

# ASPECTE CLINICO - MORFOLOGICE ALE HERNIILOR LOMBARE POSTLOMBOTOMICE

Josan Andrei, Ceban Emil

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „N. Testemițanu”

## Rezumat

Scopul studiului a fost de a stabili grupul de pacienți cu risc înalt de herniere postlombotomică. În studiu au fost incluse două loturi: primul lot de 10 cadavre, prin metoda disecției s-au apreciat indicii antropometrici ai regiunii lombare. În al doilea lot au fost incluși 15 pacienți cărora li s-a efectuat „plastia herniei lombare postlombotomice”. Patologiile asociate (discolagenoze, obezitate, etc) determină dezvoltarea herniilor lombare postintervenționale.

## Summary

### Clinical and morphological aspects of the postoperative lumbar herniation

The aim of the study was to establish the group of patients with a high risk of postoperative lumbar herniation. The study includes two groups. The first group includes 10 cadavers in which by dissection method were appreciated the anthropometric indices of the anatomical structures of the lumbar region. The second group includes 15 patients that underwent „ Postoperative lumbar hernia plasty “. Associated pathologies (collagen disorders, obesity, etc.) determine the development of the postinterventional lumbar hernias.

## Introducere

În literatura de specialitate, problema tratamentului chirurgical al pacienților cu hernii lombare postlombotomice rămâne neelucidată [1]. Accesul chirurgical spre organele spațiului retroperitoneal are loc prin patrulaterul Lesgaft – Grynfelt (accesul Bergman - Israel sau Fiodorov ) care sînt efectuate pentru accesul la bazinetul renal și 1/3 superioară a ureterului sau prin triunghiul Petit (accesul Simon)[1,10].

Este cunoscut faptul că aceste triunghiuri reprezintă locuri de rezistență redusă, care predispun apariția herniilor lombare postlombotomice, cauzate în mare parte de defecte ale fasciei transversale și a aponeurozei muschiului transvers abdominal. [5]

În intervențiile chirurgicale pe organele spațiului retroperitoneal incizia este perpendiculară pe traiectul fibrelor musculare ceea ce mărește traumatismul chirurgical și reduce posibilitatea restabilirii continuității fibrelor musculare și a carcaselor fasciale[8,10]. Rezecarea vaselor sanguine și a fibrelor nervoase ce vascularizează și inervează acești mușchi duce la atrofiere musculară cu reducerea rezistenței cicatricei postoperatorii.

Herniile lombare postlombotomice reprezintă 6% din numărul total de hernii ale peretelui abdominal, ceea ce constituie un procent relativ mic comparativ cu cele ale peretelui abdominal anterior[2,3,9]. Incidența herniilor lombare postoperatorii reprezintă 10-20 % din totalul intervențiilor pe rinichi și 1-2 % din numărul total al herniilor[1,6].

După intervențiile chirurgicale la nivelul organelor spațiului retroperitoneal, în special ale tractului urinar, ermecitatea căilor urinare nu se restabilste deplin, astfel au loc eliminări sero – sanguinolente și urinare în spatiul retroperitoneal, ceea ce pune în pericol posibilitatea implantării plasei[4,5,9]. Mai mare pericol poate prezenta endoprotezarea primară în cazul urinei infectate (pielonefrită cronică calculoasă, etc ). Datele din literatură nu dau un răspuns elocvent asupra metodelor de prognozare a apariției herniilor postlombotomice din cauza că sînt fondate în mare parte în baza factorilor de risc uman[8].

## Scopul studiului

Stabilirea grupului de pacienți cu risc înalt de herniere postlombotomică.

## Material și metode

Studiul a fost efectuat pe doua loturi, unul în cadrul Centrului Național de Expertiză Medico Legală, unde prin metoda disecției materialului biologic, s-a preparat regiunea lombară a unui un lot de 10 cadavre. Au fost luate în calcul lungimea laturilor patrulaterului Grynfelt și a triunghiului Petit, profunzimea spațiilor respective și distanța de la unghiurile superioare pînă la coasta a XII pentru patrulaterul Grynfelt și unghiurile inferioare pentru triunghiul Petit, de asemenea și înălțimea fiecărui cadavru.

Al doilea lot de studiu a fost efectuat în Clinica de Chirurgie Generală a Facultății FECMF din cadrul IMSP SCR. În studiu au fost incluși 15 pacienți care au fost supuși „Plastiei herniei lombare postlombotomice” în perioada anilor 2013-2015.

## Rezultate

Pentru a facilita compararea cadavrelor și ale analiza, rezultatele măsurărilor au fost clasificate în trei tipuri și au fost numerotate cu cifre romane I, II, III. În urma cercetării s-a constatat că suprafața patrulaterului Grynfelt în 5 cazuri (50 %) a fost mică <5 cm<sup>2</sup>, în 2 cazuri (20%) suprafață medie 5-10 cm<sup>2</sup> și 3 cazuri suprafață mare (30 %) 10-15 cm<sup>2</sup>.

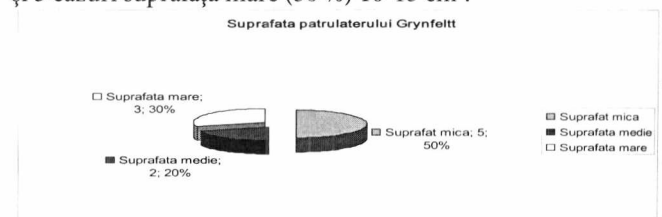


Figura 1. Suprafata patrulaterului Grynfelt

Pentru triunghiul Petit, s-a apreciat în 5 cazuri (50 %) suprafață mică < 8 cm<sup>2</sup>, 3 cazuri (30 %) suprafață medie 8-12 cm<sup>2</sup> și 2 cazuri (20 %) suprafață mare 12-16 cm<sup>2</sup>. De menționat că suprafețele mici ale patrulaterului Grynfelt și suprafețele mici ale triunghiului Petit corespund aceluiași piese anatomice. Suprafețele mari ale triunghiului lombar superior și cele ale triunghiului lombar inferior corespund deasemenea aceluiași piese anatomice. Suprafața mică corespunde **Tipului I**, suprafața medie corespunde **Tipului II**, suprafața mare corespunde

**Tipulul III.** Din cele zece cadavre șase au fost de sex masculin și patru de sex feminin. Înălțimea medie a pieselor anatomice constituie 180 cm. Înălțimea pieselor incluse în tipul III este de 170 cm (hipostenici).

În cazul studiului retrospectiv a fost utilizat un chestionar, completat în baza fișelor medicale. În tabelul 1 este reprezentată repartizarea pe categorii de vîrstă, stabilindu-se următoarele: Categoria 40-45 ani - 1 pacient; 50-55 ani - 2 pacienți; 55-60 ani - 5 pacienți; 60-65 ani - 3 pacienți; 65-70 ani - 3 pacienți și cu vîrsta peste 70 ani - 1 pacient. Vîrsta medie a pacienților fiind 58 ani.

**Tabelul 1**

Repartizarea pacienților în funcție de vîrstă

40-45 ani	45-50 ani	50-55 ani	55-60 ani	60-65 ani	65-70 ani	>70 ani
1 pacient	-	2 pacienti	5 pacienti	3 pacienti	3 pacienti	1 pacient

Au fost analizate patologiile asociate astfel că trei dintre pacienți au fost cu varice ale membrelor inferioare, 2 pacieți cu HTA, 3 pacienți cu obezitate, 1 pacient cu tromboflebită, 2 pacienți cu cancer renal (tumora extirpată la prima intervenție) și 2 pacienți cu hemorizi mixt.

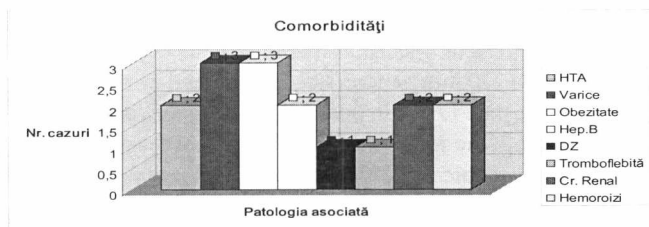


Figura 2. Repartizarea pacienților în funcție de patologia asociată

Discolagenozele sînt cele mai frecvente comorbidități la pacienții incluși în studiu. În cazul lor țesutul conjunctiv de susținere este calitativ inferior. Specificul ereditar al acestei tulburări metabolice, explică afecțiunii din această categorie: picior plat, varice ale membrelor inferioare, hemoroizi, etc[9,2].

Înălțimea medie în lotul de pacienți a fost de 1,71 cm. Masa corporală medie a pacienților - 90 kg. Din figura 4 se observă prevalența sexului masculin comparativ cu cel feminin.

Repartizarea conform sexului

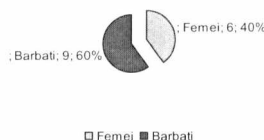


Figura 3. Repartizarea pacienților în funcție de sex

**Concluzii**

1. Aprecierea celor trei tipuri de suprafețe ale patruleterului Grynfelt și triunghiului Petit ne permite să presupunem că indivizii incluși în Tipul III prezintă risc major de herniere.
2. Factorii predispozanți herniilor lombare postlumbotomice au caracter morfologic, fiziopatologic și biochimic (discolagenoze, obezitate, hipotiroidie, etc)
3. Persoanele normostenice și cele hiperstenice cu IMC normal prezintă risc redus de herniere.
4. Categoria factorilor determinanți, dictată de elementul presional, este reprezentată fie de eforturi mici, dar repetate (tuse cronică, constipați, disuriei), fie de eforturi mari, brutale efectuate și de regulă în condiții ce se opun traectelor liniilor de forță ce caracterizează biomecanica musculaturii abdominale.

**Bibliografie**

1. Nicolae Angelescu (2003) Tratat de patologie chirurgicală pag.1304-1310.
2. Armstrong O, Hanel A, Robert R et all (2008) Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects p245-255
3. Bolkier M, Moskovitz B, Ginesi Y, Levin DR (1991) An operation for incisional lumbar hernia. Eur Urol 20: 52-53
4. Brandt C.P., 1995; Janes A., 2004
5. Burt BM, AWW HY, Wantz GE, Barie PS (2004) Traumatic lumbar hernia: report of cases and comprehensive review of the literature. J Trauma 57:1361-1370
6. Essential Practice of Surgery: Basic Science and Clinical Evidence Jeffrey A. Norton, MD Hernias and Abdominal Wall Defects p335
7. Nam SY, Kee SK, Km JO (2011) Laparoscopic transabdominal extraperitoneal mesh repair of lumbar hernia. J Korean Surg Soc 81:574-577
8. Rutkow IM (2003) A selective history of hernia surgery in the late eighteenth century: the treatises of Percival Pott, Jean Louis Petit, D August Gottlieb Richter, Don Antonio de Gimbernat, and Pieter Camper. Surg Clin N Am 83:1021-1044
9. Surgical anatomy. Abdominal wall and hernias. Paschalidis Medical Publishers, Athens, p 149
10. Skandalakis JE, Colborn GL, Weidman TA, Foster RS, Kingsnorth AN, Skandalakis LJ, Skandalakis PN, Mirilas PS (2004).

# PARTICULARITĂȚI TEHNICE ALE PROSTATECTOMIEI RADICALE LAPAROSCOPICE 3D FULL HD: EINSTEIN VERSUS DAVINCI VISION

Dr. GAVRILIȚĂ Maxim<sup>1</sup>, Dr. PETRUȚ Bogdan<sup>2</sup>, Dr. CRIȘAN Nicolae<sup>1,3</sup>, Dr. PETERSCHII Alexandru<sup>4</sup>, PROF. Dr. COMAN Ioan<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>- Spitalul Clinic Municipal, secția Urologie, Cluj-Napoca, România.

<sup>2</sup>- Institutul Oncologic, secția Urologie, Cluj-Napoca, România.

<sup>3</sup>- UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, România.

<sup>4</sup>- USMF "Nicolae Testemițanu" Republica Moldova.