

BÖLÜM 14

KASIK FITIKLARINDA ONLAY (IPOM) YAMA KULLANIMI

Murat ALKAN¹

GİRİŞ

Laparoskopik inguinal fitiklar Genel Cerrahide en sık yapılan ameliyatlardan birisidir. Bu kadar sık yapılan ameliyat olmasına rağmen hala hastalık tam şifa ile sonuçlanmamakta ve ek cerrahi müdahaleler gerektirecek durumlarla karşılaşmaktadır. Hastalığın patogenezi ile ilgili yapılan çalışmalardan tutunda hastanın ameliyat sonrasındaki günlerde ve yıllarda bu hastalıkla ilgili yaşayacağı sıkıntıları en aza indirmek için çok çeşitli çalışmalar yapılmasına rağmen kasık fitiği ameliyatından sonra fitik tekrarlamaktadır. Bu durumda fitiğin durumuna göre cerrah tarafından hastanın tedavisinde alternatif cerrahi tekniklere başvurulmaktadır. Anterior ve laparoskopik onarımlar başarısız olduktan sonra hastalar tekrarlayan fitikle başvurmaktadır. Fitik ameliyatlarında laparoskopik herni tamirinin artmasına rağmen fitik nökslerinde bir azalma olmamaktadır

1980'li yıllara gelene kadar fitik cerrahisi genellikle fitiğin geliştiği alandaki doku onarımla yapıldı. Günümüzde, gerilimsiz yama kullanılarak yapılan kasık fitiği tamiri standart prosedürdür(1,2,3). Bu ameliyatta kullanılan cerrahi

¹ Uz Dr Murat Alkan, SBÜ Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

- Skrotal ödem
- Kord hematomu
- Seroma
- Mesane yaralanması
- Damar yaralanması
- Mesh göçü
- Yaygın subkutan amfizem
- Ostitis
- ileus
- Sinir yaralanması
- Karın ön duvarında ekimoz
- Gastrointestinal fistül
- Enfeksiyon (çok nadirdir görülmesi durumunda uygulama sırasında bir aksaklığın belirtisidir.)

İPOM ameliyatından sonra ensık karşılaşılan sorunların bir tanesi gelişen seromadır. Seroma gelişimin en önemli nedeni fıtık kesesi ortaya konulup rezeke edilemediği durumlarda bu alanda sık sık gelişir. Gelişen seromalar ponksiyonlarla kısa dönemde ponksiyonla giderilebileceği gibi aylarca devam eden seromalarla da karşılaşılabılır.

SONUÇ

Bazı durumlarda TAPP'ın preperitoneal fibroz nedeniyle yapılması çok zor hale gelebilir. Böyle durumlarda hastaların iki olasılığı vardır. IPOM veya Anterior yaklaşım tekniği ile hastaları ameliyat etmektir.

Sonuç olarak bu hastaların ideal ameliyat şekli hala tartışma konusudur. Günümüzde laparoskopik fıtık onarımı teknolojik ilerlemeler sayesinde gelişmeye devam etmektedir. Bu konuda deneyimli merkezlerde deneyimli cerrahlar tarafından laparoskopik fıtık tamiri güvenle yapılabilmektedir. Daha önce kasık fıtığı ameliyatı geçiren hastalarda cerrahi anatominin ortaya konmadığı durumlarda alternatif bir yöntem olarak İPOM ameliyatı uygulanabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bittner R., Sauerland S., Schmedt C.G. Comparison of endoscopic techniques vs Shouldice and other open nonmesh techniques for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg. Endosc.* 2005;19(May):605-615.
2. Grant A.M. Laparoscopic versus open groin hernia repair: meta-analysis of randomised trials based on individual patient data. *Hernia: J. Hernias Abdom. Wall Surg.* 2002;6(March):2-10.
3. Memon M.A., Cooper N.J., Memon B., Memon M.I., Abrams K.R. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic inguinal hernia repair. *Br. J. Surg.* 2003;9 (December):1479-1492.
4. Voyles C.R., Hamilton B.J., Johnson W.D., Kano N. Meta-analysis of laparoscopic inguinal hernia trials favors open hernia repair with preperitoneal mesh prosthesis. *Am. J. Surg.* 2002;184(July):6-10.

5. Zendejas B., Ramirez T., Jones T. Trends in the utilization of inguinal hernia repair techniques: a population-based study. *Am. J. Surg.* 2012;203(March):313–317.
6. Morales-Conde S., Socas M., Fingerhut A. Endoscopic surgeons' preferences for inguinal hernia repair: TEP, TAPP, or OPEN. *Surg. Endosc.* 2012;26(September):2639–2643.
7. Hyllegaard G.M., Friis-Andersen H. Modified laparoscopic intraperitoneal onlay mesh in complicated inguinal hernia surgery. *Hernia: J. Hernias Abdom. Wall Surg.* 2015;19(June):433–436.
8. Yang X.F., Liu J.L. Laparoscopic repair of inguinal hernia in adults. *Ann. Transl. Med.* 2016;4(October): 402.
9. Shah NR, Mikami DJ, Cook C, A comparison of outcomes between open and laparoscopic surgical repair of recurrent inguinal hernias. *Surg Endosc.* 2011; 25 (7): 2330–2337.
10. Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, vd. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc.* 2011; 25 (9): 2773–2843.
11. Van den Heuvel B, Dwars BJ. Repeated laparoscopic treatment of recurrent inguinal hernias after previous posterior repair. *Surg Endosc.* 2013; 27 (3): 795–800.
12. Lo Menzo E, Spector SA, Iglesias A, vd. Management of recurrent inguinal hernias after total extraperitoneal (TEP) herniorrhaphies. *J Laparoendosc İlan Surg Teknik Bir.* 2009; 19 (4): 475–478.
13. Kingsley D, Vogt DM, Nelson MT, Curet MJ, Surahi DE. Laparoscopic intraperitoneal onlay inguinal herniorrhaphy. *Ben J Surg.* 1998; 176 : 548–553.
14. Sarli L, Pietra N, Choua O, Costi R, Cattaneo G. Laparoskopik hernia repair. *Surg Laparosc Endosc.* 1997; 7 : 472–476.
15. Tetik C, Arregui ME, Dulucq JL et al (1994) Complications and recurrences associated with laparoscopic repair of inguinal hernias. A multi-institutional retrospective analysis. *Surg Endosc* 8:1316–1322
16. Wara P, Bay-Nielsen M, Juul P et al (2005) Prospective nationwide analysis of laparoscopic versus Lichtens-tein repair of inguinal hernia. *Br J Surg* 92:1277–1281
17. Takata MC, Duh QY (2008) Laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Clin North Am* 88:157–178
18. Winslow ER, Quasebarth M, Brunt LM (2004) Perioperative outcomes and complications of open vs laparoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair in a mature surgical practice. *Surg*
19. Heithold DL, Ramshaw BJ, Mason EM et al (1997) 500 total extraperitoneal approach laparoscopic herniorrhaphies: a single institution review. *Am Surg* 63(4):299–301
20. Phillips EH, Arregui ME, Carrol J ve ark. Incidence of complications of laparoscopic hernioplasty. *Surg Endosc* 1995; 9: 16-