

## Bölüm 8

# LAPAROSKOPİK KASIK FITIĞI TAMİRİNDE TRANSABDOMİNAL PREPERİTONEAL (TAPP) YAKLAŞIM

Süleyman Çağlar ERTEKİN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Laparoskopik kasık fitiği onarımları, daha iyi estetik ve cerrahların prosedür konusundaki deneyimlerinin artması nedeniyle giderek daha popüler hale gelmiştir. Ana endoskopik yöntemler transabdominal preperitoneal (TAPP) tamiri, tamamen ekstraperitoneal (TEP) tamiri ve daha az yaygın olarak gerçekleştirilen intraperitoneal onlay yama (IPOM) tamirini içerir.

Dikkat edilmesi gereken bir nokta, uyanık hastalar karın içi basıncı iyi tolere etmezler; bu nedenle laparoskopik onarım genel anestezi yönetimini ve bunun risklerini gerektirir. Genel anestezi kullanımına karşı kontrendikasyonu olan herhangi bir hasta, laparoskopik fitik onarımı geçirmemelidir. Nadiren, genel anestezinin uygulanması inkarsere veya sıkışmış bir kasık fitiğinin redüksiyonuna neden olabilir. Cerrah bunun olabileceğinden şüphelenirse, karın laparoskopisi veya açık laparotomiye çevrildiğinde nekrotik doku için araştırılmalıdır. Laparoskopik kasık fitiği onarımı endikasyonları açısından açık onarım ile benzerlik gösterir. Çoğu cerrah, bilateral veya nüks kasık fitiklerinin endoskopik yaklaşımının açık yaklaşıma göre üstün olduğu konusunda hemfikirdir (1).

Herni olan bir hastanın, prostat ameliyatı gibi brut kontaminasyon olmadan gerçekleştirilecek başka bir laparoskopik işleme tabi tutulması planlanıyorsa, eşzamanlı kasık fitiği tamiri düşünülebilir (2,3).

Endoskopik kasık fitiği ameliyatı geçirecek tüm hastalarla bilateral tamir seçeneği konuşulmalıdır. Yani her iki kasıkta da fitik varsa, her iki kasıkta da ameliyat yapılması mümkün olabilir ve hasta ile bu seçeneğin tartışılması gereklidir.

<sup>1</sup> Op. Dr. Serbest Hekim, Obezite ve Metabolik Cerrahi, caglarertekin@gmail.com,  
ORCID iD: 0000-0002-2710-4403

önerilir. Özellikle, laparoskopik cerrahi için bacaklara basınçlı malzemeler giydirilmesi ve erken mobilizasyon gibi profilaktik önlemler tercih edilir (6).

## **KAYNAKÇA**

1. Voyles CR, Hamilton BJ, Johnson WD, Kano N. Meta analysis of laparoscopic inguinal hernia trials favors open hernia repair with preperitoneal mesh prosthesis. *Am J Surg.* 2002;184(1):6-10.
2. Antunes AA, Dall'oglio M, Crippa A, Srougi M. Inguinal hernia repair with polypropylene mesh during radical retropubic prostatectomy: an easy and practical approach. *BJU Int.* 2005;96(3):330-333.
3. Lee BC, Rodin DM, Shah KK, Dahl DM. Laparoscopic inguinal hernia repair during laparoscopic radical prostatectomy. *BJU Int.* 2007;99(3):637-639.
4. Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, Dudai M, Ferzli GS, Fitzgibbons RJ, Fortelny RH, Klinge U, Kockerling F, Kuhry E, Kukleta J, Lomanto D, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Reinbold W, Rosenberg J, Sauerland S, Schug-Pass C, Singh K, Timoney M, et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society [IEHS]). *Surg Endosc.* 2011;25:2773-843.
5. Sakurai S. What is the Bogros space, Retzius? In: The 9th International Congress of APHS 2013, Keynote Lecture.
6. Bittner R, Montgomery MA, Arregui E, Bansal V, Bingener J, Bisgaard T, Buhck H, Dudai M, Ferzli GS, Fitzgibbons RJ, Fortelny RH, Grimes KL, Klinge U, Kockerling F, Kumar S, Kukleta J, Lomanto D, Misra MC, Morales-Conde S, Reinbold W, Rosenberg J, et al. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society). *Surg Endosc.* 2015;29(2):289-321.
7. Currie A, Andrew H, Tonsi A, Hurley PR, Taribagil S. Lightweight versus heavyweight mesh in laparoscopic inguinal hernia repair: a meta-analysis. *Surg Endosc.* 2012;26(8):2126-33.
8. Li J, Ji Z, Cheng T. Lightweight versus heavyweight in inguinal hernia repair: a meta-analysis. *Hernia.* 2012;16(5):529-39.
9. Sajid MS, Kalra L, Parampalli U, Sains PS, Baig MK. A systematic review and meta-analysis evaluating the effectiveness of lightweight mesh against heavyweight mesh in influencing the incidence of chronic groin pain following laparoscopic inguinal hernia repair. *Am J Surg.* 2013;205:726-36.
10. Miserez M, Peeters E, Aufenacker T, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, Fortelny R, Heikkinen T, Jorgensen LN, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smietanski S, Weber G, Simons MP. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2014;18:151-63.
11. Mayer F, Niebuhr H, Lechner M, Dinnewitzer A, Kohler G, Hukauf M, Fortelny RH, Bittner R, Kockerling F. When is mesh fixation in TAPP-repair of primary inguinal hernia repair necessary? The register-based analysis of 11,230 cases. *Surg Endosc.* 2016;30:4363-71.

12. Burcharth J, Pommergaard HC, Bisgaard T, Rosenberg J. Patient-related risk factors for recurrence after inguinal hernia repair: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Surg Innov.* 2015;22(3):303–17.
13. Miserez M, Alexandre JH, Campanelli G, Corcione F, Cuccurullo D, Pascual MH, Hoferlin A, Kingsnorth AN, Mandala V, Palot JP, Schumpelick V, Simmermacher RK, Stoppa R, Flament JB. The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia.* 2007 Apr;11(2):113–6.