

Lumbalt hernie

Læge Sandra Sofie Teiblum, overlæge Flemming Pii Hjørne & overlæge Thue Bisgaard

KASUISTIK

Køge Sygehus,
Kirurgisk Afdeling

Lumbale hernier er sjældent forekommende med kun ca. 300 rapporterede tilfælde i litteraturen [1]. De kan være lokaliseret overalt i lumbalregionen, der superiorit afgrænses af costa 12, inferiorit af crista iliaca, medialt af den lumbale del af musculus erector spinae og lateralt af musculus obliquus externa. Området indeholder to veldefinerede områder med svaghed i muskulaturen: den superiore trekant (Grynfeltt-Lesshaft) samt den inferiore trekant (Petit), hvor den superiore er større og formentlig den hyppigste lokalisation for spontane hernier [2].

Man skelner mellem de primære og de mere hyppigt forekommende sekundære hernier. Primære er medfødte [3], og sekundære ses efter traumer eller operative indgreb.

Hernierne varierer i størrelse og frembyder almindelige symptomer i form af trykkende og smertende gener. Idet det anslås, at der er 9% risiko for inkarceration [4], er der indikation for operation ved selv asymptomatiske hernier.

På Kirurgisk Afdeling i Køge blev der diagnosticeret et tilfælde af denne sjældne form for hernie hos en ældre kvinde, der hverken havde været udsat for kirurgi eller traumer i regionen, hvorfor det må betragtes som et primært lumbalt hernie.

SYGEHISTORIE

En 75-årig kvinde havde igennem flere år haft ukaraktéristiske rygger og igennem et år bemærket en bule i venstre flanke. Hævelsen var langsomt tiltaget i størrelse og med det generne i form af smerter. Bulen var fuldt reponibel, og der var ikke anamnesticke inkarcerationstilfælde.

Patienten havde tidligere fået konstateret hypertension, atrieflimmer og kronisk obstruktiv lungesygdom og var aldrig tidligere abdominalt opereret, bortset fra tidligere appendektomi.

Objektivt fandtes der en 10 × 10 cm stor reponibel udfyldning i venstre flanke lige kaudalt for ribbenskurvaturen. Det var vanskeligt at vurdere brokportens størrelse og relationerne til lumbalmuskulaturen, og der blev foretaget computertomografi (CT) til yderligere kortlægning af anatomien.

CT'en viste et venstresidigt lumbalhernie, der lå posterolateralt for venstre nyre lige under venstre costa 12 ved musculus latissimus dorsi (Figur 1). Brokporten var 4,5 × 3,5 cm, og broksækken var 5,5

cm i diameter og indeholdt retroperitonealt fedt uden tarm eller andre organer.

Der blev foretaget åben elektiv operation med indsættelse af *mèche* (Ventralax Hernia Patch, Bard). Det postoperative forløb var ukompliceret. Efter seks måneder var patienten uden gener eller recidiv.

DISKUSSION

Lumbale hernier er sjældne [5]. Patienterne kan have sig med forskellige symptomer afhængigt af størrelse og indhold, og diagnosen kan være svær at stille, især hos overvægtige patienter med små hernier. Den hyppigste kliniske præsentation er en bule i flanken, der bliver større ved hoste eller anden brug af bugpressen og forsvinder i lateralt bugleje. Patienterne klager hyppigst over uspecifikke mavesmerter eller flankgener, og diagnosen bør eventuelt overvejes hos patienter med uforklarede rygsmerter. Diagnosen stilles primært ud fra anamnesen og klinikken, men CT- eller magnetisk resonans-undersøgelser bør anvendes præoperativt til at bekræfte diagnosen samt til kortlægning af anatomien.

Den kirurgiske behandling af lumbalt hernie er kontroversiel, og det diskuteres, om behandlingen skal foregå med åben eller laparoskopisk operation. Der findes ingen studier, der sammenholder disse to operationsmetoder ved primære lumbale hernier, men i et prospektivt nonrandomiseret studie fra 2005 inkluderede man 16 sekundære lumbale hernier for at sammenholde klassisk kirurgi med laparoskopisk tilgang og resultatet var en signifikant lavere komplikationshyppighed, kortere indlæggelsestid, færre smerter samt hurtigere restitution efter laparoskopisk

FIGUR 1

Computertomografi med lumbalt hernie (pil) i henholdsvis tværsnit (A) og i horisontalt snit (B).



behandling sammenlignet med åben operation [1]. I et review af kasuistiske meddelelser fra 2007 med i alt 74 cases inklusive forfatterens egne 28 cases foreslås dog, at den laparoskopiske tilgang bør vælges til små og moderate defekter og åben kirurgi til store defekter og ved recidiv [2].

Det faktum, at lumbale hernier er retroperitonealt beliggende, sammenholdt med en nedsat risiko for organlæsioner, adhærencer og muligvis lavere pris, taler imidlertid for åben kirurgi, da man ved åben teknik undgår intraperitoneal adgang med incision indefra gennem peritoneum for at få adgang til herniet og dermed muligvis udsætter patienten for større risiko for komplikationer ved laparoskopisk tilgang end ved åben kirurgi. Fordelene ved laparoskopisk kirurgi er imidlertid, at man nedsætter risikoen for

sårinfektioner, undgår at udsætte patienten for bloddelstraumer og har mulighed for korrekt identifikation af herniedefekten.

KORRESPONDANCE: Sandra Sofie Teiblum, Lisevej 5, DK-3060 Espergærde.

E-mail: teiblum@hotmail.com

ANTAGET: 8. oktober 2009

FØRST PÅ NETTET: 21. december 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Moreno-Egea A, Torralba-Martinez JA, Morales G et al. Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias. *Surg Endosc* 2005;19:184-7.
2. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC et al. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg* 2007;142:82-8.
3. Salameh JR. Primary and unusual abdominal wall hernias. *Surg Clin N Am* 2008;88:45-60.
4. Armstrong O, Hamel A, Grignon B et al. Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat* 2008;30:533-7.
5. Sakarya A, Aydede H, Erhan MY et al. Laparoscopic repair of acquired lumbar hernia. *Surg Endosc* 2003;17:1494-500.

Nodulær hyperplasi af Bartholins kirtel

Reservelæge Sverre Pelle Hjortø, reservelæge Caroline Pehrson & overlæge Anne Gernow

De Bartholinske kirtler (glandulae vestibulares majores) er to mukøse kirtler af 0,5-1 centimeters størrelse, som ligger bagtil i labia majora, og hvis udførselsgange måler 2-2,5 cm og munder ud bagtil i vestibulum vaginae. Efter 30-års-alderen atrofierer kirtlerne gradvist.

Hævelse, smerte og dyspareuni er de hyppigste symptomer ved sygdom i kirtlen og dens udførselsgang, og årsagen er langt oftest cystedannelse og inflammation. Derimod er solide forandringer sjældne, og i disse tilfælde drejer det sig hyppigst om et karcinom og kun meget sjældent om en benign forandring i form af nodulær hyperplasi eller adenom [1].

Vi beskriver her en patient, der havde en udfyldning i venstre labium majus, og som viste sig at have nodulær hyperplasi af Bartholins kirtel (**Figur 1**).

SYGEHISTORIE

En 29-årig rask kvinde blev henvist til gynækologisk ambulatorium grundet en udfyldning i venstre labium majus, der havde varet i to måneder. Der var ingen smerter, dyspareuni, dysuri eller udflåd.

Objektivt fandtes en 3 × 3 centimeter stor, uøm hævelse på labium majus uden rødme af den ovenliggende hud, og vulvaområdet i øvrigt var normalt. Den kliniske diagnose var Bartholincyste. Ved marsupiali-

satio fandtes en 3 cm stor cyste med slimet indhold og et fast/cystisk område i bunden, som blev excideret.

Patologisk undersøgelse viste et 9 × 5 × 5 mm stort vævsstykke, der mikroskopisk ikke indeholdt væv fra Bartholins kirtel, men mucinøst stroma med inflammatoriske celler og spindelformede og stellate celler samt cystiske hulrum. Diagnosen kunne ikke kommes nærmere, end at det kunne dreje sig om en rumperet cyste med reaktive forandringer, men at et aggressivt angiomyksom ikke kunne udelukkes, hvorfor man tilrådede reexcision i sundt væv.

Ved reoperation fandtes igen hævelse af labium majus. Der var gendannet en cyste med slimet indhold. Kaviteten sonderedes til 5 cm. I bunden af den cystiske proces fandtes en 2 × 3 cm stor lobuleret, kirtellig-nende, hvidlig tumor. Cysten og tumoren excideredes.

Patologisk undersøgelse viste to vævsstykker, der målte 20 × 10 × 5 mm og 42 × 22 × 18 mm, det største indeholdt en 30 mm stor, afrundet tumor med hvid/lysgul, småcystisk snitflade. Mikroskopisk sås væv fra Bartholins kirtel med lobuleret opbygning og uden kapsel. Der var øget mængde acini omkring dilaterede udførselsgange, nogle med ruptur, og i stromaet sås flere mucinsøer og uspecifik inflammation. Diagnosen var nodulær hyperplasi og cyste med ruptur og inflammation.

KASUISTIK

Hvidovre Hospital,
Patologisk Afdeling og
Gynækologisk Afdeling