

İNGUİNAL FITİK AMELİYATLARINDA SHOULDICE YÖNTEMİ

Dr. Demir A. UĞUR (*)

Inguinal fıtıkların cerrahi tedavilerini tarihsel bir açı altında incelediğimiz zaman bu alanda uygulanan tekniklerin hipotetik bir temele dayalı olmaktan çok, tecrübeler ve pratik yaklaşımlar sonucu oluştuklarını ve geliştiklerini saptarız. Bu durumda, inguinal fıtık cerrahisi alanında dogmaların egemenliğine ve sorunu daha da karmaşık hale getirmelerine şaşmamak gerekir. Bassini ve çağdaşları fıtık cerrahisine anatomik temeli hipotetik bir aşama olarak zorunlu görmelerine karşın bu alanda bile dogmaların günümüzde de egemenliklerini sürdürmeleri ilginçtir. Dogmaların genellikle bazı olgulara dayandıkları tartışılmaz, ancak, olgu ile dogmayı eşdeğer saymak hatalıdır. Olguları teorik açıklamalara basamak yaparak bilimsel gelişmeye ortak kılmak zorunludur. Örneğin: Mimar Nervi'nin kabuk çatıları bir olgu olarak kendini kabul ettirmesi ile yetinilmemiş, kabuk çatıların teorisi kurularak statik hesaplanmalar bundan sonra hasarılmıştır. Günümüz fıtık cerrahisi alanında Shouldice yöntemi ve sonuçları bir olgu olarak kendini kabul ettirmiş durumdadır. Fakat henüz bu olgunun bilimsel bir açıklaması yapılmamıştır. Bu çalışmanın amacı Shouldice yöntemi ile inguinal fıtık cerrahisinin dayandığı teorik temeller arasında bir ilişki kurmağa yöneliktir.

Shouldice Yöntemi Nedir? E. E. Shouldice 1945 yılında lokal bir tıp mecmuasında ilk yayınlarını yaptığı zaman (1,2) «Biz herhangi bir fevkalâde yöntem uygulamıyoruz» demişti. Gerçekte de bu yöntemin herhangi bir özelliği yoktu ve belki de

(*) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Şirürji Kliniği Profesörü.

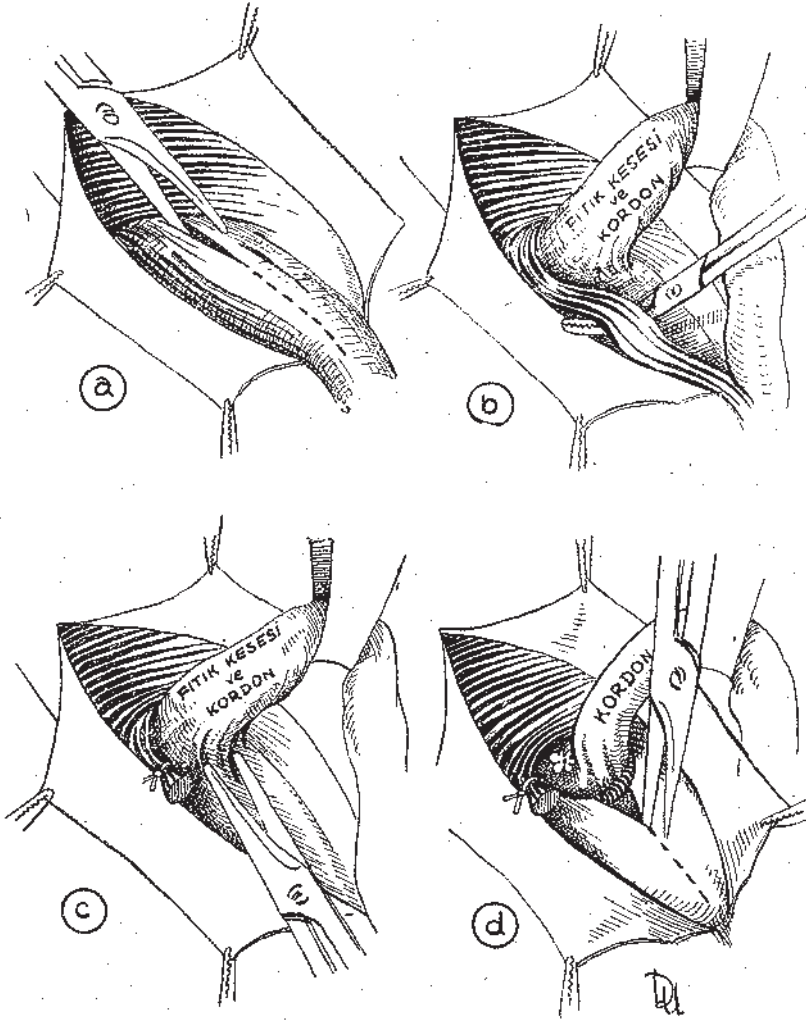
bu yüzden gerekli ilgiyi görememişti. Zaman ilerledikçe Ontario (Canada) daki Shouldice Hastahanesi bir fıtık cerrahisi merkezi olarak gelişti ve yayınları çoğaldı (3, 4, 5, 6, 7, 8, 14, 15, 18).

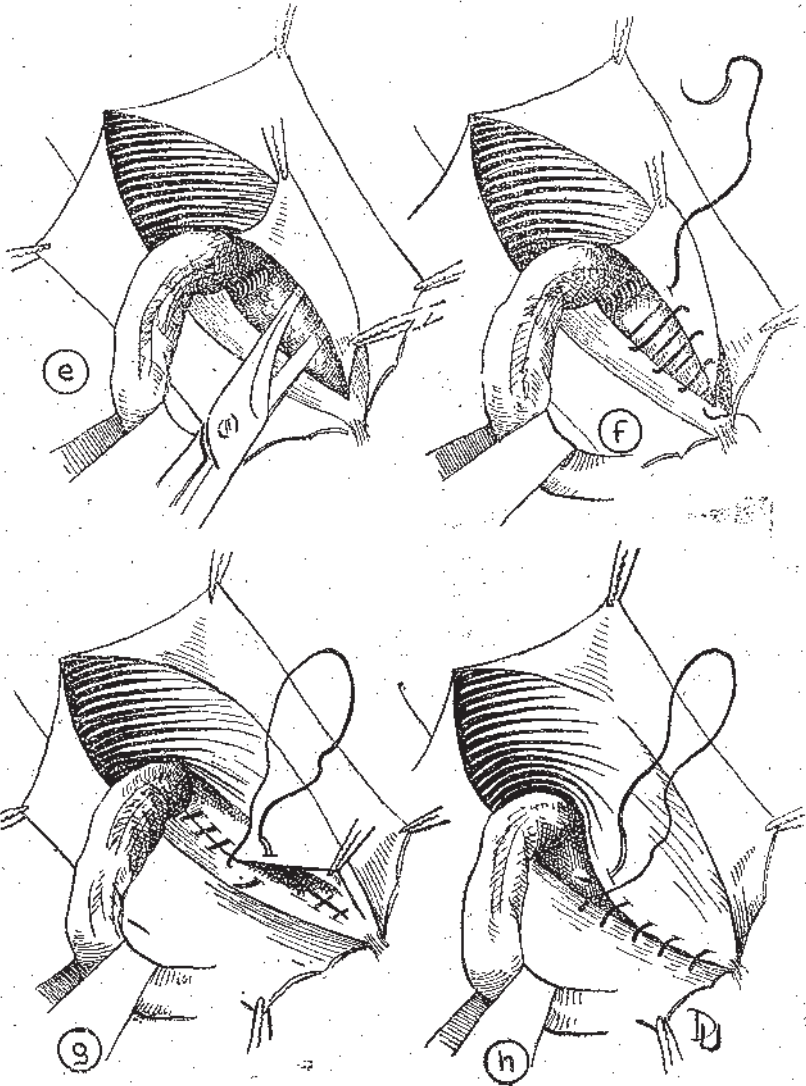
Yöntemin özelliklerini şöylece sıralayabiliriz (14) :

- 1 — Lokal anestezi rutin olarak uygulanır.
- 2 — Fascia transversalis, iç halka düzeyinde kordon elemanları ve periton kesesinden keskin diseksionla tamamen serbestleştirilir.
- 3 — Kremasterik damarlar bağlanır ve fascia cremasteri-
ca'nın üst ve alt flebleri rutin olarak çıkartılır.
- 4 — Fascia transversalis iç halkadan başlanarak tuberculum pubicum'a kadar kesilerek alt flebin medial yarımı rectus kılıfının lateral kenarına (veya altına) dikilir, iç halka oluşturulur. Fascia transversalis'in üst flebinin serbest kenarı Poupart'a dikilir. (Bu sırada dikişler m. obliquus internus ve tendon conjoint'ten geçerler). Bu dikiş hattının üzerine m. obliquus externus fasciasının alt flebinin derin yüzü 3. kat olarak m. obliquus internus'a dikilir.
- 5 — Dikiş materyali olarak paslanmaz çelik kullanılır.

Shouldice Yönteminin Teknik Özellikleri: Yöntemin teknik özelliklerini iki grupta inceleyebiliriz. Birincisi: fascia transversalis iç halka düzeyinde kordon ve kese elemanlarından tamamen serbestleştirilmektedir. Bu noktada yöntemin sözcüsü Glassow şunları söylemektedir (4) :

«..... kese boynu iyice serbestleştirilmişse, kesenin divizyon seviyesi ve ligasyonu ikinci derecede önem taşır. Tekniğin esas noktası kese veya periton çıkıntısının boynu hizasında tamamen serbestleştirilmesidir». Tekniğin ikinci özelliği fascia transversalis yapraklarını imbirike etmek ve bu tabaka üzerine Bassini tipi bir takviye daha ilave etmektir.





Shouldice Yönteminden Elde Edilen Sonuçlar. Shouldice olgusu. 1945 - 1971 yılları arasında Shouldice hastahanesinde bu yöntemle tedavi edilen fitik vakalarına ait toplu sonuçlar şöyledir (8) :

«1945 - 1971 yılları arasında, 26 yılda, Toronto Shouldice hastahanesinde yaklaşık olarak 70.000 fitik ameliyatı yapılmıştır» nüks, oranı % 07 dir.

Inguinal fitik cerrahisi alanında bir ekip tarafından uygulanan bir tek yönleme ait böylesine büyük bir seri ilk defa bildirilmektedir. 70.000 fitik ameliyatı ve %0 7 nüks görülüşü çok ciddi bir olgudur ve derinlemesine incelenmesi gerekmektedir.

Yöntemin Eleştirisi. Shouldice hastahanesi sözcüleri uyguladıkları yöntemin teorik temeli hakkında herhangi bir görüş ileri sürmemektedirler. Sadece - Biz böyle yapıyoruz, sonuçlarımız budur, demektedirler. Ancak yöntemi açıklayan, modifikasyonlarını uygulayan yazarlar vardır (10, 12, 13, 17) ve bu konuda bir monografi yazılmıştır (9). Ayrıca yöntem çok popüler bir cerrahi teknik kitabında yer almıştır (II).

İç halka düzeyinde fascia transversalis'i kordon elemanlarından ve kese peritonundan serbestleştirme ilk defa bilinçli olarak 1920 yılında Quain tarafından önerildi (16). Shoudice yönteminin sözcüsü bu işlemin ilk defa kendileri tarafından tarif edildiğini söylemekte (4) işe de gerçek böyle değildir. Ancak hakcası şudur ki bu serbestleştirmeyi bilinçli olarak ve çok sayıda uygulayanlar kendileridir. İç halkada fascia transversalisi keskin diseksionla serbestleştirerek periton yapısından ayırmak sağlam bir yapının oluşmasını sağlamak bakımından teorik bilgilerimize uyarlılık gösterir.

Canalis inguinalis'in arka duvarını fascia transversalis'i imbirike ederek sağlamlaştırmak modern fitik cerrahisinin dayandığı hipotetik temele uygundur. Ancak bu noktada, fascia transversalisi alt flebinin serbest kenarının rectus kılıfının yan kenarına (veya altına) dikilmesi bir sorun oluşturmaktadır. Zira «rectus kılıfının yan kenarı» belirgin anatomik bir yapı

değildir (12). Bu nedenle yöntemi modifiye eden bazı yazarlar rectus kılıfı yan kenarı yerine «transversus arcus'unu» kullanmaktadırlar (12, 17). Yöntemin bu basamağında fascia transversalis kullanarak sağlamlaştırma elde edişi, dikişleri rectus kılıfı kenarından geçirmesine rağmen, teorik temel ile uyuma gösterdiği kuşkusuzdur.

Canalis inguinalis arka duvarını fascia transversalis ile hele iki kat halinde sağlamlaştırdıktan sonra bunun üzerine Bassini tipi bir ilave takviye yapılması gereksizdir. M. obliquus internus katını ligamentum inguinale'ye dikerek yapılan sağlamlaştırmalar günümüz inguinal fıtık cerrahisinde terk edilmiştir, dayandığı hipotetik temel günümüz anlayışına ters düşer. Shouldice yönteminin modifikasyonunu öneren bazı yazarlar da Bassini tipi ilavenin ilk sıra dikişlerde oluşan gerginliği azaltmak amacına yönelik olduğu kanısındadırlar (9, 10, 12). Gaster (9) : «ilk iki kat müdafaanın ilk hattıdır», bu yeterli sağlamlıkta ise daha başka takviye yapılmaz, demektedir.

Sonuç. Bir ekip tarafından uygulanan ve elde edilen en düşük nüks oranına erişen Shouldice yönteminin dayandığı iki temel öge teorik görüşler açısından sağlam temellere oturmuştur. Beraberce uygulandıkları zaman elde edilen başarılı sonuçlar açıklanabilir. Diğer taraftan iç halkada serbestleştirilen kese, sorumlu periton defektinin ortadan kalkmasına yol açtığı için nükslerin azalmasında rolü olduğu kanısındayım.

SUMMARY

Shouldice Repair for Inguinal Hernia

Theoretical basis of Shouldice repair has been analyzed.

LİTERATÜR

- 1 — Shouldice, E. E. : Surgical Treatment of Hernia. Ontario Medical Review, 43 - April, 1945.

- 2 — Shouldice, E. E. : The Treatment of Hernia.
Ontario Medical Review. 20: 670, 1953.
- 3 — Glassow, F. : Inguinal Hernia in the Female.
Surg. Gynec. Obstet. 116: 701, 1963.
- 4 — Glassow, F. : High ligation of the sac in indirect inguinal hernia.
Amer. J. Surg. 109: 460, 1965.
- 5 — Glassow, F. : Femoral Hernia: Review of 1143 consecutive repairs.
Ann. Surg. 163: 227, 1966.
- 6 — Glassow, F. : Bilateral hernias in the female.
Canad. Med. Ass. J. 101: 66, 1969.
- 7 — Glassow, F. : Recurrent inguinal and femoral hernia.
Brit. Med. J. 1: 215, 1970.
- 8 — Glassow, F. : An evaluation of the strength of the posterior wall of
the inguinal canal in women. Brit. J. Surg. 60: 342, 1973.
- 9 — Gaster, J. : Hernia. One Day Repair.
Hafner Pub. Co. Darien Conn. 1970, pp: 85 - 117.
- 10 — Madden, J. L., Hakim, S., Agorogiannis, A.B. : The anatomy and
Repair of Inguinal Hernias.
Surg. Clin. N. Amer. 51: 1269, 1971.
- 11 — Maingot, R. : Abdominal Operation. Appleton Century Crofts. New
York 1974. 6. bası, Vol. II., pp: 1502 - 1507.
- 12 — Mizrahy, B., Kark, A. E. : The Anatomy and Repair of the Posterior
Inguinal Wall. Surg. Gynec. Obstet. 137: 253, 1973.
- 13 — Myers, R. N., Shearburn, E. W. : The Problem of the Recurrent In-
guinal Hernia. Surg. Clin. N. Amer. 53: 555, 1973.
- 14 — Hes, J.D.H. : Specialisation in Elective Herniorrhapy. Lancet 3 April
751, 1965.
- 15 — Ryan, E. A. : Recurrent Hernias. An Analysis of 369 Consecutive
Cases of Recurrent Inguinal and Femoral Hernias.
Surg. Gynec. Obstet. 96: 343, 1953.
- 16 — Quain, E. D. : The Technique of Inguinal Herniotomy with Special
Reference to the Closure of the Internal Ring.
Surg. Gynec. Obstet. 30: 88, 1920.

- 17 — Shearburn, E. W., Myers, R. N. : Shouldice Repair for Inguinal Hernia. Surg. 66: 450, 1969.
- 18 — Obney, N. : An Analysis of 192 Consecutive Cases of Incisional Hernia. Canada Med. Ass. J. 77: 463, 1957.