Olgu Sunumu - Case Report

Subkostal Kesi Fıtığı Onarımında Yama Sabitlemede Sütür Kullanımı: Olgu Sunumu

Mesh Fixation with Sutures in Subcostal Incisional Hernia: A Case Report

Yalın İŞCAN ¹, Birol AĞCA ¹, Aziz Bora KARİP ¹, Ender ONUR ¹, Kemal MEMİŞOĞLU ¹

1. Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Ünitesi, İstanbul

ÖZET

Kesi fıtıklarında laparoskopi sıklıkla kullanılmaktadır. Zimba atıcılar sayesinde yama sabitleme oldukça kolaylaşmıştır fakat bu aletlerin subkostal bölgede etkinliği azalmaktadır. Transfasyal dikişler; zimba atıcılar için açısı zor ve riskli bölgelerde alternatif olarak kullanılabilirler.

Anahtar Kelimeler: transfasyal sütür, kesi fıtığı, laparoskopik fıtık tamiri

ABSTRACT

Aim: Laparoscopy is often performed in incisional hernia. Mesh fixation became easier with staples but the effectiveness of these instruments reduced in subcostal region. Transfacial sutures are alternatives for staples in difficult and risky places.

Keywords: transfacial sutures, incisional hernia, laparoscopic hernia repair

GİRİŞ

Her on laparotominin birinden kesi fıtığı gelişmektedir (1). Kesi fıtığı onarımı tüm dünyada oldukça sık uygulanan ameliyatlardan biridir (2). Onarım, hem açık hem de laparoskopik olarak yapılabilir. Laparoskopik ameliyatın güvenilirliği, açık yöntemler ile eşitir (3-6). Laparoskopide yama sabitleme zimba atıcılar ve transfasyal dikişler ile yapılmaktadır (5). Yama sabitleyiciler ameliyat süresini oldukça kısaltmakla beraber, sinir zedelenmesine bağlı kronik ağrılara sebep olabilmektedirler. Bu çalışmada, yama sabitleyiciye alternatif olarak, transfasyal dikiş tekniğinin, torakoabdominal bölge kesi fıtığı onarımında, etkin olduğunu gösteren bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Safra kesesi taşı tanısı ile iki yıl önce açık koleistektomi yapılan 52 yaşında kadın hastada, ameliyattan 2 ay sonra kesi fıtığı saptanmış. Hikayesinde, daha önce iki defa önden yaklaşımla prolen yama onarımı olan hastada, fizik muayenede sağ üst kadranda yaklaşık 25x10 cm fasya defekti palpe edilmekteydi, muayenede ele fasyadan ayrılmış prolen mesh gelmekteydi. Bilgisayarlı tomografide sağ üst kadranda fasya defekti, bu defektten protrüze olmuş ve sağda toraks duvarı ile cilt arasında uzanan bağırsak ansları saptanmıştı (Resim 1).

Ameliyatta sol üst kadrandan açık yöntemle girilen 10 mm port ile pnömoperiton oluşturuldu. Sağ alt kadrana 5 mm ve sol alt kadrana 10 mm çalışma portu yerleştirildi. Fıtık içeriği keskin diseksiyonla batına iade edildi. Fıtık defekti net olarak izlenip karından alınan izdüşümüyle yamanın ölçüleri hesaplandı (Resim 2). Yapışıklık önleyici yama uygun ölçüde kesilip dört köşesine 2/0 polipropilen tespit sütürleri atıldı ve karın içine gönderildi. Sütür tutucu yardımıyla yama karın duvarına asıldı ve kot kavsine uzak tarafı emilebilir sabitleyicilerle, karın duvarına sabitlendi. Suprahepatik-alt torakal bölgede, uygun zımbalama açısı sağlanamaması ve ameliyat sonrası olası kronik ağrıyı engellemek için, zimba ile tespit yapılmadı. 15 cm uzunluğunda kesilmiş 2-0 poliprolen 8 adet sütür parçası karın içerisine alındı ve karaciğer üstüne konuldu.

İletişim Bilgileri:

Sorumlu Yazar: Yalın İŞCAN

Yazışma Adresi: Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi, İstanbul

Tel: +90 (216) 578 30 00

E-Posta: yaliniscan@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 29.01.2018

Makalenin Kabul Tarihi: 19.02.2018

Resim 1. Fıtığın bilgisayarlı tomografi görünümü.

Resim 2. Trokar girişleri ve fıtık defektinin cilde izdüşümü.

Resim 3. Serbest prolen ile fiksasyon dikişleri.

İpler buraya bir defada konularak gereksiz alet girişi ve çıkışı önlenmiştir. Sütür tutucu ile önce cilt, daha sonra sırasıyla, eski operasyona ait yerinden ayrılmış yama, sağlam faysa ve yeni yama delindi. İplik tek ucu tutularak karın dışına çıkarıldı ve işlem tekrar edilerek diğer uç ta karın dışına alındı ve cilt altında kalacak şekilde tespit dikişleri bağlandı (Resim 3). Tespit sütürleri 3'er cm arayla atıldı. Güvenli yama sabitliği sağlayacak kadar sütür atılmasını takiben ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta, 3. gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Karın ameliyatları sonrası, %10 oranda kesi fitiği gelişmektedir (1). Kesi fitiklerinde primer dikiş ile tamirden sonra fitik tekrarlama oranı her girişim sonrası artmaktadır. Protetik yama kullanımının bu riski azalttığı (%32-%63) ortaya konmasından bu yana, yamalar fitik cerrahisinde standart olarak kullanılmaya başlanmıştır (7). 1990'ların başında karın duvarı fitiklerinde, laparoskopik intraperitoneal yama kullanımı tarif edilmiştir (8). Laparoskopik yama sabitlemede ana prensipler, organların yamanın üzerine fitikleşmesinin engellenmesi, yamanın kendi üzerine katlanmasının önlenmesi ve yamanın kenarlarının fitik halkasından belirli ve eş uzaklıklara sabitlemektir. Fitik halkasından en az 4 cm (obez hastalarda en az 5 cm) uzaklık hesaplanarak yamanın ölçüleri alınmalıdır (9). Bu uzaklık bizim olgumuzda olduğu gibi palpasyonla karındaki izdüşümü çizilerek hesaplanabilir ya da steril cetvel kullanılarak laparoskopik yardımıyla fitik halkasının boyutları ölçülebilir.

Tanımlandığı tarihten itibaren yamanın karın duvarına sabitlenmesi zımba atıcılar ve transfasyal dikişler ile yapılmıştır. Her iki yöntem de yaygın

olarak kullanılmasına karşın fitik cerrahisinde hangisinin ideal olduğu halen tartışmalıdır. Bu konu hakkında yapılan tek prospektif randomize çalışmada transfasyal dikişin ameliyat sonrası ilk altı haftada daha ağırlı olduğu izlenilmiş fakat yama katlanmasının zımba atıcılara kıyasla daha az olduğu gösterilmiştir (10). Ağrının etiyojisinin yamaya bağlı peritonit ve fiksasyon materyalleri olduğu düşünülmektedir fakat ameliyat sonrası kronik ağrının asıl nedeni açıklanamamıştır (9).

Bazı çalışmalarda nöral hasara bağlı kronik ağrı olduğu düşünülmüş ve sınırlı hasta grubunda fiksasyon materyalleri çıkarılıp ağrının gerilediği görülmüştür (11). Bazı yazarlar da zımbaların peritonu sıkıştırdığı için kronik ağrının oluştuğunu savunmuşlardır (12). Bu sebeplerle üretilen, emilebilir zımbaların, kronik ağrıda anlamlı olarak avantajlı olduğu görülmüş ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca literatürde, yama sabitlemede yapıştırıcı kullanımının tartışıldığı birkaç çalışma mevcuttur fakat henüz uzun dönem hiçbir sonuç yayınlanmamıştır (13-15).

Laparoskopik fitik cerrahisi zımba atıcılar sayesinde oldukça kolaylaşmıştır. Uygulamada zımba atıcı ile karın içinden ve elle ters istikamette karın dışından uygulanan baskı, yamayı sıkıştırıp güvenle dokuya zımbalama imkanı vermektedir. Fakat bizim vakamızda olduğu gibi subkostal bölgede bu manüplasyon kotlar nedeni ile mümkün olmamaktadır.

Karın dışından el ile manüplasyonu mümkün olmayan alanlar için açılı sabitleyiciler üretilmiştir. Yapılan deneysel bir çalışmada standart zımba atıcı ve açılı zımba atıcı karşılaştırılmıştır, açılı aletin yamayı karın duvarına daha güçlü tespit ettiği gösterilmiştir. Fakat artiküle aletlerle henüz yeterli klinik çalışma yayınlanmamıştır (16).

Bu bölge için bir diğer önemli sorun ise interkostal sinir hasarı, olası periost reaksiyonu ve beraberlerinde getirdikleri kronik ağrı riskidir. Bu bölgede transfasyal dikişler oldukça faydalıdır ve birkaç farklı teknik ile atılabilir.

Bizim tarif ettiğimiz yöntemde 15 cm uzunluğunda serbest prolen iplikler karın içine tek seferde alınır ve karaciğer üstüne bırakılır. Sütür tutucu yardımıyla cilt, cilt altı dokular ve yama delinerek ipliğin bir ucu karın dışına alınır ve işlem tekrar edilerek diğer uç ta karın dışına çıkarılarak tespit dikişi oluşturulur.

SONUÇ

Tekrar eden karın duvarı kesi fitiklarında laparoskopik fıtık tamiri güvenle uygulanmaktadır. Yama sabitlemede zımba atıcılar kullanımı basit ve ameliyat süresini kısaltan aletlerdir. Fakat açısı zor ve kronik ağrı riski taşıyan bölgelerde tercih edilmemelidir. Sütür tutucular yardımı ile laparoskopik transfasyal yama sabitleme, torakoabdominal bölge fitiklarında uygulanabilen ucuz, güvenli bir alternatif yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Mudge M, Hughes LE. Incisional hernia: a 10-year prospective study of incidence and attitudes. *Br J Surg* 1985;72:70—1.
2. Hawn MT, Snyder CW, Graham LA, Gray SH, Finan KR, Vick CC (2010) Long-term follow-up of technical outcomes for incisional hernia repair. *J Am Coll Surg* 210:648—657
3. Beldi G, Ipaktchi R, Wagner M, Gloor B, Candinas D (2006) Laparoscopic ventral hernia repair is safe and cost effective. *Surg Endosc* 20:92—95
4. Bingener J, Buck L, Richards M, Michalek J, Schwesinger W, Sirinek K (2007) Long-term outcomes in laparoscopic vs open ventral hernia repair. *Arch Surg* 142:562—567
5. Chelala E, Thoma M, Tatete B, Lemye AC, Dessily M, Alle JL (2007) The suturing concept for laparoscopic mesh fixation in ventral and incisional hernia repair: mid-term analysis of 400 cases. *Surg Endosc* 21:391—395
6. Heniford BT, Park A, Ramshaw BJ, Voeller G (2003) Laparoscopic repair of ventral hernias: nine years' experience with 850 consecutive hernias. *Ann Surg* 238:391—399; discussion 399—400
7. Burger JWA, Luijendijk RW, Hop WCJ, et al. Long-term followup of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg* 2004;240:578—83.
8. LeBlanc KA, Booth WV. Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expanded polytetrafluoroethylene: preliminary findings. *Surg Laparosc Endosc* 1993;3:39—41.
9. P-E. Moreau, N. Helmy, C. Vons. Laparoscopic treatment of incisional hernia. State of the art in 2012. *Journal of Visceral Surgery* (2012) 149, e40—e48
10. Beldi G, Wagner M, Bruegger LE, Kurmann A, Candinas D. Mesh shrinkage and pain in laparoscopic ventral hernia repair: a randomized clinical trial comparing suture versus tack mesh fixation. *Surg Endosc*. 2011 Mar;25(3):749-55. doi: 10.1007/s00464-010-1246-0. Epub 2010 Jul 23.
11. Perrone JM, Soper NJ, Eagon JC, et al. Perioperative outcomes and complications of laparoscopic ventral hernia repair. *Surgery* 2005;138:708—15
12. Sauerland S, Walgenbach M, Habermalz B, Seiler CM, Miserez M. Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(3) [CD007781].
13. Dilege E, Deveci U, Erbil Y, et al. N-butyl cyanoacrylate versus conventional suturing for fixation of meshes in an incisional hernia model. *J Invest Surg* 2010;23:262—6
14. Morales-Conde S, Barranco A, Socas M, et al. Systematic review of the use of fibrin sealant in abdominal-wall repair surgery. *Hernia* 2011;15:361—9.
15. Eriksen JR, Bisgaard T, Assaadzadeh S, Jorgensen LN, Rosenberg J. Randomized clinical trial of fibrin sealant versus titanium tacks for mesh fixation in laparoscopic umbilical hernia repair. *Br J Surg* 2011;98:1537—45
16. Elazary R, Kedar A, Abu-Gazala M, Mintz Y. Comparing laparoscopic mesh fixation strength between articulated and non articulated tack devices. *Minim Invasive Ther Allied Technol*. 2013 Feb 4.