

Sayın Prof. Dr. Avcı,

Endoskopik Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi, 2004, 11(1):23-28 sayısında yayınlanan, Küçük ve ark. tarafından yapılmış klinik çalışmanın sonuçlarını yansıtan 'İnguinal herni onarımında laparoskopik transabdominal preperitoneal cerrahi (TAPP) ile laparoskopik total ekstraperitoneal cerrahi (TEP) karşılaştırılması' isimli makaleyi hem konu ile klinik olarak ilgilenmemiz ve hem de daha önceki yıllarda yapılan hemen aynı klinik bir çalışmanın içerisinde olmamızın da verdiği zevkli bir karşılaştırma duygusu ile okuduk. Çalışmayı yapan ekibi tebrik ediyoruz. Bazı konular üzerinde bizde var olan bilgileri aktarmak istiyoruz.

Türkiye'de özellikle askere gelen genç insan toplumu içinde fitik oldukça sık olarak bulunmakta ve cerrahi olarak da tedavi edilmektedir. Bu tedavi yöntemlerini genellikle askerliğinin sonuna bırakan yükümlüler askerlikleri boyunca da eğitim ve spor faaliyetlerinde sıkıntı çekmektedir. Bu sorun askeri birlikler için gerekli ve elzem olan insan gücü kaybına neden olmaktadır. Bizim laparoskopik herni onarımı klinik çalışmasına¹ başlarken amacımız, fark edildiği anda ve daha az ağrı duyumsama ve kısa süreli hastanede kalış ile erken işe dönme gibi tam istediğimiz parametreleri bize askeri hekim olarak sağlayan laparoskopik yöntemi kullanıp inguinal herni tamiri yapmak ve eğer uygun ise bu cerrahi tekniği rutine oturtmak idi.

1997-1999 yılları arasında yaklaşık 192 hastaya 236 adet 146 total ekstraperitoneal yaklaşım (TEP), 88 transabdominal preperitoneal yaklaşım (TAPP) laparoskopik herni onarımı yaptık. Bu onarımı yaparken, bir öğrenme periyodu uygulamak ve bu

sırada elde edilen takip parametrelerini farklı uçlarda olur kaygısı ile kullanmamak için ilk 20 hastayı da seri dışı bıraktık. Bu öğrenme periyodunu Sayın Dr. Küçük ve arkadaşlarının serisinde görmedim. Laparoskopik herni onarımında mutlak bir öğrenme periyodu olması gerektiğini ve bunun en az 15 hastalık bir sayıda olmasının uygun olacağını düşünmekteyiz. Serimizi retrospektif olarak değerlendirirken uyguladığımız teknik ile ilgili bazı hatalar yaptığımızı fark ettik. Bunların başında gelen, kullandığımız prolen meşlerin küçük olarak yerleştirilmesiydi. Belirli bir deneyimden sonra potansiyel üç fituk noktasını da kapatacak büyüklükte ve tek taraflı olmak kaydı ile (hasta bilateral herni olsa dahi 'single butress' değil iki ayrı meş...) en az 7x13 cm'lik bir uygun meşin kullanılmasının gereğini gözlemledik. Meşi ekstraperitoneal ortama yayarken spermatik kord ve elemanlarını meşi keserek araya almamanın nüksü önlemede etkin olduğunu (nüks eden hastaların operasyonundan sonra) gözlemledik. Serimizi yaparken 12 hastada (TEP grubu) meşi hiç taker kullanmadan bıraktık. Sonuçta bunların yalnız birinde nüks-meş migrasyonu nedeni ile hastayı reopere ettik. 3'ünü takipte kaybettik ve geri kalanında buna bağlı nüks görmedik ama, sayı net konuşmak için bizi engellediği gibi meşin uygun yerlere tutturulmasının gereğine de şiddetle inanmaktayız. Ama bu tutturma işlemini taker'la mı ya da yeni nesil bağlama telleri ile mi yapmalı doğrusu üzerinde tereddütlerimiz var. Yazarlar gibi biz de iliopubik trakt altına kesinlikle taker konulmamasını ve aynı zamanda pubise de taker konulmamasını öneriyor ve uyguluyoruz. Meşi tuttururken Cooper ligamanını, rektus kılıfını kullandık ve meşi kesmeden üç potansiyel

fitik noktasını kapatacak şekilde yayarak bıraktık. Peritonu yeterince süperiora diseke ederek ekstra-peritoneal ortamın CO₂ havası boşaltılırken periton ve kalıntılarının meşin altına girmemesi için direkt görüş altında büyük dikkat sarf ederek ameliyatı sonlandırdık. Hülasa yazarların makalede belirttikleri pubise taker koymayı, meşi vas deferensine içine alacak şekilde kesmeyi önermiyor ve uygulamıyoruz.²⁻⁵

Hastalarımızın ağrı duyumsamalarını vizüel analog skala (VAS) ile takip ettik. Bunu ameliyatın ağrı duyumsama üzerine olan az etkisini değerlendirmek için yaptık. Postoperatif 2 hafta süresinde hastalarımızın açık prosedürle karşılaştığımızda görece olarak az, ama beklediğimizden de uzun süreli analjezik ihtiyacı içinde olduklarını gözlemledik. PO 1. hafta sonunda VAS skorlarının 4-5 civarında, beklediğimizin üzerinde yüksek olarak değerlendirdik.¹ Fakat 6. hafta sonunda gerekli ağır spor ve eğitim ile ilgili bedeni faaliyetleri zorlanmadan yapabildiklerini ve fakat özellikle askerlerin erken geri geldiklerinde ağrı problemlerinin yeniden başladığını ama subaylarda ofis görevine 1 hafta gibi kısa sürede başladıklarını gözlemledik. Bu tabidir ki askeri rutinin iç dinamikleri ile direkt ilişkili olsa da, biz askeri hekimler için ofis görevine geri dönmek ile bedeni faaliyetleri tam anlamıyla yapar hale gelmek farklı noktaları işaret etmektedir.¹ Dr. Küçük ve ark.'nın yazısında ağrı parametreleri ile ilgili değerlendirmelerini bulamadığımız için bir karşılaştırma yapamıyoruz.

Komplikasyonlarımıza geri dönerek baktığımızda bizim seride en sık olarak seroma ile karşılaştık. Bunun ilgili yazıda olmaması son derece ilginçti ve uygulanan teknik ile ilgili spesifik bir anlatımı olabileceğini düşünüyor ve merak ediyoruz. TEP diseksiyon itibarıyla daha zor bir teknik olmasının yanında, ekstraperitoneal bölgede mesane büyük vasküler damarlar, vas deferens ve

epigastrik vasküler yapılar, sinirsel yapılar gibi birçok anatomik unsur yer almaktadır. Bu durum içinde hem TEP'in başlangıcından itibaren yeterince diseke olamadan çalışılmaya başlanan bir anatomik boşluk olması ve hem de önce belirttiğim ciddi anatomik yapıların bulunması ve ortamda çalışmanın sıklıkla iki el koordinasyonu ile olması gibi nedenler ile teknik daha zor ve doğal olarak da komplikasyon daha fazladır.^{6,7} Literatürde %0-12 arasında bildirilmektedir. Hemen hemen aynı süreler içerisinde yapmış olduğumuz laparoskopik herni onarımının iki farklı prosedürü için makalede bildirilen komplikasyon oranlarının literatürde ortaya konulanlardan TEP için farklı olması ilginçtir. Belki grup sayılarının az olması bunu yaratmaktadır ve istatistiki bir azınlık olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak %1-4.5 gibi nüks ve %18-20 arasında bulunan komplikasyon oranı ve az ağrı duyumsamanın beklenildiği kadar iyi olmaması, uzun sayılacak bir öğrenme periyodu gerektirir olabilmemesi ve tabidir ki pahalı olması gibi nedenler ile laparoskopik herni tamirinin seçilmiş (asker) hastalar için uygun ama rutin kullanılacak kadar olağan olmadığı görüşünü elde ettik.

Çalışmada emeği geçen değerli hocalarımıza ve meslektaşlarımıza ilginç ve öğretici bu makale nedeniyle tekrar teşekkür eder, görüşlerimizi 'editöre mektup' olarak değerlendirir ve derginizde yayınlarsanız daha iyi bir tartışma zemini elde edeceğimizi ümit eder, saygılar sunarız.

Sezai Demirbaş, Mehmet Yıldız,
Yavuz Kurt, Haldun Uluutku,
Cengiz Erenoğlu, Levhi Akın,
Tuncay Çelenk

*GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Genel Cerrahi Servisi, İstanbul*

İletişim adresi: Dr. Sezai Demirbaş
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi
Kadıköy 34668 İstanbul
Tel: (0216) 542 26 85
e-posta: sezberr@tr.net

Kaynaklar

1. Demirbaş S, Ogün I, Akta O, et al. Hernia operations using laparoscopic hernioplasty on military personnel with a short time hospitalization. *Mil Med* 2003; 168: 835-9.
2. Felix EL, Michas CA, Gonzales MH. Laparoscopic hernioplasty: why does it work? *Surg Endosc* 1997; 11: 36-41.
3. Felix EL, Scott S, Crafton B, et al. Causes of recurrence after laparoscopic hernioplasty. A multicenter study. *Surg Endosc* 1998; 12: 226-31.
4. Knook MT, Weidema WF, Stassen LPS, Van Steensel CJ. Endoscopic total extraperitoneal repair of primary and recurrent inguinal hernias. *Surg Endosc* 1999; 13: 507-11.
5. Phillips EH, Arregui M, Carroll BJ, et al. Incidence of complications following laparoscopic hernioplasty. *Surg Endosc* 1995; 9: 16-21.
6. Heikkinen TJ, Haukipuro K, Koivukangas P, Hulkko A. A prospective randomized outcome and cost comparison of totally extraperitoneal endoscopic hernioplasty versus Lichtenstein hernia operation among employed patients. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 338-44.
7. Cohen RV, Alvares G, Roll S, et al. Transabdominal or totally extraperitoneal laparoscopic hernia repair? *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 264-8.