

Comparison of Early Complications and Recurrence rates between Laparoscopic (TAPP) and Open Repair (Lichtenstein) of Inguinal Hernia

Behzad Nemati Honar¹, Khosro Ayazi², Alireza Mirkheshti³, Mansour Nateghi⁴, Mohammad faryadras⁵

1.Associate Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Email: behzadnematihonar@yahoo.com. ORCID: 0000-0001-9247-7268

2.Associate Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, E mail: Khayazi@gmail.com. 0000-0001-7452-7081

3.Associate Professor of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, E mail: drmirkheshti@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2781-5843

4.Resident of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E mail: mansournateghi@gmail.com. ORCID: 0000-0002-8650-5493

5. MSc in Epidemiology, Farshchian (Sina) Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: feryadresmohammad@gmail.com. ORCID: 0000-0002-4490-6897

Corresponding Author: Mansour Nateghi, Resident of General Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: 09197629745 E mail: mansournateghi@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: Controversy exists over the preferred surgical method for inguinal hernia repair between the open and laparoscopic methods. This clinical trial was performed to compare the rate of early complications and recurrence rates of inguinal hernia between laparoscopic (TAPP) and open methods (Lichtenstein).

Material and Methods: In this clinical trial, 84 patients who were candidates for elective inguinal hernia repair at Imam Hossain Hospital were randomly divided into two groups: TAPP and Lichtenstein groups. Spinal anesthesia was used for both groups. Patients were followed for short-term complications (e.g. infection, seroma, hematoma, postoperative pain), hospitalization stays, and recurrence within the first year. Data were analyzed using SPSS software (version 16).

Results: There were no significant differences between the two groups in terms of age and gender. Unfortunately, in the TAPP group, 23 patients (54.8%) received general anesthesia due to lack of co-operation, excessive abdominal wall stiffness, and failure of spinal anesthesia. We found shorter hospitalization stay ($P < 0.001$), less postoperative pain in the first 24 hours ($P < 0.001$), and longer operative time ($P < 0.001$) in the TAPP group compared with those in the Lichtenstein group. There were no significant differences between the two groups in terms of infection and recurrence rates in the first year. Seroma was seen only in 16.7% of the patients in the Lichtenstein group ($P < 0.012$). Pain intensity measured in the first 24 hours at three-time points (1, 8, and 24 hours) was lower in the TAPP group with spinal anesthesia than in the TAPP with GA and Lichtenstein groups ($P < 0.001$).

Conclusion: The results of this study showed that TAPP with spinal anesthesia is associated with reduced postoperative pain in the first 24h, and irrespective of the type of anesthesia TAPP is associated with lower risk of seroma formation.

Key words: Inguinal Hernia, Lichtenstein's repair, Laparoscopic hernioplasty

Received: Sep 17, 2020

Accepted: July 5, 2021

How to cite the article: Behzad Nemati Honar, Khosro Ayazi, Alireza Mirkheshti, Mansour Nateghi, Mohammad faryadras. Comparison of Early Complications and Recurrence rates between Laparoscopic (TAPP) and Open Repair (Lichtenstein) of Inguinal Hernia. *SJKU* 2022;27(1):46-54

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

مقایسه میزان عوارض زودرس و عود در جراحی هرنی اینگوینال به روش‌های لاپاراسکوپیک (TAPP) و باز (Lichtenstein)

بهزاد نعمتی هنر^۱، خسرو ابازی^۲، علیرضا میرخشتی^۳، منصور ناطقی^۴، محمد فریادرس^۵

۱. دانشیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران ایران. کد ارکید: ۷۲۶۸-۷۴۲۷-۹۴۲۷-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۲. دانشیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران ایران. کد ارکید: ۷۰۸۱-۷۴۵۲-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۳. دانشیار جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران ایران. کد ارکید: ۵۸۴۳-۲۷۸۱-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۴. دستیار جراحی عمومی جراحی عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران ایران. (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۹۱۹۷۶۲۹۷۴۵، پست الکترونیک:

mansournateghi@gmail.com، کد ارکید: ۵۴۹۳-۸۶۵۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۵. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، بیمارستان فرشچیان (سینا)، همدان، همدان ایران. کد ارکید: ۶۸۹۷-۴۴۹۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: در ارتباط با اینکه کدام روش برای ترمیم هرنی اینگوینال ارجح است اختلاف نظر وجود دارد و نتایج مطالعات انجام شده بحث برانگیز است. بر همین اساس مطالعه کارآزمایی بالینی حاضر با هدف مقایسه میزان عوارض زودرس و عود در جراحی هرنی اینگوینال به روش‌های لاپاراسکوپیک (TAPP) و باز (Lichtenstein) انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۸۴ بیمار کاندید جراحی هرنی اینگوینال در بیمارستان امام حسین (ع) تهران، به طور تصادفی در دو گروه جراحی لاپاراسکوپیک (TAPP) و جراحی باز (Lichtenstein) با بیهوشی به روش بی‌حسی نخاعی قرار گرفتند. بیماران از نظر عوارض کوتاه مدت، درد پس از جراحی (VAS)، عفونت، سروما و تعداد روزهای بستری و عود در سال اول پیگیری شدند. داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS نگارش ۱۶ تجزیه و تحلیل آماری شد.

یافته‌ها: در گروه TAPP، ۲۳ بیمار (۵۴/۸٪) به دلیل عدم همکاری بیمار، سفتی بیش از حد جدار شکم و عدم موفقیت در بی‌حسی نخاعی، بیهوشی عمومی را دریافت کردند. زمان بستری ($P < 0.001$)، درد پس از جراحی در ۲۴ ساعت اول ($P < 0.001$) در گروه جراحی لاپاراسکوپیک کمتر و در مقابل زمان عمل جراحی بیشتر از گروه جراحی باز بود ($P < 0.001$). هر دو گروه از نظر عفونت و عود در سال اول اختلاف معنی‌داری نداشتند. سروما تنها در ۱۶/۷٪ بیماران جراحی باز مشاهده شد ($P < 0.012$). شدت درد در ۲۴ ساعت اول در هر سه زمان اندازه‌گیری شده (۱، ۸ و ۲۴ ساعت) در گروه لاپاراسکوپیک با بیهوشی به روش بی‌حسی نخاعی کمتر از گروه لاپاراسکوپیک با بیهوشی عمومی و بیماران جراحی باز بود ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: حاضر نشان داد که روش جراحی لاپاراسکوپیک (TAPP) با بی‌حسی نخاعی در بیماران هرنی اینگوینال با کاهش درد پس از عمل جراحی در ۲۴ ساعت اول و روش لاپاراسکوپیک (بدون در نظر گرفتن نوع روش بی‌دردی) با احتمال تشکیل سرومای کمتری در مقایسه با روش باز همراه است.

کلمات کلیدی: فتق اینگوینال، هرنی اینگوینال، لاپاراسکوپیک، جراحی باز

وصول مقاله: ۹۹/۶/۲۷ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۰/۳/۱۴ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۱۴

مقدمه

حدود ۷۵٪ فتق‌های دیواره شکم در ناحیه کشاله ران رخ می‌دهد. خطر ابتلا به فتق ناحیه کشاله ران در طول زندگی یک مرد ۲۷٪ و در زنان ۳٪ است. از کل موارد ترمیم‌های فتق اینگوینال ۹۰٪ موارد مربوط آقایان و ۱۰٪ موارد مربوط زنان است. (۱) فتق‌های اینگوینال از بیماری‌های شایع جراحی بوده که نیازمند اقدام جراحی می‌باشند چراکه در صورت عدم ترمیم احتمال بروز عوارضی همچون گانگرن روده (در اثر استرانگولاسیون هرنی) وجود دارد (۲). در دهه‌های گذشته جهت ترمیم هرنی‌های ناحیه اینگوینال از روش‌های باز استفاده می‌شد. با پیدایش روش‌های لاپاراسکوپی به عنوان یک روش کمتر تهاجمی مطالعات گسترده‌ای در جهت مقایسه روش باز و لاپاراسکوپی به عمل آمد که نتایج متغیری در برداشته‌اند و هنوز بر روش ارجح در ترمیم هرنی‌های اینگوینال اجماع نظر وجود ندارد (۳، ۴) در یکی از مطالعات اخیر به عمل آمده تنها در درد پس از جراحی روش لاپاراسکوپی تفاوت معناداری با روش باز داشته است. (۳) همچنین اخیراً استفاده از بی‌حسی اسپینال در اعمال جراحی لاپاراسکوپی رو به افزایش است که در برخی از مطالعات به عمل آمده در سال‌های اخیر حداقل در زمینه کاهش درد روش بی‌حسی اسپینال نسبت به روش بیهوشی عمومی برتری داشته است (۵، ۶) با در نظر گرفتن عوارض زودرس (همچون درد بعد از عمل، عفونت، همتوم، سروما و ...) و عود هرنی، ترمیم هرنی برای یک جراح چالش بزرگی به حساب می‌آید؛ لذا به کارگیری یک روش جراحی با میزان عود و عوارض زودرس کمتر، اهمیت بسزایی پیدا می‌کند. در این مطالعه کارآزمایی بالینی آینده‌نگر روش‌های هرنیورافی باز با مش با بی‌حسی اسپینال و هرنیورافی لاپاراسکوپی (TAPP) با بی‌حسی اسپینال با هدف شناسایی روش ارجح جراحی مقایسه خواهند شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی از ابتدای اردیبهشت تا پایان آبان ماه سال ۱۳۹۷ در بیمارستان امام حسین (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. در ابتدا شرایط مطالعه به‌طور کامل برای تمامی بیماران توضیح داده و از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی و در صورتی که بیمار شرایط گرفتن رضایت‌نامه کتبی را نداشتند از قیم فرد رضایت گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت شرکت در مطالعه، فتق اینگوینال یک‌طرفه اولیه (عود نکرده) غیر اینکارسره، سن بیشتر و مساوی ۱۸ سال. بیمارانی که عدم رضایت شرکت در مطالعه، هرنی عود کرده، هرنی دوطرفه و مشاغل سنگین از مطالعه خارج شدند. کمیته اخلاق دانشگاه علوم شهید بهشتی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.MSP.REC.1397.480 این مطالعه را تأیید کرد همچنین در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) با کد IRCT20200727048228N1 این مطالعه ثبت شد. پیش از انجام عمل جراحی کلیه بیماران تک‌دوز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک دریافت کردند. کلیه بیماران هر دو گروه توسط یک جراح واحد تحت عمل قرار گرفتند و از مش‌های پرولن ساخت برند BARD استفاده شد. جهت بی‌حسی اسپینال در هر دو گروه جراحی باز و لاپاراسکوپی ۱۵ میلی‌گرم بوپروکائین نیم درصد استفاده شد. طی عمل جراحی گروه لاپاراسکوپی برای تحمل insufflation تحت آرام‌بخشی مختصر با میدازولام (۱ میلی‌گرم)، فنتانیل (۱۰۰ میلی‌گرم) و انفوزیون پروپوفول (۱۳۰ میلی‌گرم در ساعت) قرار گرفتند و فشار داخل شکم نیز در محدوده ۱۰ میلی‌متر جیوه نگه‌داشته شد. پس از عمل آنتی‌بیوتیک در هیچ‌یک از گروه‌ها تجویز نشد. ارزیابی شدت درد بیمار با توجه به معیار Visual Analog Scale صورت گرفت. در این روش با استفاده از یک خط کش مدرج که از صفرتا ۱۰ سانتی‌متر مشخص شده است درد بیمار پرسیده شد. به بی‌دردی کامل امتیاز ۰ و بیشترین میزان دردی که فرد تجربه کرده است میزان ۱۰ داده شد. میزان درد بلافاصله پس از اتمام عمل، ۸ و ۲۴ ساعت پس از عمل

یافته‌ها

در گروه لاپاراسکوپیک ۸۷٪ و در گروه جراحی باز ۸۸٪/۱ مرد بودند. در گروه TAPP ۵ مورد به دلیل عدم موفقیت در اسپینال، ۹ مورد عدم تحمل و همکاری بیمار و ۸ مورد سفتی بیش از حد جدار شکم و عدم امکان تزریق گاز پس از بی‌حسی اسپینال بیهوشی عمومی نیز گرفتند. در گروه جراحی باز تمام بیماران به روش اسپینال بیهوشی برای آن‌ها انجام شد. همچنین از نظر میانگین سنی دو گروه باهم اختلاف آماری معنی نداشتند (جدول ۱). در گروه جراحی لاپاراسکوپیک با اختلاف معنی‌داری زمان جراحی بیشتر از گروه جراحی باز بود اما زمان بستری در بیمارستان در گروه جراحی لاپاراسکوپیک با اختلاف معنی‌داری کمتر بود. زمان بستری در بیمارانی که لاپاراسکوپیک و بیهوشی عمومی دریافت کردند بیشتر از گروه اسپینال بود (جدول ۲). شدت درد در ۲۴ ساعت اول در هر سه زمان اندازه‌گیری شده با اختلاف معنی‌داری در گروه لاپاراسکوپیک کمتر از جراحی باز بود (جدول ۳). شدت درد در ۲۴ ساعت اول در هر سه زمان اندازه‌گیری شده با اختلاف معنی‌داری در گروه لاپاراسکوپیک با بیهوشی به روش اسپینال کمتر از گروه با بیهوشی جنرال و جراحی باز بود. در ۸ ساعت اول تفاوت هر سه میانگین باهم معنی‌دار بود. در هشت ساعت دوم اختلاف گروه اسپینال در گروه لاپاراسکوپیک با هر دو گروه معنی‌دار بود؛ اما بین گروه بیهوشی عمومی و جراحی باز اختلاف معنی‌داری دیده نشد. در ۲۴ ساعت اول تنها تفاوت گروه اسپینال در گروه لاپاراسکوپیک با جراحی باز معنی‌دار بود (جدول ۴). فراوانی عفونت و سرما پس از جراحی در گروه جراحی باز بیشتر از گروه لاپاراسکوپیک بود که در سروما تفاوت معنی‌دار بود. عود در گروه لاپاراسکوپیک بیشتر بود؛ اما معنی‌دار نبود (جدول ۵).

ارزیابی شد. کلیه بیماران ۵۰۰ میلی‌گرم استامینوفن هر ۶ ساعت و حداکثر ۳ دوز مورفین دریافت کردند و ارزیابی درد بیماران قبلی از تجویز نارکوتیک به عمل آمد. درد و عوارض پس از عمل زودرس طی دو ویزیت (۴۸ ساعت و یک هفته پس از ترخیص) در درمانگاه تحت معاینه بالینی قرار گرفتند. برای بررسی میزان عود بیماران طی دو ویزیت (۶ و ۱۲ ماه بعد) دعوت و تحت معاینه بالینی قرار گرفتند.

روش تصادفی سازی: برای این منظور از روش بلوک‌های تصادفی (Block Randomization) چهارتایی استفاده شد. برای این منظور، چهار برگه کاغذی تهیه شد. بر روی دو برگه حرف A و بر روی دو برگه دیگر حرف B را نوشتیم برگه‌ها را باهم مخلوط نموده و در کشو میز قراردادیم با مراجعه‌ی هر یک از بیماران واجد شرایط، یکی از برگه‌ها را به صورت تصادفی بیرون کشیده شد و بر اساس این برگه بیرون کشیده شده به یکی از دو گروه انجام جراحی به روش باز یا روش لاپاراسکوپیک اختصاص داده شد. پس از بیرون کشیده شدن تصادفی زمانی هر چهار برگه، مجدداً همه برگه‌ها به کشو برگردانده شد و مجدداً عمل فوق برای چهار بیمار بعدی تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر ادامه داده شد. با توجه به انجام مداخله امکان کور سازی فراهم نشد.

تجزیه و تحلیل آماری

در این مطالعه برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ننگارش ۱۶ استفاده گردید. سطح معنادار آماری کمتر از ۰۰۵ صدم در نظر گرفته شد. توصیف داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی بایان میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و نسبت و درصد برای متغیرهای کیفی انجام شد. برای مقایسه ارتباط متغیرهای کیفی با یکدیگر از آزمون کای مربع Chi (Square) یا آزمون دقیق فیشر و متغیرهای کمی از t-test استفاده شد.

جدول ۱: مقایسه متغیرهای پایه در هر دو هر دو گروه مطالعه

P-value	جراحی باز	لاپاراسکوپیک	متغیر
*۰/۲۶۱	۴۷/۱ ± ۱۳/۸	۵۰/۵ ± ۱۴/۲	M ± SD (سال)
**۱/۰۰	۳۷/۵	۳۶/۶	جنسیت (زن/ مرد)

Note: M: mean, SD: Standard deviation, *: t-test, **: Fisher's exact or Chi2

جدول ۲: مقایسه زمان جراحی و طول مدت بستری در دو گروه مطالعه

P-value(t-test)	جراحی باز	لاپاراسکوپیک	متغیر
< ۰/۰۰۱	۴۲/۴ ± ۸/۴	۸۲/۳ ± ۱۱/۲	M ± SD (دقیقه) زمان جراحی
۰/۰۲۱	۱/۴ ± ۰/۴	۱/۲ ± ۰/۳	M ± SD (روز) مدت بستری

جدول ۳: مقایسه شدت درد (VAS) پس از جراحی در دو گروه مطالعه

P-value(t-test)	جراحی باز	لاپاراسکوپیک	زمان
< ۰/۰۰۱	۶/۱ ± ۱/۷	۳/۷ ± ۱/۸	M ± SD یک ساعت بعد
< ۰/۰۰۱	۵/۸ ± ۱/۵	۴/۱ ± ۱/۷	M ± SD ۸ ساعت بعد از جراحی
۰/۰۰۱	۴/۰ ± ۱/۰	۲/۸ ± ۱/۴	M ± SD ۲۴ ساعت بعد از جراحی

جدول ۴: مقایسه شدت درد (VAS) پس از جراحی در بیماران لاپاراسکوپیک با بیهوشی متفاوت و گروه جراحی باز

P (ANOV)	جراحی باز	بیهوشی عمومی	اسپینال	درد
< ۰/۰۰۱	۶/۱ ± ۱/۷	۵/۱ ± ۱/۰	۲/۰ ± ۰/۵	M ± SD یک ساعت بعد
< ۰/۰۰۱	۵/۸ ± ۱/۵	۴/۹ ± ۰/۹	۳/۱ ± ۲/۰	M ± SD ۸ ساعت بعد از جراحی
< ۰/۰۰۱	۴/۰ ± ۱/۰	۳/۸ ± ۰/۹	۱/۶ ± ۰/۸	M ± SD ۲۴ ساعت بعد از جراحی
				زمان بستری
۰/۰۰۳	۱/۴ ± ۰/۴	۱/۳ ± ۰/۳	۱/۰ ± ۰/۱	M ± SD روز

جدول ۵: مقایسه عوارض کوتاه مدت و بلندمدت در دو گروه مطالعه

P-value(Fisher's exact)	جراحی باز	لاپاراسکوپیک	عوارض
۰/۶۱۶	۲ (۴/۷)	۱ (۲/۴)	عفونت
۰/۰۱۲	۷ (۱۶/۷)	-	سروما
۰/۶۷۶	۲ (۴/۷)	۴ (۹/۵)	عود در سال اول

بحث

هدف از انجام این مطالعه کارآزمایی بالینی مقایسه میزان عوارض زودرس و عود در جراحی هرنی اینگوینال به روش‌های لاپاراسکوپیک (TAPP) و باز (Lichtenstein) با بیهوشی‌های متفاوت بود. هرنی اینگوینال یکی از شایع‌ترین جراحی‌ها در جراحی عمومی و در مردان است که سالانه تعداد زیادی از اعمال جراحی را به خود اختصاص می‌دهد. روش‌های مختلف جراحی و بیهوشی برای این امر در نظر گرفته شده است که هر روش دارای مزایا و معایب مخصوص به خود است. مطالعات متعددی به منظور مقایسه میزان عوارض زودرس و دیررس جراحی هرنی اینگوینال به روش TAPP و جراحی باز انجام شده است که با نتایج متفاوتی نیز همراه بوده است و هنوز نمی‌توان گفت کدام روش برتری دارد و در این زمینه اختلاف نظر وجود دارد و در بعضی موارد انتخاب روش جراحی مناسب برای بیماران و جراحان ممکن است چالش برانگیز باشد. به نظر می‌رسد مطالعات کارآزمایی بالینی با حجم نمونه بیشتر و مطالعات متآنالیز می‌تواند پاسخ به این پرسش‌ها را بهتر روشن کند. در میان روش‌های جراحی باز روش Lichtenstein به دلیل tension-free بودن و توانایی استفاده از مش جایگاه ویژه و قابل قبولی دارد. نتایج مطالعه حاضر با اختصار نشان داد که در بیماران جراحی لاپاراسکوپیک میزان درد در ۲۴ ساعت اول پس از عمل جراحی با اختلاف معنی‌داری کمتر از بیماران جراحی باز بود که این کاهش درد در بیمارانی که به روش اسپاینال بیهوشی دریافت کردند کمتر از بیمارانی بود که به‌ناچار بیهوشی عمومی دریافت کرده بودند. میزان سروما و مدت‌زمان بستری در بیماران لاپاراسکوپیک با اختلاف معنی‌داری کمتر از بیماران جراحی باز بود. میزان عود فتق در سال اول هرچند در گروه لاپاراسکوپیک بیشتر بود؛ اما تفاوت دو گروه به سطح معنی‌داری از نظر آماری نرسید. در مقابل میانگین مدت جراحی در گروه جراحی لاپاراسکوپیک تقریباً ۲ برابر بیشتر از جراحی باز بود که

از نظر آماری معنی‌دار بود. به نظر می‌رسد انجام ترمیم فتق اینگوینال با روش TAPP در بیمارانی که کنتراست‌یکاسیون بی‌حسی رژیونال ندارند و زمانی که این مدالیت بیهوشی با موفقیت انجام گردد می‌تواند با عوارض کمتری برای بیماران از نظر درد و زمان بستری همراه باشد. از طرفی دیگر انجام بی‌حسی اسپاینال در این بیماران که معمولاً در دهه ۴ یا ۵ سنی قرار دارند و ممکن است علاوه بر فتق مخاطراتی برای بیهوشی عمومی داشته باشند می‌تواند انتخاب سودمندی باشد. مطالعات اندکی علاوه بر مقایسه عوارض روش TAPP و جراحی باز، بیهوشی‌های متفاوت را نیز در بیماران ارزیابی کرده‌اند. در یک مطالعه که توسط Symeonidis و همکاران (۷) در سال ۲۰۱۴ انجام شد ۱۷۵ بیمار کاندید هرنی اینگوینال با روش‌های بیهوشی متفاوت مقایسه شدند مشاهده شد که بیمارانی که به روش TAPP ترمیم فتق داشته و بی‌حسی اسپاینال دریافت کردند در مقایسه با بیمارانی جراحی باز به روش بی‌حسی موضعی، عمومی و نخاعی میزان درد کمتری مانند مطالعه حاضر داشتند. از محدودیت‌های مطالعه یادشده عدم تصادفی سازی بود. اگرچه بیهوشی عمومی روش استاندارد برای جراحی‌های لاپاراسکوپیک می‌باشد؛ اما اخیراً توجه به روش‌های رژیونال از قبیل اپی‌دورال و اسپاینال که همکاری گروه جراحی و بیهوشی را لازم دارد مورد توجه می‌باشد. البته لازم به یادآوری است که انجام بی‌حسی نخاعی خود نیز با مخاطراتی از قبیل احتباس ادراری به دلیل اینکه معمولاً بیماران مرد می‌باشند و در سنین بالا مراجعه می‌کنند که ممکن است بزرگی غده پروستات را داشته باشند و کاهش انقباضات مثانه به دلیل بی‌حسی نخاعی رخ دهد. از عوارض دیگر بی‌حسی نخاعی هیپوتانسیون، برادیکاری و سردرد پس از بی‌حسی نخاعی (post spinal headache) می‌باشد (۳، ۴، ۸، ۹) که لازم است با اقدامات پیشگیرانه نظیر، سوزن اسپاینال با سایز مناسب (کوچک‌تر)، پوزیشن مناسب بیمار؛ رساندن حجم وریدی مناسب از آن پیشگیری یا موجب کاهش شدت آن شد.

همانند مطالعه حاضر در بیشتر مطالعات انجام شده میزان درد پس از جراحی هرنی اینگوینال در بیماران لاپاراسکوپیک کمتر از روش جراحی باز گزارش شده است (۳، ۱۰، ۱۱). علت درد کمتر به دلیل روش کمتر تهاجمی در جراحی لاپاراسکوپیک بیماران است. معمولاً طول انسزیون در بیماران جراحی باز بیشتر است که خود می تواند با درد بیشتری در بیماران همراه باشد. در این مطالعه برای اندازه گیری شدت درد پس از عمل جراحی از Visual Analogue Scales (VAS) استفاده کردیم که ممکن است به دلیل Subjective بودن اعتبار کافی را نداشته باشد. یکی از مزایای روش TAPP و روش های دیگر لاپاراسکوپیک از جمله totally extraperitoneal approach بازگشت زودتر به فعالیت عادی و کار و زمان بستری کمتر در این بیماران در مقایسه با جراحی باز است که نتایج این مطالعه همسو با یافته های مطالعه انجام شده است (۸، ۱۰، ۱۲). علت این امر ممکن است به دلیل این باشد که بیماران معمولاً در روش لاپاراسکوپیک عوارض کمتری نظیر درد پس از عمل و یا سایر را دارند. از معایب جراحی هرنی اینگوینال با روش TAPP مدت زمان جراحی بیشتر نسبت به روش جراحی باز است که یافته های این مطالعه همسو با مطالعات انجام شده است. یکی از مشکلات جراحان مدت زمان بیشتر برای این روش جراحی در مقایسه با جراحی باز است که به نظر می رسد انجام تجربه بیشتر برای جراحان می تواند زمان جراحی را کاهش دهد (۱۰، ۱۲، ۱۳). در مقابل در یک مطالعه متآنالیز که توسط Scheuermann و همکاران (۳) در سال ۲۰۱۷ که ۸ مطالعه با جمعیتی ۸۹۶ بیمار که ۴۲۵ بیمار ATPP شده بودند و ۴۱۱ بیمار جراحی باز شده بودند میانگین زمان جراحی در گروه TAPP بیشتر بود؛ اما اختلاف دو گروه معنی دار نبود. علت زمان بیشتر به دلیل تکنیک پیچیده تر روش لاپاراسکوپیک نسبت به جراحی باز می باشد. از نظر عوارض کوتاه مدت مانند عفونت و هماتوم ما اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نکردیم و تنها عارضه

معنی دار بین دو گروه رخداد سروما بود که با اختلاف معنی داری در گروه جراحی باز بیشتر بود (صفر در برابر ۱۶/۷٪). و از نظر عود در سال اول تقریباً ۱۰ درصد بیماران لاپاراسکوپیک و ۵ درصد بیماران جراحی باز عود فقط داشتند که اختلاف معنی داری مشاهده نشد. در یک مطالعه متآنالیز که توسط Bobo و همکاران (۱۴) انجام شد نتایج نشان داد که در بیماران هرنی اینگوینال به روش TEP جراحی شده بودند از نظر عوارض زودرس اختلاف معنی داری با جراحی باز نداشتند؛ اما میزان عود در پیگیری درازمدت (بیشتر از ۳ سال) بیشتر از جراحی باز بود. در مطالعه یزد توسط کارگر و همکاران (۱۵) از نظر عوارض زودرس مانند هماتوم، سروما و عفونت اختلاف معنی داری نداشتند هرچند که در تمام عوارض بررسی شده میزان بروز در TAPP کمتر از جراحی باز بود. در مطالعه حاضر نیز میزان عفونت و سروما در بیماران لاپاراسکوپیک کمتر بود. در مطالعه مصر مشاهده شد از ۹۷ بیمار بررسی شده ۲ نفر در گروه TAPP و ۵ نفر در گروه جراحی باز (Lichtenstein) سروما در آن ها رخ داد (۱۶). در مطالعه متآنالیز Wu و همکاران (۱۷) که ۱۳ مطالعه کارآزمایی بالینی را بررسی می کرد و ۱۳۱۰ بیمار TAPP و ۱۳۳۱ بیمار جراحی باز شده بودند بررسی شد بین دو گروه از نظر هماتوم، سروما، احتباس ادراری، عفونت و عود هرنی اختلاف معنی داری مشاهده نشد؛ اما بیماران TAPP با اختلاف معنی داری پاراستزی کمتری داشتند. از دلایل اختلاف عود بیماران ممکن است پیگیری زمان های مختلف، استفاده از مش های با کیفیت متفاوت، اندازه مش استفاده شده و یا شرایط خود بیمار نظیر شاخص توده بدنی (BMI) اشاره کرد. در یک مطالعه نشان داده شد که مقدار مش استفاده شده تا ۴۰٪ می تواند پس از عمل جراحی کمتر شود؛ بنابراین سایز بزرگ تر مش از ناحیه دچار نقص شده منطقی به نظر می رسد (۱۸). از یافته های قابل انتظار در مطالعه حاضر فراوانی بیشتر مردان نسبت به زنان بود به طوری که تقریباً ۹۰٪ بیماران شرکت کننده در هر دو گروه زنان بودند.

روش‌های لاپاراسکوپیک که در این مطالعه بررسی نشد هزینه بیشتر را می‌توان نام برد. در پایان هرچند در این مطالعه نیمی از بیماران گروه TAPP در نهایت به علل مختلف بیهوشی عمومی دریافت کردند؛ ولی نتایج این مطالعه نشان داد که روش جراحی لاپاراسکوپیک (TAPP) با بی‌حسی نخاعی در بیماران هرنی اینگوینال با کاهش درد پس از عمل جراحی و روش جراحی لاپاراسکوپیک (TAPP) بدون در نظر گرفتن نوع بی‌دردی) با احتمال تشکیل سرومای کمتری نسبت به روش جراحی باز همراه است.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه دوره دکتری تخصص جراحی عمومی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گرفته شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از حمایت‌های مادی و معنوی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و بیماران ارجمندی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی کنند. مطالعه حاضر با کد اخلاق با کد IR.SBMU.MSP.REC.1397.480 در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تصویب شده است. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

خطر بروز هرنی اینگوینال در مردان طول عمر ۲۷٪ و در زنان ۳٪ می‌باشد (۱۹). یکی از جنبه‌های که در جراحی هرنی اینگوینال مورد توجه می‌باشد جنبه زیبایی (cosmetic) آن می‌باشد به ویژه برای زنان یا افراد ورزشکاری که نیاز دارند اسکاری روی بدن آن‌ها نباشد؛ لذا این می‌تواند انتخاب مناسبی باشد. به نظر می‌رسد که نمی‌توان به‌طور کلی اذهان داشت کدام روش جراحی هرنی اینگوینال می‌تواند برتری داشته باشد و بر اساس شرایط بیمار، هزینه - فایده و امکانات مرکز درمانی می‌توان تصمیم گرفت.

نتیجه‌گیری

هر دو روش جراحی بحث شده در این مطالعه از روش‌های قابل قبول و شناخته شده برای ترمیم هرنی اینگوینال می‌باشند باین حال در دهه‌ی اخیر که جراحی‌های *minimally invasive* مورد توجه روزافزون قرار گرفته‌اند، ترمیم‌های لاپاراسکوپیک فتق‌های اینگوینال نیز جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده‌اند. در مجموع از مطالعات انجام شده و مطالعه حاضر می‌توان اظهار داشت که در جراحی باز زمان عمل جراحی کمتر از جراحی لاپاراسکوپیک است و در مقابل در روش TAPP درد حاد کمتر، زمان بستری کوتاه‌تر و بازگشت به کار سریع‌تر است. از معایب دیگر که برای

منابع

1. Abdulhai S, Glenn IC, Ponsky TA. Inguinal Hernia. Clin Perinatol. 2017;44(4):865-77.
2. Niu K, Liu H, Chen RW, Fang QW, Wen H, Guo SM, et al. Use of propofol for prevention of post-delivery nausea during cesarean section: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. J Anesth. 2018;32(5):748-55.
3. Scheuermann U, Niebisch S, Lyros O, Jansen-Winkel B, Gockel I. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein operation for primary inguinal hernia repair - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Surg. 2017;17(1):55.
4. Sun J, Wang W, Li J, Yue F, Feng B, Wang J, et al. Laparoscopic Experience for Recurrent Inguinal Hernia Repair in a Single Center for 14 Years. Am Surg. 2018;84(3):344-50.
5. Tzovaras G, Symeonidis D, Koukoulis G, Baloyiannis I, Georgopoulou S, Pratsas C, et al. Long-term results after laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair under spinal anesthesia. Hernia. 2012;16(6):641-5.

6. Sarakatsianou C, Georgopoulou S, Baloyiannis I, Chatzimichail M, Vretzakis G, Zacharoulis D, et al. Spinal versus general anesthesia for transabdominal preperitoneal (TAPP) repair of inguinal hernia: Interim analysis of a controlled randomized trial. *Am J Surg*. 2017;214(2):239-45.
7. Symeonidis D, Baloyiannis I, Koukoulis G, Pratsas K, Georgopoulou S, Efthymiou M, et al. Prospective non-randomized comparison of open versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair under different anesthetic methods. *Surg Today*. 2014;44(5):906-13.
8. Bansal VK, Misra MC, Babu D, Victor J, Kumar S, Sagar R, et al. A prospective, randomized comparison of long-term outcomes: chronic groin pain and quality of life following totally extraperitoneal (TEP) and transabdominal preperitoneal (TAPP) laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc*. 2013;27(7):2373-82.
9. Ielpo B, Duran H, Diaz E, Fabra I, Caruso R, Malave L, et al. A prospective randomized study comparing laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein repair for bilateral inguinal hernias. *Am J Surg*. 2018;216(1):78-83.
10. Koju R, Koju RB, Malla B, Dongol Y, Thapa LB. Transabdominal Pre-peritoneal Mesh Repair versus Lichtenstein's Hernioplasty. *J Nepal Health Res Counc*. 2017;15(2):135-40.
11. Salma U, Ahmed I, Ishtiaq S. A comparison of post operative pain and hospital stay between Lichtenstein's repair and Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal (TAPP) repair of inguinal hernia: A randomized controlled trial. *Pak J Med Sci*. 2015;31(5):1062-6.
12. Pisanu A, Podda M, Saba A, Porceddu G, Uccheddu A. Meta-analysis and review of prospective randomized trials comparing laparoscopic and Lichtenstein techniques in recurrent inguinal hernia repair. *Hernia*. 2015;19(3):355-66.
13. SAFARNEZHAD NG, FESHARAKIZADEH M, TAHERI D, AFZALZADEH S. COMPARISON OF COMPLICATIONS AND RECURRENCE OF HERNIOPLASTY BY OPEN AND LAPAROSCOPIC METHODS. *JOURNAL OF ISFAHAN MEDICAL SCHOOL (IUMS)*. 2007;25(84):-(
14. Bobo Z, Nan W, Qin Q, Tao W, Jianguo L, Xianli H. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing Lichtenstein and totally extraperitoneal laparoscopic hernioplasty in treatment of inguinal hernias. *J Surg Res*. 2014;192(2):409-20.
15. Kargar S, Shiryazdi SM, Zare M, Mirshamsi MH, Ahmadi S, Neamatzadeh H. Comparison of postoperative short-term complications after laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein tension free inguinal hernia repair: a randomized trial study. *Minerva Chir*. 2015;70(2):83-9.
16. Zhang N, He L, Ni JX. Level of sensory block after spinal anesthesia as a predictor of hypotension in parturient. *Medicine*. 2017;96(25):e7184.
17. Wu JJ, Way JA, Eslick GD, Cox MR. Transabdominal Pre-Peritoneal Versus Open Repair for Primary Unilateral Inguinal Hernia: A Meta-analysis. *World J Surg*. 2018;42(5):1304-11.
18. Saric JP, Mikulandra S, Gustin D, Matasic H, Tomulic K, Dokoza KP. Spinal anesthesia at the L2-3 and L3-4 levels: comparison of analgesia and hemodynamic response. *Collegium antropologicum*. 2012;36(1):151-6.
19. Lawson SM, Brown J, Wilkins CJ. Influence of the lumbar interspace chosen for injection on the spread of hyperbaric 0.5% bupivacaine. *British journal of anaesthesia*. 1991;66(4):465-8.