

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Yöneticisi
Prof. Dr. Ercüment GÜREL

Kasık Fıtıklarında Bassini ve Anatomik Onarım Ameliyatlarının Karşılaştırılması

(İHTİSAS TEZİ)

Dr. Mahfuz AYDIN

Diyarbakır, 1984

37002

T. C.	
DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0037002
Tasnif No.	617.559
AYD	

1984

İ Ç İ N D E K İ L E R

GİRİŞ	1 - 2
AMAÇ	3
TARİHSEL BİLGİ	4 - 7
TEKNİKLER	8 - 14
KLİNİK MATERYAL	15 - 25
TARTIŞMA	26 - 40
SONUÇ	41
ÖZET	42
LİTERATÜR	43 - 46

Ö N S Ö Z

Kasık fıtıklarının tedavisi uzun yıllardan beri, cerrahların üzerinde büyük bir gayret sarfettikleri konulardan biri olmuştur. Bu konuda tedavi amacını güden ve sayısız denilecek kadar çok ve farklı olan teknik yöntem geliştirilmiştir. Bu teknik yöntemlerin çoğu fıtığı tedavi etmekten uzak oldukları için günümüz fıtık cerrahisinde yerlerini kaybetmişlerdir. Bu nedenle fıtık nüks'ünü önleyebilecek ve modern fıtık cerrahisinde sonuçlarıyla kendini kabul ettiren yöntemler uygulama alanına girmiştir.

Sarfedilen tüm çabalar nüks oranını en düşük olan teknik yöntem ortaya koyabilmek içindir. Ancak günümüzde nüks'ü önleyebilecek bir yöntemin bulunmadığına belirtmek gerekir. Fakat bu sayıyı en düşük oranda tutabilen yöntemler geliştirilmiştir. Bu nedenle nüks oranını en düşük seviyede tutan teknik yöntemlerden bir kaçı fıtık tedavisinde uygulanmaktadır.

Kliniğimizde 1976'dan beri kasık fıtıklarının tedavisinde uygulanmakta olan klasik bassini ve anatomik onarım teknik yöntemlerinin uygulandığı hastalar takip edilerek, bu yöntemlerin nüks oranlarını ortaya koymaya çalıştık.

Bu konuda bana çalışma imkanı sağlayan, daima yol gösterip yardım eden ve bugüne gelmemi kendilerine borçlu olduğum, üstün cerrahi tekniklerinden yararlandığım Sayın Hocalarım, D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yöneticisi Prof. Dr. Ercüment Gürel, Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Nusret

Torun ve Doç.Dr.Mustafa Tireli'ye en derin şükranlarımı sunarım.Bu arada asistanlığında büyük emekleri geçen ve halen Selük Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olan Sayın Prof.Dr.Asım Duman,İzmir Tepecik S.S.K.Hastahanesinde görev yapan Doç.Dr.Bahattin Canbeyli'ye ve Kliniğimize rotasyonla atanan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerinden Doç.Dr.Muzaffer Sarıyar'a,Doç.Dr.Ekrem Koç'a en derin şükranlarımı sunarken,çalışmamda yardımcı olan bütün arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Dr.M.Mahfuz AYDIN

G İ R İ Ő

Kasık fıtıkları, insanoğlu'nun iki ayağı üzerinde doğrulmaya başladığından bu yana bilindiği bir gerçektir. Hastalığın bu kadar eski olması, bütün dünya'da, bu arada ülkemizde de insidansının yüksek bulunması, cerrahide önemli ve geniş bir yer tutmasını sağlamıştır.

Kasık fıtıklarının tedavisi cerrahi yöntemlerle sağlanır. Fıtıkların tedavisi için uygulanan cerrahi yöntemler sayısız denilecek kadar çok ve farklıdır.

Fıtıkların etyolojisinde olduğu kadar onarımında da kasık arka duvarının önemi nisbeten geç farkedilmiştir.

Tanıolarak fıtıklar, genellikle anamnezden çok fizik muayeneyle teşbit edilirler. Kasıkta ağrı veya çekilme hissinin bulunması fıtığın varlığını bildirir. Başlangıçta hafif ağrı vardır. Zamanla kasık bölgesinde, dolgunluk hissi fark edilir.

Ülkemizin cerrahi kliniklerinde yaygın olarak uygulanan ve bazı yazarlarca modern fıtık cerrahisinin öncüsü kabul edilen, Bassini'nin tarif ettiği, ve tamir için inguinal ligamanın kullanıldığı, Bassini ameliyatında takviye konulan dokular arasında inkonkordans bulunması ve nüks oranının fazla olması dolayısıyla başka yöntemlerin doğmasına sebep olmuştur.

Günümüzde modern anlamda uygulanan cerrahi tedavinin dayandığı temel prensip Fascia transversalis tabakasının onarımına dayanmaktadır.

Bu nedenle Fascia transversalistekidefektin onarımı (Anatomik onarım) yöntemi olarak bilinmektedir.

Yukarıda açıkladığım, kasık fıtıklarının cerrahi tedavisinde uyguladığımız, Bassini ve Anatomik onarım ameliyat yöntemlerini karşılaştırmak üzere faydalı bir sonuca varılacağına inanarak kliniğimizde böyle bir çalışmayı uygun bulduk.

A M A Ç

İnguinal fıtıkların tedavisi ancak cerrahi yöntemlerle sağlanır. Bu nedenle kasık fıtıklarının tedavisi için ileri sürülen cerrahi metotlar sayısız denilecek kadar çok ve değişiktir. Uygulanan cerrahi tekniklerdeki farklılıklar ve elde edilen sonuçlar zamanla tartışmalara yol açmıştır.

Bölgemizde kasık fıtıklarına oldukça, sık rastlanmaktadır. Bu nedenle kliniğimizde geçen sekiz yıl içerisinde kasık fıtıklarından, Bassini ve Anatomik onarım ameliyatı yapılmış hastalar ameliyat sonrası devrede uzun bir süre izlenebilmiş ve bu iki yöntemin geç sonuçlarını tartışmalı bir şekilde karşılaştırarak bu konudaki görüşlerimizi ortaya koymaya çalıştık.

T A R İ H Ç E

İnguinal fıtıkların cerrahi tedavisinin gelişimi son 20 - 22 ci yüz yılda sanatlarını icra eden, cerrahların önemle üzerinde durdukları konulardan biri olmuştur. İnguinal fıtıkların ilk kez konservatif yöntemlerle Homeric öncesi Mısırlı doktorlarca tedavi edildiğini Ebers Papiruslarından öğreniyoruz. Ebers Papiruslerinde cerrahi tedavi ile ilgili bilgi yoktur. Ancak diet ve basınç uygulaması (Fıtık bağı) önerilmektedir.

Fıtık tedavisine ait ilk bilgilerin Hipokrat ile başladığı bilinen bir gerçektir. Roma Tıp Okulu temsilcilerinden ve hekim olmıyan Celsusun (M.Ö.25 - M.S.50) yirmi asır önce fıtık tedavisine yön veren ve günümüz anlayışıyla bağdaşan tekniği, ancak Lister'in açtığı asepsi ve antisepsi çağından sonra kıymet kazanmıştır.

Roma İmparatorluğunun yıkılışıyla Avrupa Tıbbı İslâm hekimlerinin etkisi altında kalmaya başlamıştır. Razi, Hacı Abbas, Ebulgazi ve İbni Sina bu çağda yetişen İslâm hekimleridir.

Rönesans döneminde ise fıtık cerrahisi için yapılanlar, koterizasyonun temel teknik olduğu orta çağ tekniğinden ileri gidememiştir. Gaspar Stromayr (1550) kitabında Kastrozyonun gerekli olmadığını yazmıştır. Bu dönemde ise ilk Türk Cerrahi kitabının yazarı Şerafettin Sabuncuoğlu kasık fıtığını cerrahi yolla tedavi etmekten bahsetmekteydi.

Fıtık tedavisi ve anatomisiyle ilgili esas gelişmeler 18.ci asırda olmuştur.Londrada Percival Pott(1714-1788),fıtıkların etyolojik teorilerinin ve teorilere dayalı tedavi metodlarının yanlışlığını göstermiştir.Kendisi, belkide fıtıkların kongenital orjinli olduğunu ilk ileri sürendir.

Fıtık cerrahisinde,modern devir olarak adlandırılan devir ise Ondokuz ve Yirminci yüzyıllardır.

Ondokuzuncu yüz yılın başında,kasık anatomisinin tanımlanmasında dört yazarın büyük katkıları olmuştur.(Camper,Cooper,Hasselbach ve Scarpa).1801 de Pieter Camper,kendi adını taşıyan Fasciayı yayınlamıştır.Anatomist Sir Astley Cooper (1768 - 1841) ise "Abdominal fıtıkların anatomisi ve cerrahi tedavisi,, adlı iki ciltlik eserinde, Foscia Transversalisi,inguinal kanalı ve iç halkasını ve de femoral kılıfın foscia transversalis tarafından meydana getirildiğini ilk defa olarak yayınlamıştır.Cooper şimdi kendi adıyla anılan ligamentum pubicum çok az önem vermiş ve bu oluşumun modern fıtık cerrahisindeki büyük önemini bilememiştir.Fronz Kaspar Hasselboch (1759-1816) kendi adını taşıyan üçgeni,1814'de Wizburg Anatomi salonundaki konuşmasında ilk olarak açıklamıştır.Antonis Scarpa(1747-1823) ise süperficiel fosciaya adını vermiş,aynı zamanda kayma (Sliding) tipi fıtıkların ilk olarak tarifini yapmıştır.

19.yüzyıl beraberinde modern cerrahiye olanak sağlayan Anestezi, Hemostaz ve Antisepsiyi getirerek her alanda olduğu gibi fıtık cerrahisinde de hızla ilerlemelere yol açtı. 1877'de Vincenz Czerny tarafından tarif edilen, dış halka hizasında fıtık kesesinin ligatüs ve exizyonu ile halkayı daraltmak için kordonun etrafındaki tabakaların stüre edilmesi amelyesi, kısa zamanda Avrupa ve Amerika'da uygulayıcı bulmuş ve uzun süre kullanılmıştır. Fakat fıtık cerrahisinde modern gelişimin Boston'lu Henry O. Marey (1837 - 1924) ile başladığı kabul edilmektedir. Yazarın Foscia Transversalise verdiği büyük önem ve iç halkanın foscia ile onarılmasına ait anatomik bilgiler 1871 de yayınlanmıştır. Bu tarih Bassininin fıtık için yaptığı ilk ameliyattan 12, ilk yayınından ise 16 yıl öncesine rastlar.

Edoard Bassini (1844 - 1924) kordonun transpozisyonu ile kasık tabanının onarım tekniğini 1884'de ortaya attı.

Bassininin operasyonunda kese yüksek seviyede ligotüre edilmekte birleşik kas kirişi kordonun altından inguinal ligomona stüre edilerek kasık kanalı tabanı sağlamlaştırılmakta, böylece kordon external oblig aponevroz altına yerleştirilmekte idi. O devirde Bassini Padua Üniversitesi Cerrahi kliniğinde bulunuyordu. Aynı tarihlerde ve ondan ayrı olarak John Hopkinste cerrahi profesörü olan William S. Halsted (1852 - 1922) Bassininkine benzeyen bir ameliyat geliştirdi. Halsted ameliyatında (Halsted I) kordonu external oblig aponevrozun üstüne getirmekteydi. Bu metod ilk kez 1889'da bildirilmişti. Halsted II ameliyatın-

da ise (1893) kordon yer değiştirmiyor fakat aponevroz birbirinin üzerine kapatılıyordu.Kruvaze biçiminde ilk kapatma fikri Chicagolu E.Wylls Andrews'e (1856 - 1927) aittir.

Fıtıkların etyolojisinde olduğu kadar onarımında da kasık arka duvarının önemi nisbeten geç anlaşılmıştır.F. Transversalis katı onarımının en kuvvetli taraftarlarından biri P.W.Harrison(1883 - 1962) idi.F.Transversalisteki bir kalınlaşma ile oluşan "İliopubik Traktüs,, aynı şekilde anatomist ve cerrahların çok az ilgisini çekmiştir.

İliopubik Traktus Hasselboch tarafından belirtilmiş ve 1836'da Thamsan tarafından ayrıntılı biçimde anlatılmıştır.Geçmiş yıllarda,bu yapının kullanılması (Clark ve Hashimoto 1946,Donald 1948,Griffith 1959 ve Nyhus 1964) kasık kanalı anatomisi ile ilgilenen çok az sayıdaki cerrah tarafından önerilmiştir.

İliopektineal ligoman (Cooper ligomanı)'ın fıtık tarihinde kullanılması Güney Dakotalı Chertes B.Mc Vay tarafından popülarize edilmiş olup,(1911) ameliyat bütün A.B.D'de Mc Vay onarımı olarak bilinmektedir.

Bütün bu gelişmelere ve yeni ameliyat metodlarına rağmen fıtıkların cerrahi tedavilerine ilişkin çalışmalar henüz sona ermiş değildir.Bu çalışmalar,eminizki en ideal ameliyat metodu bulununcaya kadar devam edecektir.(2,6)

ANATOMİK ONARIM AMELİYATI

Fascia Transversalis'e önem veren, Direkt ve indirekt fıtıkların tedavisinde uygulanan bu ameliyat tekniği, Kenneth W. Warren tarafından tarif edilmiştir.

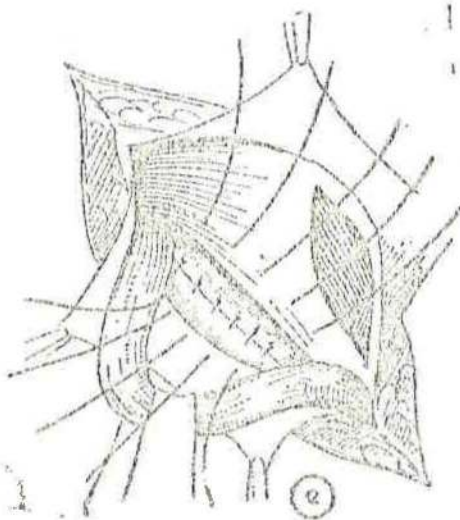
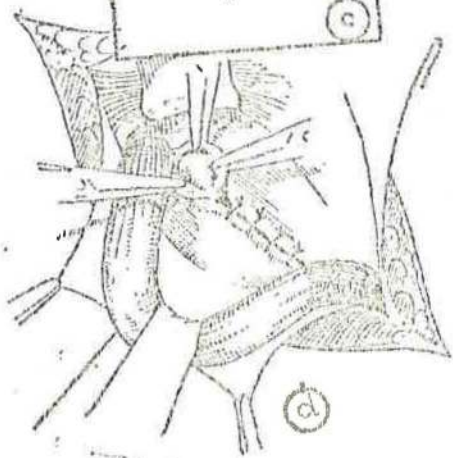
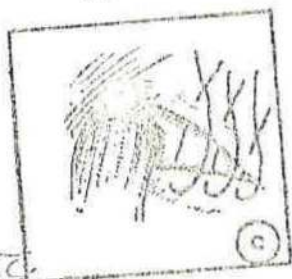
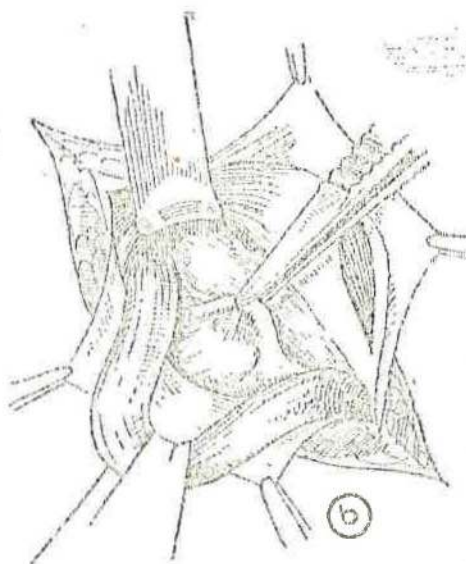
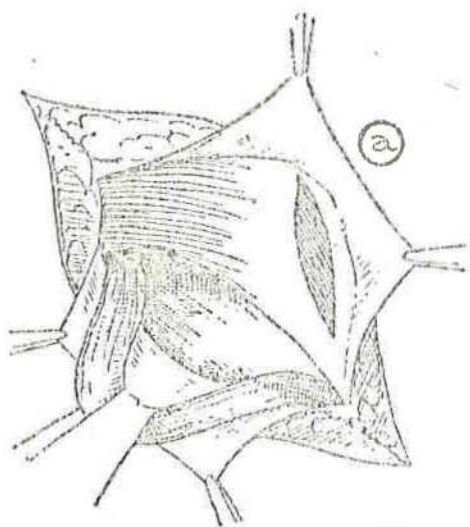
Deri insizyonu paupart ligamanı'nın 2 cm üst tarafından ve bu ligamana paralel olarak yapılır. İnsizyon spina iliaca anterior superiorun ön ve alt tarafından başlayarak, tuberculum pubicumda sonlanır. Deri altı dokusu açılarak M. Obliquus externus aponevrozu ortaya çıkartılır ve lifleri doğrultusunda kesilir. Meydana gelen üst yaprak linea alba civarına, alt yaprak paupart ligomanın iç yüzüne kadar prepare edilir. Spermatik kordon askıya alınır. Fıtık kesesi izole edilir ve kese açılır. Fıtık kesesi boynu iç halka hizasında bağlanarak fazlası kesilip çıkartılır. İç halkayı daraltırken ve fascia transversalisteki defekti kapatırken konulan dikişlerin gergin olması için M. Rectusun ön kılıfına bir gevşetici insizyon yapılır. (Şekil : a) M. Cromester kesilerek tamamen çıkartılır. Böylece fascia transversalis ve iç halka tamamen ortaya çıkar. (Şekil : b)

M. Cromaster kesilirken kesik ucların kanamaması için bağlanması gerekir. Askıya alınan kordon yana ve aşağıya, M. Obliquus internus ve M. Transversus abdominis'in serbest kenarları yukarıya doğru ekarte edilerek Hasselbach Üçgeni ve iç halka alanı meydana çıkartılır. Fascia transversalisteki defekt alt köşeden başlayıp yukarıya doğru tek tek ipek dikişlerle kapatılır. Bu iş yapılırken dikişler tamamen fascia transversalisten geçirilir (Şekil : d). İç halkayı mey-

dana getiren fascia transversalise ait kenarları bir kaç pens ile tutularak belli edildikten sonra (Şekil : d) kenarlardan geçirilen dikişlerle iç halka,kordonu sıkıca saracak şekilde daraltılır.(Şekil : c)

Kanalis inguinalisin arka duvarı fascia transversalisten faydalananarak sağlamlaştırıldıktan sonra M.Obligus intermusun serbest kenarı ve aponevrozu tek tek dikişlerle poupart ligamanının iç yüzüne dikilir.Bu dikişler tuberculumdan başlayarak iç halka hizasına kadar devam eder(Şekil : c).Böylece kanolis inguinalisin arka duvarı ikinci bir tabakayla sağlamlaştırılmış olur.

M.Obligus externus aponevrozu ya kordonun üzerine dikilir veya kordon deri altına transplante edilir.Diğer tabakalar anatomik katlarına uygun olarak kapatılır.



BASSİNİ AMELİYATI

Memleketimizde geniş bir uygulama alanı bulan bu ameliyatın yanında ve karşısında bulunan pek çok cerrah bulunmakla beraber,indirekt inguinal fıtıkların cerrahi tedavisinde uygulanmaktadır.

Bu ameliyatın tekniğinde,deri insizyonundan spermatik kordon askıya alınıncaya kadar yapılması gereken işlemler anotomik onarım tekniğinde yapılan işlemlerin aynısıdır.Fıtık kesesi kordonun antero-mediol tarafında bulunur.

Kordonu saran M.Obligus internusun örtücü fosciası arcus boyunca kesilir.Pensetler yardımıyla foscia kremasterica ve M.Kromaster tutularak kesilir.Altındaki fıtık kesesi açılır.Kese içindeki yapıları zedelememeye dikkat etmek gerekir.Açılan kesenin kenarları maskito pensleriyle tutularak kese içine sol el işaret parmağı sokulur ve kese gerilir.Sağ el işaret parmağına sarılan bir gaz yardımıyla keseye alt yüzünden yapışmış olan Ductus deferens ve plexus panpiniformis sıyrılmaya başlanır.İç halka ve kesenin daralan boynu ortaya çıkıncaya kadar devam edilir.

Fıtık kesesi küçültüldükten sonra kese boynu dikilmeden evvel yapılması gereken çok önemli bir muayene usülü vardır.

Ameliyatlardan sonra nüks eden vaka'ların bazılarında ilk ameliyat esnasında gözden kaçan bir direkt fıtık sorumlu olabilir.Bu gerekçeyle fıtık kesesine sokulan bir parmak karın boşluğunu ve Hasselbach üçgenini iç yüzünden

kontrol etmelidir. Böylece bir direk fıtık veya bir femoral fıtığın bulunup bulunmadığı ortaya çıkartılır.

Daha sonra kese boynu dışı konulur ve bağlanır. Bu esnada dikişler arasına barsak veya omentumun sıkışmamasına dikkat etmelidir. Kesenin fazlası kesilir. Kese karın içine retrakte edilir.

M. Obligus externus aponevrozunun üst yaprağına tutturulan pensler yardımıyla orta tarafa doğru çekilir. Bir fındık tanpon yukardan aşağıya ve içten dışa doğru hareket ettirilerek, M. Obligus externus aponevrozu ile M. rectus kılıfının ön yaprağı birbirinden ayrılmaya çalışılır (Şekil : A). Aynı şekilde aponevrozun alt yaprağı dış tarafa doğru çekilir fındık tanponla ligamentum inguinalenin iç yüzü tamamen ortaya çıkarılır. Yapılan künt disseksiyon aynı zamanda bu yapılar üzerindeki yağ dokusu parçacıklarını temizleyerek birbirine dikilen yapılar arasında yağ dokusunun kalması önlenmiş olur.

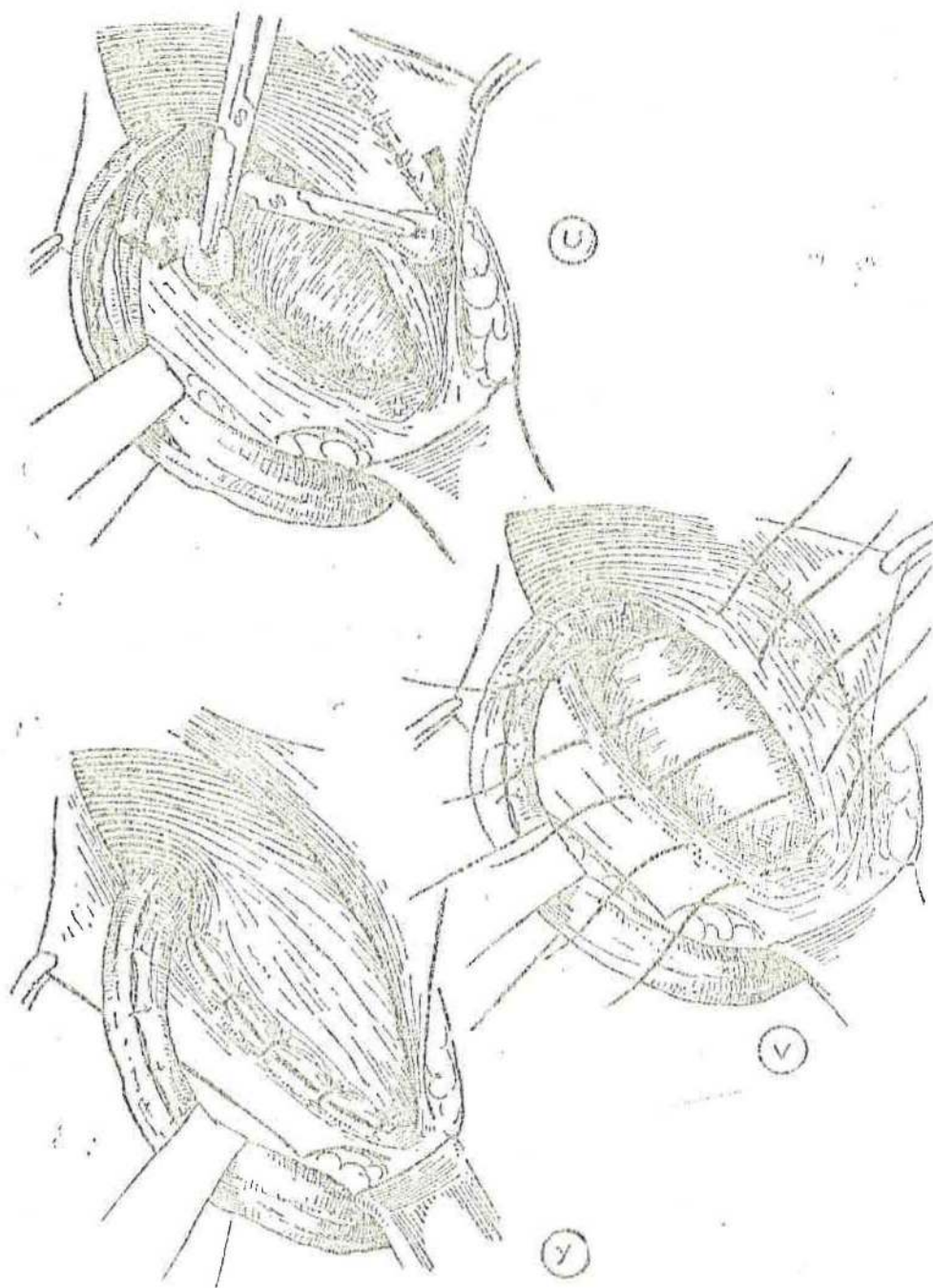
Fıtık kesesine erişmek için lifleri istikametinde açılan M. Cremaster ve fascia cremasterica tek tek ipek dikişlerle tekrar birbirine dikilir.

Kanalis inguinalisin arka duvarını sağlamlaştırmak için tendon conjoint ligamentum inguinaleye dikilir. Bunun için ilk dikiş tendon conjoint'ın tuberculum pubicum civarına yapışan liflerinden tuberculum pubicum periostundan ve poupart ligomanının tuberculum pubicuma yapıştığı yerin iç yüzünden geçirilir. Bundan sonraki dikişler birer cm aralıklarla tendon conjoint olan ve poupart ligomanının iç yüzünden geçirilerek iç halkaya kadar ilerlenir. Her dikiş

aynı zamanda fascia transversalisten geçirilmelidir.

(Şekil : B) İç halkaya yaklaştıkça dikişler aponevrotik tabakadan değil kas tabakalarından geçmeye başlar. Konulan son dikiş kordonu sıkıca saracak şekilde olmalıdır. Konulan dikişlerin sağlamlığı kontrol edildikten sonra ilk dikişten başlanılarak bağlanır. Böylece tendon, conjoint, poupart ligomanına dikilerek konolis inguinalisin arka duvarı sağlamlaştırılmış olur(Şekil : C).

M. Obligus externus aponevrozunun üst ve alt yaprakları yukardan başlayarak tek tek ipek dikişlerle birbirine dikilir. Dış halka kordonu saracak şekilde daraltılır. Deri kapatılır.



MATERYAL VE METOD

Bu çalışma 1 Ocak 1976 ile 1 Ocak 1984 tarihleri arasında,D.Ü.T.F.Genel Cerrahi Kliniğinde kasık fıtığı nedeniyle,Kl.Bassini veya Anatomik onarım teknikleri uygulanan 155 hasta üzerinde yapılmıştır.

Yukardaki tarihler arasında kliniğimizde kasık fıtığı nedeniyle 280 hastaya Bassini,70 hastaya da Anatomik onarım tekniği uygulanmış;bu hastalardan 111'i Bassini, 44'ü Anatomik onarım ameliyatı geçirmiş olan 155'i uzun bir süre takip edilebilmiştir.

Bu 155 hastanın dosyaları çeşitli yönleriyle incelenmiş,ayrıca hastalara mektup gönderilerek en son durumları özellikle fıtık nüks'ü yönünden tesbit edilmeye çalışılmıştır.Neticede,111 Bassini,44 Anatomik onarım ameliyatı yapılmış hasta ameliyat sonrası devrede uzun bir zaman izlenebilmiş ve bu 2 yöntemin geç sonuçlarını karşılaştırabilme olanağı elde edilmiştir.

Bunlardan başka hastalarımızda;yaş dağılımı,fıtığın tipi,fıtıklı hastalarda fıtığın başlangıcından itibaren geçen süre,fıtıklı hastalarda ilk ameliyatı yapan hekimin durumu,fıtıklı hastaların postoperatif erken ve geç komplikasyonları,fıtıklı hastaların ameliyattan sonraki yaşamı,fıtıklı hastaların ameliyattan sonraki izleme süresi,fıtıklı hastalarda nüks oranları,nüks'lü vakaların yaşı,nüks'lü vakaların takip süresi,nüks'lü vakaların kim tarafından ameliyat edildiği,nüks'lü hastalarda uygulanan anestezi türü,nüks'teki ilk fıtık tipi,ve fıtık türüne göre nüks oranları incelenmiştir.

Vakalarımızda Yaş Dağılımı :

1.TABLO

YAŞ GRUB.	BASSİNİ		ANATOMİK ONA.		TOPLAM	
	VAKA S.	%	VAKA S.	%	VAKA S	%
12-19	12	10.81	7	15.90	19	26.71
20-29	9	8.10	9	20.45	18	28.55
30-39	11	9.90	7	15.90	18	25.80
40-49	27	24.32	7	15.90	34	40.22
50-59	18	16.21	8	18.18	26	34.39
60-69	27	24.32	4	9.09	31	33.41
70-79	6	5.40	2	4.54	8	9.94
80-Üstü	1	0.90	-	-	1	0.90
TOPLAM	111	99.96	44	99.96	155	99.92

1.Tablo'da görüldüğü gibi,kasık fıtığından ameliyat olan vakalarımızın yaş dağılımı sunulmuştur.

Hastalarımız 12-80 yaşları arasında olup,Bassini tekniğiyle ameliyat olanlarda yaş ortalaması 47,9,Anatomik onarım tekniğiyle ameliyat olanlarda yaş ortalaması 38,6'dır.

Tabloda görüldüğü gibi vakaların % 74.61'i 40-59 yaşları arasındadır.

Araştırmamızda erkek hastalar ele alınmıştır.

2.TABLO : 155 Hastadaki Kasık Fıtığı Tipi

FİTİĞİN TİPİ	BASSİNİ		ANATOMİK ONARIM		TOPLAM	
	VAKA	S. %	VAKA	S. %	VAKA	S. %
İNDİREKT	65	58.55	27	61.36	92	59.35
DİREKT	15	13.51	11	25.00	26	16.77
BİLATERAL	11	9.90	2	4.54	13	8.38
SLİDİNG	1	0.90	1	2.52	2	1.29
NÜKS FİTİK	12	10.81	1	2.52	13	8.38
BOĞULMUŞ FİTİK	7	6.30	2	4.54	9	5.80
TOPLAM	111	99.97	44	100.40	155	99.97

Vakalarımızdaki fıtıkların tip dağılımı.

2.Tablo'da sunulmuştur.Tablo'da görüldüğü gibi Bassi-ni ameliyatı olan 111 hastanın 65'i indirekt,bunlarında 47'si sağ,18'i solda tesbit edilmiştir.Gene 111 hastanın 15'i direkt olup,bunlarında 9'u sağ,6'sı solda bulunmuştur.Vakalarımızın 11'i Bilateral ,1'i Sliding,12'si Nüks ve 7'si boğulmuş olarak bize baş vurduğu tesbit edilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi anatomik onarımla ameliyat olan 44 hastamızın 27'si indirekt,bunlarında 19'u sağ,8'i solda bulunmuş.Gene 44 hastanın 11'i direkt olup bunların 9'u sağ,2'si solda bulunmuştur.44 hastanın 2'si bilateral,1'i sliding,1'i nüks ve 2'si boğulmuş fıtık olarak tesbit edilmiştir.

3.TABLO : 155 Fıtıklı Hastada Fıtığın Başlangıcın-
dan İtibaren Geçen Süre.

BAŞVURU SÜRESİ (AY)	VAK'A SAYISI	%
0 - 5	28	18.06
6 - 12	42	27.09
13 - 18	54	34.83
19 - 24	18	11.61
25 - Üstü	13	8.38
T O P L A M	155	99.97

3.Tablo'da görüldüğü gibi 155 fıtıklı hastanın,ameliyattan önceki fıtık süresi sunulmuştur.

Görüldüğü gibi hastaların kliniğimize müracaatları fıtığın oluşumundan sonraki en çok 13-18 ayları arasında olmaktadır.Bu süre zarfında 155 hastanın 54'ü ameliyat olmak için kliniğimize baş vurmıştır.Oran olarak toplam hastaların % 34.83'nü oluşturmaktadır.En az başvuru ise 2 yıldan sonra görülmektedir.Bu süre içinde 13 hasta ameliyat için müracaat etmiş.Oran olarak % 8.38'ni oluşturur.

Hastaların bu şekilde geç olarak ameliyata gelmelerinde bir çok faktör rol oynamaktadır.

4.TABLO : 155 Fıtıklı Hastada İlk Ameliyatı Yapan
Hekimin Durumu.

AMELİYATI YAPAN	BASSİNİ		ANATOMİK ONARIM		TOPLAM	
	VAKA S.	%	VAKA S.	%	VAKA S.	%
ASİSTAN	96	86.48	31	70.45	127	81.93
UZMAN	15	13.51	13	29.54	28	18.06
TOPLAM	111	99.99	44	99.99	155	99.99

Vakalarımızın kimler tarafından ameliyat edildiği
4.Tablo'da sunulmuştur.

Tablo'da görüldüğü gibi Bassini ameliyatı olan 111
vakanın 96'sı yani % 86.48'i Asistanlar,15'i ise % 13.51'i
Uzmanlar tarafından ameliyat edilmiştir.

Anatomik onarımla ameliyat olan 44 hastanın 31'i
yani % 70.45'i Asistanlar,13'ü yani % 29.54'ü Uzmanlar ta-
rafından yapılmıştır.Görüldüğü gibi Bassini ameliyat seri-
sinde asistanlar daha fazla vaka tamir etmişlerdir.

5.TABLO : 155 Hastadaki Postoperatif.

KOMPLİKASYON	ERKEN KOMPLİKASYONLAR			
	BASSİNİ		ANATOMİK ONARIM	
	VAKA S.	%	VAKA S.	%
ENFEKSİYON	9	8.10	3	6.81
HEMATOM	7	6.30	2	4.54
KARDİO-PULMONER	4	3.60	-	-
ÜRİNER RETANSİYON	3	2.70	-	-
T O P L A M	23	20.70	5	11.35

111 Bassini ve 44 Anatomik Onarımla ameliyat olan
155 hastanın ameliyat sonu görülen erken komplikasyonları
5.tablo'da sunulmuştur.

Görüldüğü gibi, Bassini ameliyatlı 111 hastanın 9'unda (% 8.10) enfeksiyon görülmüştür. 7'sinde (6.30) hematoma, 4'ünde (3.60) Kardio-Pulmoner komplikasyon ve 3'ünde (2.70) ameliyat sonrası erken dönemde üriner retansiyon görülmüştür. Toplam 23 vakada (% 20.70) komplikasyon tesbit edildi. Anatomik onarımla ameliyat olan 44 hastanın 3'ünde (6.81) enfeksiyon (yarada) ve 2'sinde (4.54) hematoma görülmüştür. Kardio-Pulmoner şikayetlere ve üriner retansiyon gibi komplikasyonlar görülmedi. Toplam 5 vakada (% 11.35) komplikasyon tesbit edildi.

6. TABLO : 155 Hastadaki Postoperatif

GEÇ KOMPLİKASYONLAR

KOMPLİKASYON	BASSİNİ		ANATOMİK ONARIM	
	VAKA S.	%	VAKA S.	%
HİDROCEL	3	2.70	-	-
KESİ YERİNDE AĞRI	4	3.60	1	2.27
FİTİK NÜKSÜ	21	18.91	-	-
T O P L A M	28	25.21	1	2.27

111 Bassini ve 44 Anatomik Onarımla ameliyat olan 155 hastanın ameliyattan sonra görülen geç komplikasyonları 6. Tablo'da sunulmuştur.

Tablo'da görüldüğü gibi Bassini ameliyatlı 111 hastanın 3'ünde (% 2.70) Hidrocell, 4'ünde (3.60) ağrı ve 21'inde (18.91) fıtık nüksü tesbit edilmiştir. Toplam olarak 111 Bassinili hastanın 28'inde (% 25.21) P.O. Geç komplikasyon görülmektedir.

Anatomik onarımla ameliyat olan 44 hastanın 1 tanesinde P.O. geç dönemlerde kesi yerinde ağrı şikayetleri olmuş, oran (% 2.27) Hidrocel ve fıtık nüks'üne rastlanmamıştır.

Bu nedenle Anatomik onarımlı vakalarda geç P.O. komplikasyon toplam olarak 1 vakada (% 2.27) görülmüştür.

7.TABLO : 155 Fıtıklı Hastanın Ameliyattan Sonraki Yaşamı.

AMELİYATTAN SONRAKİ İŞ	BASSİNİ		ANATOMİK ONARIM	
	VAKA S.	%	VAKA S.	%
AĞIR İŞLER	46	41.44	20	45.45
HAFİF İŞLER	41	36.93	13	29.54
NORMAL YAŞANTI	24	21.62	11	25.00
T O P L A M	111		44	

7.Tablo'da 111 Bassini ve 44 Anatomik Onarım teknikleriyle ameliyat olan 155 hastanın ameliyattan sonra yaptıkları iş sunulmuştur.

Tablo'da görüldüğü gibi Bassini yöntemiyle ameliyat olan 111 hastanın 46'sı (% 41.44) ağır işlerle uğraştıkları, 41'i (% 36.93) hafif iş yaptıkları ve 24'ü (% 21.62) sedanter bir hayat sürdürdükleri tesbit edildi.

Anatomik onarım yöntemiyle ameliyat olan 44 hastanın 20'si (% 45.45) ağır işle uğraştıkları 13 (% 29.54)'ü hafif iş yaptıkları ve 11'i (% 25.00) sedanter bir hayat sürdürdükleri ortaya kondu.

Görüldüğü gibi her iki yöntemle ameliyat olan hastalarımız, postoperatif dönemde de daha çok, ağır işlerle uğraştıkları tesbit edildi. Bu'da bölge insanlarının çeşitli yaşama faktörlerine bağlıdır.

8.TABLO : 155 Fıtıklı Hastanın Ameliyattan Sonraki
İzleme Süresi (Ay Olarak).

İZLEME SÜRESİ (AY OLARAK)	BASSİNİ	ANATOMİK ONARIM
EN KISA	16 Ay	17 Ay
EN UZUN	88 Ay	90 Ay
ORTALAMA	45 Ay	32 Ay

8.Tablo'da görüldüğü gibi,Bassini ve Anatomik onarım teknikleriyle ameliyat olan hastaların izlenme süreleri saptanmıştır.

Buna göre Bassini tekniğiyle ameliyat olan vakaların en kısa izleme süresi 16 ay,en uzun izleme süresi ise 88 aydır.Ortalama izleme süreside 45 ay olarak tesbit edildi. lll Bassini tekniğiyle ameliyat olan hastanın 74'ü(% 66.66) en az 3 yıl müddetle izlenmiştir.

Anatomik onarım tekniğiyle ameliyat olan vakaların en kısa izleme süresi 17 ay en uzun izleme süresi ise 90 aydır.Ortalama izleme süreside 32 ay olarak tesbit edildi.

44 Anatomik onarım tekniğiyle ameliyat olan hastanın 17'si (% 38.69) en az 2,5 yıl müddetle izlenmiştir.

9.TABLO :Bassini ve Anatomik Onarımla Tamir Edilen
155 Fıtıklı Hastadaki Nüks Oranları.

TEKNİK	VAKA SAYISI	NÜKS ORANI	%
BASSİNİ	111	21	18.9
ANATOMİK ONARIM	44	0	0
TOPLAM	155	21	18.9

9.Tablo'da görüldüğü gibi,111 Bassini ve 44 Anatomik onarımla ameliyat edilen hastalardaki nüks oranı sunulmuştur.

Buna göre,Bassini tekniğiyle ameliyat edilen 111 hastanın 21'inde nüks tesbit edilmiş olup,oran % 18.9 dur.
 $111/21 = 18.9$.

Anatomik onarımla tamir edilen 44 vakada nüks tesbit edilmedi.

YAŞ : Nüks'li hastaların en küçük yaşı 30,en büyük yaş 70 olup,yaş ortalaması 54.1 olarak saptanmıştır.

50 yaşın üzerindeki vakalarda,nüks sayısı 14 olup, 50 yaşın üstündeki nüks oranımız % 66.66'dır.

NÜKS'LÜ VAKALARIN TAKIP SÜRESİ : Nüks'li vakaların en kısa takip süresi 18 ay,en uzun takip süresi 68 ay olup, ortalama takip süresi ise 48 ay olarak tesbit edildi.

Nüks eden vakaların kim tarafından ameliyat edildiğini;ortaya koymak için yaptığımız araştırmada,nüks'li 21 vakanın Asistanlar tarafından ameliyat edildikleri ortaya kondu.

10.TABLO : Nüks'li 21 Vakada İlk Ameliyatta Uygulanan Anestezi Türü.

ANESTEZİ TÜRÜ	VAKA SAYISI	%
GENEL ANESTEZİ	14	66.66
SPİNAL ANESTEZİ	5	23.80
LOKAL ANESTEZİ	2	9.52
T O P L A M	21	99.98

10.Tablo'da nüks eden 21 vakada uygulanan anestezi türü sunulmuştur.

Buna göre 21 vakanın 14'dünde genel anestezi tatbik edilmiş olup,oran % 66.66'dır.5 vakaya spinal anestezi uygulanmış,olup oran % 23.80'dir.2 vakayada local anestezi

uygulanmış, oran % 9.52 olarak saptanmıştır.

Buna göre 21 nüks vakamızda en çok genel anestezi-
nin uygulandığı ortaya kondu.

11.TABLO : Nüks'lü 21 Vakada İlk Ameliyattaki Fı-
tık Tipi.

FİTİĞİN TİPİ	İLK FİTİK TİPİ	NÜKS'TEKİ FİTİK TİPİ	
	VAKA SAYISI	DİREKT	İNDİREKT
DİREKT	6	6	
İNDİREKT	15	8	7
T O P L A M	21	14	7

21

11.Tablo'da görüldüğü gibi nüks'lü 21 vakada ilk
fıtık tipi sunulmuştur.

Buna göre nüks'lü 21 vakanın 14'ü direkt, 7'si in-
direkt olarak tesbit edildi.

İlk(Primer) fıtık tipi olarak 21 vakanın 15'i in-
direkt, 6'sı direkt olarak nüks ettiği tabloda görülmekte-
dir. Bu nedenle ilk 6 direkt vaka direkt olarak nüks etmiş,
oysa 15 indirekt primer vakadan 8'i direkt, 7'si ise indi-
rekt olarak nüks ettiği görülmektedir.

Bu nedenle direkt herniler (% 100) direkt olarak
nüks etmiş. İndirekt inguinal herniler ise, 15 vakanın 8'i
(% 53.33) direkt, 7'si (% 46.66) ise indirekt olarak nüks
ettiği saptanmıştır.

12.TABLO : Fıtık Türüne Göre Nüks Oranı.

FITIĞIN TİPİ	FITIĞIN TÜRÜ VAKA SAYISI	NÜKS FITIK ORANI			
		DİREKT		İNDİREKT	
		v.s	%	v.s	%
DİREKT	15	6	12.6	—	6.3
İNDİREKT	65	8		7	
SİLİDİNG	1				
BOĞULMUŞ	7				
NÜKS	12				
BİLATERAL	11				
T O P L A M	111	14	12.6	7	6.3
			21		18.9

12.Tablo'da Bassini ameliyatlı 111 hastanın fıtık türüne göre nüks oranları sunulmuştur.

Tablo'da görüldüğü gibi 111 fıtığın 15'i direkt olup,bunların 6'sı nüks etmiştir.Gene 111 fıtığın 65'i indirekt olup,bunlarında 15'i nüks etmiştir.Ancak 15 nüks'-ün 8'i direkt,7'si indirekt olarak nüks ettiği görülmektedir.

Buna göre fıtığın türü olarak nüks oranı yukardaki tablo'da görülmektedir.Nüks fıtıkların 14'ü direkt olup, oran % 12.6,7'si ise indirekt olup,oran % 6.3 olarak çıkmaktadır.

Toplam olarak 111 hastanın 21'de nüks görülmüş olup,nüks oranıda % 18.9 olarak saptanmıştır.

T A R T I Ş M A

Fıtık insidansı için gerçek sayıların elde edilmesi zordur.Genel Olarak normal popülasyonun % 2-4'ünde fıtık saptanmıştır.İsviçre'de % 3.23,Amerika'da % 1.5 tir.Bütün fıtıkların yaklaşık % 75'i kasık bölgesinde tesbit edilmiştir.Kasık bölgesi fıtıklarının % 86'sı erkeklerde,% 14'ü kadınlarda görülmektedir(4,18,33,34).

Kasık fıtıklarının oluşumunda etkili faktör olarak Heredite,Kollegen sentezinin azalması,yaşlılık,ileri derecede zayıflama,şişmanlık,ağır kaldırma,sürekli öksürük,kabızlık,işeme güçlüğü,asit,gebelik,karın tümörleri,ani zorlamalar ve karın içi basıncını arttıran tüm olaylar fıtığın oluşumunda etkili oldukları iddia edilmiştir(4,9,18,19,23,26,38,39).

Fıtığın tedavisi cerrahi yöntemlerle sağlanır.Konservatif tedavi olarak her ne kadar fıtığın ameliyatsız tedavisi için fıtık bağları öneriliyorsa dahi bugün için terkedilmiş tedavi araçları eliyle kabul edilmektedir.Yalnız cerrahi girişim için kesin kontrendikasyon varsa veya hasta cerrahi tedaviyi redederse o zaman fıtık bağı önerilebilir.Ancak ameliyatla tedavi ihtiyacını ortadan kaldırmaz.Ayrıca anatomiye bozarak cerrahi girişimi daha zor bir hale getirir(7,18,37).

Andrews'in yaptığı bir çalışmada direkt inguinal fıtıkların orta ve ileri yaşta görülme insidansını yüksek,çocuk ve genç yaşta bir hayli düşük tesbit etmiştir(2).

Yapılan bir araştırmada indirekt inguinal fıtıklara, direkt inguinal fıtıklara oranla genç yaşta daha fazla görüldüğü saptanmıştır. (10,15,23,24) Çalışmamızda indirekt inguinal fıtıkların çoğunun genç yaşta, direkt inguinal fıtıklarında buna nazaran daha ileri yaşta tesbit ettik.

Fıtığın tür dağılımıyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada, primer hernilerde en sık görülen herni tipi indirekt inguinal hernilerdir. (% 64,7) Direkt inguinal herniler (% 31,1) ve femoral herniler (% 4,2) oranlarında saptanmıştır (18). Çalışmamızda sadece inguinal hernileri aldığımız için, indirekt inguinal herniler % 67,45, direkt inguinal herniler % 32,55 oranlarında tesbit ettik. Sonuçlarımız literatür sonuçlarıyla bir uyum sağlamaktadır.

Yaptığımız çalışmada kasık fıtıklarının nüks'ünü incelediğimiz için fıtıkların oluşması ve nedenleri üzerindeki detaylara değinmedik. Ancak uygulanan cerrahi yöntemler sayısız denilecek kadar çok ve farklı olmalarına ve fıtık cerrahisindeki ilerlemelere rağmen ameliyat sonrası fıtık nüks'ü bir türlü önlenememiştir. Bu nedenle biz kliniğimizde uyguladığımız 2 ameliyat yöntemindeki nüks'ün nedenlerini ve nüks'ün oluşmasında etkili olan faktörleri literatür ışığında tüm ayrıntılarına kadar incelemeye çalıştık.

Fıtıkların tamiri için son zamanlarda derin ve çok kuvvetli strüktürlerin kullanılmasında epeyce ilerlemeler kaydedilmiştir. Ancak yine de fıtık nüks'ü önlenememiştir.

Eğer bütün nüks faktörleri primer tamir esnasında bulunur ve iyi bir onarım yapılırsa dahi, nüks'ün en önemli nedeni olan doku zayıflığı elemanı var olabileceği gibi nüks'ün önünden geçmek bugünkü olanaklarla mümkün olmamaktadır.

(7,37) Fakat günümüzde çeşitli ameliyat yöntemleri uygun stür materyelleri ve bu konuda spesialize olmuş cerrahi beceri ve deneyimler geliştirilerek nüks oranında büyük bir düşüş kaydedildiği gösterilmiştir(1,10,13,17,21,25,31,35).

Nüks'ün oluşmasında etkili olan faktörlerin sayısı ve nedenleri pek çoktur.Yapılan bir araştırmada değişik tip nüks herniler tesbit edilmiştir.Fakat direkt tip herniler en sık rastlanan şekildir. Otörlerin ifadelerine göre iyi bir cerrahi tekniği takiben direkt nüks'ler,kötü bir tamiri takiben indirekt nüks'lerin meydana geldiği tesbit edilmiştir(7,10).Genel olarakta fıtık tamirinden sonra nüks'ün direkt tip fıtıklarda daha fazla olduğu saptanmıştır.Yapılan bir seri çalışmada 68 nüks herninin 37'si direkt (% 54.4),27'si indirekt (% 39.7),4'ü femoral(%5,9) ve 2'si Bilaculer yani (% 2,95) pantolon fıtığı şeklinde nüks meydana geldiği saptanmıştır (18).Çalışmamızda tesbit ettiğimiz 21 nüks'ün 14'ü direkt (% 12.6),7'si ise indirekt (% 6.3) olarak nüks etmiştir.Ancak 21 nüks fıtığının primer herni tipi ise 15'i indirekt,6'sı ise direkt fıtık şeklinde olduğunu saptadık.Bu nedenle tesbit ettiğimiz sonuçlar literatür sonuçlarına uymaktadır.

Fıtık ameliyatlardan sonra nüks'ün oluşmasında kullanılan değişik materyal ve tekniklerin rol oynadığı

ileri sürülmüştür. Ancak bugüne kadar nüks'ün gerçek sebebi bulunamamıştır. Nüks'ün ortaya konmasında önemli faktörlerden biri vakaların takip edilmesidir. Değerlendirmede takip süresinin uzunluğu büyük önem taşımaktadır.

Vakaların en azından 24 ay takip edilmesi gerekir. Takip süresi ne kadar uzun olursa sonuçlar o derecede tutarlı ve gerçeğe yakın olur(13,39). Çalışmamızda nüks'lü 21 vakanın en kısa izleme süresi 18 ay, en uzun izleme süresi 68 ay olup, ortalama takip süremiz 48 ay olarak tesbit edilmiştir. Ortalama takip süremiz literatürün ileri sürdüğü minimum izleme süresinin 2 katı olduğu ortaya çıkmaktadır.

Yapılan bir araştırmada önceki ameliyattan yıllar sonra fıtık nüks ederse, nüks olarak değerlendirilmeyeceği nüks direkt ve indirekt hernilerin aynı zaman aralığından sonra görüldükleri saptanmıştır(18).

Marsden 1958'de inguinal herni ameliyatından sonra ortaya çıkan femoral hernileri nüks herni olarak kabul edilmiyeceğini söylemiştir(18). Çalışmamızda daha önce inguinal herniden ameliyat olan bir vakanın femoral herni olarak nüks ettiğini tesbit ettik. Bizde bu vakayı nüks herni olarak değerlendirmedik.

Mevay ve arkadaşları nüks görüşündeki zaman faktörünün önemine değinmişler. Buna göre nüks ilk operasyondan yıllar sonra görülebilir. Bu nedenle kısa süreli sonuçla, uzun süreli sonuçları karşılaştırmak için bir formül geliştirmişlerdir. Formüle göre seri bir yıl izlenmişse 25 senedeki nüks oranı bunun 5 misli olur diye bir sonuca varmışlardır (18,23).

Nüks'ün oluşumunda muhtemel faktörler sayısız denilecek kadar çoktur. Bu faktörlerin önemlileri şu şekilde tesbit edilmiştir.

Hastanın yaşı ve genel durumu, primer herni tipi, batin duvarındaki ince adele dokusu intraabdominal basıncın yükselmesi, primer herni tamirinde fıtık kesesinin yetersiz çıkarılması, kullanılan stür materyelleri, uygulanan anestezi türü, tek seansta bilateral fıtık onarım, primer herni tamirinden sonra enfeksiyonun gelişmesi, cerrahın becerisi, kabiliyeti ve nüks'ün meydana gelmesinde en büyük faktör operasyon ve operasyonun seyri sırasında yapılan hatalardır. Çünkü nüks insidansının düşük seviyede tutulması için cerrahın stür materyal ve metodlarına ve operasyon tekniğiyle anatomik bölgenin en ince detaylarının çok iyi bilinmesi gerekmektedir(7,10,13,16,18,21,22,29,30,32,37).

Yaşın nüks herni oluşumunda etkili olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça sonuçlar kötü olmaktadır. 45 yaşın üzerindeki hastalardan alınan sonuçlar bu yaşın altındakilere oranla bir hayli kötüdür. İleri yaş guruplarında nüks oranları yüksektir(21).

Çalışmamızda izlediğimiz 21 nüks vakasında en küçük yaş 30, en büyük yaş 70 olup yaş ortalaması 54.1 olarak saptadık. 21 nüks'lü vakanın 14'ü 50 yaşın üzerinde olup, bu yaşın üzerindeki nüks oranımız % 66.66'dır. Sonuçlarımız literatür sonuçlarına uymaktadır.

Fıtıklı hastanın fizik durumunun bozulması sistemik ve local bazı komplikasyonlarının olması hastanın ileri

derecede şişman olması veya zayıf adele ve fascia transversalisinin bulunması durumlarında nüks meydana gelebilir. Zayıf adale ve zayıf fascia transversalisin beraberce bulunması halinde iyi bir tamir yapmak oldukça zordur. Adale gelişmesinin iyi olduğu durumlarda sonuçlar daha iyi olmaktadır. Fakat şişmanlarda alınan sonuçlar şişman olmıyanlara kıyasla beklenildiği kadar kötü değildir(21).

Nüks'ün meydana gelmesinde en büyük faktör operasyonun seyridir. İndirekt fıtıklarda kesenin tesbit edilmemesi ve incamplet bir disseksiyonun yapılması, internal halkaya ulaşılmamış olması ve bu arada var olan bir direkt fıtığın gözden kaçması nüks'ü davet eder.

Direkt fıtıklarda dokuların konjenital olarak zayıf olması, hatalı stür koyulması, stürler arasındaki dokunun fazla olması, stür aralığının hatalı olması, stürün çok sıkı bağlanması, fıtık bölgesinde aşırı bir gerilmenin oluşturulması ve gözden kaçmış bir indirekt herninin bulunması halinde nüks meydana gelir(16,22,29,30,32).

Genel olarak stür materyalinin tipi, absorbsiyonu, dokuları kesme özelliği, kopma özelliği ve konulan düğüm şekilleri nüks'ün oluşumunda rol oynamaktadır. Fıtık onarımında stür materyeli olarak katgut, keten, pamuk, ipek, naylon, mersilen, sunifileler, plastik tel, paslanmaz çelik tel, otogen ve korunmuş fascia loto greftleri kullanılmıştır (4,10,13,14,36). Kliniğimizde fıtık onarımında stür materyeli olarak ipek ve naylondan yapılmış dikiş materyeli kullanılmaktayız.

Absorbe olan stür materyellerinin nüks'e sebep oldukları, buna karşı absorbe olmıyan stür materyellerinin nüks'ün oluşumuna engel oldukları saptanmıştır. Buna göre stür materyellerinin nüks oranlarıyla ilgili yapılan bir araştırmada katgüt için nüks oranı % 7.7 ipek için nüks oranı ise % 1 olarak saptanmıştır. Fıtık onarımında katgüt kullanılması halinde, bir sene içinde max seviyede nüks görülebilir. İpek kullanılması halinde 2-10 yılları arasında max seviyede nüks olabileceği saptanmıştır. Bu nedenle stür materyelinin seçimi tartışmalıdır. Primer hernilerde ipeğin kullanılması halinde % 15,5 katgüt kullanılırsa % 20,3 oranında nüks görülür. Fascial materyal kullanılırsa nüks oranı % 45'tir. Bu yüksek oran fascial şeritlerin dar olmasına bağlanmıştır. Temelde absorbe olmıyan stür materyellerinin kullanılmasından sonra nüks oranı azalmıştır (7,10, 13,36,37).

Fıtık onarım esnasında aşırı gerilmenin oluşturulması nüks'ün meydana gelmesi için bir faktör olarak ileri sürülmüştür. Bugün fıtıkta kaybolan arka inguinal duvarı tamir etmek için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Klasik olarak Bassini'den beri Tendon Conjant inguinal ligamente dikiliyordu. Bu orjinal tekniğin sayısız modifikasyon ve varyasyonları vardır. Bu yöntemde rectusun ön kılıfında gevşetici insizyon yapılmadıkça dikişler devamlı bir gerilim altındadır ve inguinal ligamentin kenarı serbest olduğu için ayrılabilir ve paralel lifler kolayca parçalanır (20,23, 24).

Çalışmamızda Bassini yöntemiyle ameliyat ettiğimiz vakalarda gevşetici insizyon yapmadık. Anatomik onarım yöntemiyle ameliyat ettiğimiz vakalarda gevşetici insizyon yaptık ve böylece tamir alanında mevcut olan gerginliği ortadan kaldırmaya çalıştık.

Fıtık cerrahisinde uyulması gereken bazı temel kurallar vardır. İnguinalkanalın arka duvarını sağlamlaştırırken aynı cinsten olan dokuları birbirlerine dikmek gerekir. Ayrıca dokular birbirlerine gergin olarak dikilmemelidir. Operasyon alanında iyi bir hemostaz sağlanmalıdır. Fıtığın esas olduğu yer olan fascia transversalis tabakası onarılmalıdır. Günümüzde modern anlamda uygulanan cerrahi tedavinin dayandığı temel prensip fascia transversalis tabakalarında yapılan onarımdır(16,23,24,39). Bu nedenle bassini yönteminde aynı cinsten olmıyan dokuların birbirlerine dikilmeleri nedeniyle günümüzde tenkid edilmektedir. Oysa anatomik onarım yönteminde aynı cinsten olan dokuların birbirine dikilmesi yani fascianın fasciaya dikilmesi günümüz fıtık cerrahisinde daha çok tarafta ve güven kazanmıştır. Ayrıca fascia transversalisin 2 zayıf tabakasının üst üste bindirilmesi artan intraabdominal basınca karşı koyamaz.

Bu nedenle onarım sahasında gerginliği ortadan kaldırmak için Rectusun ön kılıfında gevşetici insizyon yapılmaktadır. Çalışmamızda izlediğimiz 111 Bassini ve 44 anatomik onarım yöntemleriyle ameliyat edilen vakalarda Bassini yönteminde 21 nüks saptadık. Fakat anatomik onarım yönteminde nüks tesbit edilmedi. Her ne kadar tüm nüks

sebeplerini Bassini yönteminde bulmuyorsak bile bu yöntemin yukardaki mahzurları nedeniyle nüks'e sebep olmayacağı da söylenemez.

Yapılan araştırmalarda fascia'ya konan stürler dayanaklılık bakımından kemik ve tendondan sonra gelir. Stürler arasındaki aralıkların fazla olması ve büyük doku lokmalarının doku atrofisine sebep olmaları nedeniyle nüks oranının arttığı tesbit edilmiştir(29,36).

Fıtık onarımında yaygın disseksiyon hoyrat davranış,yetersiz hemostaz,yabancı cisim mevcudiyeti ve parmak veya gazlı bez kullanılması sonucu ortaya çıkan aşırı travma bakterilerin gelişmesi için iyi bir ortam hazırlıyarak nüks'e sebep olmaktadır (10,13,17,29).

Nüks'ün en sık sebeplerinden birisi ilk ameliyatta fıtık kesisinin yetersiz çıkarılmasıdır(7,37).Kesenin tam disseksiyon ve yüksek ligasyon operasyonda zorluk çıkara-bilecek tek yordur.Yapılan araştırmalara göre nüks indirekt hernilerde nüks'ün kesenin yetersiz çıkarılmasına bağlı olduğu iddia edilmiştir.Ayrıca kese boynunun yetersiz bağlanması da nüks'ü oluşturuyor.Bunun çeşitli metodları vardır.Teorik olarak basit bir bağlama yeterlidir.Kese ağzı stürünün gayesi stürün kese stunphundan koymasını önlemektir.Kese stürü konunca peritondan dokulara geniş aralıklarla değil,küçük aralıklarla geçmek gerekir ki doku aralıkları kapansın(16,22,29,30,32).Kliniğimizde literatürde belirtilen şekilde kese ağzı stürü konmaktadır.

Hernideki defekti kapatırken yeniden oluşturulan iç halka,nüks'ü önlemeye yetecek kadar dar,fakat spermatik damarların büzülmesini önlemeye yetecek kadar geniş olmalı-

dır.Kordonun boyutları değişik olduğu için iç halkanın ne kadar geniş olması gerektiği tartışmalıdır.Cremaster adelerinin çıkarılmasıyla kordon boyutlarının azaltılarak bazı venler ve muhtemelen internal spermatik fascia bazı avantajlar sağlamakta fakat esas problem devam etmektedir.Nüks indirekt inguinal hernili hastaların 150'sinin 10'un-da iç halkanın gevşekliğinden nüks'ün oluştuğu ileri sürülmüştür(16,22,29).

Bilateral inguinal fıtıkların tek seansta onarımı nüks oranını arttırdığı ileri sürülmüştür.Kesin etyolojik faktör belli olmamakla birlikte nüks'ün oluşumunda aşırı gerilmenin rol oynadığı saptanmıştır.Ayrıca nüks'ün ilk önce yapılan fıtık onarımında meydana geldiği tesbit edilmiştir.(18,29) Serimizde tek seansta yapılan 11 bilateral fıtıktan 4'ünde nüks saptandı.

Cerrahi beceri ve kabiliyetin nüks oranında rol oynadığı ileri sürülmüştür.Buna göre yapılan bir sürü araştırma uzman ve asistanların yaptıkları fıtık onarımlarında uzmanların tamirinde nüks'ün daha düşük seviyede olduğu saptanmıştır(7,21,37).Çalışmamızda saptadığımız nüks vakalarının tümü asistanlar tarafından yapıldığını saptadık.

Fıtık onarımında yetersiz anestezinin nüks'e yol açtığı ileri sürülmüştür(16,22,29,30,32).Bazı literatürlerde local anestezinin kullanılmasıyla enfeksiyon oranının arttığı,buna bağlı olarak dokuda ödem ve ekimoz meydana geldiği ileri sürülmüşse bile bunun tersini iddia ederek local anestezikle daha iyi sonuçların alındığı ileri sürülmüştür(10,13,17).

Nitekim yapılan başka bir araştırmada kasık fıtıklarının local anesteziyle tamir edilmeleri, hastahane ücretlerini sınırlar. Komplikasyonları ve nüks oranlarını azaltır ve hastanın daha erken mobilize olarak % 80 oranında 3 gün ilâ 4 hafta arasında işine dönmesini sağlar(1,5). Shaudice hastahanesinde 29 yıllık dönemde 84.000 inguinal herni ameliyatı yapılmış. Çok güç tamirler dışında(% 0,5 vakada) bütün vakalarda local anestezi kullanıldığı tesbit edilmiştir(12). Biz local anesteziyi sadece çok yaşlı veya spinal yada genel anesteziyi tolere edemiyecek kadar hasta olan kişilere uyguladık. Serimizde 21 nüks vakasının 14'üne genel, 5'ne spinal ve 2'sine local anestezi uygulandığını tesbit ettik.

Fıtık onarımında yara enfeksiyonuyla nüks arasında bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. West, postoperatif yara enfeksiyonunda % 55 oranında nüks bildirmiştir(7,37). Orjinal herniorafilerden sonra enfeksiyonunun gelişmesi, kesi yerinde nedbe dokusunu arttırır (36). Özellikle boğulmuş fıtıkların acil operasyonla tedavilerinden sonra bazen ciddi enfeksiyonlar görülebilir. Local ve sistemik önlemlerle buradaki derin ve yüzeysel enfeksiyon önlenabilir. Buradaki derin ve yüzeysel enfeksiyon büyük bir oranda herni nüks'ünü arttırmaktadır(25,31). Enfeksiyon bazen basit bir apse şeklinde teşekkül eder. Bu gibi durumlarda enfeksiyon süratle rezorbe olur. Ancak hastayı daha uzun bir süre yatakta tutar. Fakat enfeksiyon bazende kronik sinus şeklinde olunca iyileşme ancak aylar sonra görülebilir. Burda sebep ab-

sorbe olmıyan stürlerin reaksiyonu söz konusudur.Çok nadir olarak stür materyelinin çıkarılması için ameliyat dahi gerekebildiği ileri sürülmüştür(21).Bunun oluşmaması için rutin antibiyotik ve absorbe olmıyan stürlerin alınması gerekir.Fıtıklarda yara enfeksiyonu % 3-6,4 oranlarında saptanmıştır.Serimizde post operatif enfeksiyon Bassini yönteminde 9 vakada (% 8,1) anatomik onarım yönteminde 3 vakada % 6,4 tesbit edildi.Sonuçlarımız literatür sonuçlarına uymaktadır.

Fıtık ameliyatlarından sonra erken ve geç komplikasyonlar görülmektedir.Erken komplikasyon olarak Rydell % 6,9 oranında sistemik komplikasyon tesbit etmiştir.Bağlıcaları akut gout,akut kolesistitisin nüks'ü intestinal obstriksiyon,gastrointentinal hemoraji,böbrek taşı,herperzoster karaciğer nekrozu ve akut psikoz gibi komplikasyonlar saptanmıştır(25,31).Serimizde bu tür sistemik komplikasyon tesbit edilmedi.Ancak postoperatif erken dönemde hemostazın iyi sağlanamadığı bassini yönteminde 7,anatomik onarımda 2 vakada hematoma,kardio-pulmoner şikayetler bassinide 4,anatomik onarımda saptanamadı.Anestezi ve prostat hipertrofisine bağlı üriner retansiyon bassinide 3,anatomik onarımda böyle bir komplikasyon görülmedi.

Geç komplikasyon olarak hidrosel'in teşekkül edebildiği ifade edilmiştir(25,31).Serimizde bassini yönteminde 3 vakada anatomik onarımda hidrocel saptanamadı.Diğer geç komplikasyon nöromaya bağlı kesi yerinde ağrı saptanmıştır.Nedeni ilioinguinal nöritis veya bu bölgede bulunan bir sinirin kesilmesi sonucu olduğu ifade edil-

miştir. Ancak kesi yerindeki ağrının gerçek sebebi tartışmalı olup 1-2 yıl sonra tamamen kaybolduğu saptanmıştır. Serimizde bassinide 4, anatomik onarımda 1 vakada kesi yerinde ağrı tesbit ettik. Bunlardan başka komplikasyon olarak hastalarda terticulen atrofi, impotans, trombo-embolik hadiselerin gelişebileceği ifade edilmiştir(21,25,31).

En önemli geç komplikasyon herninin nüks etmesidir. Malesef nüks kriterleri hakkında standart bilgiler yoktur. Kıyaslamalar aynı seride yapılır. Güvenilir sonuçlar için seriler büyük olmalı. Herni tipine ve tamir yöntemine göre küçük guruplara ayrılmalı ayrıca yaşı artması, fizik yapının zayıflığı, post operatif işin tabiatı nüks oluşumunu arttırdığı ifade edilmiştir(21). Serimizde 111 bassini yöntemiyle ameliyat olan hastalardan 21'inde nüks tesbit ettik. Anatomik onarım yöntemiyle ameliyat olan 44 hastada nüks saptamayadık.

Nüks'ün oluşumunda rol oynayan faktörlerden biride fıtıklı hastanın ameliyattan sonraki yaşamı söz konusudur. Ameliyattan sonra yapılan ağır işlerle neticelerin bozulması beklenir. Ama bu kesin olarak gösterilmemiştir. Sebebi bir insanın fiziğinin yaptığı işe göre orantılı olmasına bağlıdır. Daha iyi bir fizik yapıda iyi bir tamirin sonuçlarının daha iyi olduğu ve zorlanmalara daha iyi tahammül ettiği çeşitli araştırmalarla saptanmıştır(8,21,25,31).

Çalışmamızda bassini yönteminin uygulandığı 111 hastanın ameliyattan sonraki dönemde 46'sının ağır, 41'nin hafif ve 24'nün normal işlerle uğraştıklarını tesbit ettik.

Anatomik onarım yönteminin uygulandığı 44 hastanın ise 20'si ağır, 13'ü hafif ve 11'i normal işlerle uğraştıklarını saptadık. Bu nedenle ameliyattan sonraki yaşamın nüks'ü ne derece etkilendiği literatürlerde bile kesin olarak tesbit edilmemiştir.

Anatomik onarım yönteminden başka fıtık tamirinde transvers fasciadaki defektin kapatılması prensibine dayanan Shauldice yöntemi geliştirilmiş, ancak seri çok az sayıda olduğu için izlenemedi. Shauldice yöntemi Kanada'nın Toronto kentindeki Shauldice hastahanesinde 1 Ocak 1945 ve 1 Ocak 1973 yılları arasındaki 29 yıllık dönemde 84.000 inguinal fıtıklı hastaya uygulanmış. Bu serideki total nüks oranı % 0.8'dir. Yöntemin başlıca özellikleri tüm vakalara rutin olarak local anestezinin uygulanması fascia transversalis'in iç halka düzeyinde kordon elemanları ve fıtık kesesinden keskin disseksiyonla tamamen serbestleştirilmesi, Cremosterik damarların bağlanması ve fascia cremostericanın üst ve alt flepleri rutin olarak çıkarılır. Daha sonra fascia transversalis iç halkadan başlanarak tuberculum pubicum kadar kesilir. Alt flebin medial yarısı rectus kılıfının lateral kenarına veya altına dikilir. İç halka oluşturulur. Üst flebin serbest kenarı pauparda dikilir. Bu sırada dikişler internal oblik ve tendon conjointten geçerler. Bu dikiş hattının üzerine obliquus externus fascianın alt flebi 3'cü kat olarak obliquus intermuscularis dikilir. Stür materyeli olarak paslanmaz çelik tel kullanılmıştır (11, 12, 17, 35).

Çeşitli ameliyat yöntemlerinin uygulanmasından sonra görülen fıtık tekrarı oranı ve diğer bilgiler aşağıdaki tablo'da toplanmıştır.

1.TABLO : Çeşitli Yöntemlerden Sonraki Fıtık Tekrarı Oranı.

YAZAR	VAKA S.	YIL	İZLEME SÜRESİ SÜRESİ(OR.YIL)	UYGULANAN TEKNİK	NÜKS ORANI
MEVAY	1211	1967	22	Mevay	% 3.2
MARGOLES	775	1966	3	150 preperitoneal, 625 klasik yöntem, Bassini Holsted Zimmerman	% 5 % 25
MARSDEN	1100	1958	3	Mearthus Morrison Bassini	% 7-19
MYHUS	777	1963	8	Preperitoneal	% 0.8-5
GLASSOW	84.000	1973	29	Shouldice	% 0.8
BİZİM	155	1983	4.6	111 Bassini 44 Anatomik Onarım	% 18.9 -

Tablo'da görüldüğü gibi vaka sayısı ve izleme süresi bakımından en düşük nüks oranı Shoudice yönteminde dir. Diğer yöntemlerin tümünde belirli bir oranda nüks saptandığı görülmektedir.

Ancak serimizde izlediğimiz 111 Bassini yöntemiyle ameliyat olan hastamızda nüks oranı % 18.9 ,Anatomik onarım yönteminde nüks saptanamadı.Ancak 44 vakalık küçük bir seriyle bu yöntemde nüks görülmez diye bir fikir ileri sürülmez. Fakat diğer yöntemlerden daha düşük bir nüks oranına sahip olabileceği için üstünlüğü iddia edilebilir.

S O N U Ç

Kasık fıtıklarının tüm dünya'da ve bu arada ülkemizde de insidansının yüksek bulunması ve sadece cerrahi yöntemlerle tedavi edilebilmesi, Cerrahi de önemli ve geniş bir yer tutmasını sağlamıştır. Günümüzde teşhis ve tedavisi oldukça kolay olan kasık fıtıklarının nüks etmemesi için sayısız denilecek kadar pek çok teknik yöntem geliştirilmiştir. Ancak nüks'ün oluşumuna mani olunamamıştır. Çünkü nüks'ün meydana gelmesinde etkin olan faktörler sayısız denilecek kadar çoktur. Günümüzde çeşitli ameliyat yöntemleri, uygun stür materyelleri ve bu konuda sperialize olmuş cerrahi beceri ve deneyimler geliştirilerek nüks oranında büyük bir düşüş kaydedilmiştir.

Eğer bütün nüks faktörleri primer tamir esnasında bulunur ve iyi bir onarım yapılırsa dahi nüks'ün en önemli nedeni olan doku zayıflığı var olduğundan bunun önüne geçmek bugünkü olanaklarla mümkün olmamaktadır. Bu nedenle fizik yapının nüks oluşumunda büyük bir rolü vardır. İyi bir fiziki yapıda yapılan fıtık tamirinin nüks etme insidansı çok düşüktür.

Nüks'ün meydana gelmesinde yaş çok önemli bir faktördür. Bunun için genç yaşta yapılan tamirin ileri yaşlarda yapılanlardan daha iyi olduğu tesbit edilmiştir.

Sonuç olarak tüm bu faktörler göz önüne alınarak nüks oranının azaltılması için cerrahın özellikle stür materyal ve metodlarına ve operasyon tekniğinin tüm detaylarını çok iyi bilmesi gerekmektedir.

Ö Z E T

Bu çalışma 1 Ocak 1976 ile 1 Ocak 1984 tarihleri arasında D.Ü.T.F.Genel Cerrahi Kliniğinde kasık fıtığı nedeniyle Bassini ve Anatomik Onarım teknikleri uygulanan 155 hasta üzerinde yapılmıştır.

Hastalarımız 12-80 yaşları arasında olup, Bassini tekniğiyle ameliyat olanlarda yaş ortalaması 47.9, Anatomik onarım tekniğiyle ameliyat olanlarda yaş ortalaması 38.6'dır.

Bassini yöntemiyle ameliyat olan 111 hastanın en kısa izleme süresi 16 ay, en uzun 88 ay olup, ortalama izleme süresi 45 ay olarak tesbit edilmiştir. Anatomik onarım tekniğiyle ameliyat olan 44 hastanın en kısa izleme süresi 17 ay, en uzun 90, ortalama izleme süresi 32 ay olarak saptanmıştır.

İzlediğimiz bu vakalarda teknik yöntemler gözönüne alınarak nüks oranları ve nüks'ün oluşumunda etkili olan tüm faktörler tartışılarak çalışmamızı sürdürdük.

Neticede Bassini yöntemiyle ameliyat olan 111 hastanın 21'inde nüks meydana geldiğini tesbit ettik. Ancak anatomik onarım yöntemiyle ameliyat olan 44 hastada nüks saptamayadık.

L İ T E R A T Ü R

- 1 - ABDU, R.A. : Ambulatory herniorrhaphy under local anesthesia in a community hospital. *amer.j.surg.*, 145: 353, 1983.
- 2 - ANDREWS, E. : History of development of technique of herniotomy, *ann.m.hist.*, 7:451-466, 1935.
- 3 - ANDREWS, E. : A method of herniotomy utilizing only white fascia. *ann.surg.*, 80:225, 1924.
- 4 - ARAT, I.R. : Fıtıklar : DEĞERLİ, Ü. : Genel cerrahi. birinci baskı. fatih gençlik vakfı matbaa işletmesi, istanbul 1983, 462-488.
- 5 - BOWEN JR, THOMPSON WR, DORMEN BA, SOCLERBERG CH, SHAHİNİA TK. : Change in management of adult groin hernia. *amer.j.surg.*, 135 : 564-569, 1978.
- 6 - CARLSON, R.I. : The historycal development of surgical treatment of inguinal hernia. *surgery.*, 39:1031, 1956.
- 7 - CLEAR, J.J. : Ten year statistical study of inguinal hernias. *arch.surg.*, 62 : 70, 1951.
- 8 - CONDON, R.E. : Surgical anatomy of the transversus abdominis and transversalis fascia. *ann.surg.*, 173 :1, 1971.
- 9 - CONNER, W.T., and PEACOCK, E.E. : Some studies on the etyology of inguinal hernia. *amer.j.surg.*, 126:732, 1973.
- 10 - FALLIS, I.S. : Recurrent ing hernia :an analysis of two hundred operations. *ann.surg.*, 106 :363, 1937.
- 11 - GLASSOW, F. : Short-stay surgery (shouldice technique) for repair of inguinal hernia. shouldice hospital to-ronto. *ann.r.col.surg.engl.*, 58 :133, 1976.
- 12 - GLASSOW, F. : The shouldice repair of inguinal hernia, in :VARCO, R.L., DELANEY, J.P. : Controversy in surgery, w.b.saunders company, philadelphia, 1976, 375-386.
- 13 - GLASSOW, F. : Recurrent inguinal and femoral hernia. *br.med.j.* 109 : 1-215, 1970.
- 14 - KAUFFMAN, H.M. : and O'BRIEN, D.P. : Selective reduction of incarcerated inguinal hernia. *amer.j.surg.*, 119 : 666, 1970.

- 15 - KILBOURNE, B.C. : Inguinal and femoral hernioplasty in the adult. *surg. clin. nort. amer.*, 41 : 221, 1961.
- 16 - KOONTZ, A.R. : Inguinal hernias; some causer of recurrence. *amer. j. surg.*, 82:474, 1951.
- 17 - KOONTZ, A.R. : Views on the choice of operation for inguinal hernia repair. from the department of surgery of the Johns Hopkins University school of medicine and the Johns Hopkins hospital. *ann. surg.*, 143 : 868, 1956.
- 18 - LJUNGDAHL, I. : Inguinal and femoral hernia : personal experience with 502 operations *acta. chir. second.*, suppl. 439, 1973.
- 19 - MADDEN, J.L., HAKIM, S., and ATHANASIOS, A.B. : The anatomy and repair of inguinal hernias. *surg. clin. nort. amer.*, 51:1269, 1971.
- 20 - MARGOLES, J.S., and BRAUN, R.A. : Preperitoneal versus classical hernioplasty. *amer. j. surg.*, 121 : 641, 1971.
- 21 - MARSDEN, A.J. : Inguinal hernia. a three year review of two thousand cases. *brit. j. surg.*, 216 : 384, 1962.
- 22 - MARTIN, J.D., JR., and STONE, H.H. : Recurrent inguinal hernia. *ann. surg.*, 156 : 713, 1962.
- 23 - MCVAY, C.B. : Cooper's ligament Hernioplasty, in : VARCO, R.L., DELANEY, J.P. : Controversy in surgery, w.b. saunders company, philadelphia, 1976, 367-373.
- 24 - MCVAY, C.B., and CHAPP, J.D. : Inguinal and femoral hernioplasty, the evaluation of a basic concept. *ann. surg.*, 48 : 499, 1958.

- 25 - NYHUS, L.M. : Complications of hernial repair, in : ARTZ, C.L. and HARDY, J.D. : management of surgical complications, third edition, W.B. Saunders company, Philadelphia, 1975, 659-670.
- 26 - NYHUS, L.M. : An anatomic reappraisal of the posterior inguinal wall. special consideration of the iliopubic tract and its relation to groin hernias. surg. clin. north. amer., 44 : 1305, 1964.
- 27 - PALUMBO, L.T., and SHARPE, W.S. : Primary inguinal hernioplasty. in the adult. surg. clin. north. amer., 51 : 1293, 1971.
- 28 - PEACOCK, E.E., and MADDEN, J.W. : Studies on the biology and treatment of recurrent inguinal hernia : annals of surg., 179 : 567, 1974.
- 29 - POSTLETHWAITE, R.W. : Recurrent inguinal hernia. amer. j. surg., 107 : 739, 1964.
- 30 - RYAN, E.A. : Recurrent hernias; analysis of 369 conservative cases of recurrent inguinal and femoral hernias. surg. gynec. obst., 96 : 343, 1953.
- 31 - RYDELL, W.B. : Inguinal and femoral hernias. arch. surg., 87 : 493, 1963.
- 32 - STEIN, H.E., and CASTEN, D. : Study of recurrences following inguinal hernioplasty, with report of new operation. surg., 14 : 819, 1943.
- 33 - THIEME, E.T. : Recurrent inguinal hernia. arch. surg., 103 : 238, 1971.

- 34 - UĞUR,D.A. : İnguinal ve femoral fıtıkların cerrahi tedavisi.dördüncü baskı.
yaycıoğlu matbaası Ankara.1980,60-71.
- 35 - UĞUR,D.A. : İnguinal fıtık ameliyatlarında shouldice yöntemi.Ankara üni.tıp fakültesi mecmuası.,28:805,1975.
- 36 - WEINSTEIN,M.,and ROBERTS,M. : Recurrent inguinal hernia follow-up study of 100 postoperative patients.
amer.j.surg.,129:564,1975.
- 37 - WEST,E.T.,GIBSON,L.K.,and CUPP,H.B. : Operative treatment of inguinal hernia :Report of 1048 cases,south.
m.j.31 : 726,1938.
- 38 - WINTSCHAFTER,Z.T.,and BENTLEY,J.P. : Hernias as a collagen maturation defect ann.surg.,160 : 852,1963.
- 39 - ZIMMERMAN,L.M. : Recurrent inguinal hernia.surg.clin.
mort.amer.51 : 1317-1324,1971.