

COMPARISON OF LAPAROSCOPIC AND OPEN PREPERITONEAL HERNIOPLASTY

พล.อ.ต. โพชนงค์ ชื่อสัตย์ วทบ.,พบ.,วุฒิบัณฑิตศาสตร*

Introduction

การรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบด้วยการผ่าตัด มีประวัติความเป็นมายาวนานกว่า 200 ปี ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่นิยมใช้การเย็บซ่อมด้วยวิธี Bassini's and Modified Bassini's methods ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ได้ดีและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก แต่มีข้อเสีย คือ ความตึง (Tension) ของแผลผ่าตัดมีมาก มีโอกาสที่จะเกิดโรคเป็นซ้ำใหม่ (Recurrent) ได้บ่อย ดังนั้นเมื่อประมาณ 20 กว่าปีมานี้ได้มีผู้นำเอาวิธีการที่เรียกว่า Tension free hernioplasty เข้ามาใช้รักษา โดยการใช้ Prosthesis เพื่อช่วยในการเย็บซ่อม ไม่ว่าจะเป็น Anterior approach หรือ Posterior approach มีการศึกษาเปรียบเทียบจนได้ผลสรุปว่า มี Recurrent rate ต่ำกว่า แต่ยังไม่เป็นที่นิยมของศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ เนื่องจากเป็นวิธีการผ่าตัดที่ไม่ค่อยจะคุ้นเคย และไม่มีอาจารย์ท่านใดถ่ายทอดเทคนิคการผ่าตัดมาให้นักศึกษาครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลบางส่วนที่นำมาเปรียบเทียบการผ่าตัด ระหว่าง Open Preperitoneal กับ Laparoscopic hernioplasty ซึ่งเป็นวิธีผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบด้วยวิธี Posterior approach Tension free hernioplasty ซึ่งน่าที่จะเป็นวิธีการที่ใช้ได้ดีและเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในอนาคต

Methods and Procedures

ระยะเวลา ตั้งแต่ เดือน มกราคม 2545 ถึง มีนาคม 2547 รวบรวมผู้ป่วยได้ผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 47 ราย ผ่าตัดด้วยวิธี Open preperitoneal hernioplasty 23 ราย ผ่าตัดด้วยวิธี Laparoscopic hernioplasty 24 ราย คัดเลือกผู้ป่วยด้วยวิธีสมัครใจ และความพร้อมในเรื่องค่าใช้จ่าย แต่ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้มักจะถูกเลือกผ่าตัดด้วยวิธี Laparoscopic hernioplasty และผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้มักจะถูกเลือกผ่าตัดด้วยวิธี Open preperitoneal hernioplasty การผ่าตัดผู้ป่วยด้วยวิธี Laparoscopic hernioplasty จะต้องเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้พร้อมในการดมยาสลบ (General anesthesia) แล้วผ่าตัดด้วยวิธี Totally extra peritoneal hernioplasty (TEP) โดยใช้ Balloon dissection ให้เกิดช่องว่างขึ้นในบริเวณ preperitoneal space แล้ว ใช้ Prolene mesh ขนาดกว้างประมาณ 7.5 ซม.ยาวประมาณ 10 ซม.เข้าไปปิด Myopectineal orifice แล้วเย็บด้วย Endostaplers ส่วนการผ่าตัดด้วยวิธี Open preperitoneal hernioplasty จะเตรียมผู้ป่วยแบบฉีดยาชาเฉพาะที่ (Spinal block) โดยใช้ Pfannenstiel incision และ blunt dissection ให้เกิดช่องว่างขึ้นในบริเวณ preperitoneal space แล้ว ใช้ Prolene mesh ขนาดเดียวกันกับการทำ TEP เข้าไปปิด Myopec-

* กองศัลยกรรม รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ.บ.นอ.

tineal orifice และเย็บด้วย Prolene suture ในตำแหน่งเช่นเดียวกันกับการทำ TEP ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการนัดหมายให้กลับมาพบแพทย์หลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้วในระยะเวลา 2, 6, 12, 24 อาทิตย์และทุก ๆ ปีตามลำดับ

Results

รายงานผู้ป่วย 47 ราย ตั้งแต่ มกราคม 2545 ถึง มีนาคม 2547 ผู้ป่วย 23 ราย ผ่าตัดด้วยวิธี Open preperitoneal hernioplasty เป็น Unilaterally hernia 16 ราย อายุเฉลี่ย 53.9 ปี (23-79 ปี) เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 50 นาที (30-115 นาที) เป็น Bilaterally hernia 7 รายอายุเฉลี่ย 57.9 ปี

(21-78 ปี) เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 62.43 นาที (45-75 นาที) ผู้ป่วยที่เหลือจำนวน 24 ราย ผ่าตัดด้วยวิธี Totally extra peritoneal hernioplasty (TEP) เป็น Unilaterally hernia 9 ราย อายุเฉลี่ย 52.67 ปี (27-71 ปี) เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 51.11 นาที (40-80 นาที) เป็น Bilaterally hernia 15 ราย อายุเฉลี่ย 59.2 ปี (38-73 ปี) เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 70.33 นาที (45-120 นาที) ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนั้น มีระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้เป็นปกติใกล้เคียงกัน คือ 3-5 วัน และ 7-10 วัน ตามลำดับ

	TEP	OP	T-test
Patient	24	23	
Age	27-88 (56.75+/-14.77)	21-79 (55.13+/-17.30)	P = 0.731
Unilateral	16	7	
Bilateral	9	15	
Operative time	40-120 min. (63.12+/-18.22)	30-115 min. (53.78+/-19.15)	P = 0.093
Hospital stay	3.37+/-0.71 days	3.39+/-0.78 days	
Return to work	7.37+/-1.05 days	7.08+/-1.34 days	

สรุปได้ว่าไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยด้วยวิธี Open preperitoneal hernioplasty กับวิธี Totally extra peritoneal hernioplasty (TEP) ในข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนของผู้ป่วย, อายุของผู้ป่วย, เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด, ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้เป็นปกติ

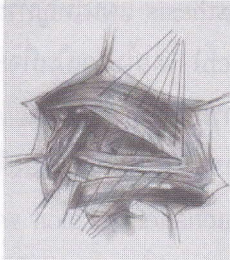
Discussion

การรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบด้วยการผ่าตัดมีหลายวิธีที่ศัลยแพทย์จะนำเอามาใช้รักษาผู้ป่วย การรักษาที่นิยมทำกันมานานกว่า 200 ปี ด้วยวิธี Bassini's method หรือ Modified Bassini's method อาทิเช่น Halsted Operation, McVay (Cooper Ligament) Repairs, Shouldice Repair

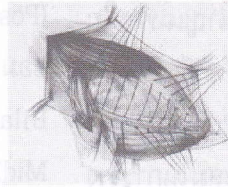
มีข้อเสียซึ่งเป็นที่ทราบกัน คือมีความตึง (Tension) ของแผลผ่าตัดมาก โอกาสที่จะเกิดโรคเป็นซ้ำใหม่ (Recurrent) มีมาก การทำ Relaxing Incision

อาจจะพอแก้ไข Tension ของแผลผ่าตัดให้ลดลงได้บ้าง แต่มิใช่เป็นการแก้ไขปัญหาให้หมดไปเลยทีเดียว

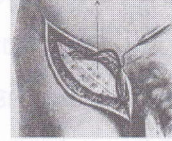
Original Bassini (1887)



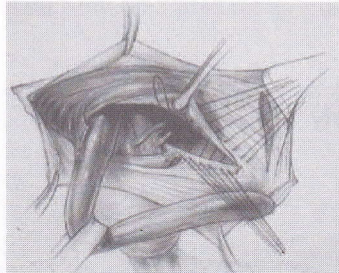
Modified Bassini



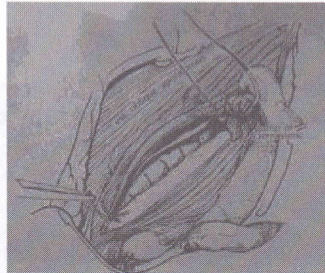
Halsted Operation



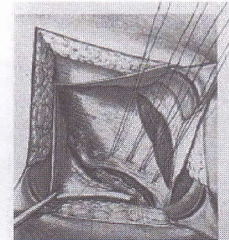
McVay (Cooper Ligament) Repairs



Shouldice Repair



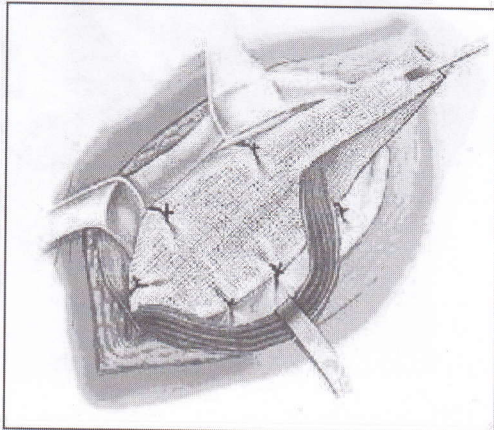
Relaxing Incision



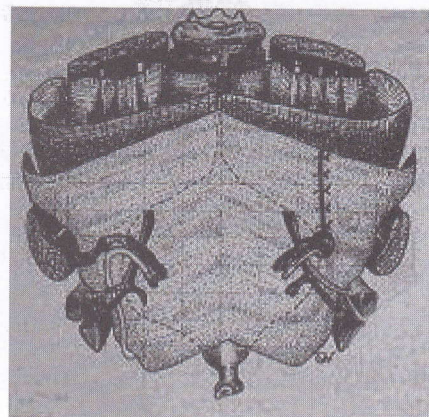
ดังนั้นเมื่อประมาณ 20 กว่าปีมานี้ได้มีผู้นำเอาวิธีการที่เรียกว่า Tension free hernioplasty หลายวิธี เข้ามาใช้รักษา ซึ่งจำเป็นต้องใช้ Prosthesis เพื่อเย็บซ่อม ในการผ่าตัดทุกครั้ง ไม่ว่าจะเป็น

Anterior approach หรือ Posterior approach อาทิเช่น Lichtenstein Tension-Free Repair, Open Preperitoneal Repair (Nyhus, Condon, Stoppa) เป็นต้น

Lichtenstein Tension-Free Repair



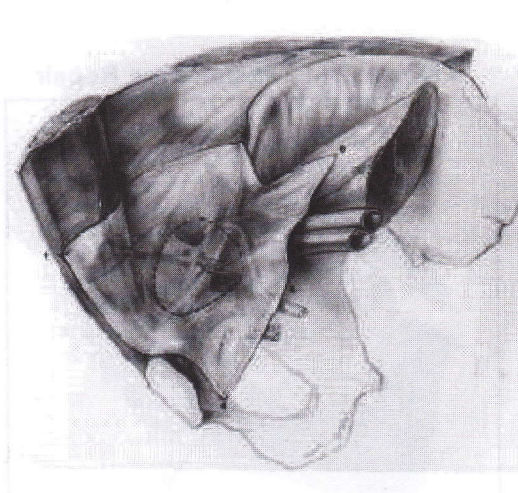
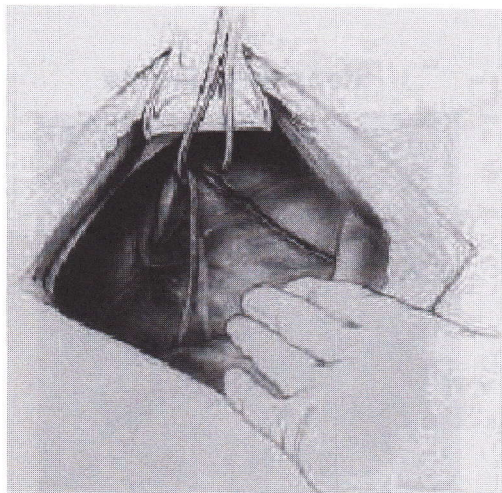
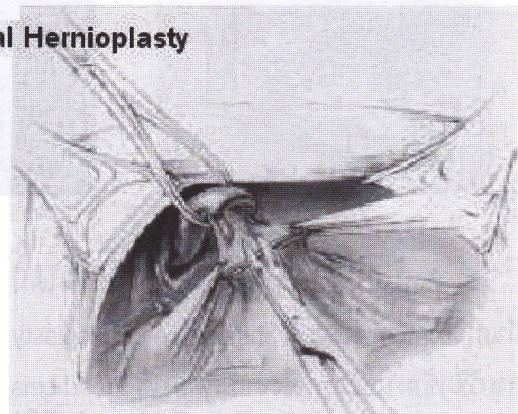
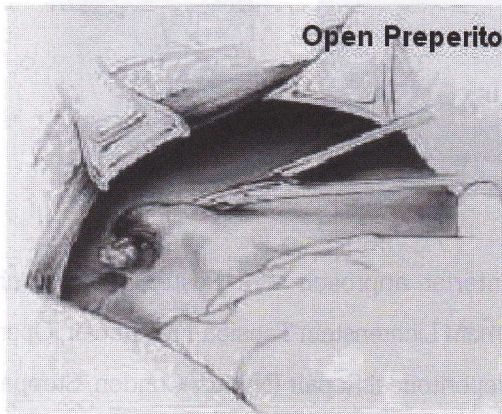
Stoppa Procedure



Open Preperitoneal Hernioplasty

เป็นการผ่าตัดที่เป็น Posterior approach และ Tension free method ซึ่งศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยจะคุ้นเคย และไม่เคยมืออาจารย์ท่านใดสอนมาก่อน จะต้องเรียนรู้ด้วยตนเองและศึกษาจากรายงานของศัลยแพทย์ผู้มีความชำนาญเฉพาะในการผ่าตัดวิธีนี้ หลักการของการผ่าตัดวิธี Preperitoneal hernioplasty คือ บริเวณ Preperitoneal space เป็นตำแหน่งที่ค่อนข้างเหมาะสมในการวาง prosthesis เนื่องจากมี Intraabdominal pressure ช่วยไม่ให้เกิดการหลุดเลื่อนของ Prosthesis เป็น

ตำแหน่งที่มี Avascular subcutaneous tissues ทำการผ่าตัดได้สะดวก ราบรื่นและมี immunity ต่อ superficial infection โอกาสที่จะติดเชื้อมีน้อย สามารถที่จะครอบคลุม Myopectineal orifice ได้ทั้งหมด ด้วย Prosthesis แผ่นใหญ่ทางด้านหลัง (Posterior approach) โดยไม่จำเป็นที่จะต้องเย็บซ่อม ผังท้อง สามารถทำได้ทั้ง Unilaterally และ Bilaterally ผ่านทางแผลผ่าตัดแผลเดียว คือ Midline หรือ Pfannenstiel incision ครอบคลุมได้ทั้ง Directed, Indirected inguinal hernia และ Femoral hernia



Laparoscopic Hernioplasty

หลักการเหมือนกับ Open preperitoneal hernioplasty แต่เทคนิคต่างกัน คือ ใช้กล้องและเครื่องมือผ่าตัดด้วยกล้องเข้าไปช่วย กำลังเป็นที่สนใจ และสามารถทำได้โดยศัลยแพทย์ผู้มีความชำนาญเฉพาะ การเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธีนี้กำลังอยู่ในระหว่างการศึกษาเพื่อหาผลสรุปให้เป็นที่ยอมรับกันต่อไป ในขั้นต้นพอที่จะกล่าวได้ถึงข้อดีของ Laparoscopic hernioplasty คือ แผลผ่าตัดเล็กกว่า กลับไปทำงานได้เร็วกว่า ข้อด้อยคือต้องทำโดยศัลยแพทย์ผู้มีความชำนาญเฉพาะต้องดมยาสลบ ค่าใช้จ่ายสูงกว่า การผ่าตัดด้วยกล้องมีวิวัฒนาการเริ่มต้นเมื่อประมาณ 10 กว่าปีมานี้เอง ดังนั้นการผ่าตัด Laparoscopic hernioplasty จึงมีได้หลายวิธี ได้แก่

1. Intraperitoneal Onlay Mesh Repair (IPOM)
2. Transabdominal Preperitoneal Repair (TAPP)
3. Totally Extraperitoneal Repair (TEP)

Intraperitoneal Onlay Mesh Repair (IPOM)

เป็นการผ่าตัดวิธีแรกเริ่มเมื่อมีผู้นำเอาการผ่าตัดด้วยกล้องมารักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ ซึ่งทำแบบง่าย ๆ คือ เข้าไปในช่องท้อง

แล้วใช้ Mesh เข้าไปปิดรูไส้เลื่อน และเย็บติดกับ Peritoneum โดยตรงเลย มีข้อเสีย คือไม่แข็งแรง และ Mesh เลื่อนหลุดได้ง่าย โอกาสที่จะเกิดไส้เลื่อนเป็นซ้ำใหม่ได้ง่ายกว่า และ อาจเกิด Adhesions และ Gut Obstruction ได้

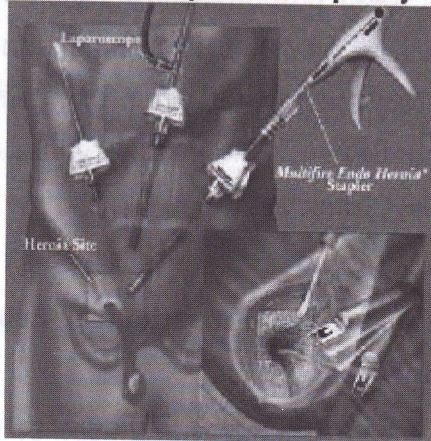
Transabdominal Preperitoneal Repair (TAPP)

เป็นการผ่าตัดที่ต้องเข้าไปในช่องท้อง และผ่าตัดเปิด Peritoneum ออกแล้วใช้ Mesh แผ่นใหญ่กว่าเข้าไปปิด Myopectineal Orifice แล้วเย็บ Peritoneum ปิดทับอีกที โอกาสที่จะเกิดไส้เลื่อนเป็นซ้ำใหม่น้อยกว่าแต่มีข้อเสียคือใช้เวลาทำการผ่าตัดนานกว่า และเกิด Adhesions และ Gut Obstruction ได้มากกว่า

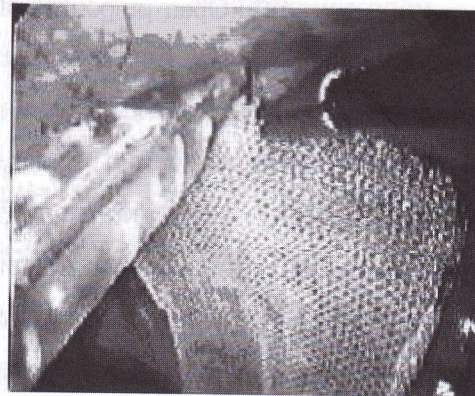
Totally Extraperitoneal Repair (TEP)

เป็นการผ่าตัดที่ศัลยแพทย์ผู้มีความชำนาญเฉพาะส่วนใหญ่นิยมทำกันมาก เนื่องจากใช้เวลาทำการผ่าตัดน้อยกว่า โอกาสที่เกิด Adhesions และ Gut obstruction ได้น้อยกว่า ด้วยการไม่ต้องเข้าไปในช่องท้อง โดยทำให้เกิดช่องว่างบริเวณ preperitoneal space โดยใช้ Balloon dissection และใช้ Mesh แผ่นใหญ่ เข้าไปปิด Myopectineal orifice เช่นเดียวกัน โดยไม่ต้องเสียเวลาในการเย็บ Peritoneum เหมือนวิธี TAPP

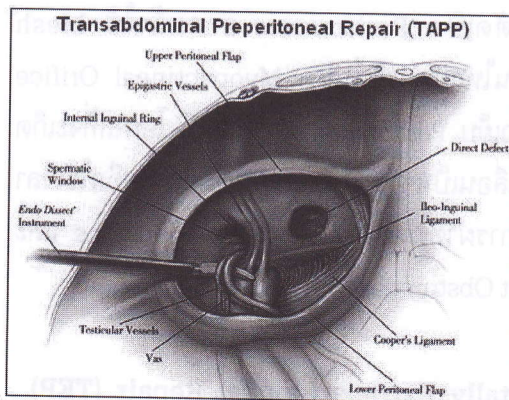
Laparoscopic Hernioplasty



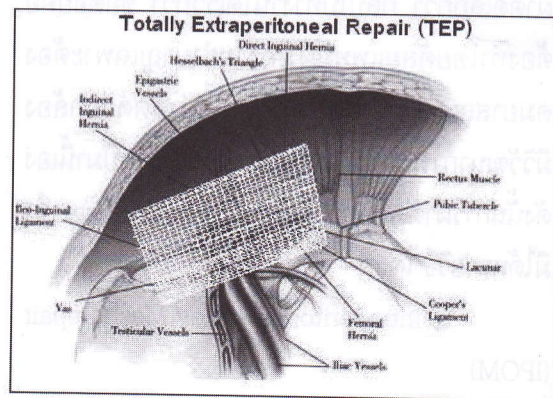
Intraperitoneal Onlay Mesh Repair (IPOM)



Transabdominal Preperitoneal Repair (TAPP)



Totally Extraperitoneal Repair (TEP)



จากการรวบรวมรายงานจำนวนมากพบว่า Tension free hernioplasty มี Recurrent rate ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ Non tension free hernioplasty (Cochrane reviews)

Recurrence rate following the Bassini inguinal repair of primary inguinal hernias

Author	No of cases	% Follow-up	Years Follow-up	Recurrence
Hagan	-	-	-	2.9 %
Bassini	262	-	-	3.8 %
Marsden	367	-	-	4.0 %
Houdard	46	69.6	-	6.2 %
Vayre	305	-	-	7.2 %
Callum	186	-	5-12	7.5 %
Chevrel	119	50.0	-	8.4 %
Magnusson	305	-	6-7	9.6 %
Berliner	720	-	4-9	11.5 %
Piper	246	67.7	-	12.2 %
Belenger	1,102	33.2	14	25.0 %

Recurrence Rate Following Tension-free Repair

Lichtenstein < 1 %, (0 % - 0.7 %)

Open Preperitoneal Repair (Nyhus, Condon, Stoppa) < 1 %

Laparoscopic Hernia Repair < 1 %

ได้มีรายงานการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง Tension free hernioplasty ด้วยกัน คือ Laparoscopic totally extra peritoneal hernioplasty (TEP) ซึ่งเป็นการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบด้วยวิธี Posterior approach กับ Open mesh repair (Lichtenstein method) ซึ่งเป็นวิธี Anterior approach สรุปได้ว่า การผ่าตัดวิธี TEP ดีกว่าวิธี Lichtenstein method ในแง่ที่แผลผ่าตัดเล็กกว่าความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลับไปทำงานได้เร็วกว่า^{6,7,8,9,10} และมีรายงานเปรียบเทียบระหว่าง Laparoscopic preperitoneal hernioplasty กับ Open preperitoneal hernioplasty ซึ่งเป็นวิธี Posterior approach ทั้งสองวิธี ของศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศส¹¹ พบว่ามี Recurrent rate และ Postoperative complications ไม่แตกต่างกัน แต่เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดน้อยกว่าระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยกว่า

เมื่อประมาณ 20 ปี มานี้เอง ได้มีวิวัฒนาการทางเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามาก โดยเฉพาะเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับคอมพิวเตอร์, โทรทัศน์, กล้องวิดีโอทัศน์ และเครื่องมือที่ช่วยในการผ่าตัดด้วยกล้อง ทำให้การผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy ได้รับความนิยมนแพร่หลายไปทั่วโลก จนเป็นที่ยอมรับว่าเป็น Gold standard treatment of symptomatic gallstones ต่อมาได้มีการนำเอา Laparoscopic

surgery ไปใช้กับการผ่าตัดในอวัยวะอื่น ๆ อีกหลายอย่างด้วยเหตุผลในทำนองเดียวกัน คือ การเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดน้อยกว่า แผลผ่าตัดเล็กกว่ามีผลต่อความสวยงามของหน้าท้อง การอยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่า ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้รวดเร็วกว่า แต่การรายงานผลในระยะแรกปรากฏว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนและเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดจะมากกว่า แต่เมื่อทำการฝึกฝนจนชำนาญแล้วผลการผ่าตัดเหล่านั้น กลับลดน้อยลงลงไปกว่าการผ่าตัดวิธีเดิมเสียอีก เนื่องจาก Laparoscopic surgery เป็นการผ่าตัดที่มีวิวัฒนาการขึ้นมาใหม่ ยังต้องอาศัยระยะเวลา ในการพัฒนาฝีมือการผ่าตัดด้วยกล้อง และรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย นำมารายงานให้วงการแพทย์ได้รับทราบกันต่อไปในอนาคต การผ่าตัดด้วยกล้องในโรงพยาบาลภูมิภาคหลายแห่ง เริ่มต้นโดยระยะแรกได้เชิญศัลยแพทย์ชาวไทย ซึ่งได้ไปทำงานอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา และเชี่ยวชาญการผ่าตัดทางด้านนี้โดยเฉพาะ มาทำการสาธิตวิธีการผ่าตัดและช่วยฝึกฝนให้ศัลยแพทย์ของกองทัพอากาศสามารถทำการผ่าตัดวิธีนี้ได้ นอกจากนั้นยังได้จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องโดยใช้หมูเป็นสัตว์ทดลองในโรงพยาบาลภูมิภาคหลายแห่ง ขึ้นอีกด้วย ระหว่างนั้นก็จัดหาเครื่องมือที่จะต้องใช้ในการผ่าตัดไปด้วย เมื่อได้มาเรียบร้อยแล้ว จึงเริ่มต้นการผ่าตัดรักษาโรคนี้ในถุงน้ำดีด้วยกล้อง ตั้งแต่ พ.ศ.2536 เป็นต้นมา การผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบด้วยกล้อง จึงมีการฝึกฝนควบคู่กันไปด้วย ระยะแรกได้ทำด้วยวิธี Transabdominal Preperitoneal Repair (TAPP) ก่อน ต่อมาจึงทำด้วยวิธี Totally Extra-peritoneal Repair (TEP) และฝึกฝนจนชำนาญ

สามารถทำการผ่าตัดได้ด้วยความมั่นใจ และจากการที่มีความคุ้นเคยกับบริเวณ Preperitoneal space ที่เห็นจากการผ่าตัดด้วยกล้อง จึงฝึกฝนการผ่าตัดด้วยวิธี Open preperitoneal hernioplasty ควบคู่กันไปด้วย และได้รวบรวมรายงานผู้ป่วย 47 ราย ตั้งแต่ มกราคม 2545 ถึง มีนาคม 2547 ผ่าตัดด้วยวิธี Open preperitoneal hernioplasty 23 ราย ผ่าตัดด้วยวิธี Laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty 24 ราย ได้รับผลการรักษาตามที่ได้กล่าวมาแล้ว การรายงานครั้งนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นซึ่งจำนวนของผู้ป่วยยังไม่มากพอ จำเป็นต้องศึกษาต่อเนื่องเพิ่มเติมเพื่อที่จะได้เป็นที่น่าเชื่อถือต่อไป

Conclusion

ไม่มีความแตกต่างของเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด, ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และระยะเวลาที่กลับไปทำงานได้เป็นปกติ เมื่อเปรียบเทียบการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบด้วยวิธี Laparoscopic preperitoneal hernioplasty กับ Open preperitoneal hernioplasty

References

1. Read RC. The centenary of Bassini's contribution to inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg.* 1987; 153:324-6.
2. Lichtenstein IL. *Hernia Repair Without Disability.* St. Louis, Mo: Ishiyaku Euroamerica Inc; 1986.
3. Nyhus LM. An anatomic reappraisal of the posterior inguinal wall. *Surg Clin North Am.* 1964;44:1305.
4. McEvedy PG. Femoral hernia. *Ann R Coll Surg.* 1950;7:484-96.
5. Wantz GE. Prosthetics: Their Complications and Management, Part I. In: Bendavid R, ed. *Prosthesis in Abdominal Wall Hernias.* Austin, Tex: RG Landes Co: 1994:326-9.
6. Bringman S, Ramel S, Heikkinen TJ, et al. Tension-free inguinal hernia repair: TEP versus mesh-plug versus Lichtenstein: a prospective randomized controlled trial. *Ann Surg (United States),* Jan 2003, 237(1) p142-7.
7. Hildebrandt J, Levantin O [Tension-free methods of surgery of primary inguinal hernias. Comparison of endoscopic, total extraperitoneal hernioplasty with the Lichtenstein operation] *Chirurg (Germany),* Oct 2003, 74(10) p915-21.
8. Subwongcharoen S Outcome of inguinal hernia repair total extraperitoneal laparoscopic hernia repair versus open tension free repair (Lichtenstein technique). *J Med Assoc Thai (Thailand),* Oct 2002, 85(10) p1100-4.
9. Andersson B, Hallen M, Leveau P, et al. Laparoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair versus open mesh repair: a prospective randomized controlled trial. *Surgery (United States),* May 2003, 133(5) p464-72.
10. Colak T, Akca T, Kanik A, et al. Department of General Surgery, Medical Faculty of Mersin University, Icel, Turkey Randomized clinical trial comparing laparoscopic totally extraperitoneal approach with open mesh repair in inguinal hernia. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech (United States),* Jun 2003, 13(3) p191-5.
11. Feliu X, Torres G, Vinas X, et al. Preperitoneal repair for recurrent inguinal hernia: Laparoscopic and open approach [In Process Citation] *Hernia (France),* May 2004, 8(2) p113-6.

(Abstract)

**COMPARISON OF LAPAROSCOPIC AND OPEN
PREPERITONEAL HERNIOPLASTY****Poschong Suesat, MD. FRCS (Thai)**

From January 2002 to Mars 2004, 47 patients entered this protocol. The first group of 23 patients underwent open preperitoneal hernioplasty. Sixteen patients aged 23-79 years (average 53.9) were unilaterally hernia. The operative time was 50 minutes (30-115). Seven patients aged 21-78 years (average 57.9) were bilaterally hernia. The operative time was 62.43 minutes (45-75). The second group of 24 patients underwent laparoscopic totally extra peritoneal hernioplasty (TEP). Nine patients aged 27-71 years (average 52.67) were unilaterally hernia. The operative time was 51.11 minutes (40-80). Fifteen patients aged 38-73 years (average 59.2) were bilaterally hernia. The operative time was 70.33 minutes (45-120). There were no difference of the hospital stay and the return to work days in both groups of patients (3-5 days and 7-10 days respectively). We concluded that no statistical significant differences were found between both groups of hernioplasty.

Key word : Laparoscopic Hernioplasty