TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt : 11, Sayı : 1, 61-67 1985

NÜKS DEV MEDİAN VE PARAMEDİAN ENSİZYONAL HERNİLER BASİT BİR TEKNİKLE NASIL ONARILIR?

HOW RECURRENT HUGE MEDİAN AND PARAMEDİAN İNCİSİONAL HERNİAS ARE REPARED WİTH A SİMPLE SURGİCAL TECHNİC?

Ş. Yavuz ÖNOL (*)

Üretral lavajla başlayan üroloji, bu gün retro-peritoneal bölge cerrahisinden ötede; gastro entestinal ve thorax hatta damar cerrahisi ile yakından ilgili bir bilim dalı haline gelmiştir. Bu nedenle, artık abdominal girişimler, ürolojide daha sıklıkla kullanılmaktadırlar. Bunun sonucu olarak ürolog, çok sık olmasa bile, bu kesilerle ilgili komplikasyonlarla karşılaşmaktadır. Batına girişte median ve paramedian kesiler sonucu oluşan ventral herniler onarımda bu gün dahi güçlük arzetmektedir. Üroloğun böyle bir komplikasyona bizzat çözüm bulmaya çalışması pek tabii olacaktır.

Abdominal girişimler genellikle vertikal ve transvers olarak yapılırlar. Bu kesilerin kendilerine göre avantaj ve dezavantajları vardır. (1)

Vertikal kesiler, damar ve sinirlere yaklaşım söz konusu olmadığından çabuk uygulanırlar ve istenildiğinde kolayca uzatılabilirler. Sub-kostal acısı dar hastalarda bile epi gastriuma kolayca giriş verirler. Transvers kesiler, batın adelelerinin ve rektüsün enlemesine olarak kesilmelerinde bile paralizi oluşmadığının anlaşılması üzerine popüler olmuşlardır. Girişim daha yavaştır. Ensizyonun kapatılması ise kesi uclarına fazla tansion binmediğinden oldukça kolaydır. Langers hatlarını izler. Ameliyat sonrası herni ihtimali çok daha azdır.

Vertikal ensizyonda; aponevroz boyunca bütün lifler kesildiğinden hasta uyanırken yara dokuları üzerine muazzam bir tansion biner. Bu basınç adele yapısı iyi gelişmiş bir erkekte 20 kg. kadardır. Transvers keside, m. transversus abdominis kesi dudaklarını yaklaştırma görevini yüklendiğinden, yara uçlarındaki tansion 6 kg. olarak bulunmuştur. (1)

(*) İst. Dz. Hastanesi Üroloji Kliniği Doçenti.

Demek oluyorki; vertikal keside transvers kesiye oranla, yaklaştırmada yara uçlarına 3.5 misli daha çok basınç binmektedir.

Yaklaştırılan kesi dudakları arasındaki aşırı gerginlik, yara iyileşmesi için en büyük düşmandır. Bu gerginlik arzu edilen kan dolaşımını aksi yönde etkiler. Açıklanan bu anatomik özelliklerin ötesinde ensizyonal herni oluşmasında; kullanılan dikiş materyeli, enfeksiyonlar, intra abdominal basıncı artıran faktörler, uygulanan hatalı teknikler rol oynar. (2.3)

Ventral herni oluşmuş bölgenin abdominal duvarı skarlı bir doku karışımından ibarettir. Yalancı herni kesesi ise, fasial elementler ile peritondan oluşan bir dokudur. Kese, altındaki batın oluşumlarına sıkıca yapışık olabilir. Bu durumda diseksiyon büyük risk taşır. (4)

Skar dokusuna dönüşmüş olan tabakalar kuvvetli gözükseler bile, elâstikiyetlerini kaybettiklerinden, batın içindeki basıncın itme gücüne direnç gösteremezler. (4)

Ventral hernilerin onarımında, değişik teknikler önerilmiştir: (2.3.4.5.)

Peritoneal boşluğa girmeden, kesinin bir seri suturlerle batın içersine gömülmesi bazı otörlerce kullanılmakta isede, kesenin altında kalan batın oluşumlarını görme imkânı olmadığından tehlike taşıyabilir. Hatta ameliyat sonucu barsak obstriksiyonları bile görülebilir. Protez kullanılarak ventral hernilerin onarımı'da iyi sonuçlar vermekten uzaktır. (6)

Aşırı kilolu kimselerde ameliyatı uygun diyetle hastanın kilo kaybetmesinden sonraki tarihe ertelemek, akıllı bir davranıştır.

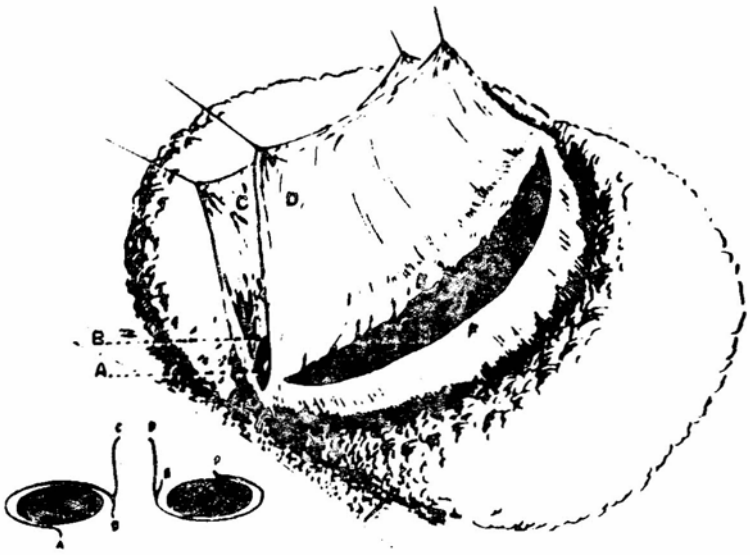
Daha önce klâsik yöntemlerle ventral hernileri opere edilmiş, fakat başarısız kalınmış, biri median diğeri paramedian iki vakada uyguladığımız tekniği sunuyoruz. Bu teknik ventral hernilerde bizzat herni kesesi kullanılarak yapılır. Nüks ihtimali yoktur. Protez kullanılmasını gerektirmez.

T E K N İK : Herni önündeki skar dokusu eliptik olarak çıkartılır. Her iki yanda deri flâpları, keseyi açmamaya özen gösterilerek, rektüs adelesinin ön kılıfları görülünceye kadar diseke edilir. Hemostaza özen gösterilmelidir. Bu şekilde yalancı fıtık kesesi tümüyle ortaya çıkarılmış olur. Ortadan vertikal olarak kesilen kese iki flap haline dönüştürülür. Batın içi oluşumlarla yapışıklıklar diseke edilerek ayrılır.

Sol flâp yukarıya doğru çekilerek alttan rektüs adelesinin alt kılıfı operasyon alanına getirilir. Sol rektüs kılıfının iç kenarının 1 cm. lâteralinden periton ve alt rektüs kılıfını içine alan vertikal bir kesi yapılır. Böylece solda ve alt iki flâp elde edilir. (Resim 1)

Aynı kesi bu kez sağ tarafa fakat sağ rektüsün üst kılıfına yapılır.

Böylece rektüs kılıfından dört adet kısa flâp, yalancı herni kesesinden ise iki uzun flâp, elde edilmiş olur. (Resim 1)



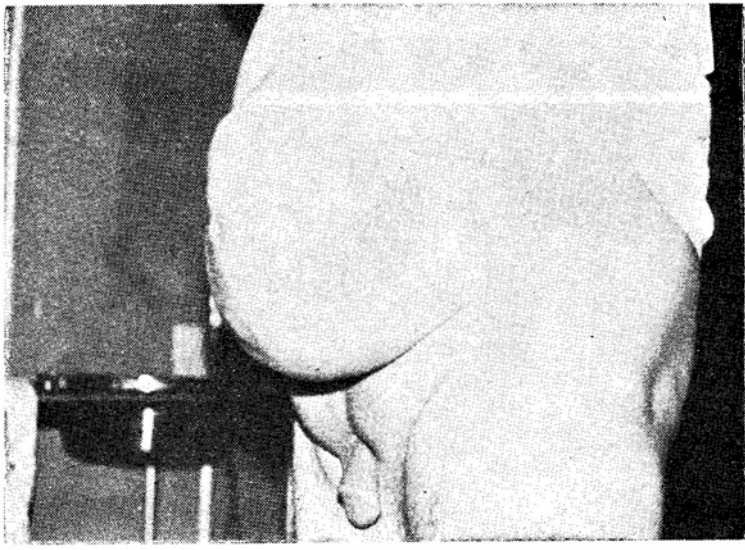
Bu altı flaptan üst üste üç tabaka oluşturulacaktır. En alt tabaka rektüs adelesinin alt yüzünde oluşturulan iki adet flâpın dış yanındakinin (A) yalancı fıtık kesesinden elde edilen sol taraftaki flâpa (D) yaklaştırılması ile elde edilir. Böylece batın oluşumları ile ilişki kesilmiş olur.

Orta tabaka ise sağ rektüs kılıfının alt yüzünde oluşturulan iç yanda kalan flâpın (B) sol rektüs kılıfının üst bölümünde oluşturulan iç yanda kalan flâpa (E) dikilmesi ile edilecektir. Böylece linea alba yeniden oluşmuş olacaktır.

Üst tabaka ise fıtık kesesinden elde edilen sağ taraftaki flâpin (C) rektüs kılıfı ön yüzünde vertikal kesi ile elde edilen ve dış yanda kalan flâpa (F) dikilmesi ile elde edilir.

Tabakaların oluşmasında O no. Prolene kullanılır. Cilt altına dren konulması ve batının hafif bandaja alınmasında fayda vardır.

V A K ' A - 1. : 1336 Elazığ doğumlu erkek hasta N.A. 100 Kg. Beş yıl önce kliniğimizde tarafımızdan mesane tümörü nedeni ile total sistektomi ve üretero-sigmoidostomi ameliyatı yapıldı. Girişim subrapubik median kesi ile yapıldı. Ameliyat sonunda insizyonal herni oluşan hastanın ventral hernisi ameliyattan iki yıl sonra tarafımızdan klasik yöntemlerle onarılmağa çalışıldı. Başarısız kalındı. (Resim 2) Bu vakada ventral herni 7 Haziran 1984 tarihinde 111 prot. No ile yukarda tanımlamaya çalıştığımız yöntem uygulanarak başarılı şekilde onarılmıştır. (Resim 3) Her ne kadar

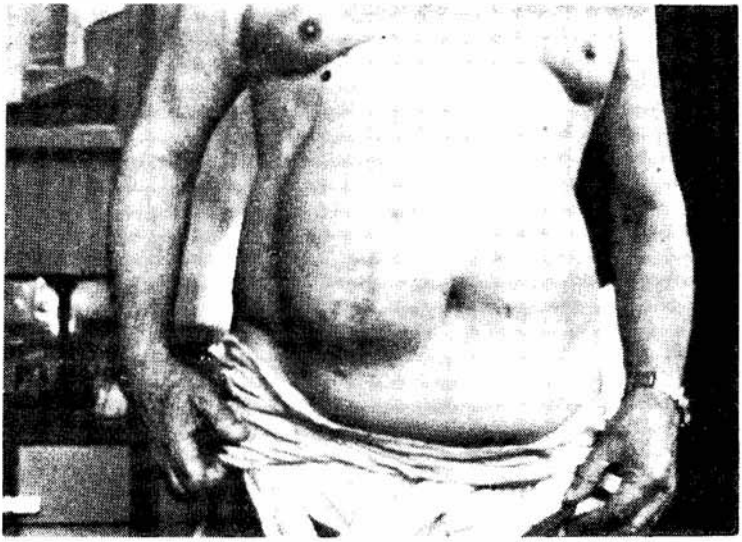


(Resim 2)

(Resim 3)

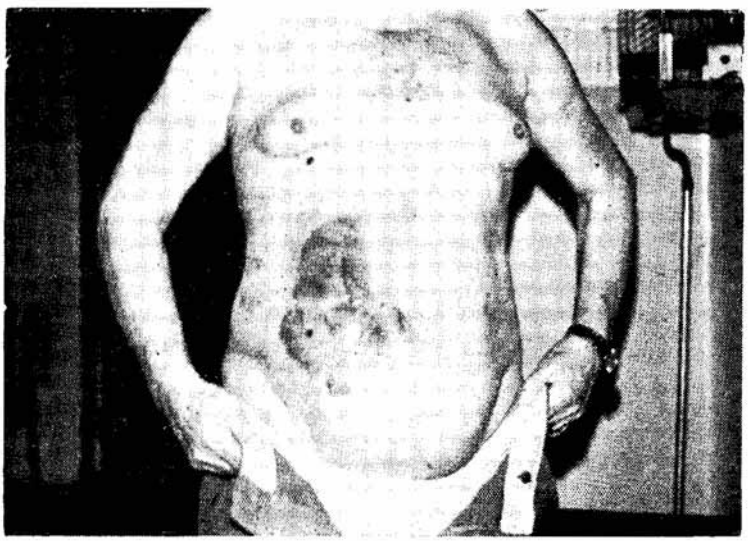
hemostaza özen gösterildi isede cilt altına dren konulmaya gerek görülmediğinden cilt enfeksiyonu oluşmuş fakat bu ameliyat sonucuna kötü yönde etki etmemiştir.

V A K ' A - 2 : 1328 İstanbul doğumlu erkek hasta İ.T. 110 Kg. Beş yıl önce göbek üstü median kesi ile subtotal gastrektomi ameliyatı geçirmiş. Üç yıl önce ise sağ paramedian girişimle kolesistektomi olmuş. Ameliyat sonu komplikasyonlu seyreden hastada, ventral herni oluşmuştur. (Resim 4). İki yıl önce genel cerrahi uzmanlığınca hastanın paramedian ensizyonal hernisi klasik yöntemlerle onarılmağa çalışılmış fakat başarısız kalınmıştır.



(Resim 4)

Bu vakayada açıklanan yöntemle kliniğimizde 11 Temmuz 1984 130 prot. No. ile ventral herni onarımı uygulanmış ve başarılı olunmuştur. (Resim 5). Hastaya her iki yana cilt altına dren konulduğundan 1. vakada görülen cilt enfeksiyonu oluşmamıştır.



(Resim 5)

TARTIŞMA

Ensizyonal hernilerin oluşturduğu patolojik sorunlar bilinmektedir. Önerdiğimiz tekniğin iki ana cephesi vardır.

Herni nedeni ile bir birinden ayrılmış rektüs adelelerinin; retansion suturlerine ihtiyaç göstermeden, relaksasyon kesileri yardımı ile kendiliğinden orta hatta yan yana gelebilmeleri tekniğin birinci özelliğidir.

Diğer önemli nokta ise, rektüs adelelerinin aponevrotik kılıflarının rekonstriksionu ve elde edilen altı flâptan linea albanın yeniden teessüs ettirilmesidir.

Böylece; batın duvarının antero lateral anatomisi yeniden oluşturulmuş olur. Bu teknik graft ve protez kullanımını gerektirmez.

Graft ve protez kullanılması fazla kolleksiyon ve rejeksion nedeni ile enfeksiyon tehlikesini artırır. Protezler yırtılabilir, enfekte olabilirler. Hatta uygulandığı yere anatomik uyum göstermeyebilirler. Bazen yabancı cisim reaksiyonu yaparak protezi çıkarmak gerekebilir.

Bizim uyguladığımız teknik, basitliği yanında büyük iyileşme potansiyeline sahip dirençli biyolojik dokuların kullanılması ile yapıldığından protez kullanımını gereksiz kılar. Nüks ihtimali yoktur.

ÖZET

Dev median ve paramedian hernilerde uygulanabilen basit bir tekniği ve iki vakamızı sunuyoruz. Bu teknikte büyük iyileşme potansiyeline sahip dokuların ve bizzat yalancı herni kesesinin kullanılması ile uygulanmaktadır retansion suturlerine protez kullanılmayı gerektirmemektedir.

SUMMARY

We are presenting a simple operative technic which can be applied on recurrent huge median and paramedian incisional hernias. We operated on our two cases with this technic very succesifully. On this technic false hernial sac and the tissues which has great healing potential are used. İt is not necessiate using sentetic material and retention sutures.

REFERANSLAR

1 — **Barry, J. Anson Chester, B.Mc-Way., In.:** Anson, Mc-Way Surgical Anatomy, Vol 1. W.B. Saunders Company, pp. 479-483, 1971.

2 — **Robert, M. Z.**: Repair of postoperative hernia In: Atlas of Surgical Operation, Fourth Edition New York: Macmillan Publishing Co., pp. 344-345, 1975.

3 — **John. L. Madden.**: Herniorraphy-İncisional hernia., In.: Atlas Of Technics In Surgery (General and Addominal) New-York Appleton Century-Crofs, pp. 100-103, 1964.

4 — **Hunter, R.R.**: Anatomical repair Of midline İncisional hernia: Brit. J. Surg., Vol 52 : 888, 1971.

5 — **Jack, D. Mc. Carthy., Melvin, W. Twiest.**: Intra peritoneal poly propylene mesh support Of İncisional herniorraphy. The Am. J. Surgery, 142 : 707, 1981.

6 — **Daniel, Preston., Charles, F. Richards.**: Use of wire mesh prostheses in the treatment of hernia. Surgical Clinics Of North America., Vol 53, No. 3, June 1973.

7 — **Alcino Lazaro. da Siiva., Minas, Gerais, Brazil.**: Surgical correction of longitudinal median or paramedian incisional hernia. Surgery-Gynecology and Obstetrics., 148 : 579, 1979.