

DIFICULTĂȚI ÎN DIAGNOSTICUL HERNIILOR LOMBARE

Natalia Rotaru¹, dr.h. în medicină, conf.univ., Ion Vozian², medic, Iuvenalii Coșulinski², medic, Igor Gavrilaşenco², medic, Semion Marga³, dr. în medicină, Victoria Corețchi³, medic, Carolina Popa¹, student, USMF « N. Testemițanu »¹, Institutul Oncologic², Spitalul Clinic Republican³

Herniile se clasifică în hernii traumatice, dobândite și congenitale. Cele congenitale se consideră herniile, care nu apar la naștere, ci mai târziu, fiind cauzate de corelarea dintre apariția și dezvoltarea peretelui.

Hernia lombară: este situată între coasta a XII-a și creasta iliacă. Oreficiul profund: quadrilaterul Grynfelt. Oreficiul superficial: triunghiul lui Jean-Louis Petit. Strangularea este foarte rară, cel mai des conține ansele colonului. Această hernie cel mai des este ignorată de pacient și nu necesită o perioadă lungă de evoluție și tratament special.

Triunghiul lui Jean-Louis Petit este o regiune anatomică a peretelui abdominal posterolateral reprezentat prin creasta iliacă posterior, bordul inferior-lateral de fascia torocolombară a mușchiului mare dorsal la intrare și bordul posterior de mușchiul oblic extern din față. Aria triunghiului este formată din mușchiul oblic intern. Acest triunghi reprezintă punctul slab al peretelui abdominal, deoarece este constituit numai de mușchiul oblic intern, dublat în profunzime prin tendonul de origine din mușchiul transvers abdomenului. Triunghiul respectiv este sediul excepțional al herniilor lombare. (Fig. 1).

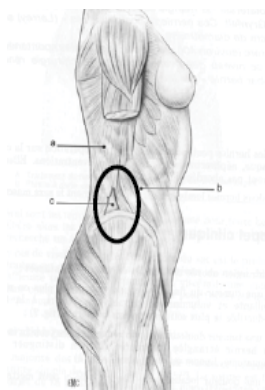


Fig. 1. Hernie lombară a triunghiului Jean-Louis Petit

Jean-Louis Petit (1674 - 1750) vestit chirurg și anatomist francez. Fiind un pasionat de anatomie, în 1700 la Paris obține titlul de conferențiar în Chirurgie. În 1715 devine membru al Academiei de Științe Royale, iar în 1731 este numit director al Academiei Royale de Chirurgie. Datorată talentului său și lucrărilor consacrate hemoragiilor, fistulilor lacrimale, și-a dobândit o mare popularitate. A publicat un tratat despre patologiile osteoarticulare, asupra căruia a lucrat 12 ani, consacrat intervențiilor chirurgicale, care a fost finisat după moartea sa de către F.D. Lesne.

Quadrilaterul Grynfeltt: La fiecare colț al coloanei lombare, în profunzimea peretelui abdominal, se individualizează un spațiu liber de mușchiul oblic intern al abdomenului –inferior, superior - de mușchiul dorsal, în față - de coasta XII (fig.2).

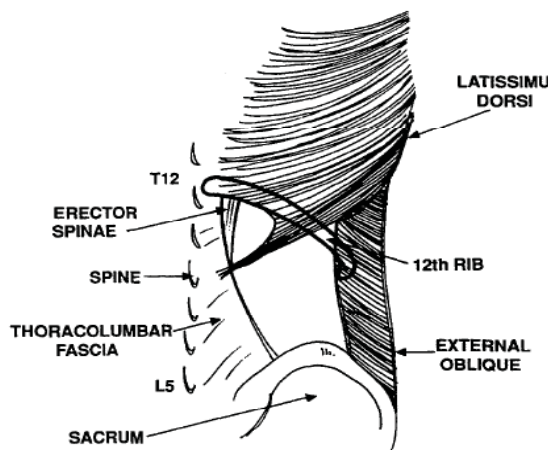


Fig. 2. Hernie lombară la quadrilaterul Grynfeltt

Materiale și metode. Prezentăm cazul pacientei B., 12 ani, internată la Institutul Oncologic cu diagnosticul de tumoare malignă a abdomenului. Examenul clinic a pus în evidență o tumefacție situată la nivelul vertebrelor $L_2 - L_4$, indoloreabilă la palpație, care dispărea și apărea la un efort fizic minimal. Distorsiunea oaselor bazinului, drept consecință scurtarea membrului inferior stâng. Anterior pacienta a fost internată la Spitalul de Urgență din mun. Chișinău cu sindromul algic vertebrosacral, care a servit drept indicație pentru efectuarea unui examen diagnostic prin IRM, la care s-a stabilit diagnosticul de formațiune tumorală malignă a abdomenului, spațiului retroperitoneal.

Rezultate. Pacienta a fost examinată la Institutul Oncologic clinico-imagistic complex:

- Radiografia standard a cutiei toracice – norma.
- Radiografia de ansamblu a abdomenului în ortostatism – scolioză pe stânga, distorsiune a oaselor bazinului mic. Anomalie de inserție a mușchiului psoas drept.
- Urografia intravenoasă – rinichii morfologic și funcțional în limitele normei.
- Ecografia abdominală – hernie lombară. Date pentru formațiune de volum a abdomenului și spațiului retroperitoneal nu s-au vizualizat.
- Radiografia stomacului, pasaj pe intestinul subțire – în limitele normei.
- CT spiralat a abdomenului cu contrastarea integrală a tubului digestiv cu gastrografin – patologie tumorală nu s-a depistat. Anomalie de dezvoltare a mușchilor gluteus, anomalie de inserție a mușchiului psoas. Distorsiunea oaselor bazinului. Hernie lombară mixtă a triunghiului Jean-Louis Petit și quadrilateralul Grynfeltt, în interiorul sacului hernial anse ale intestinului subțire, care migrează în funcție de actul respirator, strănut.
- CT spiralat a colonului contrastat cu gastrografin – patologie tumorală din partea colonului nu s-a depistat.

Pacienta a fost transferată la Spitalul Traumatologic Republican pentru soluționarea problemei de plasticie. Actualmente pacienta se găsește la domiciliu, aflându-se la evidență la traumatolog și chirurg la locul de trai, s-a stabilit grupul de invaliditate de gradul II.

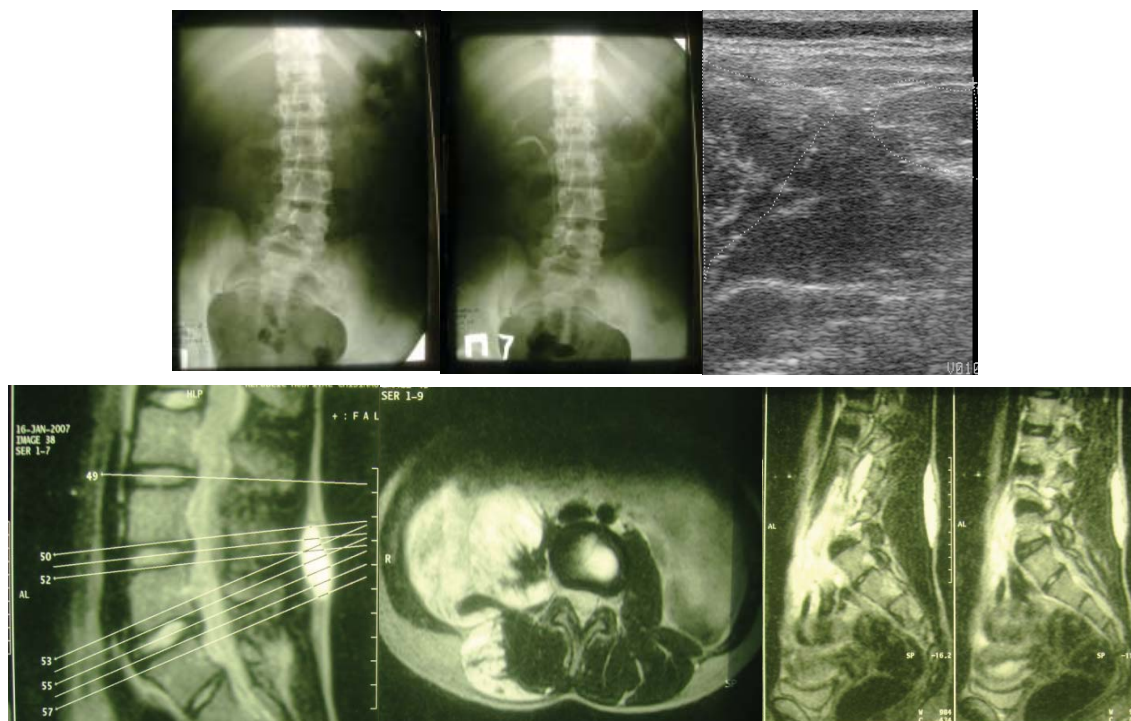


Fig. 3. Prezentare de caz. Examinarea imagistică a pacientei B., 12 ani

Discuții. Hernia lombară este o hernie rară : Watson (1948) [11] a selectat din datele literaturii de specialitate 25 de cazuri de hernie lombară dobândită, Orcutt consideră că până în anul 1971 au fost înregistrate 220 de cazuri de hernie la adulți[6], dar Orcutt a raportat toate herniile peretelui abdominal.

Această raritate, hernia lombară, este determinată de:

- Puținele publicații consacrate herniilor lombare.
- Dificultățile în diagnostic, deoarece majoritatea sunt nestrangulate (diagnosticul diferențial se face cu : lipom, abces rece în regiunea lombară).
- Patologia respectivă nu este descrisă în manuale și nu a fost elaborată nici o strategie de diagnostic.

Conform datelor din literatura de specialitate, hernia Grynfelt este mult mai frecventă decât cea a lui Jean Louis Petit [7] și mai frecvent este afectată partea dreaptă decât cea stângă [1].

În cazul nostru forma herniilor lombare este mixtă și congenitală în asociere cu anomalia de inserție a mușchiului Psoas drept, ce a provocat distorsiunea oaselor bazinului drept consecință - scurtarea membrului inferior stâng, cu anomalie de dezvoltare a mușchilor gluteus pe dreapta, cu modificarea staticii coloanei vertebrale – scolioză pe stânga. Sub acest aspect cazul descris de noi este unic.

Luând în considerare dislocarea anatomică, etiologia herniilor lombare poate fi [6,8]:

- Congenitală sau asociată cu alte malformații în jurul coloanei vertebrale și parietale. Astfel de etiologie are o frecvență de 20% din numărul total de cazuri depistate și descrise [6],
- Dobândită – este cea mai frecventă. Salmon și colaboratorii menționează că sarcinile repetate la femei joacă un rol primordial în hiperpresiunea abdominală. Rata herniilor de tipul respectiv se încadrează în 54% cazuri [6],
- Traumatică postoperatorie : chirurgia osului iliac, lombotomia pentru chirurgia renală, contuzia regiunii respective, abcesurile – 26% cazuri [6,8].

După părerea noastră, sarcinile multiple în dezvoltarea herniilor lombare nu joacă un rol decisiv, dimpotrivă aceasta poate să revină vârstei înaintate a pacienților, ce poate condiționa formarea unei hernii lombare dobândite, cauzate de relaxarea parietală.

Conform datelor lui Mgbakor A. C. și colaboratorii, majoritatea cazurilor depistate au fost diagnosticate tardiv, când erau prezente complicațiile (strangularea). După cum raportează autorul, la doi pacienți din 6 depistați cu hernie lombară pe parcursul a 10 ani a fost stabilit diagnosticul corect numai după ce s-a efectuat rezecția intestinală și post-mortem la un pacient în vârstă de 58 de ani, care prezenta pneumonie pe stânga și hernie Jean-Louis Petit pe dreapta [5].

De menționat faptul că hernia lombară poate avea și sac hernial, care poate să includă: epiplonul, colonul, rinichiul, intestinul subțire, stomacul, ovarul, splina și apendicele.

Herniile lombare congenitale la copii au o frecvență de 10% din numărul total al herniilor lombare și majoritatea sunt unilaterale. Ele pot fi divizate în trei categorii:

1. Superioară – situată în triunghiul Grynfeltt-Lesshaft.
2. Inferioară – situată în triunghiul Jean Louis Petit.
3. Mixtă – combinarea primelor 2 categorii și definită defect fascial.

Herniile lombare se asociază cu sindromul lumbocostovertebral (anomalia regresiei caudale, hernia diafragmului, obstrucția joncțiunii ureteropelvice, lipomeingocel) [9].

Asocierea herniei lombare cu cea ischiatică este foarte rară. Cel mai des prezența ei este diagnosticată în perioada neonatală.

În cazul nostru sunt prezente ambele hernii, fără nici o simptomatologie pe parcursul primelor 10 ani. În perioada schimbărilor hormonale la pacienta noastră a apărut sindromul lumbocostovertebral, cauzat de creșterea rapidă în perioada respectivă a fetei, care deja avea o serie de anomalii de dezvoltare. Din cauza lipsei masei musculare suficiente pentru statica normală a coloanei vertebrale a fost urgentată apariția simptomelor clinice. În cazul nostru foramenul sciatic (suprapiriform) s-a îngustat și a scurtat ligamentul sacrospinos, ceea ce a provocat o subluxare pronunțată a vertebrelor, dezvoltând sindromul în cauză.

În 1948 pentru prima dată s-a raportat despre asocierea herniei lombare, modificărilor costale și a celor vertebrale [11].

Conform datelor literaturii de specialitate, Touloukian presupune că sindromul lumbocostovertebral este răsfrângerea secundară a defectului somatic apărut încă în dezvoltarea

embrionară [10]. El a descris asocierea defectelor scheletale, cum sunt vertebrele și coastele hipoplastice.

Lowell D. și colaboratorii descrie două cazuri de hernie lombară asociată cu menigomyelocel, un caz cu anomalia diafragmului și unul cu tractul renal [4]. Hancock B.J. cu colaboratorii a descris două cazuri de diabet maternal asociat cu hernie lombară și absența tibiei [3].

Cele relatate demonstrează că herniile lombare congenitale sunt rare și fiecare caz este particular și unic. Examinarea acestor pacienți este migăloasă și trebuie să se facă cu precauție, deoarece în majoritatea cazurilor diagnosticul corect este stabilit tardiv.

Bibliografie selectivă

1. Biance N., Hardwigsen J., Morera P. et al., *Hernie du triangle de Jean-Louis Petit: intérêt de la réparation par voie coelioscopique*. Journal de chirurgie. 2006, vol. 143, n3, pp. 199-201.
2. Carrelet J., Naim-Hindi H., Delmarre B., *Hernie lombaire étranglée : une cause rare d'occlusion du grêle*. Presse Méd., 1987, 16, (12): 586-587.
3. Hancock B.J., Wiseman N.E., *Incarcerated congenital lumbar hernia associated with the lumbocostovertebral syndrome*. J Pediatr Surg. 23(8)782-783, 1988.
4. Lowell D., Guzetta P., *Lumbar hernia in a case of posterior meningomyelocele*. J Pediatr Surg 1986, 21: 913- 914.
5. Mgbakor A. C., Bami G., Barthe L. et al., *Les difficultés diagnostiques des hernies lombaires a propos de 7 cas*. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (6) p. 334-336.
6. Orcutt T.W. *Hernia of the superior lumbar triangle*. Ann. Surg., 1971, 173 (2) 294-297.
7. Pul M., Pul N., Gurses N., *Congenital lumbar (Grynfelt-Lesshaft) hernia*. Eur J Pediatr Surg. 1(2)115-117, 1991.
8. Salmon R., Millat B., Cayral F., Larrieu H., *Hernie lombaire*. J. Chir., 1979, 116, (10) : 593-594.
9. Somuncu S., Bernay F., Rizalar R. et al col., *Congenital lumbar hernia associated with the lumbocostovertebral syndrome: two cases*. Eur J Pediatr Surg. 7(2)122-124, 1997.
10. Touloukian R., *The lumbocostovertebral syndrome: a single somatic defect*. Surgery 71: 174-181
11. Watson L., *Hernia: anatomy, etiology, symptoms, diagnosis, differential diagnosis, prognosis and treatment*. 1948, 3rd edn. cv Mosby, St Louis.

Rezumat

Herniile lombare congenitale sunt rare și fiecare caz este particular și unic. Examinarea acestor pacienți este migăloasă și trebuie să se facă cu precauție, deoarece în majoritatea cazurilor diagnosticul corect este stabilit tardiv.

Summary

Lumbar hernias are rare explaining the few cases published and the diagnostic difficulties. Congenital lumbar hernias are rare abdominal parietal defects in infants and children. Approximately 10% of all lumbar hernias are congenital and the vast majorities are unilateral. Lumbar hernias are associated to the lumbo-costovertebral syndrome (caudal regression anomalies, diaphragmatic hernia, ureteropelvic junction obstruction, cloacal exstrophy and lipomenigocele). The present case emphasises that thorough examination and follow-up are essential in the management of children with unusual body wall defects.

VOLUMETRIA CT ÎN EVALUAREA DONATORILOR DE FICAT VII

Mirela Boros, dr. în medicină, **Ioana Lupescu**, dr. în medicină, conf.univ.,
Șerban Georgescu, dr. în medicină, prof.univ., Clinica de Radiologie și Imagistică
Medicală Fundeni, București

Scopul. Acuratețea explorării computer tomografice ca metodă de măsurare a volumului grefei hepatice.

Materiale și metode. Studiu prospectiv pe 7 ani (2000-2007). Lotul de studiu: 75 potențiali donatori de fragment hepatic, din care 29 au donat un lob hepatic.

Aparatul folosit pentru achiziția datelor: CT Aura-Philips monoslice. Prelucrarea datelor s-a făcut cu o stație postprocesare imagini EasyVision Philips.