

Hekimler laparoskopik cerrahiye nasıl bakıyorlar? “Anket Çalışma”

How do medical doctors consider laparoscopic surgery? “A questionnaire study”

Dr. İ. Hakan KULAÇOĞLU, Dr. Nuri Aydın KAMA, Dr. Ali Rıza TÜMER,
Dr. Burhan EYÜPOĞLU, Dr. Hasan YAVUZ

Ankara Numune Hastanesi, 4. Cerrahi Kliniği, Ankara

ÖZET: Hekimlerin laparoskopik cerrahiye bakışını araştıran bu anket çalışmada, 8 merkezde, 21 daldan, 501 hekim ile görüşüldü. Öncelikle kolelitiazis ve inguinal herni nedenleri ile ameliyat olmaları gerekseydi laparoskopik veya açık yöntemlerden hangisini tercih edecekleri soruldu. Daha sonra hekimleri bu tercihe yönelten nedenler, her iki yöntemin avantajları sıralanarak, sorgulandı. Sonuçlar değerlendirildiğinde, laparoskopik kolesistektominin %70'in üzerindeki oranlarla seçildiği görüldü. Bu yöntemi tercih edenlerin başlıca nedenleri postoperatif hastanede kalış süresinin kısalığı ve normal yaşama daha erken dönüştü. Diğer yandan laparoskopik herni onarımının henüz hekimlerin önemli oranda bir bölümü tarafından tanınmadığı ve çok düşük oranlarda kabul gördüğü saptandı.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik cerrahi, kolesistektomi, inguinal herni onarımı.

SUMMARY: This questionnaire study researches the opinion of medical doctors on laparoscopic surgery. 501 people of 21 different branches in eight centers were included. The primary question asked was whether the doctor would prefer to have his/her own cholelithiasis and inguinal hernia treated by laparoscopy or open surgery. A list of reasons for their choice was given. Evaluation of the data revealed that 70% return of respondents preferred laparoscopic cholecystectomy, the reasons being shorter hospitalization time and earlier return to normal activity. However, the study showed that because the majority of medical doctors unaware of laparoscopic herniorrhaphy were only a small percentage would accept it.

Key Words: Laparoscopic surgery, cholecystectomy, inguinal herniorrhaphy

LAPAROSKOPIK kolesistektomi benign safra kesesi patolojileri için kısa süre içinde standart cerrahi girişim olurken yıllık kolesistektomi sayılarında hissedilir bir artışı da beraberinde getirmiştir (1,2,3). Genel cerrahi alanında uzun süredir benzeri görülmemiş ve adeta bir devrim niteliğinde olan bu büyük değişiklik adım adım cerrahi tedavi gerektiren diğer hastalıklara da yönelmiş ve günümüzde appendektomiden kolon rezeksiyonuna, peptik ülser operasyonlarından inguinal herni onarımlarına kadar geniş bir alana yayılmıştır. Bu hızlı değişimin nedenleri olarak laparoskopik girişimlerin hasta ve cerraha sağladığı yeni üstünlükler kadar, cerrahların böylesine bir değişim sürecinde meslektaşlarının gerisinde kalmama düşünceleri, laparoskopik cihaz üreten ulusal ve uluslararası firmaların yoğun tanıtım ve pazarlama çabaları ile özellikle benign patolojilere sahip hasta popülasyonu üzerinde kısmen hekimler ve kısmen de medya tarafından oluşturulan “kansız-bıçaksız ameliyat” şeklindeki cezbedici imaj sayılabilir. Bu kadar çok etkiyeni olan bir konuda gerçekçi görüşe ulaşabilmenin güçlüğü açıktır. Elbette laparoskopik cerrahinin bugün bulunduğu ye-

rin ve geleceğinin en doğru değerlendirmesini onu hastalara uygulayacak hekimlerin yapabilecek olması gerekir. Bu amaçla hekimlerin laparoskopik cerrahiye bakışını ortaya çıkaracak bir anket çalışma planladık. Bu değerlendirme için bir tarafta artık dünya genelinde birinci seçenек haline gelmiş olan laparoskopik kolesistektomi ve diğer uçta ise henüz etkinliği ve yararlılığı tam olarak kanıtlanmamış bir girişim olan (1), ancak genel cerrahi kliniklerinde en büyük paylardan birini alan bir hastalığın (4,5,6) tedavisini sağlayabilecek laparoskopik inguinal herni onarımı seçildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Anket için tek sayfalık bir form hazırlandı. İlk bölümde ankete katılan hekimini tanımlayacak sorular yer aldı. Ayrıca, yalnızca Genel Cerrahi kliniklerinde çalışan hekimlerden laparoskopik cerrahi deneyimlerini yansıtacak ek bilgiler istendi. İkinci bölümde hekimlere kolelitiazis ve inguinal herni nedenleri ile ameliyat olmaları gerekseydi hangi yaklaşımı tercih edecekleri çoktan seçmeli olarak soruldu. Yanıtlarda “Laparoskopik”, “Açık/Inguinal kesi ile”, “Emin değilim” ve “Bu konuda yeterli bilgim yok” seçenekleri sunuldu. Bu iki soru-

Tablo 1. Tüm çalışma grubunda her iki operasyon için tercihler

	Laparoskopik	Açık	Emin değilim	Bilgim yok
Kolesistektomi	366 (%73.1)	71 (%14.2)	41 (%8.2)	23 (%4.6)
Herni onarımı	68 (%13.6)	239 (%47.7)	43 (%8.6)	151 (%30.1)

nun altında kolesistektomi ve herni onarımı için ayrı ayrı, açık/inguinal kesi ile ve laparoskopik yaklaşımların literatürde bildirilmiş avantajları sıralandı. Hekimlere kendilerince üstün, yararlı ve mantıklı kabul edecekleri her şıkkı seçebilecekleri açıklandı. Seçenekler içinde yer almayan ancak ankete katılan hekim tarafından bir üstünlük ya da çekince olarak değerlendirilebilecek başkaca nokta veya düşüncelerin "Diğer" seçeneğinde belirtilebileceği açıklandı. İlk sorular için "Emin değilim" ve "Bu konuda yeterli bilgim yok" şıklarını işaretleyen hekimlerin tercih nedenlerini içeren soruyu yanıtlamamaları istendi.

Çalışmanın anket bölümü 6 Mart 1995 - 3 Nisan 1995 tarihleri arasında, 4 haftalık sürede tamamlandı. Çalışma ekibinde yer alan dört hekim, daha önceden tasarlandığı gibi, Ankara Numune Hastanesi'nin klinik ve laboratuvar tüm dalları ile, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi, Ankara Hastanesi ve Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nin Genel Cerrahi ve Gastroenteroloji kliniklerinde görev yapan hekimler ile karşılıklı görüştü. Anket formu doldurulmadan önce hekimlere, yürütülen çalışmanın söz konusu iki cerrahi yaklaşım şekline birini empoze etmek, üstünlüğü ve yaygınlığını kanıtlamak veya bir diğerini kötülemek ya da kendi kliniğimiz tarafından tercih edilen yaklaşımın doğrulanması amaçlarını taşımadığı açıklandı.

İstatistiki analiz için Chi-square (Pearson) testi kullanıldı.

SONUÇLAR

Sekiz merkezde, 21 daldan toplam 501 hekim ile görüşülerek anket formu dolduruldu. Genel cerra-

Tablo 2. Genel Cerrahi grubu ve diğer dallar arasında tercih farklılığı

	Genel cerrahi	Diğer dallar	
Kolesistektomi	%75.0	%72.0	p=0.47
Herni onarımı	%9.1	%16.0	p=0.03

hi kliniklerinde çalışan hekimler %35.1'lik oranla en büyük grubu oluşturdu. Cerrahi dalların toplam oranı %61.5 olurken, dahili dalların oranı %29.7 idi. Laboratuvar dalları ise %8.8'lik bir paya sahipti. Sonuçlar önce tüm çalışma grubu için ve sonra genel cerrahi kliniklerinde çalışan hekimlere göre değerlendirildi. Tüm çalışma grubunda kolesistektomi için %73.1'lik bir çoğunlukla laparoskopik girişim tercih edildi. Herni onarımı için ise inguinal kesi ile geleneksel yaklaşım %47.7 oranında kabul görürken, laparoskopik onarımı tercih edenlerin oranı %13.6'da kaldı (Tablo 1). Genel cerrahi ile diğer dallar karşılaştırıldığında, kolesistektomi için benzer tercih oranları saptanırken, herni onarımı için genel cerrahi dışındaki hekimlerin laparoskopik girişimi anlamlı olarak daha yüksek oranda seçtikleri görüldü (Tablo 2).

Laparoskopik kolesistektomiye tercih edenlerin başlıca nedenleri postoperatif hastanede kalış süresinin kısalığı ve normal yaşama daha erken dönüş olurken (Tablo 3), açık kolesistektomiye tercih eden hekimler daha iyi bilinen bir teknik olmasını ve yandaş patolojiler ile safra yollarının daha iyi değerlendirilebilmesini neden olarak göstermişlerdi (Tablo 4). Herni onarımı için inguinal kesi ile yaklaşım için başlıca tercih nedenleri daha iyi bi-

Tablo 3. Laparoskopik kolesistektomi tercih nedenleri*

Grubu	Genel cerrahi grubu	Tüm çalışma grubu
Postoperatif hastanede kalış süresinin kısalığı	%93.2 (%69.9)	%86.6 (%63.3)
Normal yaşama daha erken dönüş	%89.4 (%67.0)	%83.0 (%60.7)
Postoperatif dönemde daha az ağrı	%79.5 (%59.7)	%63.1 (%46.1)
Daha düşük insizyonel herni riski	%77.3 (%58.0)	%61.1 (%44.7)
Daha avantajlı kesi	%72.0 (%54.0)	%66.4 (%48.5)
Daha düşük yara enfeksiyonu	%69.7 (%52.3)	%65.0 (%47.5)
Daha az karın içi yapışık	%62.9 (%47.2)	%55.7 (%40.7)

* İlk değerler tercih nedenlerinin laparoskopik kolesistektomiye seçenler arasındaki, parantez içindeki değerler ise o grubun tamamı içindeki oranlardır.

Tablo 4. Açık kolesistektomi tercih nedenleri*

	Genel cerrahi grubu	Tüm çalışma grubu
Daha iyi bilinen bir teknik olması	%90.0 (%15.3)	%85.9 (%12.2)
Safra yollarının daha iyi değerlendirilebilmesi	%70.0 (%11.9)	%60.6 (%8.6)
Yandaş patolojilerin aynı seansta değerlendirilebilmesi	%70.0 (%11.9)	%73.2 (%10.4)
Daha ucuz olması	%50.0 (%8.5)	%31.0 (%4.4)
Diğer	%10.0 (%1.7)	%16.9 (%2.4)

* İlk değerler tercih nedenlerinin açık kolesistektomiye seçenler arasındaki, parantez içindeki değerler ise o grubun tamamı içindeki oranlardır.

linen bir teknik olması ve daha iyi onarım yapılabildiğine inanılması idi (Tablo 5). Diğer yandan, laparoskopik herni onarımını seçenlerin tümü normal yaşama daha erken dönebileceklerini düşünüyorlardı (Tablo 6). Genel cerrahi kliniklerinde çalışan hekimlerin tercih nedenleri de bu oranlarla benzerlik gösteriyordu. Geleneksel yöntemlerin laparoskopik alternatiflerine göre daha ucuz olmaları hekimler tarafından önde gelen bir tercih nedeni olarak kabul görmedi.

Genel cerrahi grubu kendi arasında asistan ve uzman (uzman, başasistan, şef yardımcısı, şef, yardımcı doçent, doçent, profesör) olmak üzere iki alt gruba ayrılarak tercih oranları incelendiğinde kolesistektomi için çok yakın değerler elde edilmesine karşılık herni onarımı için anlamlı farklılığın sınırında oranlar bulundu (Tablo 7,8).

Genel cerrahi kliniklerinde çalışan hekimler laparoskopik cerrahi deneyimlerine göre karşılaştırıldıklarında deneyim ile laparoskopik kolesistektomi tercihi arasında istatistiksel ilişki olduğu görül-

Tablo 6. Laparoskopik herni onarımı tercih nedenleri*

	Genel cerrahi grubu	Tüm çalışma grubu
Normal yaşama daha erken dönüş	%100.0 (%9.1)	%100.0 (%13.6)
Daha avantajlı kesi	%93.8 (%8.5)	%85.3 (%11.6)
Postoperatif dönemde daha az ağrı	%87.5 (%8.0)	%66.2 (%9.0)
Daha iyi onarım	%12.5 (%1.1)	%2.9 (%0.4)

* İlk değerler tercih nedenlerinin laparoskopik herni onarımını seçenler arasındaki, parantez içindeki değerler ise o grubun tamamı içindeki oranlardır.

Tablo 5. İnguinal kesi ile herni onarımı tercih nedenleri*

	Genel cerrahi grubu	Tüm çalışma grubu
Daha iyi bilinen bir teknik olması	%80.1 (%61.9)	%74.8 (%36.7)
Daha iyi onarım	%68.4 (%52.8)	%68.2 (%32.5)
Daha ucuz olması	%42.6 (%33.0)	%29.4 (%14.0)
Daha düşük nüks riski	%39.0 (%30.1)	%40.7 (%19.4)
Lokal anestezi ile yapılabilmesi	%36.8 (%28.4)	%33.5 (%16.0)
Diğer	%10.3 (%8.0)	%6.7 (%3.2)

* İlk değerler tercih nedenlerinin inguinal kesi ile herni onarımını seçenler arasındaki, parantez içindeki değerler ise o grubun tamamı içindeki oranlardır.

dü (Tablo 9,10). Herni onarımı için her grupta yeterli sayıda örnek olmadığından istatistiksel analiz yapılamadı (Tablo 11).

TARTIŞMA

Seksenlerin sonlarındaki ilk laparoskopik kolesistektomiye izleyen zaman diliminde bir yandan bu yöntemin tüm kolesistektomiler içindeki oranı hızla artarken, diğer yandan da dünyadaki birçok merkezin yıllık kolesistektomi sayılarında %25'lere varan artışlar gözlenmiştir (1,2). Günümüzde teknik olanakları yeterli merkezlerdeki kolesistektomilerin %80'i laparoskopik yöntemle gerçekleştirilmektedir (2).

İnguinal hernilerin laparoskopik yaklaşımla onarımı ise 1990 yılında başlamış ve inguinal kesi ile yapılan çağdaş herni onarımında yüz yılda sağlanan çeşitliliğe yakın bir evrimi yalnızca beş yıla sığdırarak günümüze ulaşmıştır (7-12). Ancak bu

Tablo 7. Genel Cerrahi grubunda asistan ve uzman düzeylerinde kolesistektomi tercihleri

	Laparoskopik	Açık	Toplam
Asistan	76 (%74.5)	26 (%25.5)	102
Uzman	56 (%75.7)	18 (%24.3)	74

p = 0.86

Tablo 8. Genel Cerrahi grubunda asistan ve uzman düzeylerinde herni onarımı tercihleri

	Laparoskopik	İnguinal kesi ile	Toplam
Asistan	6 (%5.9)	96 (%94.1)	102
Uzman	10 (%13.5)	64 (%86.5)	74

p = 0.08

Tablo 9. Genel Cerrahi grubunda laparoskopik kolesistektomi yapmamış ve yapmış olanların kolesistektomi tercihleri

	Laparoskopik	Açık	Toplam
Yapmamış	67 (%66.3)	34 (%33.7)	101
Yapmış	65 (%86.7)	10 (%13.3)	75

p = 0.002

yeni yöntemlerin hemen hepsi tartışmalı kalmış, yeterli sayı ve genişlikte prospektif-randomize çalışma planlanıp sonuçlandırılmamış ve en önemli bir inguinal herni onarımı tekniğinin nüks açısından geç ve inandırıcı sonuçlarının alınabilmesi için öngörülen yeterli süreye henüz ulaşamamıştır (2,5,6,13). Laparoskopik cerrahinin Britanya'daki öncülerinden Cuschieri, laparoskopik girişimleri, maksimum yararlı, seçilmiş olgularda yararlı, yarar/risk oranı henüz kanıtlanmamış ve yarar/risk oranı düşük şeklinde dört gruba ayırdığı ve laparoskopik kolesistektomiye maksimum yararlı olarak tanımladığı sınıflamasında, laparoskopik herni onarımını kolorektal eksizyonlar ile birlikte, yarar/risk oranı henüz kanıtlanmamış ve yarar/risk oranı düşük şeklinde dört gruba ayırdığı ve laparoskopik kolesistektomiye maksimum yararlı olarak tanımladığı sınıflamasında, laparoskopik herni onarımını kolorektal eksizyonlar ile birlikte, yarar/risk oranı henüz kanıtlanamamış gruba yerleştirmiştir (1).

Inguinal herni onarımı ülkemizde olduğu gibi dünyada da en çok yapılan ameliyatlardan biridir (4-6). Özellikle son yıllarda Stoppa (14), Nyhus (15) ve Lichtenstein (16) tarafından geliştirilip tanıtılan, prostetik materyal kullanılan ve nüks oranlarının çok düşük olduğu bildirilen yöntemlere rağmen genelde inguinal herni onarımlarının %10'dan daha yüksek nüks oranına sahip oldukları kabul edilmektedir (17). Bu nedenle inguinal hernilerin onarımı için mükemmel bir tekniğin arayışı sürmektedir. Ferzli (11) tarafından geliştirilen ekstrapitoneal herni onarımı tekniği, yazarın da belirttiği gibi, temelde Stoppa ve Nyhus'un tanımladığı tekniklerin yeni bir yorumudur. Ancak Vogt'a (4) göre bu son teknik üç benzerleri içinde öğrenilmesi en güç olanıdır.

Tüm laparoskopik girişimler gibi laparoskopik herni onarımları da yeni enstrümanlara gerek duymakta ve ek masrafa neden olmaktadır. Bu nedenle, prostetik materyal ile yapılan onarımlara getirilen eleştirilerin benzeri ve daha fazlası ile karşılaşmaktadır. Bu gibi çekinceler başlangıçta laparoskopik kolesistektomi için de dile getirilmiş,

Tablo 10. Genel Cerrahi grubunda laparoskopik kolesistektomi deneyimine göre kolesistektomi tercihleri

	Laparoskopik	Açık	Toplam
<10	103 (%71.5)	41 (%28.5)	144
>10	29 (%90.6)	3 (%9.4)	32

p = 0.02

ancak günümüzde, postoperatif hastanede kalış süresinin kısalığı, iş gücü kaybını azaltması, daha düşük yara enfeksiyonu oranı gibi üstünlükler ve yeniden kullanılabilen aletlerin yardımı ile bu görüş büyük ölçüde tersine dönmüştür (2,18,19). Buna karşılık laparoskopik herni onarımı için, genel anestezi maliyeti de hesaba katıldığında, aynı olumlu sonuca varabilmek henüz mümkün olamamaktadır (5,20,21). Genel anestezi gerekliliği aynı zamanda laparoskopik herni onarımının en önemli dezavantajlarından biri kabul edilmekte ve tereddütlere yol açmaktadır (6,13,21).

Laparoskopik girişimlerin, tartışılan dezavantajlarına rağmen, cerrahlar kadar tüm hekimler ve bunun ötesinde hedef hasta popülasyonunca da bir yenilik heyecanı ve umutla karşılanmış olduğu inkar edilemez bir gerçektir.

Biz, hocaları tarafından her hastaya kendi yakını gibi yaklaşım tedavi etme felsefesi ile yetiştirilen hekimlerin ve genel cerrahların kendi varsayılan patolojileri için yapacakları yöntem tercihlerinin konuya bir ışık tutacağı düşüncesi ile bu anket çalışmayı planladık. Özellikle genel cerrahi grubunda tarafsızlığı sağlayabilmek amacı ile bulunduğumuz yerleşim bölgesindeki eğitim hastanelerinin tamamına yakınında görevli, eğitimin her kademesinden, laparoskopik cerrahi uygulayan ve uygulamayan, bu yöntemleri benimseyen ve karşıt olana tüm meslektaşlarımızı içerecek bir çalışma yapmaya özen gösterdik.

Tüm çalışma grubunda kolesistektomi için büyük çoğunlukla laparoskopik yaklaşım tercih edildi. Az sayıda hekim laparoskopik kollesistektomi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarından seçim yapmadılar. Buna karşılık hemen her üç hekimden birinin laparoskopik herni onarımı hakkında bilgi sahibi olmaması dikkat çekiciydi. Herni onarımı için inguinal kesi ile geleneksel yaklaşım daha çok kabul görmeye birlikte toplam sayının yarısını aşmamıştı. Bu operasyon tercihi için daha anlamlı kabul edilebilecek bir sonuç genel cerrahi grubunda elde edildi. Laparoskopik yaklaşımı tercih edenler %9.1'de kalırken, inguinal kesi

Tablo 11. Genel Cerrahi grubunda laparoskopik herni onarımı deneyimine göre herni onarımı tercihleri

	Laparoskopik	Inguinal kesi ile	Toplam
Yok	66 (%13.4)	428 (%86.6)	494
<10	1 (%20.0)	4 (%80.0)	5
>10	1 (%50.0)	1 (%50.0)	2

ile yaklaşımı seçenlerin oranı %77.3 oldu. Az sayıdaki "Emin değilim" ve "Bu konuda yeterli bilgim yok" yanıtlarının her iki gruba dağıtılması halinde ise ortaya 10/90 şeklinde bir sonuç çıkmaktaydı. Genel cerrahi grubu ile diğer dallar herni onarımı tercihi için karşılaştırıldığında, istatistiki olarak anlamlı bir farklılık göze çarpyordu (%9.1 / %16.0, p:0.03). Genel cerrahi dışındaki hekimlerin laparoskopik herni onarımını daha yüksek oranda tercih etmiş olmaları tekniğin ayrıntılarını ve tartışmalı yanlarını bilmemeleri ve yöntemi laparoskopik kolesistektomi ile özdeşleştirmiş olabilecekleri şeklinde yorumlandı. Ancak arada anlamlı fark olmakla birlikte her iki grubunda laparoskopik herni onarımını çok düşük oranlarda seçtikleri açıkta. Tüm çalışma grubunda ve genel cerrahi grubunda laparoskopik kolesistektomiyi tercih edenlerin ilk iki nedeni postoperatif hastanede kalış süresinin kısalığı ve normal yaşama daha erken dönüştü. Diğer nedenler sıralama olarak farklı yerlerde olmakla birlikte birbirlerine benzer oranlarda kabul gördüler. Açık kolesistektomiyi seçen hekimlerin gerekçelerinin başında daha iyi bilinen bir teknik olması geliyordu. "Diğer" şıkında dikkat çekici bir tereddüt laparoskopik kolesistektominin operatif komplikasyonlarının daha yüksek olduğuydu ve özellikle Anesteziyoloji dalı tarafından belirtilmişti. Az sayıda cerrah da bu çekinceyi dile getirdi. Ek olarak, açık kolesistektomiyi daha iyi bilinen bir teknik olması nedeni ile seçenler de elbette daha iyi bilinen bir tekniğin komplikasyonlarının daha düşük olacağı inancını taşıyorlardı. Laparoskopik ile açık kolesistektomiyi karşılaştıran yayınlar da, deneyim ile ters orantılı olmakla birlikte, laparoskopik yaklaşımda safra yolları yaralanmalarının daha yüksek oranda gözleendiği sonucunu bildirmektedir (2,18,22-24).

Herni onarımı için inguinal kesi ile yaklaşımı tercih eden hekimlerin başlıca nedenleri daha iyi bilinen bir teknik olmasıydı. Çoğunlukla bu yöntemle daha iyi bir onarım yapılacağı düşünülmüştü. İlginç olarak, inguinal kesi ile geleneksel her-

ni onarımlarının lokal anestezi ile gerçekleştirilebilmesi her üç hekimden ancak birince bir üstünlük olarak kabul görmüştü. Bu durum, genel anestezi zorunluluğunun laparoskopik herni onarımının en büyük dezavantajlarından biri olduğu (6,13,21) ve tekniğin lokal veya rejyonel anestezi yardımıyla ve karbondioksit yerine nitroz oksit gazı kullanılarak uygulanabilirliğini sağlama çabalarının sonucunda daha büyük kullanım alanı bulacağı şeklindeki görüşler (4) ile uyumlu değildi. Laparoskopik herni onarımını tercih edenlerin nedenleri normal yaşama daha erken dönüş ve ameliyat sonrası dönemde daha az ağrı idi. Genel cerrahi grubunda laparoskopik yaklaşım ile daha iyi onarım yapılabileceğine inananların oranının yalnızca %1.1 olması çarpıcı bir sonuçtu. Herni onarımı tercih nedenlerinin "Diğer" şıkında bazı genel cerrahlar laparoskopik herni onarımlarının geç dönem sonuçlarının henüz alınmamış olmasını bir tereddüt olarak belirttiler. Konu ile ilgili yayınlarda da sıkça göze çarpan bu bilinmezlik, herhalde, laparoskopik herni onarımlarının geleceğinin belirleyicisi olacaktır.

Çalışmada ortaya çıkan ilginç bir sonuç da geleksel yöntemleri tercih eden hekimlerin; laparoskopik yöntemlerin ülkemize girmesiyle başlayıp süregelen eleştirilere denk olmayarak, maliyeti öncelikle bir olumsuzluk olarak değerlendirmemeleriydi. Bu durumu hekimlerin doğruluğuna ve yarar/risk oranının büyüklüğüne inandıkları bir tedavi şeklinin maliyetine bakılmaksızın uygulanması gerektiği şeklindeki düşünceleri ve belki de, kısmen, çalışma grubunun tümünün sosyal güvenceye sahip olması nedeniyle maliyete önem vermemiş olmaları ile açıklayabiliriz.

Laparoskopik girişimlerin hem çeşit ve hem de sayı bakımından hızla gelişmesi genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren merkezlerde önemli bir tartışmayı beraberinde getirmiştir. Özellikle bazı cerrahi kliniklerinde kolesistektomilerin tüme yakınlarının laparoskopik yaklaşımla gerçekleştiriliyor olması eğitim sürecindeki asistanlar ve kimi öğretim üyeleri tarafından pratik eğitiminin zayıflayacağı endişesi ile eleştirilmektedir. Bu durumun altında laparoskopik girişimlerin büyük çoğunlukla uzman düzeyinde yapılmasıyla asistanların yaptığı kolesistektomi oranının düşmesi kadar, asistanların gördüğü açık kolesistektomi olgularının giderek azaldığı gerçeği yatmaktadır. Schauer, Texas Üniversitesi Cerrahi Departmanı'nda, daha önceleri kolesistektomilerin %80'ini kıdemsiz asistanların laparoskopik kolesistektomilerin çok azı-

nı yapıyor olmalarıdır. Cerrahi asistanlarının eks-
pojür, diseksiyon, hemostaz ve cerrahi karar ver-
me yeteneklerinin gelişmesinde önemli bir rol oy-
nayan açık kolesistektomi sayısındaki bu düşüş
cerrahi uzmanlık eğitimini olumsuz yönde etkile-
yebilecektir. Bu durum göz önüne alındığında cer-
rahi asistanlarının laparoskopik kolesistektomiye
pek de sempati ile bakamayabileceklerini ve bu
tavrın anket sonuçlarına yansiyabileceğini düşün-
müştük. Çalışmamızda genel cerrahi grubunda
yer alan hekimleri asistan ve uzman düzeylerine
göre ikiye ayırıp karşılaştırdığımızda, aralarında
laparoskopik cerrahi tercihi açısından farklılık
bulamadık (%74.5 / %75.7, p:0.86). Herni onarımı
tercihinde ise durum biraz daha farklı idi. Asis-
tanların %5.9'u laparoskopik herni onarımını ter-
cih ederlerken, uzman düzeyinde bu oran %13.5'e
çıkıyordu (p:0.08).

Tercihleri etkileyebilecek bir diğer faktör, insa-
noğlunun doğasında olduğu gibi, hekimlerin bil-
medikleri veya görmedikleri bir şeye karşı duyabi-
lecekleri tereddüt ve güvensizlik hisleriydi. Yani,
laparoskopik deneyimi olan cerrahların bu yöntemi

tercih edebilecekleri, bunun aksine deneyimsiz
cerrahların laparoskopik cerrahiye sıcak bakma-
yacak olmalarıydı. Bu amaçla iki ayrı istatistiki
değerlendirme yapıldı. İlkinde hiç laparoskopik
kolesistektomi yapmayanlar ile az ya da çok lapa-
roskopik kolesistektomi deneyimi olanlar karşı-
laştırıldı ve aralarındaki fark istatistiki olarak an-
lamlı bulundu (p:0.002). Daha sonra 10 sayısı de-
neyim için sınır değeri alınarak yapılan analizde
de daha deneyimli cerrahların laparoskopik kole-
sistektomiyi kendileri için anlamlı farklılıkta da-
ha güvenilir bir yöntem olarak seçtikleri görüldü
(p:0.02). Herni onarımı için ise her grupta yeterli
sayıda örnek bulunmaması nedeni ile istatistiki
analiz yapılamadı.

Anket çalışmamız sonucunda, bugün birçok mer-
kezde standart yöntem haline gelen laparoskopik
kolesistektominin, hekimler tarafından da güveni-
li ve öncelikli yöntem olarak seçildiği görüldü.
Buna karşılık, laparoskopik herni onarımının he-
nüz hekimlerin önemli bir bölümü tarafından ta-
nınmadığı ve özellikle genel cerrahi grubunca çok
düşük oranda kabul gördüğü ortaya çıktı.

KAYNAKLAR

1. Cuschieri A: Whither minimal access surgery: tribulations and expectations. *Am J Surg*, 1995; 169: 9-19.
2. Pietrafitta JJ, Graner TJ, Nervick JM: Laparoscopic colecystectomy: cost effectiveness and quality enhancement. *Int Surg*, 1994; 79: 195-201.
3. Schauer PR, Page CP, Steward RM, et al: The effect of laparoscopic cholecystectomy on resident training. *Am J Surg*, 1994; 168: 566-570.
4. Vogt DM, Zucker KA: The past, present and future of laparoscopic hernia repair. *Int Surg*, 1994; 79: 280-285.
5. Payne JH, Grininger LM, Izawa MT, et al: Laparoscopic or open inguinal herniorrhaphy? a randomized prospective trial. *Arch Surg*, 1994; 129: 973-981.
6. Winchester DJ, Dawes LG, Modelski DD, et al.: Laparoscopic inguinal hernia repair: a preliminary experience. *Arch Surg*, 1993; 128: 781-786.
7. Ger R, Monroe K, Duvivier R, et al.: Management of indirect inguinal hernia by laparoscopic closure of the neck of the sack. *Am J Surg*, 1990; 159: 370-373.
8. Popp LW: Endoscopic patch repair of inguinal hernia in a female patient. *Surg Endosc*, 1990; 4: 10-12.
9. Corbitt JD: Laparoscopic herniorrhaphy. *Surg Laparo Endosc*, 1991; 1: 23-25.
10. Toy FK, Smoot RT: Toy-Smoot laparoscopic hernioplasty. *Surg Laparo Endosc*, 1991; 1: 151-155.
11. Ferzli GS, Massad A, Albert P: Extraperitoneal endoscopic inguinal hernia repair. *J Laparoendosc Surg*, 1992; 2:281-286.
12. Mc Kernan JB, Laws HL: Laparoscopic repair of inguinal hernia using a totally extraperitoneal prosthetic approach. *Surg Endosc*, 1993; 7:26-28.
13. Talamini MA: Laparoscopic appendectomy and herniorrhaphy. *Advanc Surg*, 1993; 26:387-396.
14. Stoppa RE, Rieves JL, Warlaumont CR, et al.: The use of Dacron in the repair of hernias of the groin. *Surg Clin North Am*, 1984; 64:269-285.
15. Nyhus LM, Pollak R, Bombeck CT, et al.: The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia. *Ann Surg*, 1988; 208:733-737.
16. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, et al.: The tension-free hernioplasty. *Am J Surg*, 1989; 157:188-193.
17. Nyhus LM: The recurrence of groin hernia: therapeutic solutions. *World J Surg*, 1989; 13:541-544.
18. Fisher KS, Reddick EJ, Olsen DO: Laparoscopic cholecystectomy: cost analysis. *Surg Laparo Endosc*, 1991; 1:77-81.
19. Anderson RE, Hunter JG: Laparoscopic cholecystectomy is less expensive than open cholecystectomy. *Surg Laparo Endosc*, 1991; 1:82-84.
20. Brooks DC: A prospective comparison of laparoscopic and tension-free open herniorrhaphy. *Arch Surg*, 1994; 129:361-366.
21. Vogt DM, Curet MJ, Pitcher DE, et al.: Preliminary results of a prospective randomized trial of laparoscopic onlay versus conventional inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg*, 1995; 169:84-90.
22. The Southern Surgeons Club: A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Eng J Med*, 1991; 324:1073-1078.
23. Kerin MJ, Gorey TF: Biliary injuries in the laparoscopic era. *Eur J Surg*, 1994; 160:195-201.
24. Trondsen E, Ruud TE, Nilsen BH, et al.: Complications during the introduction of laparoscopic cholecystectomy in Norway: a prospective multicentre study in seven hospitals. *Eur J Surg*, 1994; 160:145-161.