.^{18,19} Biz de aynı endikasyonlarda 3 hastada bu ameliyatı uyguladık ancak mersilen greftin uygun şekilde kesilmesi ve özellikle yayılması esnasında ciddi güçlüklerle karşılaştık. Nitekim bir olguda greftin di-

rekt nüksü yeterince örtmemesi sonucu içeriden bir de tıkaç koyduk ancak bu olguda bu tıkaç daha sonra deri altından prolabe oldu ve ameliyat nüksle sonuçlanmasa da teknik açıdan bir komplikasyon yarattı.

Bu makalede tarif ettiğimiz ve "külahlı-mesh-Cooper onarımı" olarak adlandırdığımız ameliyat ise direkt/indirekt fitığa eşlik eden femoral fitik olgularında son derece başarılı olmuştur. Beş olguda hiçbir komplikasyon ve nüksle karşılaşmadan uyguladığımız bu metodun diğer tüm konvansiyonel Cooper ligamanı tamiri yöntemlerinden farkı klasik geçiş (transition) dikişlerinin olmamasıdır. Bu ameliyat benzer olgularda Lichtenstein'in grefti Cooper ligamanına dikmesinden farklı olarak³ femoral kanala tatbik edilen külah sayesinde dikiş hattının femoral vene yaklaşmasını ve dolayısıyla femoral vene bası ve yaralanma olasılığını da ortadan kaldırmaktadır. Miyopektineal açıklığın tamamıyla kapatılmasını sağlayan bu yaklaşımın Stoppa ameliyatına bir alternatif olabileceği ve gerek lokal anestezi ile yapılabilmesi, gerekse teknik kolaylığı açısından buna göre daha avantajlı olduğu kanımızdadır.

Femoral fitiklarda eğer buna eşlik eden direkt/indirekt kasık fitiği yoksa tercihimiz anteriordan yaklaşımla femoral kanala Lichtenstein-tıkaç ve inguinal kanalın arka duvarına Lichtenstein-örtü ya da Rutkow-örtü ile takviye olmuştur. Lichtenstein'in inguinal ligamanın altından ufak bir kesi ile aşağıdan femorale tıkaç uygulaması ameliyatı inguinal kanal eksplorasyonuna ve muhtemel direkt/indirekt fitikların ortaya konmasına olanak tanımadığından tarafımızca uygulanmamaktadır.

Sonuç olarak iki seneyi aşkın süredir uygulamakta olduğumuz değişik TKFO yöntemlerinden elde edilen sonuçlar ve tecrübenin ışığı altında; en azından erken dönemde gerek Lichtenstein, gerek Rutkow ve gerekse modifiye yöntemlerin %0'lık nüks ve minör morbidite ile son derece etkin oldukları gözlenmiştir. Sonuçlarımız fitığa özelleşmiş TKFO ameliyatı yapan merkezlerin sonuçları ile de tam uygunluk göstermektedir ve bu da TKFO ameliyatlarının teknik kolaylık ve tekrarlanabilirliğini ortaya koymaktadır.

Dünya literatüründe bu ameliyatların evrensel boyutta geçerlilik kazanmamasının anlaşılabilir tek nedeni; 30 yılı aşkın bir süreli yaşama ihtimali bulunan fitik hastalarına, bu denli uzun süreli kaldığında yol açabileceği komplikasyonlar bilinmeyen bir greft uygulanmakta olmasıdır. Ne var ki Lichtenstein'in bir kısmı 20 seneye kadar takip edilmiş binlerce olgusunda^{3,8} ve yine Stoppa'nın buna yakın olguda ve benzer süreyle takip edilmiş hastalarında⁴ ayrıca Gilbert²⁰ ve Rutkow'un² orta süreli takipli geniş serilerinde ve sayısı 20.000'e varan olguyu içeren çok merkezli çalışmalarda¹⁶ bu yöntemlere güveni sarsacak mahiyette hiçbir komplikasyon ortaya çıkmamış olup; TKFO yöntemleri uzun süreden beri deneysel mahiyetlerini yitirmişler hatta "klasik kitap bilgisi" olmuşlardır.²¹

Nüks probleminde bir çare olabilmesinin yanı sıra, özellikle Lichtenstein ve Rutkow ameliyatları teknik açıdan minimal diseksiyon gerektiren, son derece kolay ve hızlı ameliyatlardır ve testiküler atrofi, rezidüel nevralji gibi komplikasyonlar minimaldir. Bu, özellikle nüks fitikler için doğrudur ve hem yeniden nüks etme oranının çok yüksek olduğu ve hem de konvansiyonel ameliyatların ciddi teknik güçlük arzettiği nüks olgularında bizim de tercih ettiğimiz Lichtenstein ameliyatı basitliği, hızı ve %0'a yakın nüks oranı ile modern fitik cerrahisinde bir çıkış açacak mahiyettedir.

Bunlar gözönünde bulundurulduğunda, özellikle ülkemizde bu ameliyatların daha fazla yaygınlaşmamasının muhtemelen en önemli nedeni cerrahların maliyetle ilgili çekimserliğidir. Kliniğimizde greft maliyeti 30x30 cm ebadında prolen greftin dörde bölünüp gaz sterilizasyon sonrası 4 hastaya kullanılması ile hasta başına 70\$ (Amerikan doları)'dır. Bu maliyetin hastaların 1 gün sonra taburcu olmaları ve nüks oranının hatırı sayılır düzeyde azaltılması göz önünde bulundurulduğunda kabul edilebilir olduğu kanısındayız.

Burada kısaca son senelerde gürültülü olarak fitik onarımı yöntemleri arasında kendine yer bulmaya çalışan laparoskopik yöntemlere de değinmek yerinde olacaktır. Kliniğimizde sporadik olarak uygulanan bu yöntemler de aslında mesh'li TKFO yöntemleridir. Birçok merkezin

sınırlı takip süreli serileri bu ameliyatlardan sonra %0²² (40 olgu, ortalama takip=26 hafta), %1.6⁶ (3229 olgu, ortalama takip=22 ay), %4²³ (46 olgu, ortalama takip=3 ay), %7²⁴ (43 olgu, ortalama takip=2 sene) gibi oranlarda nüks bildirmektedirler. Tüm girişimler genel anestezi gerektirmekte ve bilinen tüm diğer fitik onarımlarına göre maliyet kıyaslanamaz derecede yükselmektedir. Açık TKFO yöntemlerinin laparoskopik onarımla prospektif ve randomize olarak karşılaştırıldığı sınırlı sayıda ve kısa takipli literatürün^{24,25,26} ikisinde her iki ameliyat tipinde de %0'luk nüks oranı bildirilmiş^{25,26} diğerinde ise açık TKFO yöntemleri lehine nüks sıklığının az olduğu gösterilmiştir.²⁴ Laparoskopik onarımların zamanımızda gösterilmiş tek avantajı postoperatif ağrının diğer yöntemlere göre daha az olması ve hastaların işlerine daha erken dönebilmelerinden ibarettir.^{22,23,24,25,26} Sonuç olarak bu ameliyatların teknik zorluğu, nüks oranları, maliyeti gözönünde bulundurulduğunda en azından tecrübe birikimi artana dek; özellikle ülkemiz şartlarında halen deneysel mahiyetlerini korumaları gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

- Schumpelick V, Treutner KH, Arlt G: Inguinal hernia repair in adults. *Lancet* 1996, 344:375-379.
- Robbins AW, Rutkow IM: The mesh plug hemioplasty. *Surg Clin North Am* 1993, 73:501-512.
- Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL: The Lichtenstein open "tension-free" mesh repair of inguinal hernias. *Surg Today* 1995, 25:619-625.
- Stoppa RE, Warlaumont CR: The preperitoneal approach and prosthetic repair of groin hernias. In: Nyhus LM, Cordon RE, eds. *Hernia*, 3rd edition. Philadelphia: JB Lippincott 1989:99-225.
- Fitzgibbons RJ, Salerno GM, Filipi CJ, Hunter WJ, Watson P: A laparoscopic intraperitoneal mesh technique for the repair of indirect inguinal hernia. *Ann Surg* 1994, 219:144-156.
- Phillips EH, Arregui M, Carrol BJ, Corbitt J, Crufton WB, Fallas MI, Filipi C, Fitzgibbons RJ, Franklin MJ, McKernan B, Olsen D, Payne JH Jr, Peters J, Rodriguez R, Posette P, Schultz L, Seid A, Sewell R, Smoot R, Toy F, Weddell R, Watson S: Incidence of complications following laparoscopic hemioplasty. *Surg Endosc*, 1995, 9:16-21.
- Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK: The cause, prevention and treatment of recurrent groin hernia. *Surg Clin North Am* 1993, 73:529-544.
- Gilbert AI: Sutureless repair of inguinal hernia. *Am J Surg* 1992, 163:331-335.
- Panos RG, Beck DE, Maresh JE, Harford FJ: Preliminary results of a prospective randomized study of Cooper's ligament versus Shouldice hemiorrhaphy technique. *Surg Gynecol Obstet* 1992, 175:315-319.
- Thieme ET: Recurrent inguinal hernia. *Arch Surg* 1971, 103:238-241.

11. Welsh DRJ, Alexander MAJ: The Shouldice repair. *Surg Clin North Am* 1993, 73:451-469.
12. Tran VK, Putz T, Rohde H: A randomized controlled trial for inguinal hernia repair to compare the Shouldice and the Bassini-Kirschner operation. *Int Surg* 1992, 77(4):235-237.
13. Kux M, Fuchsjäger N, Schemper M: Shouldice is superior to Bassini inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1994, 168:15-18.
14. Lichtenstein IL, Shore JM: Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a "plug" technique. *Am J Surg* 1974, 128:439-444.
15. Lichtenstein IL, Shulman AG: Ambulatory outpatient hernia surgery, including a new concept, introducing tension-free repair. *Int Surg* 1986, 71:1-7.
16. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL: A survey of non-expert surgeons using the open tension-free mesh patch repair for primary inguinal hernias. *Int Surg* 1995, 80:35-36.
17. Kux M, Fuchsjäger N, Feichter A: Lichtenstein patch versus Shouldice-Technik bei primären Leistenhernien mit hoher Rezidivgefährdung. *Chirurg*, 1994, 65:59-62.
18. Kingsnorth AN, Gray MR, Nott DM: Prospective randomized trial comparing the Shouldice technique and plication dam for inguinal hernia. *Br J Surg* 1992, 79:1068-1070.
19. Read RC, Barone GW, Hauer-Jensen M, Yoder G: Preperitoneal prosthetic placement through the groin. The anterior (Mahorner-Goss, Rives-Stoppa) approach. *Surg Clin North Am* 1993, 73:545-555.
20. Gilbert AI: Day surgery for inguinal hernia. *Int Surg* 1995, 80:4-8.
21. Wantz GE: Abdominal wall hernias. In: Schwartz SI eds. *Principles of Surgery*. McGraw Hill, INC, International Edition 1994, 1517-1543.
22. Winchester DJ, Dawes LG, Modelski DD, Nahrwold DL, Pomerantz DA, Prytowsky JB, Rege RV, Joel RJ: Laparoscopic inguinal hernia repair. A preliminary experience. *Arch Surg* 1993, 128:781-785.
23. Chan AC, Lee TW, Ng KW, Chung SC, Li AK: Early results of laparoscopic intraperitoneal on lay mesh repair for inguinal hernia. *Br J Surg* 1994, 81:1761-1762.
24. Brooks DC: A prospective comparison of laparoscopic and tension free open herniorrhaphy. *Arch Surg* 1994, 129:361-366.
25. Wilson MS, Deans GT, Brough WA: Prospective trial comparing Lichtenstein with laparoscopic tension-free mesh repair of inguinal hernia. *Br J Surg* 1995, 82:274-277.
26. Stoker DL, Spiegelhalter DJ, Singh R, Wellwood JM: Laparoscopic versus open inguinal hernia repair; randomized prospective trial. *Lancet* 1994, 343:1243-1245.

UCD Eylan

SU
adr
con
had
199
6 fla
lapa
pos
pos
shor
othe
post
and

We
lapa
5 cm
YAZIŞ
İstanb
Genel