

Laparoskopik transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal herni tamiri



Metin ERTEM (*), Sabri ERGÜNEY (**), Mete DÜREN (*),
Osman B. TORTUM (**), Yusuf BÜKEY (**)

ÖZET

Bu çalışmada laparoskopik inguinal herni tamiri ile ilgili erken deneyimlerimiz sunulmaktadır. Transabdominal preperitoneal mesh tatbikini içeren ilk 10 olgumuz takdim edilmekte ve laparoskopik teknikler tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, fıtık

SUMMARY

Laparoscopic inguinal hernia repair with transabdominal preperitoneal mesh

We report here our early experience with laparoscopic inguinal hernia repair. Our preliminary results about the transabdominal preperitoneal (TAPP) mesh application concerning 10 cases are presented and the technic discussed.

Key words: Laparoscopy, hernia

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektominin tartışmasız başarı ve avantajlarının evrensel kabul görmesi üzerine, medya ve cerrahi alet üreticilerinin de teşviki ve katkıları ile laparoskopi herni cerrahisine de girmiştir (1,2). Ameliyat sonrası normal yaşam ve çalışmaya erken dönüş, ağrı azlığı, öte yandan asistan eğitimi ve bölge anatomisine hakimiyet açısından sağladığı avantajlar, laparoskopik herni tamirinin yaygınlaşmasına yol açmıştır (1,2,3). Kasım 1993'de İstanbul'da yapılan 1. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi'nden edindiğimiz izlenim, ülkemizde de artarak uygulandığı şeklindedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Gorbos servisinde 1993 yılı son altı ayı içinde 11 laparoskopik inguinal herni tamiri uygulanan 10 hasta retrospektif olarak incelen-

di. Çalışmamıza genel anestezi ve pnömo-peritona kontrendikasyonu bulunmayan elektif ve onayı alınmış hastalar dahil edildi. Hastalardan 9'u erkek, 1'i kadın idi. En genç hasta 20, en yaşlı hasta 67 yaşında olup, ortalama yaş 51.5 olarak tespit edildi.

Tamir uygulanan 11 fıtığın 6'sı direkt, 5'i indirekt inguinal herni idi. Bilateral indirekt herni bulunan bir olgu dışında 8 olguda sağ, 1 olguda sol inguinal yerleşimli herni mevcuttu. 4 olguda ise nüks herni söz konusuydu. Bilateral fıtığı olan hastada sol taraf fıtığı sigmoid kolon ile yeni gelişmekte olan sliding indirekt herni idi. Hastalar ameliyattan bir gün önce yatırıldı ve hepsinde Transabdominal Preperitoneal (TAPP) polipropilen (prolen) mesh ile tamir tekniği uygulandı. Tüm hastalarımıza profilaktik tek doz antibiyotik ameliyat öncesi uygulandı ve hastalarımızın hepsi postoperatif birinci gün taburcu edildi.

Çalışmamızdaki hastaların takip süreleri en uzun 8, en kısa 3 aydır. İlk opere ettiğimiz hastalardan birinde 2 hafta süreyle uyluk ön-yüzünde parestezi ve hiperparestezi görüldü.

(*) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzm. Dr.

(**) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

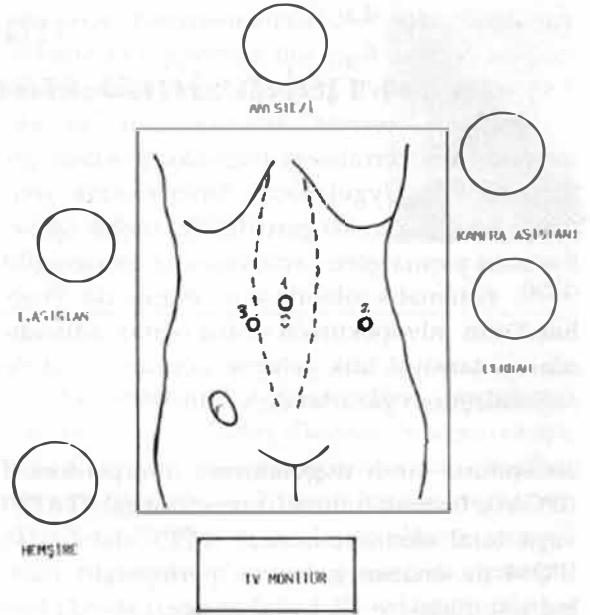
Bu komplikasyonu mesh tesbiti için koymuş olduğumuz staplerin (zımbanın) n. cutaneus femoris lateralis'e isabet etmiş olabileceğine bağladık. Yine ilk uygulamaları yaptığımız 2 olguda fıtık lojuna uyan ve dışarıya doğru protüze olan, hasta tarafından postoperatif dönemde halen fıtığın devam ettiği şeklinde yorumlanan, seroma gelişti. Her iki olguda 1 hafta sonra bu bulgu ortadan kalktı. 110 dak. süren bilateral fıtık olgumuz değerlendirme dışında tutulursa, ameliyat süresi en kısa 45 dak, en uzun 100 dak. olup ortalama süre 65 dak. olarak tespit edildi. Takip süremiz kısa olmakla beraber bu süre içerisinde nüksle karşılaşılmadı.

Teknik

Genel anestezi altındaki hastalarda göbeğin hemen üzerinden insüflatör iğnesi (Veress) yerleştirilerek batin karbondioksit gazı ile ortalama 12 mmHg basınca kadar şişirildi. Hastalara ameliyata alınmadan önce idrar yaptırıldı. Tüm hastalara nazogastrik sonda ameliyat bitiminde alınmak üzere takıldı.

Hastalarda aynı transvers doğrultudan geçecek şekilde üç adet trokar girişi kullanıldı (Şekil 1). İlk iki olguda kamera 10 mm'lik trokar ile göbek altından, cerrahın enstrümanları fıtık tarafının karşı tarafında olacak şekilde 12 mm'lik trokarla m.rectus abdominis'in dış kenarından (Linea semilunaris), asistans için fıtık tarafından 5 mm'lik trokar yine rektus dış kenarından olmak üzere girildi. Teleskop ile cerrahın enstrümanlarının birbiri ile çakışması nedeniyle ilk iki olgudan sonra kamera girişi hemen göbek üstüne cerrah enstrüman girişi ise linea semilunaristen 5 cm daha laterale kaydırıldı.

Böylece çakışma ortadan kaldırılmış oldu. Tüm olgularda 30 derecelik teleskop kullanıldı. Fıtık gözendikten sonra fıtık kesesinin hemen üzerinden başlanarak periton, horizontal olarak iç halkanın lateralinden medial umbilikal fold'a kadar hook-koter ile disseke edildi. Yine koter ve künt disseksiyon ile fıtık kesesi prepare edildi. Daha sonra kese çepeçevre koter ile eksize edilerek çıkartıldı. Batin içine itilen polypropylene mesh, disseksiyon yapılmış alana se-



Şekil 1. F. fıtık alanı. 1- Göbek üstünden girilen 10 mm'lik trokar, 2- 12 mm'lik trokar girişi, 3- 5 mm'lik trokar girişi.

rilerek stapler ile cerrahın karın duvarından diğer eli ile yaptığı destek eşliğinde transvers aponevrotik ark'a aşağı içyanda Cooper ligamanına tesbit edildi. Aşağı dışyanda sinir ve vasküler yapılara zarar vermemek için tespit yapılmadı. Son olarak disseke edilmiş olan periton yaprakları stapler ile uçuca gelecek şekilde kapatıldı.

TARTIŞMA

İndirekt inguinal fıtık kesesinin laparoskopik yolla stapler kullanılarak kapatılması ile başlayan, yine indirekt fıtık kesesine rulo mesh (plug) konması ve bunun üzerinden iç halkanın dikilmesi ile devam eden laparoskopik inguinal herni tamir yöntemleri, Schultz'un peritona kesi yaptıktan sonra fıtık defektine mesh plug koyması ve bunun üzerinden peritonu kliplerle kapatmasıyla bir hamle daha yapmış; ancak, farkedilmemiş direkt fıtıklara bağlı olduğu düşünülen erken nükslerin görülmesi üzerine, plug uygulama yöntemlerine preperitoneal mesh uygulanması eklenmiştir (6). Ancak plug ve plug-mesh yöntemleri, % 15 dolaylarındaki nüks oranları nedeniyle terkedilmiştir (2). Mesh'li posterior tamirlerin, gerginlik taşımaları nedeniyle, tüm mesh'siz anterior tamirlerinden daha fizyolojik ve sağlam oldukları sa-

vinulmaktadır (2,3). Konvansiyonel açık cerrahiden Nyhus, Rignoult ve Stoppa tarafından geliştirilen mesh'li preperitoneal yaklaşımlara laparoskopik cerrahi avantajlarının da eklenmesi, fıtık cerrahisini bugünkü noktaya getirmiştir (5,6). Uygulanacak laparoskopik yöntemin hangisi olması gerektiğine, fıtığın tipine, hastanın yaşına göre karar verenler olduğu gibi (1,2,4), sistematik olarak tüm olgularda Fruchaud'nun miyopektineal orifisi olarak adlandırılan potansiyel fıtık gelişme sahasını mesh ile sağlamlaştıran yazarlar da vardır (3,5).

Sözkonusu mesh uygulanması intraperitoneal (IPOM), transabdominal preperitoneal (TAPP) veya total ekstraperitoneal (LEP) olabilir (4). IPOM ile onarım kolay ve perioperatif morbiditesi düşüktür (4). Lokal anestezi altında bile uygulanabilir (2). Hernekadar laparoskopik yolla yerleştirilen mesh laparotomi ile yerleştirilene nazaran daha az adezyon oluştursa da, yine de en önemli sakıncası intraperitoneal adezyonlardır (4).

Ayrıca, özellikle altındaki damar ve sinirleri yaralamamak için derine penetre olmayacak şekilde tasarlanmış stapler ile mesh'in peritona tesbiti, bilhassa direkt veya büyük indirekt ve sliding fıtıklarda, mesh'in de birlikte fıtıklaşmasına ve erken nüslere yol açabilir (2,4). Bu nedenle IPOM ile onarımı, kolaylığı hatırına cerrahi ilkelerden verilmiş bir ödün olarak görüyoruz. TAPP yaklaşımda disseksiyon daha fazla olduğu için perioperatif morbidite daha yüksek olmakla birlikte, mesh'in periton dışına yerleştirilmesi, laparoskopik inspeksiyonla gözden kaçabilecek (direkt) fıtıkların görülebilmesi gibi üstünlükleri vardır (2).

Mesh'in kaymaması ve büyük fıtıklarda olabileceği gibi fıtıklaşmaması için, sütür veya stapler'le tesbit yapılmalıdır (2,3). Read ve Joehl (3), bu tesbitin çok önemli olmadığını belirtmektedirler. Sütür ile tesbit, stapler'le yapıldığına göre daha zaman alıcı, fakat derinliğinin ayarlanabilmesi nedeniyle daha emniyetlidir (2). Tesbi-

tin aşağıda Cooper ligamanına veya iliopubik trakt'a yapılması konusu tartışmalıdır. Stapler ile Cooper ligamanına tesbit güçlük gösterebilir; iliopubik trakta tesbit ise genitofemoral ve cuteneus femoris lateralis sinirlerini ve epigastrik, iliak damarları yaralama riski taşıyabilir (2). Nitekim, sayıca kısıtlı serimizde de n. cuteneus femoris lateralis yaralanması mevcuttur. Himpens (5) bu nedenle fazla tesbit gerektirmeyen süperelastik metal (Nitinal) bir çerçeve içinde yumuşak kuvvetlendirilmiş polyester protez önermiştir. Periton boşluğuna girmek gibi önemli bir üstünlüğü olan total ekstraperitoneal tamirle (LEP) ilgili deneyimiz yoktur. Ancak bizim de gözlediğimiz gibi, bu yaklaşımda alan darlığı nedeniyle mesh tesbitinin güçlüğü yanında anatomiye hakimiyet de zordur (2,4).

Benimsediğimiz TAPP mesh uygulanmasının düşük morbiditeli, tatminkar bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Ancak maliyetinin yüksekliği önemli bir sorun oluşturmaktadır. Ayrıca genel anestezi altında uygulama zorunluluğu ve periton boşluğuna girilmesi, yöntemin "minimal invaziv"liğini tartışılır hale getirmektedir (1). Sağladığı tartışılmaz konfora ve erken mobilizasyona rağmen, özellikle pahalı bir yöntem oluşu nedeniyle laparoskopik herni onarımının, nüks ve bilateral hernilerde (3,6) daha avantajlı olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca uzak sonuçların da belirlenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Voeller GR, Mangiante EC, Britt LG. Preliminary evaluation of laparoscopic herniorrhaphy. Surg Lap Endosc 1993; 3:100-105.
2. Arregui ME, Naverrete J, Davis CJ, et al. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy. Surg Clin North Am 1993; 73:513-527.
3. Winchester DJ, Dawes LG, Modelski DD, et al. Laparoscopic inguinal hernia repair. Arch Surg 1993; 128:781-786.
4. Filipi CJ, Fitzgibbons RJ, Salerno GM, et al. Laparoscopic herniorrhaphy. Surg Clin North Am 1992; 72:1109-1123.
5. Himpens J, Cadière GB, Bruyns J, et al. Laparoscopic inguinal hernioplasty with a reinforced polyester prosthesis. Br J Surg 1993; 80(Suppl):45.
6. Valetta S, Favretti F, Zanella A, et al. Laparoscopic repair of inguinofemoral hernia recurrence. Br J Surg 1993; 80(Suppl):49.

Alındığı tarih: 22 Mart 1994

Yazışma adresi: Dr. Metin Ertem, İstasyon Cad. Sümer Sok. 16/3 Göztepe İstanbul