

## İNGUİNAL MERSİLEN MESH HERNİOPLASTİ SONUÇLARIMIZ

Dr. Şakir TAVLI \*, Dr. Adnan KAYNAK \*, Dr. Mikdat BOZER \*, Dr. Şükrü ÖZER \*, Dr. ÜNAL SERT \*\*

\* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi ABD, \*\* S.Ü.T.F.Üroloji ABD

### ÖZET

*Geleneksel inguinal herni tamirinden sonra nüks oranı ve testiküler komplikasyonlar tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Preperitoneal mesafede peritoneal ve muskulofasial yüzeyler arasında sentetik mesh yerleştirilerek inguinal kanal tabanının kuvvetlendirilmesinin bazı avantajları vardır.*

*Kasım 1988-Aralık 1992 tarihleri arasında 56 hastada 84 kasık fıtığı suprapubik transvers kesi kullanılarak preperitoneal sentetik mesh hernioplasti ile tedavi edildi. Hernioplasti esnasında 56 hastadan 16'sına alt abdominal operasyonlar (12 transvezikal prostatektomi, 2 Ripstein ameliyatı ve 2 over kisti eksizyonu) uygulandı.*

*1 hastada erken nüks, 8 olguda hematoma olmak üzere 9 olguda komplikasyon gelişti.*

*Anahtar Kelimeler: Inguinal Herni, Mesh Hernioplasti.*

### SUMMARY

#### *The Results of Inguinal Mersilen Mesh Hernioplasty*

*The recurrence rate and testicular complications seen after conventional inguinal hernia repair are still being debated. Reinforcement of the inguinal preperitoneal space between the peritoneal and musculo-fascial planes may have some advantages over the conventional hernia repair.*

*Between November 1988 and December 1992, 84 groin hernias in 56 patients were treated with preperitoneal synthetic mersilen mesh hernioplasty through a suprapubic transverse incision. During hernioplasty, lower abdominal operations (12 transvesical prostatectomy, 2 Ripstein operations and 2 ovarian cystectomies) were performed on 10 of the patients.*

*Early recurrence in one patient and hematoma in 8 patients developed.*

*Key Words: Groin Hernia, Mesh Hernioplasty.*

### GİRİŞ

Inguinal hernilerin cerrahi tedavi metodları konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir. Bununla birlikte posterior inguinal duvarın önemi ve tamiri konusunda fikir birliği vardır (1,2).

Inguinal kanalın arka duvarına transinguinal veya preperitoneal yoldan ulaşılabilir. Inguinal kanalın fonksiyonel anatomisinin bozulmadığı preperitoneal girişimin transinguinal girişime üstünlüğü çoğu yazar tarafından kabul edilmektedir (2,3).

Herni onarımının ana prensiplerinden olan transvers fasyanın sağlaştırılmasının hernioplasti şeklinde yapılması fasyanın zayıf, defektin büyük olduğu durumlarda çoğu kez herniorafiye tercih edilen bir yöntemdir. Hernioplasti ile ayrıca dokularda gerginlik önlenmektedir (4-6).

Bu çalışmada suprapubik transvers kesi ile her iki inguinal bölgeyi explore ettiğimiz ve bir kısmında aşağı karın girişimleri de uyguladığımız mesh hernioplastili 56 olgu sunulmuştur.

Olgularımızda mesh hernioplasti literatürde tanımlanan tekniğe uygun olarak yapılmıştır (6,7).

### VAKA TAKDİMİ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Kasım 1988-Aralık 1992 tarihleri arasında 56 hastada 84 kasık fıtığına suprapubik transvers kesi ile preperitoneal mersilen mesh hernioplasti uygulandı. Olguların 46'sı erkek, 10'u kadın olup ortalama yaş 64 idi (42-84).

Inguinal hernilerden 9'u, femoral hernilerden 1'i nüks idi. Olgularımızın diğer özellikleri aşağıda özetlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Preperitoneal mersilen mesh hernioplasti uygulanan olguların dağılımı

Hasta Sayısı	56
Herni Sayısı	84
Bilateral Inguinal Herni	28
Direkt Inguinal Herni	45
İndirekt Inguinal Herni	34
Femoral Herni	5
Nüks Herni	10

Girişimde bulunulan 84 herniden 20'sinde greft tespitinde suture kullanılmadı.

Hernioplastiye ilave olarak 16 olguda değişik alt karın girişimleri uygulandı (Tablo 2). Prostatektomi

yapılan olguların dışında dren kullanılmadı. Prevanatif olarak 3 gün süre ile 3. jenerasyon sefalosporin uygulandı. Sadece mesh hernioplasti uygulanan olguların ortalama hastanede kalış süresi 5 gün idi.

Tablo 2. Mesh Hernioplasti ile birlikte uygulanan ameliyatlara

Hasta Sayısı	16
Yaş ortalaması	72
Transvezikal prostatektomi	12
Ripstein operasyonu	2
Over kist eksizyonu	2

Ortalama takip süresi 2 yıl olan olgularımızda geç komplikasyon görülmedi. 9 olgumuzda postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişti (Tablo 3). Erken nüks gelişen olgumuzda hasta eksterne edil-

meden tekrar girişim yapıldı ve nüksün teknik hataya bağlı olduğu saptanarak mesh tekniğe uygun olarak yeniden yerleştirildi. 8 olgumuzda gelişen hematom spontan olarak geriledi.

Tablo 3. Komplikasyonların dağılımı

Hasta Sayısı	9
Nüks	1
Hematom	8

## TARTIŞMA

Inguinal hernilerin onarımında gerek preperitoneal girişimin gerekse sentetik greftlerin kullanımı yeni değildir (2). Sentetik greftlerdeki gelişme ve hernioplasti uygulamasındaki artış nedeniyle zamanımızda bu greftler daha sık kullanılmaktadır (4,8). Defektin büyük fasya transversalisin zayıf olduğu durumlarda hernioplastinin dokuda gerginlik oluşturmama gibi üstünlükleri vardır (2,3).

Herni onarımının esasları olan arka duvara ulaşılmasında sıklıkla kullanılan klasik transinguinal girişimde inguinal kanal içindeki oluşumların yaralanması mümkündür. Primer girişimlerde %0.5-1.0 oranında olan testis atrofisi nüks olgularda %5'e kadar çıkmaktadır. İleoinguinal ve ileohipogastrik sinirlerin yaralanması daha sık olabilmektedir (2,4). Preperitoneal yolla inguinal kanalın arka duvarına ulaşılan girişimlerde bu komplikasyonlar daha az olmaktadır (6,7).

Preperitoneal girişim sırasında göbekağı median kesilerin postoperatif hernilere sebep olabilmesi suprapubik transvers kesinin daha çok kullanılmasına neden olmuştur. Bu kesinin deri kıvrımlarına paralel olması ayrıca kozmetik üstünlük sağlamaktadır. Bu kesi ile her iki inguinal bölgeye ulaşmak kolaydır. Peritonun yukarı çekilmesi ile inguinal bölgedeki bütün fitik alanları (femoral ve obturator alanlarda-hil) kontrol edilebilir (6,7,9-11).

Karın içi basıncının arttığı durumlarda inguinal bölgedeki kas-fasya tabakalarının 3 ayrı yönde kasılması zayıf fitik alanlarını destekler. Transinguinal girişimlerde bu oluşumların birbirine yapışması veya dikilmesi ile inguinal kanalın fonksiyonel anatomisi sıklıkla bozulmaktadır. Preperitoneal girişimlerde ise bu olasılık oldukça azdır (6).

Preperitoneal girişimlerde iç ve dış halkalara birlikte ulaşıldığı için inkarsere olgularda redüksiyon

daha kolay olmaktadır. Gerektiğinde yandaş alt karın girişimi ve herni oluşumunda etken olan prostat hipertrofilerine aynı kesi ile girişimde bulunmak mümkündür (3). Bizim serimizde de 12 prostat hipertrofisi olgusuna aynı kesiden prostotektomi uygulanmıştır.

Her türlü herni onarımında nükse sebep olacağı için kesi enfeksiyonlarından çekinilir. Sentetik greftlerin kullanıldığı olgularda bu daha ciddi bir problemdir. Greft kullanılan ilk serilerde %4-8 oranında olan enfeksiyon oranı son serilerde %1 veya daha düşüktür (2,3,12). Bizim 56 olguluk serimizde enfeksiyona rastlanmaması antisepsi kurallarına dikkatle uyulmasına ve prevantif antibiyotik kullanımına bağlanabilir.

Sonuç olarak nüks, büyük defektli, bilateral inguinal herniler ve birlikte alt karın girişimi düşünülen olgularda preperitoneal mesh hernioplastinin giderek daha sık uygulanan bir yöntem olacağı kanısındayız.

## KAYNAKLAR

1. Glassow F.: A comparison of the shouldice and Cooper ligament repair of the inguinal wall. Am J Surg 1976; 131:306-11.
2. Stoppa RE, Rives JL, Warlaumont CR, Palot JP, Verhaeghe PJ, Delattre JF.: The use of dacron in the repair of hernias of the groin. Surg Clin North Am 1984; 64 (2): 269-85.
3. Malangoni MA, Condon ER.: Preperitoneal repair of acute incarcerated and strangulated hernias of groin. Surg Gynecol Obstet 1986; 162:65-7.
4. Barnes WP.: Inguinal hernia repair with routine use of marlex mesh. Surg Gynecol obstet 1987;165:33-7.
5. Kaufman M, Weissberg D, Bilder D.: Repair of recurrent inguinal hernia with marlex mesh. Surg Gynecol obstet 1985; 160:505-6.
6. Rignault DP.: Preperitoneal prosthetic inguinal hernioplasty through a pfannenstiel approach. Surg Gynecol Obstet 1986; 163:465-68.
7. Kaynak A, Sert Ü, Tekin Ş.: suprapubik transvers kesi ile preperitoneal inguinal sentetik mersilen mesh hernioplasti ve transvesikal prostatektomi. Ulusal Cerrahi Dergisi 1991; 7(2): 121-24.
8. Rosenthal D, Walters MJ.: Preperitoneal synthetic mesh placement for recurrent hernias of the groin. Surg Gynecol Obstet 1986; 163:285-86.
9. Bijork KJ, Mucha P, Cahill DR.: Obturator hernia. Surg Gynecol Obstet 1988; 167:217-22.
10. Rogers AF.O Strangulated obturator hernia. Surg 1960; 48:394-402.
11. Wantz GE.: Giant prosthetic reinforcement of the visceral sac. Surg Gynecol Obstet 1989; 169:408-17.
12. Shulman GA, Amid PK, Lichtenstein IL.: The "Plug" repair of 1402 recurrent inguinal hernias: 20 year experience. Arch Surg 1990; 125:265-67.