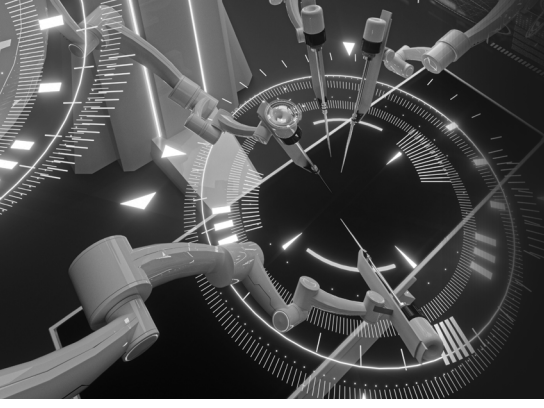




Bölüm 28

LAPARASKOPİK KASIK FITİĞİ CERRAHİSİ

Yasin TOSUN¹

GİRİŞ

Dünya çapında her yıl 20 milyondan fazla hasta kasık fıtığı nedeni ile opere olmakta olup sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 800.000'den fazla kasık fıtığı onarımı yapılmaktadır (1,2). Minimal invaziv cerrahi yaklaşımlar, daha az postoperatif ağrı ve normal aktivitelere hızlı dönüş potansiyeli sundukları için giderek daha popüler hale gelmektedir. Laparoskopik kasık fıtığı onarımı da ilk olarak Ger. tarafından 1991 yılında tanımlanmıştır (3). Laparoskopik kasık veya femoral fıtık onarımı yapılırken, fıtık defektine arka yönden yaklaşılar ve onarım, preperitoneal boşluğa yama yerleştirilmesini içerir.

Günümüzde en sık kullanılan iki standart teknik olan Transabdominal preperitoneal herni onarımı (TAPP) ve Total ekstra peritoneal yaklaşım (TEP), kısa ve uzun vadeli sonuçlar açısından büyük farklılıklar göstermez (4).

İlk olarak 1992'de Arregui ve arkadaşları (5) tarafından tanımlanan TAPP yaklaşımı, periton boşluğuna laparoskopik giriş ve preperitoneal boşluğa yama yerleştirilmesini içerir. TAPP transabdominal olarak yapıldığından, TEP'ten daha geniş bir çalışma alanına sahiptir, her iki kasığa da kolayca erişilebilir. Ancak TAPP, komşu karın içi organlarda yaralanmalara, bağırsak tıkanıklığına neden olan yapışıklıklara yol açabilir (6,7). İlk TEP kasık fıtığı onarımı ise 1993 yılında McKernan ve Laws (8) tarafından tanımlanmıştır. Bu yaklaşım karın boşluğuna girmeden preperitoneal diseksiyon ve yama yerleştirmeyi içerir.

¹ Op. Dr. İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, yasintosun@gmail.com

Sinirlere zımba yaralanmaları, laparoskopik fıtık onarımını takiben en sık görülen postoperatif nevrojji kaynağıdır. Potoperatif şiddetli kasık ağrısı gelişirse bu komplikasyondan şüphelenilmelidir. Bir sinirin yanlışlıkla sıkışması veya başka bir şekilde yaralanması da kronik ağrıya neden olabilir.

Primer tek taraflı kasık fıtığı için 2012'de yapılan meta-analizde, laparoskopik kasık fıtığı onarımı yapılan hastaların, açık onarım yapılanlara göre nüks geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak alt grup analizlerde, TAPP değil, TEP onarım, açık onarımlara kıyasla daha yüksek nüks oranı ile ilişkilendirildi. TAPP onarım ise açık onarımlara göre daha fazla perioperatif komplikasyonlar ile ilişkilendirilmiştir. Kronik kasık ağrısı ve uyuşukluk riskleri, açık onarımların aksine laparoskopik yapılan hastalarda daha düşüktü (21).

SONUÇ

Kasık fıtığının laparoskopik onarımı için yaygın olarak kullanılan iki yaklaşım, total ekstrapéritoneal fıtık onarımı (TEP) ve transabdominal preperitoneal fıtık onarımıdır (TAPP). TAPP prosedürünün dezavantajı periton boşluğuna girilmesidir. Periton boşluğuna girme risklerini önlemek için geliştirilen TEP prosedürü ise teknik olarak daha zordur. TAPP ve TEP onarımı için öğrenme eğrisi uzundur. Yapılan VA denemesinde (22) 250'den fazla laparoskopik onarım gerçekleştiren cerrahların nüks oranında %50'lik bir azalma olduğunu bulmuşlardır. Bununla birlikte, çoğu deneyimli laparoskopik fıtık cerrahı, sayının çok daha düşük olduğunu düşünmektedir. Birkaç istisna dışında, literatür, hastaların laparoskopik ameliyattan sonra açık kasık fıtığı onarımı ile karşılaştırıldığında daha kısa bir nekahet dönemine ve daha hızlı işe ve aktiviteye dönüşe sahip olduğunu açıkça kanıtlamıştır.

Sonuç olarak laparoskopik fıtık onarımı tekrarlayan, bilateral ve primer kasık fıtıklarında faydalı bir role sahiptir. Çok yönlülüğü artırmak ve hastaya en iyi seçeneği sunabilmek için cerrahlar, laparoskopik onarımda deneyimini arttırmalı ve her iki teknikte de beceri kazanmayı düşünmelidir. En azından, laparoskopik kasık fıtığı onarımı için mevcut endikasyonlar ve kontrendikasyonların farkında olmalıdır, çünkü bazı fıtıkların laparoskopik onarım olması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet* (London, England). 2003;362:1561–1571. doi:10.1016/S0140-6736(03)14746-0. PMID:14615114
2. Bracale U, Rovani M, Picardo A, et al. Beneficial effects of fibrin glue (Quixil) versus Lichtenstein conventional technique in inguinal hernia repair: a randomized clinical trial. *Hernia: J Hernias Abdom Wall Surg*. 2014;18:185–192. doi:10.1007/s10029-012-1020-4.

3. Ger R. Laparoscopic hernia operation. Article in German. *Chirurg*. 1991;62(4):266-270.
4. Bracale U, Melillo P, Pignata G, et al. Which is the best laparoscopic approach for inguinal hernia repair: TEP or TAPP? A systematic review of the literature with a network meta-analysis. *Surg Endosc*. 2012;26:3355–3366. doi:10.1007/s00464-012-2382-5. PMID:22707113.
5. Arregui ME, Davis CJ, Yucel O. Laparoscopic yama repair of inguinal hernia using a preperitoneal approach: a preliminary report. *Surg Laparosc Endosc* 1992;2:53–8.
6. Wake BL, McCormack K, Fraser C, et al. Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) vs totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; :CD004703.
7. Vader VL, Vogt DM, Zucker KA, et al. Adhesion formation in laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc* 1997; 11:825.
8. McKernan JB, Laws HL. Laparoscopic repair of inguinal hernias using a totally extraperitoneal prosthetic approach. *Surg Endosc* 1993;7:26–8.
9. Keidar A, Kanitkar A, Szold A. Laparoscopic repair of recurrent inguinal hernia. *Surg Endosc* 2002;16:1708–12.
10. Mahon D, Decadt M, Rhodes M. Prospective randomized trial of laparoscopic (transabdominal preperitoneal) vs open (yama) repair for bilateral and recurrent inguinal hernia. *Surg Endosc* 2003;17:1386–90.
11. Feliu X, Jaurrieta E, Vinas X, et al. Recurrent inguinal hernia: a ten year review. *J Laparosc Adv Surg Tech A* 2004;14:362–7.
12. Eklund A, Rudberg C, Leijonmarck CE, et al. Recurrent inguinal hernia: randomized multicenter trial comparing laparoscopic and Lichtenstein repair. *Surg Endosc* 2007;21:634–40.
13. Sarli L, Iusco D, Sansebastiano G, et al. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias: a prospective randomized study of open, tension-free versus laparoscopic approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001;11:262–7.
14. Laparoscopic Inguinal Hernia Repair, Mark C. Takata MD, Quan-Yang Duh MD <https://doi.org/10.1016/j.suc.2007.10.005>.
15. Sajid MS, Kalra L, Parampalli U, et al. A systematic review and meta-analysis evaluating the effectiveness of lightweight yama against heavyweight yama in influencing the incidence of chronic groin pain following laparoscopic inguinal hernia repair. *Am J Surg* 2013; 205:726.
16. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, et al. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet* 2001; 358:1124.
17. Leibl BJ, Jager C, Kraft B, et al. Laparoscopic hernia repair TAPP or/and TEP? *Langenbecks Arch Surg* 2005;390:77–82.
18. Achieving the Learning Curve in Laparoscopic Inguinal Hernia Repair by Tapp: A Quality Improvement Study Umberto Bracale, M.D., Ph.D., Giovanni Merola, M.D., Antonio Sciuto, M.D., Giuseppe Cavallaro, M.D., Ph.D., Jacopo Andreuccetti, M.D., Giusto Pignata, M.D. ISSN: 0894 1939 print / 1521-0553 online DOI: 10.1080/08941939.2018.1468944
19. Liem MS, van der Graaf Y, van Steensel C, et al. Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for inguinal hernia repair. *N Engl J Med* 1997;336:1541–7.
20. EU Hernia Trialists Collaboration. Repair of groin hernia with synthetic yama: meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg* 2002;235:323–32.
21. O'Reilly EA, Burke JP, O'Connell PR. A meta-analysis of surgical morbidity and recurrence after laparoscopic and open repair of primary unilateral inguinal hernia. *Ann Surg* 2012; 255:846.
22. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, et al. Open yama versus laparoscopic yama repair of inguinal hernia. *New Engl J Med* 2004;350:1819–27.