

## Bizim Kuşak Cerrahların Fıtık Aşkı ve Bitmeyen Serüveni



Son katıldığım bir uluslararası cerrahi kongresinde, ameliyathanedeki canlı yayınla 6-7 değişik fıtık ameliyatını izlerken, en azından 35 senelik kendi mesleki kariyerim süresince fıtık cerrahisinde kronolojik olarak gözlemlediğimiz evrimi düşündüm.

Bizim yaş grubunun cerrahi asistanlık döneminde **Bassini** en çok uygulanan teknikti. Asistanlığımızın çıraklık dönemlerinde, cerrah

olmanın ilk gerçek hazzını çoğumuz, fıtık hastasına uyguladığımız bir Bassini ile yaşamışızdır. Daha fakülte 4-5'inci sınıflarda cerrahi sınav sorularından ezberlediğimiz; Poupart bağı ile tendon conjoint arasına, bilmem kaç numaralı siyah ipeklerle sıkı sıkıya koyduğumuz dikişleri ne kadar sıkarsak, fıtığı o kadar sağlam tamir ettiğimizi sanırdık... Tabii hastaları 5-10 yıl takibimiz söz konusu olmadığı için, yaptığımızdan memnun ama nükslerinden bihaberdik...

Daha sonraki dönemlerimizde, genelde yurt dışından dönen ağabey ve hocalarımızdan tek tük de olsa **McVay**, **Halstedt** gibi değişik uygulamalar gördüğümüzde, kafamız biraz karıştırdı, fakat Bassini'ye yine de pek ihanet etmezdik...

Yıllar içerisinde, junior cerrahlıktan yarı senior cerrahlığa geçiş dönemlerimizde Bassini'ye sadakatimizi, artık pek koruyamayacak duruma gelmiş, çünkü, bir başka yeni sevdaya tutulmuştuk.

O dönemlerden itibaren Kanada ekolünün aşkı galip gelmiş ve bir çokları gibi biz de **Shouldice** sevdalıları olmuştuk. Fasia transversalis'e yaklaşım, tendon conjoint ve Poupart'ın yaklaştırılmasına üstün gelmiş, atravmatik iğneli dikiş ipliği modası kayak iğne yanığına geçirilmiş siyah ipliğin yerini almıştı.

Bu sıralarda başımızda yeni yellere dolaşmaya başlamış, dilimize hoş gelen "**tention free**" sözcüğü beynimize de hoş geldiği için, Bassini'den yollarımız iyice ayrılıp, gerilimsiz ameliyat teknikleri ile flörtleşmeye başlamıştık. O dönemlerde Kanada'dan ithal Shouldice'yi hemen hemen rutin uyguluyorduk ama, yine de tek sevgili olamıyordu. Çünkü gerilimsiz olan diğer rakipleri de vardı. Bunlardan biri de Kaliforniyalı **Lichtenstein**'di.

Lichtenstein'in ilk defa 1966'da yayınlayıp 1984'ten beri de Los Angeles'teki kendi kliniğinde rutin uyguladığı tekniği, git-tikçe popüler olmaya başlamıştı. İnguinal kanal'da çok derin-

leri sıkıştırarak germeden, yüzeysel konan bir meç ile takviyenin cazibesi gönlümüzü çalıyordu. Fıtık tamirinde "**meç**"lerle aşk meşk yaşamamız böylece başlamış oldu. **Videoskopik uygulamalar** başlayınca meçlere aşk ve bağımlılıklarımız daha perçinleşti.

90'lı yılların başlarında, kolesistektomi için laparoskopik yöntemi hemen benimsemiş ve vazgeçilmez tercih haline getirmiştik. Ama konu fıtık ameliyatlarında laparoskopik olunca, durum biraz değişti. Bassini'den Shouldice ve Lichtenstein'e büyük tutkular yaşamış bizim kuşak cerrahların, yeni bir aşka yakalanmaları biraz zor ve sancılı oldu. Birçoğumuz fıtık cerrahisinde hala eski klasik aşklara sadık kalırken, bazılarımız modern video endoskopiye minimal invaziv cazibesine fazla direnç gösteremeyip, ucundan kenarından yaklaşmalarda bulunduk. Kimimiz laparoskopik kolesistektomiden aşına olduğumuz batın içinden (**TAPP**), kimimiz batın içine kıyamadığımız için total extra peritoneal yoldan (**TEP**) fıtık tamir denemelerine giriştik. Her iki yöntemde de yaptığımız, daha önce **Rives** ve **Stoppa**'nın yaptığı "non absorbabl mesh" in, geniş insizyon ve dekolmanlarla retroperitoneal alana serilmesinin videoskopik yardımı ile uygulanması idi. Fıtık tamirinde retroperitoneal alana bir meç sererek, karın içi basıncına etkili bir direnç sağlanması ve bunun da minimal invaziv bir yolla yapılıyor olması, yaşımıza başımıza bakmadan bizleri, zor da gelse videoskopik tekniklere bağlanmaya itti. Bu bağlılığı artırmak için kendi nefsimizi zorlarken, son sıralarda **Kugel** isimli bir başka metod, kendine göre bazı özelliklerini öne çıkarıp cazibe yaratarak, altına salına bize kur yapmaya başladı.

İkinci baharımızda, hadi bir de bunu tanıyalım diye kendi kendime tam da karar vermişken, yazının başında bahsettiğim son kongrede seyrettiğim bir cerrah Kugel ameliyatı yaptı, ama işin içine laparoskopu da soktu... Biliyorsunuz Kugel'de küçük bir insizyonla inguinal bölge açılıyor, peritonea kadar inilip parmak ile retroperitoneal'de geniş bir alan hazırlanıyor, özel bir meç oraya serilip fascia üstüne kapanarak ameliyat minimal işlemlerle tamamlanıyor. Bu cerrah parmağını çalıştırırken yanından soktuğu bir teleskopla, o kapalı alanı ekranda görür hale getirerek disseksiyonu yapıyor, meçi yerleştiriyor, yani minimalin de minimalini arıyor.

Sizi bilmiyorum ama benim iyiden kafam karıştı !...

Bizim kuşak için bu serüvenin daha nereye kadar süreceğini artık kestiremiyorum...

Gelecek sayıya kadar hoşça kalın.

Sevgilerimle.

Cavit AVCI, Editör