

KÜÇÜK KARIN ÖN DUVARI FITIKLARININ LAPAROSKOPIK TAMİRİNDE YAMA KULLANIMI GEREKLİ Mİ?

IS MESH USE NECESSARY FOR LAPAROSCOPIC SMALL VENTRAL HERNIA REPAIR?

İsmail Cem SORMAZ , Yiğit SOYTAŞ , Adem BAYRAKTAR , Levent AVTAN 

ÖZET

Amaç: Üç cm altındaki karın ön duvarı fitiği tamiri, yaygın olarak uygulanan küçük cerrahi girişimlerdenir. En sık kullanılan teknikler primer tamir ve/veya mesh ile onarımdır. Sık uygulanmasına rağmen, literatürde üç cm altındaki ventral hernilerin uygun tamir yöntemi ile ilgili fikir birliği yoktur. Bu çalışmamızda, karın ön duvarı fitiği nedeniyle laparoskopik primer tamir uygulanan ve defektleri 3 cm'den küçük olan olguların erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2012 ve Ocak 2017 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında laparoskopik olarak yama konulmadan primer tamiri yapılan, 3 cm altındaki karın ön duvarı fitiği olan 26 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 46,2±14,2 iken kadın erkek oranı 18/8 olarak bulundu. Ortalama ameliyat süresi 38±9,6 dakikaydı. Ortalama takip süresi 26,1±11,9 ay idi. Erken dönem takiplerde olguların hiçbirinde yara yeri enfeksiyonu ve nöks izlenmedi.

Sonuç: Laparoskopik cerrahi, herni tamirinde güvenilir ve son dönemlerde cerrahi prosedürler içindeki yerini arttıran bir yöntemdir. Seçilmiş vakalarda laparoskopik transkutanöz primer tamir uygulanabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Ventral herni, transkutanöz primer tamir, laparoskopî, karın ön duvarı fitiği

ABSTRACT

Objective: Ventral hernias smaller than 3 cm are commonly repaired via minor surgical interventions. Primary repair and/or repair with mesh are the most commonly used techniques, but there is no consensus in the literature about the most appropriate repair method. In this study, we aimed to evaluate the early results of patients who underwent primary transcutaneous laparoscopic ventral hernia repair for a ventral hernia smaller than 3 cm.

Materials and Methods: Twenty-six patients with ventral hernias smaller than 3 cm, who underwent primary transcutaneous laparoscopic ventral hernia repair without mesh between December 2012 and January 2017, were retrospectively evaluated.

Results: Mean age of patients was 46.2±14.2 years, and female-to-male ratio was 18:8. Mean duration of surgery was 38±9.6 min, and mean follow-up period was 26.1±11.9 months. No surgical site infection and recurrence were observed in any of the patients.

Conclusion: Laparoscopic surgery is safe and is increasingly being used for hernia repair. Primary transcutaneous laparoscopic ventral hernia repair can be performed in selected cases.

Keywords: Ventral hernia, primary transcutaneous repair, laparoscopy

Cite this article as: Sormaz İC, Soytaş Y, Bayraktar A, Avtan L. Küçük karın ön duvarı fitiklerinin laparoskopik tamirinde yama kullanımını gerekli mi? J Ist Faculty Med 2018; 81(2): 42-5.

Dergiye geldiği tarih/Date received: 18.02.2017 – Dergiye kabul edildiği tarih/Date accepted: 05.01.2018

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
(İletişim kurulacak yazar/Corresponding author: icsormaz@gmail.com)

GİRİŞ

Daha önce geçirilmiş cerrahiye bağlı olmayan epigastrik ve göbek fıtıkları, primer karın ön duvarı fıtığı (KÖDF) - primer ventral fıtık- olarak tanımlanır (1) ve cerrahların kliniklerde sık karşılaştığı olgulardır. Sadece 2012 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde 180,730 göbek fıtığı ve 8994 epigastrik fıtık ameliyatı uygulanmıştır (2). Bu kadar fazla uygulanmasına rağmen altın standart denilecek bir cerrahi yöntem yoktur. Laparoskopik veya açık cerrahiye savunan yayınlar olmasının yanısıra, prostetik materyal (yama) kullanılması da tartışmalıdır. Çalışmamızda, yama kullanılmadan laparoskopik transkutanöz tamir uygulanan, primer KÖDF olan hastaların erken dönem sonuçlarının değerlendirmesini yaptık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Aralık 2012 ve Ocak 2017 tarihleri arasında, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında laparoskopik KÖDF ameliyatı yapılan 80 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastalar arasından defektleri 3 cm'in altında olan ve yama kullanılmadan laparoskopik transkutanöz primer fıtık tamiri yapılan 26 olgu çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara fıtık cerrahisi uygulanacağı ve yama konulabileceği için profilaktik olarak ameliyattan bir saat önce intravenöz (IV) 1 gr ampisilin/sulbaktam uygulandı. Ameliyat sonrası 24 saat boyunca 4x500 mg IV parasetamol ve bir hafta süreyle oral 4x500 mg parasetamol verildi. Ameliyat sonrası 6. saatte oral sıvı alımı ve tolerasyonu olan tüm hastalara oral tam gıda başlandı. Tüm olgular ameliyat sonrası 1. günde taburcu edildi ve 7. günde poliklinik kontrolüne çağırıldı. Şikayeti olmayan hastalarda, takip eden kontroller ameliyat sonrası 3. ayda ve 1. yılda yapıldı. Kontrollerde rutin fizik muayenenin yanında, klinik gereklilik halinde yüzeyel batin ultrasonografi de yapıldı.

Ameliyatların hepsi aynı cerrah tarafından (L.A.) standart teknik ile gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik özellikleri, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri ve ameliyat sonrası gelişen komplikasyonları değerlendirildi.

Yazarlar Dünya Tıp Birliğinin 18 Temmuz 1964 tarihinde "British Medical Journal" de yayımlanan etik kurallarını (Helsinki Deklarasyonu) okumuş ve kabul etmişlerdir. Çalışma retrospektif olduğu için etik kurul onayı alınmamıştır. Tüm hastalardan ameliyat öncesi bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Tüm veriler Microsoft Excel programı kullanılarak dijital ortamda kaydedildi, analizler WinSTAT (Version 2012.1, R. Fitch Software, Bad Krozingen, Germany)

istatistik paket programı ile yapıldı. Parametreler ortalama (\pm standart sapma) ve ortanca (aralık) şeklinde verildi.

Cerrahi Teknik

Pnömooperiton oluşturmak için Veress iğnesi sol kostaal hat ile midklavikular hattın kesiştiği noktanın 2 cm altından (Palmer noktası) girildi (3) ve 10-12 mmHg'lik basınçla pnömooperiton oluşturuldu. İlk port genel olarak rektus kasının lateralinden yerleştirildikten sonra, 30 derece açılı kamera yardımı ile karın içi görüntüledi. Karın içi yapışıklıkların durumuna ve fıtığın yerleşimine göre 5 mm'lik 2 adet port daha yerleştirildi. Karın içi yapışıklıklar ayrıştırılıp, fıtık kesesi boşaltıldıktan sonra kese boynu çapı ölçüldü ve 3 cm altındaki fıtıklarda primer tamir uygulandı. Primer tamir için fıtık kesesinin izdüşümüne denk gelen ciltten yaklaşık 2 mm'lik bir kesi yapıldı. Direk görüş altında bu kesiden yerleştirilen suture-passer ile defektin lateral kısımlarından, sağlam olan karın duvarından geçilerek 1/0 polipropilen sütür materyali ile en az iki dikiş ile defekt kapatıldı. Hiçbir olguda dren kullanılmadı.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 46,2 \pm 14,2, kadın/erkek oranı 18/8 olarak bulundu. Ortalama ameliyat süresi 38 \pm 9,6 dakika idi. Ameliyat sonrası erken dönem takiplerinde, öncesinde mezotelyoma nedeniyle ameliyatlı olan bir olguda seroma gelişti. Seroma ultrason eşliğinde perkütan olarak iki defa boşaltılmasına rağmen nüks etti. İki defa perkütan aspirasyon sonrası seroma oluşumu tekrarlayan hastada, seroma oluşumunun geçirilmiş hastalığı ile alakalı olduğu düşünüldü ve takip kararı alındı. Hasta takibinin 2. yılında kardiyak sebeplerden dolayı eks oldu. Hiçbir olguda yara yeri enfeksiyonu gelişmedi. Hastanede kalış süresi 1,2 gün (1-3 gün) olarak saptandı. Ortalama takip süresi 26, 1 \pm 11,9 aydı. Takiplerde nüks izlenmedi (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların demografik verileri ve bulgular

Parametre	Değer
Ortalama Yaş (Yıl)	46,2 \pm 14,2
Kadın/Erkek	18/8
Ameliyat Süresi (Dakika)	38 \pm 9,6
Hastanede Kalış (Gün)	1,2 (1-3)
Ortalama Takip (Ay)	26, 1 \pm 11,9
Nüks	Yok

TARTIŞMA

Karın ön duvarı fitikleri, konjenital - primer (epigastrik, umbilikal ve Spigelian) ve kazanılmış – sekonder (kesi yeri fitikleri) olarak iki gruba ayrılırlar. Tedavide cerrahi tek seçimdir, fakat cerrahi tekniği kesinliğe kavuşturan bir konsensus kararı veya kılavuz mevcut değildir. Laparoskopik KÖDF tamiri ilk olarak Leblanc (4) tarafından 1993’de gerçekleştirilmiştir. Sonrasında yaygın olarak cerrahlar tarafından uygulanmaya başlanmasına rağmen, konvansiyonel cerrahi yöntemler ile fitik tamiri hala ön plandadır. Bunun başlıca sebepleri arasında laparoskopik cerrahide kullanılan özel malzemelerin maliyetinin yüksek oluşu, port yeri fitikleri ve deneyim gerektirmesidir (5). Bu dezavantajların yanında daha düşük yara yeri enfeksiyonu oranı, daha kısa hastanede kalma, daha hızlı işe dönüş ve daha iyi estetik sonuçlar gibi önemli avantajları da göz ardı etmemek gerekir (6). Konvansiyonel cerrahi ile yapılan primer tamirlerde veya Mayo tekniği kullanılarak yapılan umbilikal herni tamirlerinde nüks oranı %10-30 arası değişmektedir, ancak yama kullanılarak yapılan tamirlerde bu oranın %1-2’ye kadar düştüğü görülmektedir (5). Nüks oranını azaltmanın yanında yabancı cisim olan yamanın komplikasyon riskini % 5-10 seviyelerine yükselttiği ve ikinci bir ameliyatla yamanın çıkartılması gerektiği olgular olmaktadır (7). Yabancı cisim kullanılmasına bağlı enfeksiyon, yabancı cisim reaksiyonu gibi komplikasyonları ve ikinci cerrahi riskini arttırmalarına rağmen, nüks oranını düşürmesi nedeniyle yamaların kullanımı genel olarak kabul görmekte ve yama ile fitik tamiri tercih edilmektedir. İki cm’den büyük primer fitiklerde veya nüks fitiklerde (boyuttan bağımsız) yama ile onarım fitik cerrahisinde ilk seçenektir. Daha küçük (<2 cm) ve herhangi olası bir nüks risk faktörü olmayan primer karın duvarı fitiklerinde yama kullanılmadan primer tamir yapılabileceği önerilmektedir (1, 8, 9).

Bu veriler ışığında 3 cm altında fitik boynu olan hastalara laparoskopinin avantajlarını kullanarak ve yama kullanmanın getireceği dezavantajlarından uzak durarak fitik tamiri tekniğini kısıtlı sayıda olan hastamızda uyguladık. Laparoskopik olarak batın iç yüzeyinden fitik boynu hazırlandıktan sonra cilde yapılan yaklaşık 2 mm’lik insizyondan sutur-passer ile girildi ve sağlam dokulardan geçilerek tüm defektler sorunsuz olarak kapatılabildi. Transkutanöz dikiş atılarak da sert olan polipropilen dikiş materyalinin karın içerisinde değil karın ön duvarı anterior yüzde kalması sağlandı. Ortalama 26,1 ay olan takip süresi boyunca hiçbir hastamızda nüks saptanmadı.

SAGES’in 2016 yılında yayınladığı “Laparoskopik karın ön duvarı fitiği tamiri kılavuzu”na (10) göre, sero-

manın bir komplikasyondan ziyade ameliyat sonrası sık karşılaşılan bir durum olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi gibi ileri tetkiklerle ile hastaların %95-100’ünde seroma tesbit edilebildiği, bu seromalarında büyük kısmının kendiliğinden resorbe olduğu belirlenmiştir. Altı ay sonunda girişim gerektiren seroma oranı %3-4 olarak saptanmıştır (11, 12). Clapp ML ve ark.’nın standart laparoskopik cerrahi uygulanan 140 hasta ile laparoskopik transkutanöz tamir uygulanan 36 hastanın karşılaştırıldığı retrospektif çalışmada, KÖDF tamirinde seroma, doku evantrasyonu ve nüksün transkutanöz tamir uygulanan hastalarda daha az saptandığı görülmüştür (13). Bizim serimizde de, bu çalışmaya benzer oranda seroma (%3,8) izlendi.

Çalışmamızın kısıtlayıcı tarafı düşük hasta sayısı ile yapılan, retrospektif ve non-randomize bir çalışma olmasıdır.

SONUÇ

Minimal invaziv girişimlerin giderek yaygınlaştığı günümüzde, KÖDF tamirinde laparoskopik tekniklerin daha sık kullanılması gerektiğini düşünmekteyiz. Yama kullanımının nüks oranını önemli ölçüde azaltmakla beraber komplikasyon ve ikinci girişim gereksinimi arttırdığını göz önüne aldığımızda; çalışmamız, küçük KÖDF tamirinde laparoskopik primer tamirin güvenli ve iyi bir seçenek olduğunu göstermektedir. Ancak daha yüksek sayılı serilerle yapılacak olan prospektif, randomize çalışmalar daha kesin kanıya varılmasında daha faydalı olacaktır.

Etik Komite Onayı: Yazarlar çalışmanın World Medical Association Declaration of Helsinki “Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects”, (Ekim 2013 düzenlemesi) prensiplerine uygun olarak yapıldığını beyan etmişlerdir.

Hasta Onamı: Bu çalışma için tüm hastalara uygulanan tedavi için onamları alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – İ.C.S., L.A.; Tasarım – İ.C.S., Y.S., A.B.; Denetleme – İ.C.S., L.A.; Kaynaklar Y.S., A.B.; Malzemeler – Y.S. A.B.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – İ.C.S., Y.S., A.B.; Analiz ve/veya Yorum – İ.C.S., L.A.; Literatür Taraması – Y.S., A.B.; Yazıyı Yazan – İ.C.S.; Eleştirel İnceleme – İ.C.S., L.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Laparoskopik küçük karın ön duvarı fıtığı tamiri

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: Authors declared that the research was conducted according to the principles of the World Medical Association Declaration of Helsinki “Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects”, (amended in October 2013).

Informed Consent: Informed consent was obtained from each participant.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – I.C.S., L.A.; Design – I.C.S., Y.S., A.B.; Supervision – I.C.S., L.A.; Resources – Y.S., A.B.; Materials – Y.S., A.B.; Data Collection and/or Processing – I.C.S., Y.S., A.B.; Analysis and/or Interpretation – I.C.S., L.A.; Literature Search – Y.S., A.B.; Writing Manuscript – I.C.S.; Critical Review – I.C.S., L.A.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, G. Campanelli, G.G. Champault, E. Chelala, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia* 2009; 13(4):407-14. [\[CrossRef\]](#)
2. David EB, McLellan JA. Repair of umbilical and epigastric hernias. *Surg Clin N Am*, 2013;93(5):1057-1089. [\[CrossRef\]](#)
3. Palmer R. Safety in laparoscopy. *J Reprod Med* 1974;13(1):1-5.
4. LeBlanc KA, Booth WV. Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expanded polytetrafluoroethylene: preliminary findings. *Surg Laparo Endo Per* 1993;3(1):39-41.
5. García-Moreno F, Pérez-López P, Sotomayor S, Pérez-Köhler B, Bayon Y, Pascual G, et al. Comparing the host tissue response and peritoneal behavior of composite meshes used for ventral hernia repair. *J Surg Res* 2015;193(1):470-82. [\[CrossRef\]](#)
6. Rea R, Falco P, Izzo D, Leongito M, Amato B. Laparoscopic ventral hernia repair with primary transparietal closure of the hernial defect. *BMC Surg* 2012;12(Suppl 1):S33. [\[CrossRef\]](#)
7. Arita NA, Nguyen MT, Nguyen DH, Berger RL, Lew DF, Suliburk J T, et al. Laparoscopic repair reduces incidence of surgical site infections for all ventral hernias. *Surg Endosc* 2015;29(7):1-12. [\[CrossRef\]](#)
8. Korenkov M, Paul A, Sauerland S, Neugebauer E, Arndt M, Chevrel JP, et al. Classification and surgical treatment of incisional hernia. *Langenbeck Arch Surg*, 2001; 386(1):65-73. [\[CrossRef\]](#)
9. Paksoy M, Sekmen Ü. Laparoskopik Onarım, Laparoscopic Repair. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg - Special Topics* 2017;10(1):20-9.
10. Heniford, B.T. SAGES Guidelines for Laparoscopic Ventral Hernia Repair. *Surg Endosc* 2016; 30(8):3161-2. [\[CrossRef\]](#)
11. Baccari P, Nifosi J, Ghirardelli L, Staudacher C. Laparoscopic incisional and ventral hernia repair without sutures: a single-center experience with 200 cases. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2009;19:175-9. [\[CrossRef\]](#)
12. Liang MK, Subramanian A, Awad SS. Laparoscopic transcutaneous closure of central defects in laparoscopic incisional hernia repair. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2012 Apr;22(2):e66-70. [\[CrossRef\]](#)
13. Clapp ML, Hicks SC, Awad SS, Liang MK. Transcutaneous Closure of Central Defects (TCCD) in laparoscopic ventral hernia repairs (LVHR). *World J Surg* 2013;37:42-51. [\[CrossRef\]](#)