

## Bölüm 8

# LAPAROSKOPİK KASIK FITIĞI ONARIMLARI

Tolga DİNÇ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Kasık fitikleri, insanlık tarihi kadar eskidir. Tarihten günümüze kadar geçen süreçte birçok fitik ameliyat tekniğinin tanımlanmış olması, bu hastalığın kesin tedavisinin bulunmadığı anlamına gelmektedir. Tarihsel süreç içerisinde önemli bir gelişim gösteren fitik ameliyatları, halen genel cerrahi ameliyatlarının yaklaşık % 20'sini oluşturmaktadır. Toplumda oldukça sık görülen bu rahatsızlığın tedavisi de teknolojik gelişmelerden payını almaktadır. Kasık fitiği onarımında, Transabdominal Preperitoneal Yaklaşım (TAPP) ve Total Ekstra Peritoneal (TEP) yöntemleri, laparoskopik kasık fitiği onarımların en temel ve en yaygın olanlarıdır.

### GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE KASIK FITIĞI TARİHÇESİ

Fitik ameliyatlarının her tipinin günümüzde rahatlıkla uygulanabilir olmasını, tarihte fitik konusuna gönül vermiş bilim insanlarına borçlu olabiliriz. Onların tanımladığı anatomik oluşumlar ve cerrahi prosedürler hiç şüphesiz günümüz cerrahisinin de temellerini oluşturmuştur.

“Herni” kelimesi, Yunanca’daki “Hernios” kelimesinden köken almaktadır. Yunanlarda ve Ebers Papirüsleri’nde “kasıkta oluşmuş çıkıntı” olarak tanımlanmıştır. Kasık fitikleri ile ilgili tarihteki ilk belgeler M.Ö 1552’deki Ebers papirüsleri’ne dayanmaktadır [1,2]. Yunan bir yazar olan Aegina’lı Paul, peritonun yırtılmadan esneyerek fitik kesesi oluşturduğundan bahsetmiştir. Bu hastalığın cerrahi tedavisi tarif ederken de fitik kesesi, spermatik kord ve testislerin çıkarılması gerektiğini savunmuştur.

Hipokrat ile birlikte tıp literatürüne fitik ile ilgili bilgiler de girmeye başlamıştır. İlk olarak, tarihte kasık fitiği anatomisini tarifleyen ve fitiklerde cerrahi yaklaşımın nasıl olması gerektiğini anlatan cerrah, Roma Tıp Okulu’ndan “Celsus” olmuştur. Yazmış olduğu makalede “Kasık üzerinden ve yahut skrotumdan derinlemesine bir kesi yapılır. Fitiği oluşturan kese açılır. İçerik karın boşluğuna itilir. Fitik kesesi tamamen çıkartılır, ardından kanamalı damarlar

<sup>1</sup> Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, tolga\_dr@hotmail.com

gerektirmesi önemli dezavantajlar olarak sayılabilir. Hastaya getirdiği ek maliyet nedeni ile pahalı bir yöntem olması sıklıkla eleştirilmektedir. Major komplikasyon riski ve genel anestezi gereksimine olan ihtiyaç da önemli handikaplarındandır.

### **Laparoskopik Fıtık Onarımlarının Komplikasyonları**

Fıtık ameliyatlarının en önemli komplikasyonları nükslerdir. Laparoskopik fıtık onarımlarının 5 yıllık takiplerinde; nüks oranını %1 olarak saptanmıştır. Erken dönem komplikasyonlar olarak; seroma % 2.9, hematoma % 2.5, erken postoperatif ağrı (<6 hafta) %1.8, hidrosel %1.5, epididimit komplikasyonu %2 olarak görülmüştür [21].

### **Laparoskopik Fıtık Onarımlarının Öğrenme Eğrisi**

Laparoskopik fıtık cerrahisi belirgin bir ‘öğrenme eğrisi’ gerektirir. Yani güvenle bu ameliyatı gerçekleştirmek için cerrahın bu konuda eğitim alması gereklidir. 90 olgu ile yapılan bir çalışmada TEP yönteminin öğrenilebilmesi için en az 30 olgu gerektiği bildirilmiştir. 700 olguluk değerlendirmelerinde ise bu rakam 60 olarak bulunmuştur [22-24]

## **SONUÇ**

Teknolojik gelişmeler, her geçen gün tıbbı nüfuz etmektedir. Bu bağlamda ortaya çıkmış olan laparoskopik fıtık ameliyatları da günümüzde sıklıkla uygulanmaktadır. Laparoskopinin getirmiş olduğu hasta konforu, erken hastaneden çıkış ve toparlanma süreci en önemi artıralarındandır. Öğrenme sürecinin uzun olması ve yüksek maliyetler önemli dezavantajlarındandır. Aletlerin yeniden kullanımı ile düşürülen maliyet, bu ameliyatları, daha sık uygulanabilir hale sokabilir. İyi bir eğitimden geçmiş cerrahlar komplikasyonsuz bir şekilde maksimum hasta konforu ile bu ameliyatı uygulayabilirler.

## **KAYNAKÇA**

1. Stephen J, Unnithan RP. Laparoscopic Versus Open Repair of Inguinal Hernia: A Prospective Study. *Global J Res Anal* 2018;5(12).
2. Sayek İ. *Temel Cerrahi II*. Güneş Kitabevi, Ankara 1996; 13: 1442-8.
3. Batoool Shulman AG, Amid PK. Tension hernia repair coll. *J Surg* 2007; 157:188-92.
4. Paré A. *The Apologie and Treatise of Ambroise Pare... with Many of His Writings Upon Surgery*: Falcon Educational Books; 1951.
5. Littre A. *Observation sur une nouvelle espece de hernie*. Mémoires de mathématique et de physique de l'Académie royale des sciences. 1700.
6. Heister L. *A General system of surgery: in three parts*: London: Printed for W. Innys... [and 5 others]; 1745.
7. Cooper SA, Key CA, Kirtland G, Parks, Heath J, Milton T, et al. *The anatomy and surgical treatment of inguinal and congenital hernia*: T. Cox; 1827.

8. Hesselbach FC. Neueste anatomisch-pathologische Untersuchungen über die Leisten- und Schenkelbrüche: Stakel; 1814.
9. Wantz GE. The operation of bassini as described by Attilio Catterina. Surg. Gynecol Obstet. 1989; 168; 67-74.
10. Lotheissen G. Zur radikaloperation der schenkelhernien. Zentralbl Chir. 1898;25:548.11. McVay CB, Anson BJ. Inguinal and femoral hernioplasty. Surgery, gynecology & obstetrics. 1949; 88: 473.
11. Rives J, Lardennois B, Flament JB, Convers G. La piece en tulle de Dacron, traitement de choix des hernies d'aïne de l'adulte. A propos de 183 cas. Chirurgie 1973; 19: 564-75.
12. Lau W. History of treatment of groin hernia. World journal of surgery. 2002;26(6):748-59.
13. Marcy HO. The Cure of Hernia: Read in the Section on Surgery at the Thirty-seventh Annual Meeting of the American Medical Association, May, 1886. JAMA 1887; 8: 589-92.
14. Sames P. The use of the vas deferens in inguinal herniorrhaphy. BJS 1975;62:495-6.
15. Kingsorth A, Sanders DL. General introduction and history of hernia surgery. Management of Abdominal Hernias: Springer; 2018. p 3-30.
16. Mc Kernan BJ, Laws HL. Laparoscopic repair of inguinal hernias using a totally extraperitoneal prosthetic approach. Surg Endosc 1993;7:26-28.
17. Russel RH. The sacculer theory of hernia and radical operation Lancet 1906; 2: 1197.
18. Tetik C, Arregui ME, Dulucq JL et al. Complications and recurrences associated with laparoscopic repair of groin hernias. A multi-institutional retrospective analysis. . Surg Endosc 1994; 8: 1316-22.
19. Dulucq JL. Treatment of inguinal hernia by insertion of a subperitoneal patch under pre-peritoneoscopy. Chirurgie 1992; 118: 83-5.
20. Chung SD, Huang CY, Wang SM, et al. Laparoendoscopic single-site totally extraperitoneal adult inguinal hernia repair: initial 100 patients. Surgical Endoscopy 2011; 25: 3579-83.
21. Edwards CC, Bailey RW. Laparoscopic hernia repair: the learning curve. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2000; 10: 149-53.
22. Lim JW, Lee JY, Lee SE et al. The learning curve for laparoscopic totally extraperitoneal herniorrhaphy by moving average. J Korean Surg Soc 2012; 83:92-6.
23. Choi YY, Kim Z, Hur KY. Learning curve for laparoscopic totally extraperitoneal repair of inguinal hernia. Canadian journal of surgery. 2012; 55: 33-36.esimler