

HERNIA SPIEGEL STRANGULATĂ

HERNIA SPIEGEL STRANGULATĂ

Babuci Stanislav¹, Valentina Latăcevschi², Negru Ion³, Dogotari Nicolae⁴

¹Dr.habilitat în medicină, conferențiar cercetător, Laboratorul infecției chirurgicale la copii, USMF „Nicolae Testemițanu”

²Dr.med., Centrul „Casa Mărioarei”

³Chirurg pediatru, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

⁴Chirurg de urgență, spitalul raional Hâncești

Rezumat

Herniile Spiegel, cunoscute și sub denumirea de “hernii ventrale spontane laterale”, reprezintă defecte parietale rare ale liniei semilunare. Raritatea acestui tip de hernie, precum și unele particularități clinico-evolutive și diagnostice ale unui caz aparte de hernie spigheliană strangulată, i-au determinat pe autori să prezinte această observație. Bolnavul C., aproximativ de 35 de ani, originar dintr-o provincie a Sudanului de Sud, cu subnutriție avansată suferea de o plagă localizată în regiunea infraombilicală laterală pe stânga. Diagnosticul de hernie Spiegel strangulată a fost stabilit intraoperator, plaga fiind rezultatul unei intervenții tradiționale locale. A fost executată rezecția segmentară a ansei deteriorate cu aplicarea enteroanastomozei și plastia defectului fascial parietal. Perioada postoperatorie a fost caracterizată de o evoluție gravă cu dehiscenta parțială a plăgii, rezolvată prin aplicarea suturilor secundare, bolnavul fiind externat după 27 de zile de spitalizare într-o stare satisfăcătoare.

Summary

Spiegel's Hernias, also known as “spontaneous lateral ventral hernias” are rare parietal defects of the semilunar line. The rarity of this type of hernias as well as certain evolutionary clinical and diagnostic peculiarities of a particular case of strangulated Spiegel's hernia made the authors present this observation.

Patient C, about 35 years old, the native of a South Sudan province, with an advanced stage of malnutrition was suffering from a wound in the left lateral infraumbilical region. The diagnosis of strangulated Spiegel's hernia was established intraoperatively, the wound being the result of a local traditional intervention.

A segmental resection of the damaged loop was performed applying enteroanastomosis and plastic restoration of the fascial parietal defect. Postoperative period was characterized by a severe evolution with partial dehiscence of the wound, resolved by applying secondary sutures. The patient being in a satisfactory condition was discharged after 27 days of hospitalization.

Introducere

Herna Spiegel reprezintă protruzia stratului celular preperitoneal sau a sacului peritoneal cu conținut sau fără un organ intraperitoneal printr-un defect congenital sau dobândit al liniei semilunare [4, 17]. Prima descriere a herniei spiegeliene a fost făcută în 1764 de J. Klinkosch. În 1772 [13], Henry Francis Le Dran a descris ruptura spontană a liniei semilunare [20], iar în 1935, A.J. Scopinaro hernia Spiegel de origine congenitală [6, 13].

Frecvența acestor hernii, cunoscute și sub denumirea de “hernii ventrale spontane laterale”, constituie 0,14-2% din numărul total de hernii ale peretelui abdominal [4, 9]. Mai frecvent herniile spiegeliene sunt situate pe dreapta, cazurile de hernie bilaterală fiind raportate foarte rar [21].

Raritatea acestui tip de hernie precum și unele particularități clinico-evolutive ne-au determinat de a prezenta următorul caz clinic.

Bolnavul C., aproximativ de 35 de ani, originar dintr-o provincie a Sudanului de Sud, a fost găsit întâmplător în timpul unui ritual religios de un demnitar de stat local care l-a transportat la spitalul nostru pe 25.09.2010. Bolnavul suferea de subnutriție avansată. În regiunea infraombilicală laterală pe stânga am depistat o plagă de 2,0 cm x 1,5 cm din care se eliminau secreții abundente de culoare gălbuie și detrit tisular. Pielea din jurul plăgii era macerată, cu depuneri de fibrină de sub care se elimina puroui. Digital s-a constatat că plaga este

destul de profundă, examinarea acesteia provocând o hemoragie abundentă. Anamneșticul bolii nu a putut fi concretizat din cauza dificultăților de comunicare, bolnavul vorbind într-un dialect necunoscut de angajații spitalului. Ținând cont de caracteristicile plăgii, am presupus că aceasta a fost provocată de un obiect ascuțit și ulterior s-a infectat. Bolnavul a fost supus intervenției chirurgicale, cu aplicarea unei incizii transversale. După înlăturarea maselor necrotice, cheagurilor de sânge am observat în plagă o ansă intestinală viabilă (fig.1), care ascenda din cavitatea abdominală printr-un defect parietal.

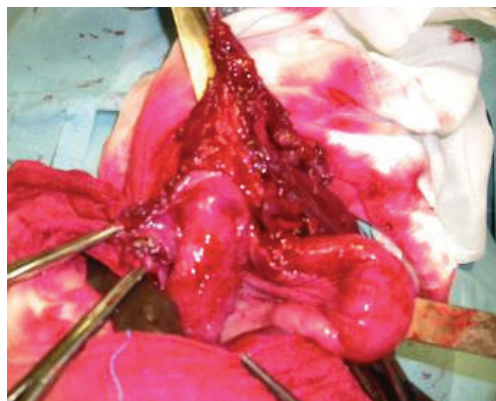


Fig.1. Aspectul intraoperator al ansei intestinale exteriorizată din cavitatea abdominală (explicații în text)

După mobilizarea acesteia am constatat că segmentul, care intra în cavitatea abdominală, era strâns fixat de țesuturile adiacente, conturându-se și o zonă de strangulare, mai sus de care ansa era complet deteriorată (fig.2).

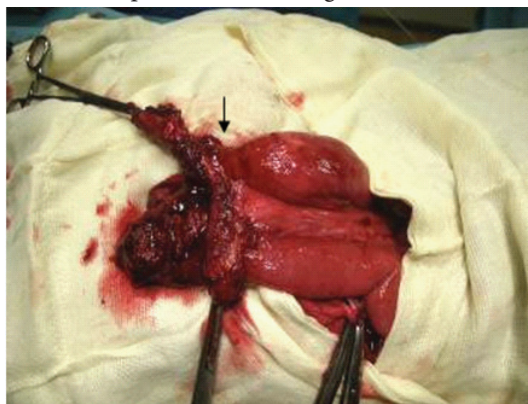


Fig.2. Aspectul intraoperator al ansei intestinale după mobilizare (explicații în text). Săgeata indică la șanțul de strangulare

Din cauza inflamației țesuturilor regionale au apărut dificultăți tehnice în plastia defectului fascial parietal. În acest scop am folosit un lambou modelat din peretele anterior al tecii mușchiului drept abdominal stâng.

Postoperatoriu a avut loc dehiscența parțială a plăgii care a fost rezolvată prin aplicarea treptată a suturilor secundare. Bolnavul a fost externat după 27 de zile de spitalizare (fig.4).



Fig.4. Aspectul bolnavului la externare. Săgeata indică la cicatriza postoperatorie.

La externare am aflat că 6 luni în urmă bolnavul, acuzând o tumefiere dureroasă în pătratul abdominal inferior lateral, s-a adresat “șamanului” local. Acesta, cu un cuțit obișnuit, i-a făcut o incizie a țesuturilor moi în regiunea tumefierii și l-a trimis să se pregătească de ceremonia morții. Aceste date anamnestic ne-au dat răspuns la întrebările apărute în timpul intervenției chirurgicale. Involuntar “șamanul” a creat o “stomă” intestinală mai sus de locul strangulării, care și a salvat bolnavul.

Discuții

Linia semilunară, numită și linia Spiegel, a fost descrisă pentru prima dată de către chirurgul belgian Adriaan van der

A fost stabilit diagnosticul intraoperator de hernie Spiegel subcutanată strangulată, deși unele simptome nu se încadrau în tabloul clinic-evolutiv a acestui tip de hernie. Am executat rezecția segmentară a ansei deteriorate, aplicând o anastomoză latero-laterală (fig.3).

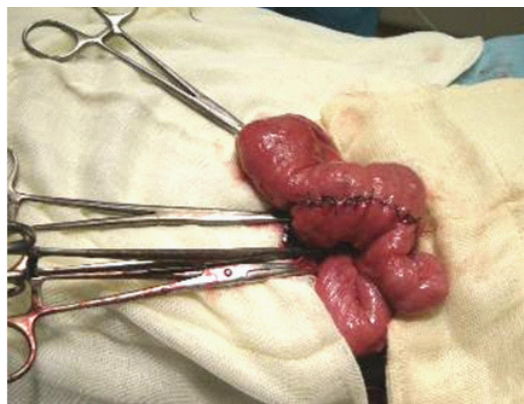


Fig.3. Aspectul intraoperator al anastomozei aplicate (explicații în text)

Spiegel (1576-1635). Această linie se întinde între cartilajul costal nouă și tuberculul pubian [5, 22]. Dezvoltarea herniei în această zonă este condiționată de caracteristicile anatomice ale liniei semilunare și ale fasciei Spiegel. Linia semilunară conturează trecerea mușchiului transvers abdominal în aponevroză și relațiile acestui mușchi cu marginea laterală a mușchiului drept abdominal, delimitând medial și lateral o structură anatomică numită fascia Spiegel. În limita acestei fascii și apar malformațiuni, care duc la dezvoltarea herniilor. De regulă, hernia Spiegel, îndeosebi formele congenitale, se întâlnește în limitele arcadei Douglas [1, 23]. Superior de inelul ombilical fascia Spiegel este mai solidă, datorită structurii aponevrotice care constituie teaca mușchilor dreپți abdominali. Inferior de ombilic, sub arcada lui Douglas, fasciile mușchilor oblic și transvers se desfac, formând două straturi, fascia transversalis fiind unica structură de rezistență. Anume în acest loc aponevroza este vulnerabilă și susceptibilă la dezvoltarea herniilor [10]. Majoritatea cazurilor de hernii Spiegel sunt localizate într-o zonă transversală de aproximativ 6 cm, situată cranial de la linia interspinală (85-90% din cazuri) [11]. În acest spațiu, numit brăul Spiegel, fascia omonimă are o lățime maximă [16].

Herniile, care penetrează fascia Spiegel în limitele triunghiului Hasselbach caudal și medial de vasele epigastrice inferioare, poartă denumirea de hernie Spiegel inferioară și este deseori confundată cu o hernie inghinală directă [10, 18].

Etiopatogenie

Cooper (1804) și Robinson (1914) erau de părerea că aceste hernii se dezvoltă în prezența unor orificii fasciale, prin care trec vasele sanguine și nervii, ulterior această ipoteză a fost infirmată. Actualmente, mai convingătoare s-a dovedit a fi ipoteza propusă de Zimmerman și Anson, conform căreia structura fasciculată a aponevrozelor mușchilor oblic intern și transvers se suprapun și nu se întrepătrund, ducând la apariția unei zone slabe [10].

Herniile Spiegel pot fi subcutanate, interstițiale și preperitoneale. În forma subcutanată protruția se produce prin toate trei straturile musculare ale peretelui abdominal. În forma interstițială sacul herniar pătrunde prin mușchii transvers și

oblic intern, rămânând acoperit de aponevroza mușchiului oblic extern.

Tabloul clinic

Include simptomele și semnele proprii oricărei hernii și poate realiza o varietate largă de forme clinice, de la asimptomatice până la cele cu tablou clinic de abdomen acut [10]. Hernia Spiegel se manifestă prin apariția unei intumescențe infraombilicale, localizată lateral de marginea mușchiului drept abdominal. În unele cazuri hernia provoacă disconfort sau este dureroasă la palpație. Bolnavii pot acuza parestezia pielii în regiunea herniei. După reducerea herniei, la palpație se poate aprecia defectul fasciei Spiegel, care prezintă un orificiu rigid cu un diametru de aproximativ 2-3 cm [1, 23]. Sacul herniar poate conține țesut celular preperitoneal, oment sau ansă intestinală [3]. Sunt raportate și cazuri când sacul herniar conținea apendicele, colonul, vezica biliară, testiculul ectopic etc. [10].

Incidența herniilor Spiegel încarcerate constituie circa 22% [7, 21]. La copii formele încarcerate se întâlnesc rar. În literatura de specialitate au fost raportate cazuri de încarcerare de tip Richter [15], încarcerarea diverticulului Meckel [8]. Ocluziile intestinale pot fi o complicație severă în herniile spigeliene încarcerate [11, 12, 14].

Diagnosticul

Diagnosticul preoperatoriu al acestor hernii ventrale spontane prezintă unele dificultăți, îndeosebi în herniile Spiegel inferioare sau în formele complicate [3]. În cazurile dificile, ecografia sau tomografia computerizată pot fi utile în stabilirea unui diagnostic prompt.

Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial al herniei Spiegel include: formațiuni tumorale ale peretelui abdominal (de ex. lipomul), abces sau hematom parietal, în formele inferioare – hernia inghinală [2, 15]. În prezența durerilor abdominale se va exclude patologia organelor intraabdominale: apendicita acută, colecistita, tumorile abdominale etc. [13].

Tratamentul

Tratamentul herniei Spiegel este chirurgical. După mobilizarea și rezecarea sacului herniar, unii autori propun închiderea simplă a defectelor prin herniorafie [20]. Se practică refacerea peretelui în straturi sau în strat total [10]. Este propusă metoda de suturare a mușchilor oblic intern și transvers la teaca mușchiului drept abdominal [12] sau închiderea defectului aponevrotic folosind *fascia lata* [16]. La adulți rezultate bune se obțin folosind procedeele "tension free" sau procedeele laparoscopice. Rata recidivelor constituie circa 5% [19].

Bibliografie

- Al-Salem A.H. Congenital spigelian hernia and cryptorchidism: cause or coincidence? *Pediatr. Surg. Int.* 2000; 16:433-6.
- Angelici A.M., Nasti A.G., Petruccianni N. et al. Spigelian hernia: a case report and review of the literature. *G. Chir.* 2006; 27: 433-5.
- Christianakis E., Paschalidis N., Filippou G. et al. Low Spigelian hernia in a 6-year-old boy presenting as an incarcerated inguinal hernia: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2009; 3:34.
- Deabes S. Spigelian hernia repair: evaluation of personal experience. *Egypt. J. Surg.* 2006; 25(4):231-5.
- Hilger T., Baglaj M. Rare abdominal hernias in children. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2006; 15: 733-40.
- Inan M., Basaran U.N., Aksu B. et al. Congenital Spigelian hernia associated with undescended testis. *World J. Pediatr.* 2012; 8(2):185-7.
- Kirby R.M. Strangulated Spigelian hernia. *Postgrad. Med. J.* 1987; 63:51-2.
- Lin P.H., Kofforon A.J., Heilizer T.J., Lujan H.J. Right lower quadrant abdominal pain due to appendicitis and an incarcerated Spigelian hernia. *Am. Surg.* 2000; 66:725-7.
- Malik K.A., Chopra P. Spigelian hernia: a rarity. *J. Pak. Med. Assoc.* 2006; 56(9):416-8.
- Margaritescu D., Cartu D. ș.a. Hernia Spiegel. Experiența proprie. *Revista literaturii. Craiova Medicală.* 2008; 10(3):161-4.
- Mittal T., Kumar V., Khullar R. et al. Diagnosis and management of spigelian hernia: A review of literature and our experience. *J. Minim. Acc. Surg.* 2008; 4(4): 95-8.
- Nozoe T., Funahashi S., Kipamura M. et al. Ileus with incarceration of spigelian hernia. *Hepatogastroenterology.* 1999; 46:1010-2.
- Pul N., Pul M. Spigelian hernia in children. *Yonsei Med. J.* 1994; 35(1):101-4.
- Ramones M.T., Beech D. Incarcerated Spigelian hernia: A rare cause of mechanical small-bowel obstruction. *J. Natl. Med. Assoc.* 2010; 102:731-3.
- Raveenthiran V., Pichumani S. Richter's hernia in spigelian hernia. *Indian J. Gastroenterol.* 2000; 19:36-7.
- Ray N.K., Sreeramulu P.N., Krishnaprasad K. Spigelian hernia: Fascia lata repair is an alternative option in absence of prolene mesh. *JIMA.* 2002; 100:370-1.
- Read R.C. Observations on the etiology of Spigelian Hernia. *Ann. Surg.* 1960; 152:1004-9.
- Rodgers B.M., McGahren E.D., Burns R. Pediatric hernias. In: *Abdominal Wall Hernias.* Edited by: Bendavid R., Abrahamson I., Arregui E., et al. New York: Springer-Verlag. 2001; P.591-609.
- Ruiz de la Hermeros A., Amunategui Prats I., Machado Liendo P. et al. Spigelian hernia. Personal experience and review of the literature. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2010; 102(10):583-6.
- Spangen L. Spigelian hernia. *Surg. Clin. North Am.* 1984; 64:351-66.
- Spangen L. Spigelian hernia. *Wordl J. Surg.* 1989; 13:573-80.
- Torres K., Chrościcki A., Torres A. et al. Spigelian hernia - anatomy, diagnosing and imaging difficulties: a report of 2 cases. *Folia Morphol.* 2009; 68(3):179-83.
- White J.J. Concomitant spigelian and inguinal hernias in a neonate. *J. Pediatr. Surg.* 2002; 37:659-60.