

## SUBKOSTAL VE LUMBODORSAL KESİLERDE İNSİZYONAL HERNİ \*

Dr.Recai GÜRBÜZ \*, Dr. Ali ACAR \*, Dr. Kadir CEYLAN \*, Dr. Esat M.ARSLAN \*,  
Dr. Şenol ERGÜNEY \*, Dr. Zafer YAMAN \*

\* S.Ü.T.F. Üroloji ABD

### ÖZET

1983-1992 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında değişik amaçlı 538 vakaya subkostal kesi, 49 vakaya lumbodorsal kesi uygulandı. Subkostal kesiye bağlı vakaların %3 ünde herni, %8 inde lomber adelelerin denervasyonu sonucu gelişmiş şişlik (Bulge) belirlenmiş, lumbodorsal insizyona bağlı patoloji belirlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: İnsizyonal herni, subkostal insizyon, lumbodorsal insizyon.

### SUMMARY

#### *Incisional Hernia in the Subcostal and Lombodorsal Incisions*

For 558 patients subcostal incision and for patients lumbodorsal incisions were applied the Urology Department of Medical Faculty of Konya Selçuk University between 1983 and 1992 for different purposes. In the cases due to subcostal incisions 3% of them had hernia, 8% had a bulge as a result of denervation of lumbar muscles and pathology due to lumbodorsal incision hadn't been observed.

Key Words: Incisional hernia, subcostal incision, lombodorsal incision.

### GİRİŞ

Lumbar sahanın tanımlanması anterior, lateral veya dorsal görünümüne bağlı olarak değişiklikler göstermektedir. en belirgin tanımlama posterior (Dorsal) görünümünden yapılandır.

Saha superiorıda 12. kotla, inferiorıda iliak krista ile sınırlıdır. Medialini sakrospinal adele grubu ve lateralini 12. kotdan iliak kristaya uzanan eksternal oblik kasın posterior kenarı teşkil eder (1-3).

Lomber alan inferior ve superior olarak iki bölgeye ayrılmaktadır. Inferior lomber saha (Petit); inferiorıda iliak krista, medialde latismus dorsi adalesinin lateral kenarı ve lateralde eksternal oblik adele ile sınırlanmıştır. Superior lomber saha (Grynfelt-Lesshaft) superiorıda 12. kot, sakrospinal adele ve lateralde internal oblik adele ile sınırlıdır. Sahanın posterior ve superfisialisini transversalis fasya, latismus dorsi adalesi ve lumbodorsal fasya teşkil etmektedir. Önde önemli oranda retroperitoneal konumlu yağ mevcuttur. İliohipogastrik ve ilioinguinal sinirler lumbodorsal fasyanın derin tabakasını deler ve transvers abdominal ve internal oblik adele arasında laterale doğru ilerler (1,2).

Lumbar herniler nadiren gelişmektedir. Konjeni-

tal veya akkiz olabilmektedir. Akkiz olanlar (Spontan, posttravmatik veya postoperatif) büyük çoğunluğu teşkil etmektedir. Herniler lumbar muskulator veya apenevrozdaki defektlerin her hangi bir yerinden ortaya çıkmaktadır. Konjenital herniler çok nadir olup infantlarda görülmektedir ve muskuloskeletal anormal bir gelişimden veya muskuloskeletal gelişim arrestinden kaynaklanabilmektedir (1,2).

Lumbar hernilerin %50 sini spontan gelişen herniler teşkil etmektedir. Son 3 lumbar sinirin kütanöz dallarının örtücü fasyayı deldiği yerlerden yağ küreciklerinin protrude olması şeklinde gelişebilir. Bu tip herniler epigastrik umbikal ve spigelian hernilerdeki preperitoneal yağ hernilerinin analogudur. Özellikle superior lumbar sahayı veya tüm lumbar sahayı tutmuş daha geniş muskuler ve fasyal defektlerden peritoneal astarlı ve visseral organları içeren büyük herniler gelişebilmektedir (1,2).

Travmatik lumbar herniler tüm herni vakalarının %25 ini teşkil eder. Postoperatif flank insizyonları, ezilmeler, penetre yaralanmalar veya postoperatif enfeksiyon durumları nedenler arasında sayılmaktadır. Spontan ve travmatik tiplerin ikisi de sol yanda daha fazla görülmektedir. Genellikle erkeklerde gelişmekte

\* Bu yazı, XII. Ulusal Üroloji Kongresinde (Nevşehir) poster olarak sunulmuştur.  
Haberleşme Adresi: Dr. Ali ACAR S.Ü.T.Fa. Üroloji ABD KONYA





Resim 1: Preoperatif lumbar insizyonel herni.



Resim 2: Preoperatif lumbar insizyonel herni.





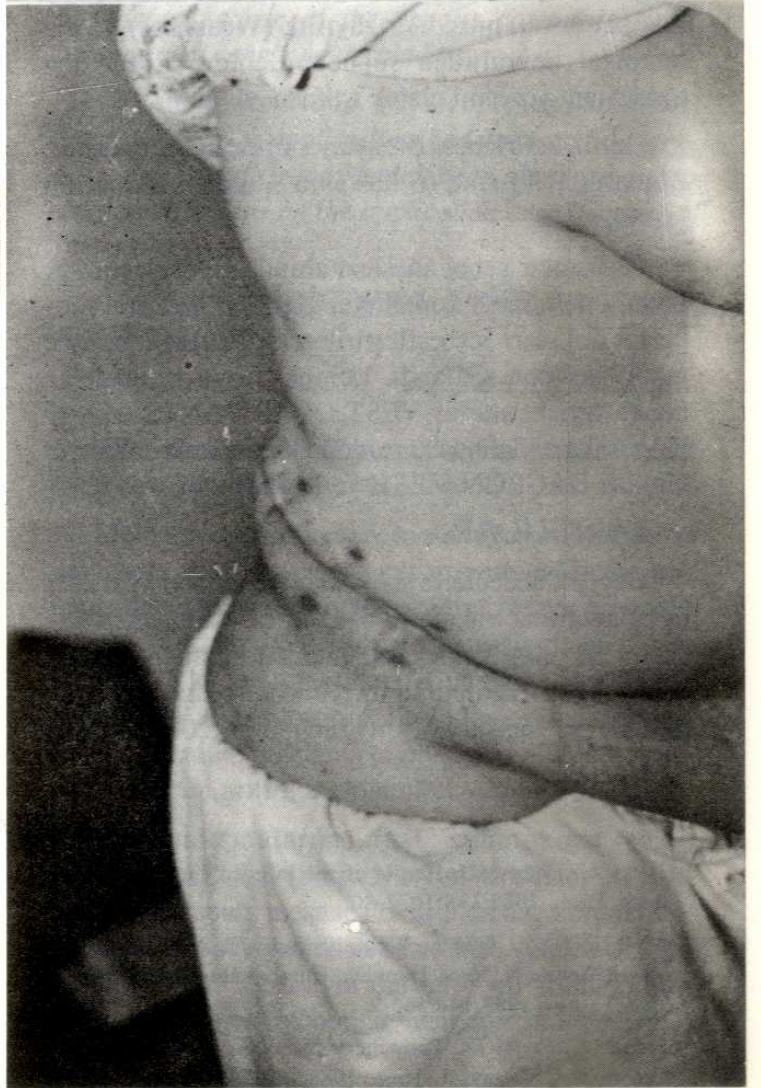
Resim 3: Herni girişi.



Resim 4: Dacron mesh yerleştirilmesi.



Resim 5: Fasya ve Adelelerin suture edilmesi.



Resim 6: Operasyon sonrası herni bölgesi.



ve an fazla 50-70 yaşları arasında meydana gelmektedir (1,2).

Lumbar herniler genellikle lumbar adalelerin denervasyonuna sekonder gelişen (bulge) şişlik, tümseklik ile karışmaktadır. Genelde interkostal sinirin korunmamasına bağlı gelişen bu durum lumbar herniyi taklit edebilmektedir. Bu hastalar korse ile desteklenince hafifleyen rahatsızlıklar hissetmelerine rağmen, büyük çoğunluğuna tedavi gerekmez (4).

### MATERYEL VE METOD

1983-1992 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında değişik nedenlerle 192 kadın ve 346 erkek olmak üzere yaş ortalaması 35 olan 538 vakaya subkostal, yaş ortalaması 25,8 olan 49 vakaya lumbodorsal kesi uygulandı. Bu vakalar periyodik olarak IVP, ultrasonografi, idrar tetkiki, kültür ve antibiyogram çalışmaları yanında fizik muayene ile kontrol edildi. Lumbar herni, kaslar zayıflık (Weakness) ve interkostal nevraljiden şüphelenilenlere EMG den ayırıcı tanı yöntemi olarak istifade edildi (4).

Herni belirlenen 6 hastaya operasyon önerildi. Bunların %50 sine (6 hastanın 3 ü) herni onarımı yapıldı.

Onarımlar genel anestezi altında gerçekleştirildi. Lateral dekubitus konumuna getirilen hastanın tüm fasyal dokuları serbestleştirilerek dokuların genişçe mobilizasyonu sağlandı. Lomber fasya ve adaleler nonabsorbabl stürle (VEST OVER PANTS tekniği ile) tabakalar halinde kapatıldı. Onarımlarda vakaların tümüne DACRON MESH yerleştirildi (4).

### BULGULAR

Değişik nedenlerle subkostal ve lumbodorsal kesi uyguladığımız vakaların %37 si ile (Total 538 hastanın 205 ile) ilişki kurulabildi. Bunlardan lumbodorsal kesi uyguladığımız ve kontrolünü yapabildiğimiz 20 hastada (49 uygulamanın 20 si kontrol

edildi) insizyonel patoloji belirlenmedi.

Subkostal kesi uygulanan vakaların %8 inde (Kontrolü yapılan 185 hastanın 15'inde) lumbar bölgede adele denervasyonuna bağlı şişlik (Bulge), %3 ünde (Kontrolü yapılabilen 185 hastanın 6 sında) fascial defektli lumbar herni belirlendi (Resim 1,2).

Lumbar bölgede herni belirlenen 6 hastaya onarım için ameliyat önerildi ve 3 hasta operasyonu kabul etti. Bu 3 hastaya genel anestezi altında (VEST OVER PANTS tekniği ile) herni onarımı yapıldı, vakaların tamamına MESH uygulandı (Resim 3,4,5,6).

### TARTIŞMA

Lumbar herniler nadir gelişmektedir. Konjenital ve akkiz gelişebilen bu hernilerden konjenital tip infantlarda görülmektedir. Spontal gelişen lumbar herniler daha çok obezlerde görülmektedir. Bunlarda 3 üncü lumbar sinirin fasyayı deldiği yerde yağ protrudasyonu başlamaktadır (1-3,5).

Travmatik lumbar herniler vakaların %25'ini teşkil etmektedir. Operasyonlara bağlı insizyonlar, ezilmeler ve penetre yaralanmalar veya postoperatuar enflamasyon durumları sebepler arasında sayılmaktadır (2).

Lumbar herni bulunan bir hastada en genel bulgu lumbar bölgede rahatsızlık ve çekinti hissidir. Lumbar insizyon bulunan hastalarda nevralji, interkostal sinir hasarlarına bağlı kaslar zayıflık (WEAKNESS) ve yetersiz kapatımdan veya kaslar/fasyal diastasisden kaynaklanan herni sonucu interkostal veya lumbar ağrı olabilir veya fiziki bir kitle bulunabilir (2).

Lomber insizyonlarda interkostal sinirin korunmaması sonucu gelişmiş adele denervasyonuna sekonder gelişen (Bulge) şişliğin lumbar hernilerle karışabileceğini gözönünde bulundurmak gerekmektedir (4).

### KAYNAKLAR

1. Harry G, Light MD. Hernia of the inferior Lumbar Space. Arch Surg. 1983;118:1077-80.
2. Mark E, Baker John L, Weinerth Rudy T, Andriani Richard H, Cohan N, Reed Dunnick. Lumbar Hernia: Diagnosis by CT. Agr 1987;148:565-7.
3. Joseph C. Presti JR, Perinchery Narayan, Lumbar Herniation of the Kidney. J. Urol. 1988;140:586-7.
4. Robert B. Smith, Compliations of Renal Surgery. In: Robert B Smith, Richard M, Ehrlich VB. Complications Urologic Surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990.
5. Ronald J, Faille MD. Low Back Pain and Lumbar fat Herniation. The American Surgeon 1978; 359-61.