Nadir Bir Karın Duvarı Hernisi: Grynfelt Hernisi ve Laparoskopik Onarımı

55

Aydın AKTAŞ[1]

GİRİŞ

Lumbar herni, ekstraperitoneal yağın veya karın içi organların, posterolateral karın duvarındaki bir defektten dışarı taşmasıdır. Lumbar hernilerin tüm karın hernilerine oranı %1.5'ten daha azdır ve çoğu tek taraflıdır (1,2). Tanı için yüksek şüphe gerekir ve görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Tedavisinde açık ve laparoskopik herniorafi kullanılmakla beraber günümüzde laparoskopik yaklaşım giderek daha fazla kullanılmaktadır (3,4). Biz bu vakada travma ve lumbar bölge cerrahi öyküsü olmayan bir hastada lumbar (Grynfelt) hernisinin laparoskopik TAPP (totalabdominal pre-peritoneal) onarımını sunuyoruz.

VAKA SUNUMU

Vücut kitle indeksi (VKİ) 37.3kg/m^2 olan 74 yaşında bayan hastanın iki yıl önce sağ sırt bölgesinde ele gelen bir kitlesi oluşmuş. Kitle zamanla büyümüş ve kabızlığı oluşmaya başlamış. Hipertansiyonu ve histerektomi/ooferektomi öyküsü olan hasta sigara ve alkol kullanmıyormuş. Biyokimya ve tam kan sayım değerleri normal olan hastanın abdomen manyetik rezonans grafisinde (MRG) sağ lumbar bölgede defekt çapı 24mm olan ve içinde kolon segmenti bulunan lumbar (Grynfelt) hernisi saptandı (Şekil-1). Hastaya laparoskopik TAPP herniorafi yapıldı, dren konulmadı (Şekil-2, Şekil-3). Hasta postoperatif (PO) 1. günde taburcu edildi. PO 10. günde ameliyat lojundaki 50 cc serohemorajik mayi perkutan radyolojik girişimle boşaltıldı. PO 1. yılda herhangi bir şikayeti olmayan hastanın görüntüleme bulguları normal izlendi (Şekil-4).

TARTIŞMA

Lumbar bölge superiorda 12. costa, inferiorda iliak crest, medialde erektör spinal kaslar ve lateralde eksternal oblik kas tarafından sınırlanır. Transversus abdominis aponeurosisi zemin görevi görür (Şekil-5) (5). Bu alan iyi tanımlanmış iki zayıf bölge içerir: üstte Grynfelt (superior lumbar) üçgeni ve altta Petit (inferior lumbar) üçgeni. İnternal oblik aponeurosisin Petit üçgeni üzerindeki koruyucu etkisi nedeniyle, Petit herni insidansı Grynfelt hernisi ile karşılaştırıldığında daha düşüktür (1,2). Herni kesesi içinde ekstraperitoneal yağ dokusunun yanısıra intraperitoneal organlar

(2). Ayırıcı tanıda lipomlar, hematomlar, fibromlar, sarkomlar, apseler ve renal kitleler düşünülmelidir (11).

Lumbar hernilerde komplikasyon riskleri (%25 inkarserasyon, %8 strongulasyon) nedeniyle cerrahi tedavi geciktirilmemelidir (14,15). Vakamızda kabızlığa bağlı ileus bulguları mevcuttu. Tedavisinde açık veya laparoskopik teknik kullanılır. Açık teknik büyük defektler için yapılmalıdır, laparoskopik teknik ise bilateral lumbar herniler ile defekt çapı küçük veya orta büyüklükte olan lumbar hernilerde kullanılmalıdır (16,17). Günümüzde laparoskopik teknik daha kısa operasyon süresi, daha kısa hastaneye yatış süresi, daha az postoperatif ağrı ve benzer nüks oranları nedeniyle giderek daha fazla kullanılmaktadır (11,16).

Laparoskopik herni onarımı genellikle TAPP veya TEP (total extaperitoneal) tekniği ile yapılır (11,19). TAPP'ta peritonun kesilmesi ve dikilmesini gerektirir. TEP'te ise peritonun insizyonu ve dikilmesi gerekmediği ve karın boşluğu ile daha az girişim olması nedeniyle ekstraperitoneal TAPP'den daha uygun görünmektedir. Ancak TEP, defekt büyükse ve lumbar herni bilateralse cerrahi yaralanma nedeniyle uygun değildir (20).

Defekt çapı <2.5 cm olan lumbar herniler için primer tamir uygundur ve genellikle çocuklarda kullanılır (1). Daha büyük hernilerde ise mesh tercih edilmeli, mesh tüm tekniklerde (açık, laparoskopik) preperitoneal alana yerleştirilmeli, defektin en az 4-5 cm dışına taşmalı ve emilemeyen dikişlerle sabitlenmelidir (18,21). Periton bütünlüğünün sağlandığı durumlarda polipropilen meshler, sağlanamadığı durumlarda politetrafloroetilen (PTFE) veya dual mesh kullanılmalıdır. Mesh tipi ve fiksasyonunda standardizasyon yoktur (18). Ancak mesh fiksasyonu sırasında, ilioinguinal sinir, lateral femoral kutanöz sinir ve genitofemoral gibi superior lomber üçgene yakın sinirlerin korunmasına dikkat edilmelidir (11).

Sonuç olarak sırtta ele gelen kitle ve kabızlık şikayeti olan hastalarda Grynfelt (lumbar) hernisi varlığından şüphelenilmelidir. Grynfelt hernisi onarımında laparoskopik yöntem etkili ve güvenli şekilde kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Bickel A, Haj M, Eitan A. Laparoscopic management of lumbar hernia. Surg Endosc. 1997;11:1129-1130.
2. Walgamage TB, Ramesh BS, Alsawafi Y. Case report and review of lumbar hernia. Int J Surg Case Rep. 2015;6C:230-232.
3i Burick AJ, Parascandola SA. Laparoscopic repair of a traumatic lumbar hernia: a case report. J Laparoendosc Surg. 1996;6:259-262.
4. Obregón L, Ruiz-Castilla M, Binimelis MM, et al. Laparoscopic repair of non-complicated lumbar hernia secondary to a latissimus dorsi flap. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014;67:407-410.
5. Guillem P, Czarnecki E, Duval G, et al. Lumbar hernia: Anatomical route assessed by computed tomography. Surg Radiol Anat. 2002;24:5356.
6. Egea AM, Baena EG, Calle MC, et al. Controversies in the current management of lumbar hernias. Arch Surg. 2007;142:82–88.
7. Kadler B, Shetye A, Patten DK, et al. A primary inferior lumbar hernia misdiagnosed as a lipoma. Ann R Coll Surg Engl. 2019;101:e96-e98.
8. Beffa LR, Margiotta AL, Carbonell AM. Flank and lumbar hernia repair. Surg Clin North Am. 2018;98:593–605.
9. Ahmed ST, Ranjan R, Saha SB, et al. Lumbar hernia: a diagnostic dilemma. BMJ Case Rep. 2014;2014:pii:bcr2013202085.
10. Skrekas G, Stafyla VK, Papalois VE. A Grynfeltt hernia: report of a case. Hernia. 2005;9:188-191.
11. Claus CMP, Nassif LT, Aguilera YS, et al. Laparoscopic repair of lumbar hernia (Grynfelt): Technical description. Arq Bras Cir Dig. 2017;30:56-59.
12. Lillie GR, Deppert E. Inferior lumbar triangle hernia as a rarely reported cause of low back pain: a report of 4 cases. J Chiropr Med. 2010;9:73–76.
13. Stupalkowska W, Powell-Brett SF, Krijgsman B. Grynfeltt–Lesshaft lumbar hernia: a rare cause of bowel obstruction misdiagnosed as a lipoma. J Surg Case Rep. 2017;2017(9):rjx173.
14. Day SJ, Myers PL, Bell DE. A rare case of a superior lumbar hernia secondary to penetrating injury. Trauma Case Rep. 2018;14:5–7.
15. Philip S, Drelichman E, Barnes S. Right flank erythema after a fall. J Gastrointest Surg. 2018;22:751–752.
16. Moreno-Egea A, Alcaraz AC, Cuervo MC. Surgical options in lumbar hernia: laparoscopic versus open repair: a long-term prospective study. Surg Innov. 2013;20:331–344.
17. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, et al. Controversies in the current management of lumbar hernias. Arch Surg. 2007;142:82-88.
18. Wakhlu A, Wakhlu AK. Congenital lumbar hernia. Pediatr Surg Int. 2000;16:146-148.
19. Lim MS, Lee HW, Yu CH, et al. Laparoscopic total extraperitoneal repair of lumbar hernia. J Korean Surg Soc. 2011;81:287-290.
20. Meinke AK. Totally extraperitoneal laparoendoscopic repair of lumbar hernia. Surg Endosc. 2003;17:734-737.
21. Egea AM, Martinez JA, Morales FT, et al. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: a prospective nonrandomized study. Surg Endosc. 2005;19:184-187.