

Çift taraflı kasık fıtıkları tek seansta onarılabilir

Bilateral inguinal hernias may be repaired simultaneously

Haluk Recai Ünalp*, Erdiñç Kamer*, Hayrullah Derici**, Okay Nazlı**,
Mehmet Ali Önal*

Amaç:

Bu retrospektif çalışmada tek taraflı kasık fıtığı onarımı ile iki taraflı kasık fıtığı onarımının erken ve geç dönem sonuçlarını karşılaştırmak amaçlandı.

Durum değerlendirilmesi:

Postoperatif ağrıda, yara komplikasyonlarında veya nüks oranlarında artış olacağı endişesi ile cerrahların bir kısmı tek seansta iki taraflı kasık fıtığı onarımı konusunda kararsızdır.

Yöntem:

Tek taraflı kasık fıtığı onarımı (Grup-1; n=495, %84,3) ve aynı seansta iki taraflı kasık fıtığı onarımı (Grup-2; n=92, %15,7) yapılan olguların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları, uygulanan anestezi, operasyon ve hastanede kalış süreleri, postoperatif komplikasyonlar, postoperatif analjezik gereksinimleri, günlük bazal aktiviteye dönüş süreleri ve nüks gelişimi retrospektif olarak incelendi.

Bulgular:

Ortalama operasyon zamanı Grup-2'de daha uzun bulundu (p=0.001). Grup-1 ve Grup-2'deki hastaların ortalama hastanede kalış süreleri (p=0.606), komplikasyon oranları (p=0.715), postoperatif analjezik ihtiyacı (p=1.000) ve nüks oranları (p=0.302) arasında istatistiksel fark yoktu. Ancak bazal aktivitelere dönüş süresi Grup-1'deki hastalarda daha kısa idi (p=0.001). Ortalama takip süresi Grup-1'de 40.1 ay, Grup-2'de 35.1 ay idi (p=0.051).

Sonuç:

Tek tarafa yapılan gerginliksiz kasık fıtığı onarımı ile benzer sonuçları olması nedeniyle çift taraflı kasık fıtığı olan hastalarda iki taraflı kasık fıtığını tek seansta gerginliksiz olarak onarmanın uygun bir yaklaşım olduğu kanısına vardık.

Anahtar kelimeler:

Kasık fıtığı, İki taraflı, Onarım

Son yıllarda kasık fıtığı olan hastalara uygulanan mesh ile gerginliksiz onarım tekniği (Lichtenstein tekniği) fıtık cerrahisinde yeni bir dönem açmıştır. Bu yöntem ile postoperatif komplikasyon ve nüks oranları %1'in altına indirilmiştir (1). Ancak postoperatif ağrıyı, yara komplikasyonlarını veya nüks oranını artırdığı düşüncesiyle her iki taraftaki kasık fıtığı onarımını aynı seansta yapma konusunda tereddütler oluşmaktadır. Son yıllarda çift taraflı kasık fıtığı olan hastalarda her iki taraf fıtığın tek seansta onarılmasının postoperatif riskleri artırmadığı ve ekonomik kazanç sağlandığı bildirilmektedir (2).

Bu çalışma ile Lichtenstein tekniği ile her iki taraf kasık fıtığı onarımını aynı seansta yapmanın tek taraflı kasık fıtığı onarımına göre postoperatif komplikasyonlarda, hastanede kalış süresinde ve nüks oranlarında artışa yol açıp açmadığını ve ikinci bir ameliyat için erteleme yapmadan aynı seansta her iki taraf kasık fıtığını onarmanın uygun olup olmadığını araştırmak amaçlandı.

Hasta ve Yöntem

Hastanemiz 3. ve 4. Genel Cerrahi Klinikleri'nde Ocak 1998 ile Ocak 2006 tarihleri arasında kasık fıtığı tanısıyla ameliyat edilen 1119 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıklar, uygulanan anestezi yöntemi, operasyon ve hastanede kalış süreleri, postoperatif komplikasyonlar, postoperatif analjezik gereksinimleri, günlük bazal aktiviteye dönüş süreleri ve nüks gelişim oranları kaydedildi. Çalışma grubunda homojenlik sağlamak için etrangüle kasık fıtığı veya nüks nedeniyle opere edilenler ve açık gerginliksiz preperitoneal mesh tekniği dışındaki bir teknikle fıtık onarımı yapılan hastalar çalışma dışı tutuldu.

Operasyonların tümü bir genel cerrahi uzmanı veya genel cerrahi uzmanı gözetiminde genel cerrahi asistanı tarafından yapıldı. Hastaların tümüne insizyondan önce profilaktik amaçlı tek doz 2. kuşak sefalosporin grubu bir antibiyotik verildi. Postoperatif dönemde hastalara gerekmedikçe antibiyotik verilmediği ve postoperatif ağrının kontrolü "gerektiğinde" yapılan nonsteroid antienflamatuar ilaçlar ile sağlandığı belirlendi. Hastalar genellikle postoperatif 8. saatte mobilize edildi ve "günlük aktiviteye dönüş" kriteri olarak "yardımsız ve rahat mobilizasyon, mobilizasyon sırasında ağrı olmaması" temel alındı. Bu aktiviteler görüldüğünde ve bir komplikasyon gelişmediyse hastalar taburcu edildi. Postoperatif 7. günde sütür alınma-

Makalenin Geliş Tarihi : 20.11.2006
Makalenin Kabul Tarihi : 11.05.2007

* Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

** Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

Op. Dr. Haluk Recai ÜNALP
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği
Yeşilyurt / İZMİR
Tel: [232] 244 44 44 / 2627 Faks: [232] 243 48 48
e-posta : drhrul@mynet.com

sı için kontrole çağırılan hastalar aynı zamanda yara enfeksiyonu, hematoma ve seroma yönünden kontrol edildiler. Hastalar nüks konusunda bilgilendirildi ve şikayetleri olması halinde tekrar müracaat etmeleri önerildi. Bu çalışmaya yönelik verileri eksiksiz olan ve postoperatif 6 ay ve daha uzun süre izlenen 587 (%52.4) hasta çalışmaya alındı.

İstatistiksel analizler için Chi-square, Fisher's exact test ve Student's t-test kullanıldı. P<0.05 anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 587 hastanın 495'ine (%84.3) tek taraflı (Grup-1), 92'sine (%15.7) çift taraflı kasık fitiği onarımı (Grup-2) uygulandı. Olguların kadın/erkek oranı 80/507 ve yaş ortalaması 53.4±15.5 yıl (aralık 14-87) idi. Grup-1'de ortalama yaş 52.5±15.7 yıl (aralık 14-87), Grup-2'de ise 58.7±13.5 yıl (aralık 18-87) bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.001). İki grup arasında eşlik eden hastalık yönünden fark saptanmadı (p=0.876). Olguların 417'sine (%71) spinal veya epidural anestezi uygulandı. Grup-1'deki hastalara daha yüksek oranda genel anestezi verildiği görüldü (Grup-1; n=131, %26.5'e karşılık Grup-2; n=15, %16.3, p=0.029). Tüm olguların 24'ünde (%4.1) lokal anestezi ile operasyonun gerçekleştirildiği ancak bu olguların tümünün Grup-1'deki hastalar olduğu belirlendi. Olguların özellikleri ve grupların istatistiksel karşılaştırması Tablo 1'dedir

Tüm olgular için operasyon süresi ortalama 75±21.6 dakika (aralık 44-132) idi. Grup-1'de ortalama operasyon süresi 67.9±14.4 dakika (aralık 44-91) iken, Grup-2'de 113±12.2 dakika (aralık 90-132) olarak bulundu (p=0.001). Hastaların 26'sında (%4.4) komplikasyon gelişti. En sık görülen komplikasyonlar yara enfeksiyonu (n=6, %1) ve hematoma (n=5, %0.9) idi. İki grup arasında ortalama analjezik gereksinimi (Grup-1; 2.3±0.9 adet

Tablo 1: Olgu özellikleri.

	n (%)	Grup-1 n (%)	Grup-2 n (%)	p
Ortalama Yaş [yıl]	53.4	52.5	58.7	0.001
60 ≤	228 (38.8)	184 (37.2)	44 (47.8)	0.726
60 >	359 (61.2)	180 (62.8)	48 (52.2)	
Cinsiyet				
Kadın	80 (13.6)	72 (14.5)	8 (8.7)	0.181
Erkek	507 (86.4)	423 (85.5)	84 (91.3)	
İlave hastalık				
Var	58 (9.9)	48 (9.7)	10 (10.9)	0.876
Yok	529 (90.1)	447 (90.3)	82 (90.1)	

Tablo 2: Operatif ve postoperatif sonuçlar.

	n (%)	Grup-1 n (%)	Grup-2 n (%)	p
Anestezi tipi				
Genel	146 (24.9)	131 (26.5)	15 (16.3)	0.029
Spinal/epidural	417 (71)	340 (68.7)	77 (83.7)	
Lokal	24 (4.1)	24 (4.8)	-	
Operasyon süresi (dk)	75	67.9	113	0.001
Komplikasyonlar				
Cerrahi sebepler	15 (2.6)	12 (2.4)	3 (3.3)	0.715
Yara enfeksiyonu	6 (1)	5 (1)	1 (1.1)	1.000
Hematoma	5 (0.9)	4 (0.8)	1 (1.1)	0.574
Seroma	4 (0.7)	3 (0.6)	1 (1.1)	0.495
Diğer sebepler	11 (1.9)	8 (1.4)	3 (3.3)	0.391
Kardiak aritmi	4 (0.7)	3 (0.6)	1 (1.1)	0.495
Asırı kusma	4 (0.7)	3 (0.6)	1 (1.1)	0.495
Üriner retansiyon	3 (0.5)	2 (0.4)	1 (1.1)	0.400
Hastanede kalış süresi /gün	2.2	2.2	2.1	0.606
Ortalama analjezik sayısı /adet	2.3	2.3	2.3	1.000
Günlük aktiviteye dönüş /gün	1.4	1.4	1.7	0.001
Postoperatif nevralsi	4 (0.7)	3 (0.6)	1 (1.1)	0.495
Mesh rejeksiyonu	2 (0.3)	1 (0.2)	1 (1.1)	0.289
Ortalama takip süresi/ay	39.3	40.1	35.1	0.051
Nüks	7 (1.2)	5 (1)	2 (2.2)	0.302

[aralık 1-8], Grup-2; 2.3±0.9 adet [aralık 1-6], p=1.000), mesh rejeksiyonu (Grup-1; n=1, %0.2, Grup-2; n=1, %1.1, p=0.289) ve postoperatif nevralsi gelişimi (Grup-1; n=3, %0.6, Grup-2; n=1, %1.1, p=0.495) oranları arasında fark saptanmadı. Tüm hastalar için günlük bazal aktiviteye dönüş süresi ortalama 1.4±0.6 (aralık 1-6) gün olarak bulundu. Grup-2'deki hastaların günlük bazal aktiviteye dönüş süresi daha uzun idi (1.4±0.5

[aralık 1-3]'e karşılık 1.7±0.9 [aralık 1-6] gün, p=0.001). Tüm hastalar için ortalama hastanede kalış süresi 2.2±1.7 gün (aralık 1-14) idi ve Grup-1 ile Grup-2'deki hastalar arasında ortalama hastanede kalış süresi açısından fark saptanmadı (p=0.606).

Tüm hastalar için ortalama takip süresi 39.3±22.6 ay (aralık 9-94) idi. Grup-1'de ortalama 40.1±23.3 (aralık 9-94) aylık takip sonunda 5 (%1), Grup-2'de ise 35.1±18.1 (aralık 9-90)

aylık takip sonunda 2 (%2.2) hastada olmak üzere toplam 7 (%1.2) olguda nüks gözlemlendi ($p=0.302$). Hastaların operatif ve postoperatif dönem sonuçları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tartışma

Polipropilen mesh ile gerginliksiz fitik onarımı son 20 yıldır oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır ve nüks oranının çok düşük olması nedeniyle kasık fitiği cerrahisinde altın standart olmuştur (1,3-5). Bu tekniğin diğer avantajları gerginliğin yol açtığı postoperatif ağrının çok daha az olması, günlük aktiviteye ve işe erken dönüşü ve bu nedenle yüksek hasta memnuniyetini sağlamasıdır (2,6). Ancak iki taraflı kasık fitiği olan hastalar için her iki tarafa aynı seansta onarım yapılmasının hastanede kalma süresini artıracığı, postoperatif dönemde daha fazla oranda komplikasyonlara neden olacağı ve bu hastalarda daha yüksek oranda nüks görüleceği konusunda endişeler vardır.

Aynı hastada iki farklı insizyon kullanılması ve bu yolla iki taraflı kasık fitiği ameliyatının tek seansta yapılması halinde tek tarafa yapılan fitik onarımına göre daha yüksek oranda komplikasyon gelişmesi beklenebilir. Dakkuri ve arkadaşları tek taraflı kasık fitiği için onarım yaptıkları hastalarda postoperatif enfeksiyon ile karşılaşmadıklarını buna karşılık aynı seansta iki taraf fitik onarımı yaptıkları olgularda enfeksiyon oranının %2.2 olduğunu bildirdi (2). Kark ve arkadaşları da postoperatif enfeksiyon gelişimi oranlarını tek taraflı kasık fitiği için onarım yaptıkları hastalarda %0.5, aynı seansta iki taraf fitik onarımı sonrası ise %1 olarak bildirdi (1). Çalışmamızda tek taraflı kasık fitiği onarımı yapılan olgularda yara enfeksiyonu oranı %1, aynı seansta iki taraf fitik onarımı yapılan olgularda ise %1.1 olarak bulundu. Her iki grupta da hematoma veya seroma gelişmesi oranları da %1 seviyelerinde idi. Benzer şekilde mesh rejeksiyonu oranları da iki grupta farklı değildi.

Dakkuri ve arkadaşları tek taraflı kasık fitiği onarımı ile aynı seansta iki taraf fitik onarımı yapılan olgular arasında ağrı kesici gereksinimi yönünden fark saptayamadılar (2). Başka bir deyişle tek taraflı inguinal kesilere bağlı postoperatif dönemde ortaya çıkan ağrıyı önleyecek doz ve pozoloji-deki analjezik, aynı hastada iki taraflı inguinal kesilerin postoperatif dönemde oluşturduğu ağrıyı da kesmektedir. Çalışmamızda da, benzer şekilde, aynı seansta iki taraf fitik onarımı yapılan olgularda postoperatif erken dönemdeki ağrılar için ağrı kesicilerin daha yüksek doz veya uzun süre kullanılmasına gerek kalmadığı gösterildi. Kasık fitiği onarımı sonrasında nadir de olsa karşılaşılan ve “kronik” ağrıya neden olan postoperatif nevrojji; cerrahi travmalara ve mesh çevresinde oluşan fibrozise bağlı olabileceği gibi, sinir traksiyonundan da kaynaklanabilir (2,7-9). Çalışmamızda dört hastada (%0.7) postoperatif nevrojji görüldü ve bu olguların tümünde konservatif kalındı. Tüm hastalarda ağrı ortalama 6 aylık bir sürede azalarak kayboldu. Çalışmamızda iki taraflı fitik onarımının aynı seansta yapılmasının postoperatif nevrojji için ilave bir risk oluşturmadığı belirlendi.

Çalışmamızda tek taraflı kasık fitiği onarımı yapılan hastalarda ortalama operasyon süresi yaklaşık 68 dakika aynı seansta iki taraf kasık fitiği onarımı yapılanlarda ise 113 dakika bulundu. Aynı seansta iki taraf fitik onarımı ile ortalama operasyon zamanının tek taraflı kasık fitiği onarımı yapılan hastalardan ortalama 45 dakika daha fazla olmasına rağmen, iki taraflı kasık fitiği olan hastalarda ameliyatların tek tek ve farklı zamanlarda yapılması halinde toplam operasyon zamanının daha uzun olacağı görülmektedir. Benzer şekilde, değişik zamanlarda iki defa yapılan operasyon ile toplam hastanede kalış süresi de artacaktır. Diğer yandan hastanın ikinci ameliyat için yeniden preoperatif değerlendirilmeye alınması tedavi maliyetini artıracığı gibi ikin-

ci operasyonda cerrahiye veya uygulanan anesteziye ait komplikasyonların ortaya çıkması riski de vardır.

Gerginliksiz ve aynı seansta yapılan iki taraf fitik onarımının önemli bir avantajı da hastanede kalış süresinin tek taraflı kasık fitiği onarımı yapılan hastalar kadar kısa olmasıdır (2,3). Çalışmamızda da her iki gruptaki hastalar için de hastanede kalış süresi ortalama 2 gün idi. Bunun ana nedeni çalışmamızda genel anestezi verilen hastaların nispeten daha uzun süre hastanede tutulmalarıdır. Günümüzde komplike olmayan olgular için kasık fitiği onarımında lokal anestezi de sıkça kullanılmaktadır (10). Spinal veya genel anestezi verilen hastalarla karşılaştırıldığında bu hastalarda daha az ağrı, bulantı, kusma ve idrar retansiyonu görülmekte, aynı gün taburcu edilerek poliklinik izlemine alınmaktadır (11). Ancak hastanemizde lokal anestezi kasık fitiği onarımına yakın zamanda başlanmıştır ve sadece tek taraflı kasık fitiği olanlara lokal anestezi ile onarım yapılmaktadır.

Hastaların ameliyattan sağladığı konforu değerlendirmek için işe dönüş süresinin göz önüne alınması bize göre gerçekçi sonuç vermeyebilir. Çünkü işe dönüş kavramı görecelidir ve kişiye bağımlı bir parametredir. Hastanın çalışmak istemediği süreden, sigorta şirketleri ve tazminatların varlığından etkilenir (2,6). Bu nedenle çalışmamızda aynı seansta yapılan iki taraflı fitik onarımının tek taraflı kasık fitiği onarımı ile karşılaştırılmasında günlük bazal aktiviteye dönüş (yardımsız yürüme, yürümeyle ağrı olmaması vs) esas alındı. Aynı seansta iki taraflı fitik onarımı yapılan hastalarda günlük bazal aktiviteye dönüş süresi istatistiksel olarak daha uzun bulunsada aradaki fark aslında pratikte çok kısadır (1.4 güne karşılık 1.7 gün) ve bu küçük farkın ameliyatın ertelenmesi için geçerli bir gerekçe oluşturmadığını düşünmekteyiz.

Gerginliksiz fitik onarımı sonrası nüks oranının %1 civarında olduğu

bildirilmektedir (1,2,5,6). Çalışmamızda yaklaşık 39 aylık takip sonunda tüm olgular için nüks oranı %1.2 idi. Aynı seansta iki taraflı fitik onarımı yapılan grupta nüks oranının tek taraflı kasık fitiği onarımı yapılan gruba göre daha yüksek olmadığını belirledik. Bu nedenle iki taraflı kasık fitiği olan hastalarda aynı seansta iki taraflı fitik onarımının güvenle yapılabileceğini düşünüyoruz.

Sonuç olarak, tek taraflı kasık fitiği onarımı ile aynı seansta iki taraflı fitik onarımı karşılaştırıldığında operatif ve postoperatif dönem sonuçları arasında istatistiksel açıdan belirgin bir fark olmadığı için iki taraflı kasık fitiği olan hastalarda iki taraf fitik onarımlarının tek seansta yapılmasını önermekteyiz. Böylece hasta ikinci bir operasyondan ve bu operasyonun risklerinden kurtar-

Summary:

Bilateral inguinal hernias may be repaired simultaneously

Purpose: Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias remains controversial for some surgeons because of the increased risk of postoperative pain, wound complications, or recurrences. The current study reports a retrospective study comparing unilateral hernia repair versus simultaneous bilateral inguinal hernia repair.

Materials and Methods: Demographic features, additional diseases, type of anesthesia, operating time, hospital stay, developed complications, required analgesics, returning time to basic activity in postoperative period and recurrence rates of the patients with unilateral (Group-1; n=495, 84.3%) and simultaneous inguinal hernia repairs (Group-2; n=92, 15.7%) were evaluated retrospectively.

Results: Mean operating time was longer in Group-2 (p=0.001). There was no difference in mean hospital stay (p=0.606), complication rates (p=0.715), postoperative analgesia requirements (p=1.000) and recurrence rates (p=0.302) between the groups but returning time to basic activity was significantly shorter in Group-1 (p=0.001). The mean follow-up time was 40.1 in Group-1 and 35.1 months in Group-2 (p=0.051).

Conclusions: We believe that a tension-free technique allows bilateral inguinal hernias to be repaired in one operation, and result in similar outcomes as a unilateral tension-free repair.

Key words: Inguinal Hernia, Bilateral, Repair

rılmış olur. Ayrıca hastanın ikinci defa postoperatif dönemdeki ağrıyı çekmeyecek olması, fitik ile yaşamanın ve yeni bir operasyonu beklemenin ortaya çıkaracağı psikolojik stresten kurtulması, işinden daha az uzak kalmaya

bağlı finansal kazanç sağlanması, karşı taraftaki fitiğe bağlı olumsuz koşulların ve inkarasyon riskinin ortadan kalkmış olması aynı seansta iki taraflı fitik onarımının hastaya sağladığı diğer avantajlardır (2).

KAYNAKLAR

1. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Open "Tension-Free" repair of inguinal hernias; The Lichtenstein technique. Eur J Surg, 1996; 162: 447-453.
2. Dakkuri RA, Ludwig DJ, Traverso LW. Should bilateral inguinal hernias be repaired during one operation? Am J Surg, 2002; 183: 554 - 557
3. Kurzer M, Belsham PA, Kark AE. The Lichtenstein repair. Surg Clin North Am, 1998; 78: 1025-1046.
4. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. A survey of non-expert surgeons using the open tension-free mesh repair for primary inguinal hernias. Int Surg, 1995; 80: 35-6.
5. Kingsnorth AN, Bowley DMG, Porter C. A prospective study of 1000 hernias: results of the Plymouth Hernia Service. Ann R Coll Surg Engl, 2003; 85: 18-22.
6. Salcedo-Wasicek MC, Thirlby RC. Postoperative course after inguinal herniorrhaphy. A case controlled comparison of patients receiving worker's compensation versus patients with commercial insurance. Arch Surg, 1995; 130: 29-32.
7. Sakorafas GH, Halikias L, Nissotakis C, et al. Open tension free repair of inguinal hernias; the Lichtenstein technique. BMC Surg, 2001; 1: 3.
8. Rosch R, Klinge U, Si Z, et al. A role for the collagen I/III and MMP-1/-13 genes in primary inguinal hernia? BMC Med Genet, 2002; 3:2.
9. Hetzer FH, Hotz T, Steinke W, et al. Gold standard for inguinal hernia repair: Shouldice or Lichtenstein? Hernia, 1999; 3: 117-120.
10. Kark AE, Belsham PA, Kurzer MN. Simultaneous repair of bilateral groin hernias using local anaesthesia: a review of 199 cases with a five-year follow-up. Hernia, 2005; 9: 131-133.
11. Ozgun H, Kurt MN, Kurt I, et al. Comparison of local, spinal, and general anaesthesia for inguinal herniorrhaphy. Eur J Surg. 2002; 168: 455-459.

KATKIDA BULUNANLAR:

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Haluk Recai Ünalp, Mehmet Ali Önal, Okay Nazlı
Verilerin elde edilmesi:
Erdinç Kamer, Hayrullah Derici

Verilerin analizi ve yorumlanması:
Haluk Recai Ünalp
Yazının kaleme alınması:
Haluk Recai Ünalp, Erdinç Kamer, Hayrullah Derici

İstatistiksel değerlendirme:
Haluk Recai Ünalp