

گزارش یک مورد فتق تروماتیک کمری از نوع کوچک (Petit)

دکتر محمد رسول حرقت کار *

*استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۵/۵

تاریخ پذیرش: ۸۳/۱۱/۴

چکیده

فتق کمری از فتق‌های نادر است که علت ضعف جدار خلفی شکم در فضای کمری بوجود می‌آید و شایعترین محل ایجاد آن در مثلث تحتانی فضای آناتومیکی کمری Petit's triangle است. تاکنون بیش از ۳۰۰ مورد آن در جهان گزارش نشده است. در این مقاله ما به گزارش یکی از موارد نادر و جالب این نوع فتق که بدنبال برداشتن گرافت استخوانی از ستیغ استخوان ایلیاک عارض شده است می‌پردازیم. در این گزارش بیمار مردی است ۶۰ ساله و کشاورز که ۵ سال قبل بدنبال ترومای غیر نافذ دچار شکستگی مهره گردن شده و جهت ترسیم شکستگی نیاز به گرافت استخوانی از استخوان ایلیاک چپ پیدا کرده است. این بیمار بعد از عمل جراحی دچار توده‌ای در پهلو چپ همراه با درد متناوب شده است که در بررسی‌های انجام شده تشخیص فتق تروماتیک کمری نوع Petit داده شد که بوسیله مش پرولن ترمیم شد. در این بیمار ترمیم فتق تروماتیک کمری موفقیت آمیز بوده و با پی‌گیری یکساله عوارض یا عود بیماری وجود نداشت.

کلیدواژه‌ها: جدار شکم / فتق شکمی / ناحیه کمری خاجی

مقدمه

فتق کمری، فتق جدار خلفی شکم در فضای آناتومیکی کمریست که محدوده آن از بالا دنده دوازدهم، از پایین ستیغ ایلیاک، از عقب عضله‌های راست کننده ستون مهره‌ها (Erector spine muscles) و از جلو خط عمودی است که از نوک دوازدهمین دنده تا ستیغ ایلیاک کشیده شده است.

این ناحیه شامل دو مثلث آناتومیکی و محلی شایع برای ایجاد فتق کمری است.

مثلث تحتانی (Petit) کوچک نامیده می‌شود که از خلف با عضله latissimus dorsi، از قدام با عضله مایل خارجی و از پایین با ستیغ ایلیاک محدود می‌شود کف آن را عضله مایل داخلی و فاشیای کمری تشکیل می‌دهد.

مثلث فوقانی Grynfelt نامیده می‌شود و حدود آناتومیکی آن از بالا دوازدهمین دنده و عضله sacrospinalis، از خلف عضله راست کننده ستون مهره‌ها و از جلو عضله مایل داخلی است و سقف آن را عضله latissimus dorsi

تشکیل می‌دهد (۱).

در ایجاد فتق کمری دو عامل دخالت دارند.

نوع مادرزادی آن بیشتر در شیرخواران و به علت نقص مادرزادی یکطرفه در رشد یا شکل نگرفتن ساختمان عضلانی ناحیه کمری است (۲ و ۳) حال آنکه نوع اکتسابی در بزرگسالان شایع و به علت صدمه‌های نافذ یا غیرنافذ - آبنه - هماتوم و ترمیم ضعیف برش جراحی در پهلوها - فلج موضعی عضله‌ها (پولیو) و کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک است (۴).

حدود ۲۵٪ فتق‌های کمری بدنبال صدمه‌های وارد شده به این ناحیه آناتومیکی است که پس از برش در پهلوها برای دستیابی به روش‌های مختلف جراحی کلیه - برداشتن پیوند استخوانی از ستیغ ایلیاک (۵) - استفاده از فلاپهای عضله latissimus dorsi و ترومای نافذ یا غیر نافذ بوجود می‌آید.

ترومای غیر نافذ باعث از بین رفتن ساختمان عضلانی،

شکستگی استخوان لگن و هماتوم در پهلوها می شود که در نهایت باعث ایجاد فتق کمری بزرگ بدون حدود آناتومیک مشخص می شود. غالباً این فتقها کوچک و بدون علامت هستند و اصلاً تشخیص داده نمی شود اما در صورت بروز، تظاهر بالینی آن به صورت درد مبهم و احساس سنگینی در پهلوها همراه با کشیدگی احشای داخل شکم است که در معاینه فیزیکی به صورت توده ای تمپانی و قابل جارفتن در حالت ایستاده در بیمار تشخیص داده می شود.

تشخیص افتراقی این فتق با آبسه، هماتوم، تومور کلیه، تومور بافت نرم و گرفتگی عضلانی است و انجام سی تی اسکن شکم بهترین و دقیق ترین وسیله تشخیصی است.

بروز این نوع فتق نادر است و تاکنون بیش از ۳۰۰ مورد از آن در جهان گزارش نشده است. ما به معرفی مورد نادر دیگری می پردازیم که بعد از برداشتن پیوند از استخوان ایلیاک برای ترمیم شکستگی مهره گردن توده کوچکی در پهلوئی چپ همراه با درد متناوب بوجود آمد و در بررسی های تشخیصی این توده فتق کمری نوع کوچک (petit) تشخیص داده شد.

بیشتر فتق های جدار شکم، فتق های کشاله ران (Groin hernia) هستند. بروز فتق کمری پس از تروما اتفاقی نادر است که تظاهر بالینی متفاوتی دارد که می تواند با سایر بیماریهای جراحی شکم اشتباه شود بر آن شدیم که با گزارش این مورد نادر و جالب، توجه بیشتری نسبت به شناخت این نوع فتق و درمان مناسب آن جلب کنیم.

معرفی بیمار

رضا علی..... ۶۰ ساله و کشاورز به علت توده در ناحیه کمری چپ و دردناک بودن آن به بیمارستان پورسینا- مرکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان- مراجعه کرده است.

بیمار از ۱۸ ماه قبل متوجه توده ای در ناحیه کمری چپ می شود که ابتدا اندازه آن کوچک و به ابعاد ۱×۱ سانتیمتر بوده که خودبخود جا می رفته است. این توده بتدریج بزرگ شده و در هنگام کار برجستگی آن بیشتر

می شد. اما به رغم اندازه بزرگ آن همیشه با دست براحتی جا می رفت. درد بیمار ابتدا متناوب و سپس مداوم شده تا این که بیمار به بیمارستان مراجعه کرد. وی ۵ سال قبل بدنبال سقوط کوله باری سنگین بر بدن دچار شکستگی مهره گردن شده بود که برای ترمیم آسیب با برداشتن پیوند استخوانی از ستیغ ایلیاک چپ مورد عمل جراحی گردن قرار گرفت. بیمار از بیوست مزمن، تکرر ادرار و قطره قطره ادرار کردن شکایت داشت. بیش از ۴۰ سال است که ۲۰-۳۰ نخ سیگار در روز می کشد. در معاینه سر و گردن به جز اسکار برش جراحی گردن از عمل جراحی قبلی، نکته غیر طبیعی دیگری به چشم نمی خورد. در قلب و ریه ویزینگ منتشر شنیده می شد ولی در سمع ریه ها نکته مثبت دیگری وجود نداشت.

در معاینه شکم، در نگاه برآمدگی در محل مثلث کوچک (petit) همراه با اسکار عمل جراحی قبلی برای برداشتن پیوند استخوانی در محل ستیغ ایلیاک چپ دیده می شد و توده جدار شکم درست در بالای آن مشاهده می شد.

در لمس شکم، این توده در مثلث کوچک (petit) با فشار دست بداخل شکم جا می رفت و به نظر می رسید که حاوی کولون و توده های مدفوعی باشد. در سمع شکم صدای روده به صورت طبیعی بگوش می رسید.

در معاینه اندامها و نبض های محیطی نکته مثبتی وجود نداشت. در آزمایش ادرار ۱۰ تا ۱۵ گلبول قرمز گزارش شد. سونوگرافی شکم و IVP نرمال بودند و در باریوم انما حلقه ای از کولون سیگموئید وجود داشت. در سایر آزمایش ها نکته ای غیر طبیعی بدست نیامد.

بحث و نتیجه گیری

فتق کمری نادر و کمتر از ۱/۱۰٪ تمام فتقها را تشکیل می دهد و تا کنون نزدیک به ۳۰۰ مورد آن گزارش شده است (۶). این فتق در مثلث آناتومیک کمری بوجود می آید. فتق مثلث تحتانی شایعتر از مثلث فوقانی است. در گزارش ما از بخش وسیعی از پذیرش بیمارستانی افراد مبتلا به فتق جدار شکم در دو دهه گذشته فقط یک مورد

در بیمار ما به علت وجود علامت‌های ادراری، سونوگرافی دستگاه ادراری و IVP انجام شد که در آنها جابجایی کلیه و حالب دیده نمی‌شد و نیز به علت محتوای فتق - احتمالاً کولون - باریم انما انجام شد که وجود کولون را تأیید کرد. یافته‌های فوق می‌تواند در آمادگی قبل و حین عمل جراحی بیماران مؤثر باشد.

از آنجائی که فتق کمری مستعد عوارضی چون جا نرفتن و اختناق است (۹) باید جراحی شود. روش‌های مختلفی برای جراحی پیشنهاد شده است (۱۱) که اصول آن نزدیک کردن آناتومیکی عضله‌های فاشیا با استفاده از فلاپهای Musculofascial یا مش برای پر کردن نقص آناتومیکی مثلث کمریست که در فتق‌های بزرگ کمری انجام می‌شود. اگر نقص دیواره مثلث کمری کوچک و بافت‌های اطراف آن قوی باشد می‌توان این نقص را با استفاده از نخ بنخیه Polypropylene بست و در بیمار، به‌علت بزرگ دیواره مثلث کوچک (petit) و چسبندگی کولون، با آزاد کردن آن ترمیم به روش Mashplasty انجام شد و در پیگیری یکساله بیمار عارضه و یا عود بیماری دیده نشد.

گرچه فتق کمری نوع کوچک (Petit) شایع نیست و فقط بخش اندکی از فتق‌های شکم را تشکیل می‌دهد ولی به علت تظاهرات‌های مختلف، عوارضی چون انسداد روده و افتراق با سایر علت‌های «شکم جراحی» شناخت بیشتر آن بخصوص در زمانی که به صورت توده جارونده نباشد توصیه می‌شود.

فتق کمری از نوع کوچک (petit) تشخیص داده شد. این نوع فتق اکثراً اکتسابی و بدنبال ترومای نافذ و غیر نافذ - آبه و ترمیم فتق برش جراحی در پهلوها بوجود می‌آید و حال آن‌که نوع مادرزادی بیشتر در شیرخواران شایع و ناشی از نقص مادرزادی در رشد ساختمان عضلانی است. در مورد ما عامل اکتسابی یعنی پس از برداشتن پیوند استخوانی از ستیغ ایلیاک برای ترمیم شکستگی ستون مهره گردنی، نقش داشته است.

ممکن است فتق کمری بدون علامت بالینی باشد یا آن که بیمار با شکایتی مبهم که اغلب بصورت کمردرد بیان می‌شود، مراجعه کند و به همین دلیل تشخیص داده نمی‌شود. اما در علامت‌دار بودن تظاهر بالینی آن توده در پهلوها و احساس درد مبهم و کشیدگی احشای داخل شکمی است. در معاینه کلینیکی تشخیص آن با یافتن توده تمپانیک و قابل جا رفتن در پهلوها در حالت ایستاده داده می‌شود که همان تظاهر بالینی مشابه مورد گزارش ماست (۲ و ۷). اگر تشخیص بالینی مشکل باشد و تشخیص افتراقی آن با آبه، هماتوم، تومور کلیه، تومور بافت نرم و گرفتگی عضلانی مطرح باشد انجام بررسی بیشتری لازم است. سونوگرافی و بررسی‌های باریمی روده باریک و بزرگ برای تشخیص محتوای فتق و نیز IVP برای بررسی جابجایی کلیه و حالب انجام می‌شود ولی انجام CT Scan شکمی بهترین و دقیق‌ترین وسیله تشخیص است زیرا نقص در لایه‌های عضلانی و فاشیای جدار شکم را نشان داده و محتوای فتق را مشخص می‌کند (۸).

منابع

1. Nyhus LM. Lumbar Hernia. 3rd ed. Philadelphia: Lippincot, 1989: 401-415.
2. Garcia VF. Umbilical and Other Abdominal Wall Hernias. In: Ashcraft, Murphy, Sharp, et al. Pediatric Surgery. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 651-53.
3. Mehta MH, Patel RV, Mehta SG. Congenital Lumbar Hernia. J Pediatr Surg 1992; 27: 1258.
4. Kennedy RJ, Tulloh BR. Lumbar Hernia: Another Rare Complication of Laparoscopic

Cholecystectomy. Medical Journal of Australia 1997; 166 (4):222.

5. Canale ST, et al. Campbell's Operative Orthopedics. 9th ed. New York: Mosby, 1998.
6. Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. Mangot's. Abdominal Operative. 10th ed. New York: Simen and Scheiser, 1977: 546-7.
7. Post traumatic Lumbar hernia, Journal of post graduate medicine 1996 volume 42 Issue 3 page 78-80.

8. Killen Kl, Girads, Demeo JH, Shnmu Ganathan K, Mirvis SE. Using CT to Diagnose Traumatic Lumbar Hernia, AiR Am J Roentgenol 2000; 4(3): 1413- 1415.

9. Flover RE, Knjukl. Petit Tiangle Hrnia, Incarcerated two Case Rports. Am Surgeon 1970; 527-53.

10.Zuldma GD. Lumbar and Pelvic Hernias. In: Shackelford RT. Shackelford Surgery of the Alimentary Treat. Philadelphia: WB Saunders, 1991: 173-7.

11. Bickel A, Haj M, Etian A. Laparoscopic Management of Lumbar Hernia Surgical Endoscopy 1997; 11(11): 1129-30.

Report of a petit traumatic lumbar hernia

Herfatcar MR.

Abstract

Lumbar hernia is one of the rare hernias. It occurs through parietal abdominal wall defect at the lumbar triangles. The most common site of herniation is inferior lumbar triangle (petit). Up to now only 300 lumbar hernias have been reported in the literature. In this article the author reports another rare interesting case of posttraumatic lumbar hernia following harvesting a bone graft from iliac crest.

In this case patient is a 60years old Farmer man who sustained cervical spine fracture due to blunt trauma. A colleague with iliac bone graft operated him. After 2 years he developed an abdominal mass associated with intermittent pain at the left flank region. Clinical investigation confirmed inferior Lumbar hernia (petit) that was repaired by prolen mash successfully. After one year follow up there was no complication or recurrence.

Key words: Abdominal Wall/ Hernia, Ventral/ Lumbosacral Region