

Lokal Anestezi İle Gerilimsiz Kasık Fıtığı Operasyonları

Tayfun AKSU (*)

ÖZET

Kasık fıtığı ameliyatları genel cerrahide en sık yapılan ameliyat yöntemlerindedir. Lokal anestezi yöntemi ile fıtık ameliyatları güvenli, basit, etkili, ekonomik olması ve anestezi sonrası yan etkilerinin olmaması nedenleri ile giderek popüler hale gelmektedir. Çalışmamızda bu hasta gruplarındaki deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Kasık fıtığı, fıtık onarımı, lokal anestezi

SUMMARY

Personel Experiences in Tension Free Inguinal Hernia Repair with Local Anesthesia

Inguinal hernioraphy is one of the most common operations performed today. Repair of inguinal hernia with local anesthesia is gaining popularity because it is an easy to perform, safe, effective, economic method and discludes the side effects of general anesthesia. We aimed to present our experience in this operation type.

Key words: Inguinal hernia, hernioraphy, local anesthesia

Ülkemizde kasık fıtığı operasyonları genellikle genel anestezi veya spinal anestezi altında yapılmaktadır. Bu da hastalara ek morbidite yüklemekte, hospitalizasyon ve operasyon maliyetlerini arttırmaktadır. Çalışmamızda, Trabzon Vakfıkebir Devlet Hastanesinde lokal anestezi altında yapılan kasık fıtığı ameliyatlarındaki sonuçlarımız sunulmuştur.

MATERYAL ve METOD

1998-2000 yılları arasında kasık fıtığı tanısı ile opere edilen 35 erkek, 10 kadın hastada 20 ml Citanest (Prilocain hidroklorür), 40 ml serum fizyolojik ile sulandırılarak kullanıldı. Her hastaya proflaktik olarak 1. kuşak sefalosporin operasyondan 1/2 saat önce uygulandı. Operasyondan 1 saat önce hastalara Diazem (diazepam) ampul, 10 mg IM uygulanarak sedasyon sağlandı. Lokal uygulama süresinin başlangıcından cilt sütürleri tamamlanıncaya kadar geçen süre operasyon süresi olarak kaydedildi.

Lokal anestezi uygulamak için şu yöntem kullanıldı: 20 cc Citanest ile spina iliaca anterior superior'un 1-2 cm medial kenarına lokal anestezi ile bir cilt kabarcığı yapıldıktan sonra buradan iğne dik olarak sokularak ileumun iç yüzüne temas ettirildi. Böylece, m. obliquus eksternus aponeurozu, m. obliquus internus ve m. transversus abdominisler delinerek, değişik anatomik gidiş göstermelerine rağmen anesteziye edilecek sinirleri yakalama şansı artırılmış olur. İğne yavaşça

yukarı doğru çekilirken devamlı olarak solusyon enjekte edildi. Yeterli anestezi sağlandığına inanılmazsa aynı uygulama bir iki yöne daha yapılabilir. Aynı noktadan 20 cc Citanest ile iğne m. obliquus eksternus aponeurozu altına itilerek dış halka hizalarına varılıp, iğne geri çekilirken enjeksiyon yapılarak n.ilioinguinalis, n.iliohipogastricus ve kutane sinirlerin uç dalları anesteziye edildi. İnsizyon alanı ve fascia'ya 10 cc kese prepare edilirken peritona 5 cc pubik tüberküle 5 cc anestezi enjekte edildi. Hastaların hepsi monitorize edildi. Hasta özellikleri, operasyon teknikleri ve süreleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

BULGULAR

Hastaların 22'sinde sağ, 23'ünde sol kasık fıtığı vardı. 2 olgu nüks herniydi. Olguların yaş ortalaması 59.2'ydi (28-78). Ortalama yatış süresi 1.88 gündü (1-4 gün). 37 hastaya Maloney'in ağ örme onarımı, 1 hastaya Rutkow mesh plug onarımı, 7 hastaya Lichtenstein operasyonu uygulandı.

Olguların seçiminde kardiyak ve benzeri nedenlerle genel veya spinal anestezi kaldıramayacak durumda olan hastalar ve hasta tercihi seçim kriterleri olarak kullanıldı. Ameliyat sırasında müzik yayını yapıldı ve konuşularak hasta rahatlatıldı. Lokal anestezi iyi yapıldı

ğında problemsiz ameliyat yapılabildiği görüldü. Valsalva manevrası ile muhtemel tüm fıtıkların kontrolü dışında konulan takviyenin yeterliliği de kontrol edilebildi. Opere edilen hastaların yaklaşık yarısında kardiyak problemler ve hipertansiyon mevcuttu. Peroperatif olarak bu grupta kardiyak aritmi ve hipertansiyon görüldü. Ayrıca, periton hazırlanırken 6 hastada lokal anestezi yetersizliğine bağlı bradikardi ve hipotansiyon görüldü. Seriyeye dahil edilmeyen 3 hastada genel anesteziye dönüldü. Postoperatif 2 saat sonra oral alımına izin verilen hastaların morallerinin çok iyi olduğu görüldü. Aynı gün akşam veya ertesi gün hastaların taburcuları yapıldı.

TARTIŞMA

Fıtık, insanoğlunun iki ayağı üzerinde doğrulmasından beri bilinen bir hastalık olsa gerektir. İlk yazılı kaynak Mısırlılar tarafından İ.Ö. 1550 yıllarında yazılmış olan Ebers papirüsüdür (1). Kasık fıtığının oluşum mekanizmaları ve tedavisindeki gelişmelerde 19. Yüzyılın başlarında başlamış, bu tarihten itibaren modern fıtık cerrahisi prensipleri gelişmeye başlamıştır (3). Kasık fıtığı ameliyatları halen de en sık uygulanan operasyonlardandır (2).

Kasık fıtıklarının onarımında halen genel anestezi, spinal ve epidural anestezi ve lokal anestezi uygulanan anestezi yöntemleridir (4,5). Güvenli, basit, etkili, ekonomik olması ve anestezi sonrası yan etkilerinin olmaması nedeni ile lokal anestezi ile fıtık onarımı giderek popüler hale gelmektedir (4,6). Çalışmamızda da lokal anestezi altında fıtık onarımlarının, özellikle anestezi uzmanı bulunmayan, cerrahın teknisyenlerle çalıştığı hastanelerde iyi bir alternatif olduğu ortaya konmuştur. Sadece seriyeye dahil edilmeyen 3 hastada genel anesteziye geçilmesine gerek görülmüştür. Lokal anestezi ile ameliyata hasta toleranslarının iyi olduğu gözlenmiştir.

Hastalara gerilimsiz fıtık onarım teknikleri olan Rutkow, Lichtenstein ve Maloney'in ağ örme onarımı teknikleri uygulanmıştır (7,8). Hangi tekniğin kullanılacağı hastanın ameliyat bulgularına göre seçilmiştir. Her üç teknikle de lokal anestezi ile operasyonların başarı ile yapılabildiği görülmüştür.

Sonuç olarak, hastaların genel anestezi almamaları, operasyon süresinin kısalığı, erken oral alım ve morallerinin üst seviyede olması ile erken taburcu olmaları tekniğin üstün tarafları olarak gözlemlendi. Bu nedenlerle, Türkiye'nin mevcut şartlarında lokal anestezi ile gerilimsiz fıtık onarımlarının tercih edilmesi gereken operasyon yöntemi olduğu kanaatine ulaştık, cerrahların lokal anestezi ile onarımları bir tercih olarak göz önünde bulundurmalarını önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Uğur DA: Tarihi Bilgi. Uğur DA (ed). In: İnguinal ve Femoral Fıtıkların Cerrahi Tedavisi. Yeni Desen Tic. Ltd. Şti. Matbaası, Ankara, 1965, 1. Baskı, 5-8.
2. Sondana K, Nesvik I, Breivik K, Korner H: Long term follow up of 1059 consecutive primary and recurrent inguinal hernias in a teaching hospital. Eur J Surg 167:125-129, 2001.
3. Rutkow IM: A selective history of groin hernia surgery in the early 19th century. Rutkow IM (ed). In: The Surgical Clinics of North America. WB Saunders Co. Philadelphia 78(6):921-940, 1998.
4. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL: Local anesthesia for inguinal hernia repair step-by-step procedure. Annals of Surgery 220(6):735-7, 1994.
5. Koukourou A, Lyon W, Rice J, Wattchow DA: Prospective randomized trial of polypropylene mesh compared with nylon darn in inguinal hernia repair. Br J Surg 88:931-934, 2001.
6. Glassow F: İnguinal hernia repair using local anaesthesia. Ann R Coll Surg Engl 66(6):382-7, 1984.
7. Robbins AW, Rutkow IM, Kurzer M, Belsham PA, Kark AE: Mesh plug repair and groin hernia surgery, the Lichtenstein repair. In: The Surgical Clinics of North America. WB Saunders Co. Philadelphia 78(6):921-940, 1998.
8. Gianetta E, De Cian F, Cuneo S, Friedman D, Vitale B, Marinari G, Baschieri G, Camerini G: Hernia repair in elderly patients. Br J Surg 84:983-985, 1997.