

Chirurgiczne leczenie przepukliny Spigela – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

*Konrad Wroński, Janusz Godlewski, Michał Tenderenda

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie
Kierownik Oddziału: prof. nzw. dr hab. n. med. Michał Tenderenda

SURGICAL TREATMENT OF SPIGELIAN HERNIA – CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Summary

Spigelian hernia is a rare anterior side abdominal wall hernia. This hernia constitute only 2% of all abdominal hernias. Clinical symptoms in patients with Spiegel hernia can be very different and the diagnosis is in many cases more difficult than the treatment. The method of treatment of this type of hernia is surgery.

In this article the authors present a case of patient who were treated surgically because of Spigelian hernia and also reviewed the recent literature relating to this disease and its treatment.

Key words: Spigelian hernia, abdominal hernia, treatment, surgery

WPROWADZENIE

Przepuklina boczna brzucha, nazywana także przepukliną kresy półksiężycowatej Spigela, jest rzadką bocznią przepukliną przedniej ściany brzucha, której wrota stanowi linia półksiężycowata (1-3). Przepuklina ta została po raz pierwszy opisana przez flamandzkiego anatoma Adriaana van der Spieghela, a na jego cześć Josef Klinkosch w 1764 roku nazwał ją „przepukliną Spigela” (4, 5).

Linia półksiężycowata, zwana także linią Spigela, rozciąga się od VIII chrząstki międzyżebrowej do guzka łonowego (2, 3, 6, 7). Kresa półksiężycowata położona jest bocznie do mięśnia prostego brzucha i tworzą ją rozciągnięta mięśnia poprzecznego brzucha i mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha (7, 8).

Przepuklina Spigela może wystąpić w każdym miejscu linii półksiężycowatej, jednak najczęściej przepuklina ta zlokalizowana jest powyżej naczyń nadbrzuszných dolnych (1-4, 7, 8). Możemy wyróżnić przepuklinę dolną, gdy wrota przepukliny umiejscowione są poniżej i przysrodkowo od pęczka naczyniowego, i przepuklinę górną, gdy wrota przepukliny znajdują się powyżej pępka (2, 3, 5, 6).

OPIS PRZYPADKU

60-letnia chora została skierowana do Oddziału Klinicznego Chirurgii Onkologicznej ZOZ MSW z WMCO w Olsztynie ze szpitala powiatowego z powodu guza

średnicy około 15 cm zlokalizowanego po stronie prawej. W wywiadzie chora zgłaszała od dwóch dni ból brzucha, nudności i wymioty. W wykonanym w dniu wystąpienia bólu USG jamy brzusznej i miednicy stwierdzono w miejscu wyczuwalnego palpacyjnie guza obecność jelita. W badaniu przedmiotowym u chorej występował silny ból okolicy guza podczas badania palpacyjnego. Zdecydowano o wykonaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy. W badaniu stwierdzono niedrożność jelita cienkiego i uwięźnięte jelito kręte w worku przepuklinowym zlokalizowanym w ścianie powłok brzusznych, bocznie od mięśnia prostego brzucha po stronie prawej (ryc. 1-4). W badaniach laboratoryjnych u chorej stwierdzono leukocytozę (18,300/ μ L); innych odchyleń od normy w badaniach nie stwierdzono.

Pacjentce zaproponowano chirurgiczne leczenie przepukliny bocznej brzucha Spigela w trybie pilnym, na które chora wyraziła zgodę. W znieczuleniu ogólnym, cięciem przezprostnym dolnym prawym dotarto do miejsca ścięczenia kresy półksiężycowatej o średnicy około 8 cm, przez którą uwypuklał się worek przepuklinowy (ryc. 5, 6). Po otwarciu worka przepuklinowego stwierdzono pogrubiałą i z miejscową martwicą sieć większą i fragment jelita krętego. Sieć większą ze zmianami martwiczymi resekowano (ryc. 7-10). Podczas kontroli narządów jamy brzusznej stwierdzono rozdętą pętlę jelita cienkiego powyżej miejsca, w którym jelito kręte

wchodziło do worka przepuklinowego, a na ścianie w jelicie wchodzącym do worka przepuklinowego stwierdzono punktowe zmiany niedokrwienne, które nie były wskazaniem do wykonania resekcji jelita cienkiego (ryc. 11). Otrzewną zeszyto szwem ciągłym, a

następnie wszczepiono siatkę z tworzywa sztucznego (ryc. 12). Powięź zamknięto szwami pojedynczymi. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Gojenie rany pooperacyjnej prawidłowe. Chorą wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.



Ryc. 1. Skan z tomografii komputerowej przedstawiający przepuklinę boczną brzucha Spigela i niedrożność jelita cienkiego u 60-letniej chorej.



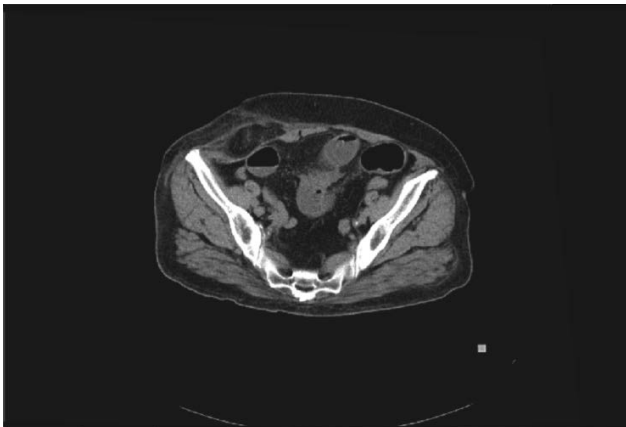
Ryc. 4. Skan z tomografii komputerowej przedstawiający w powiększeniu wrota przepukliny bocznej brzucha Spigela u 60-letniej chorej.



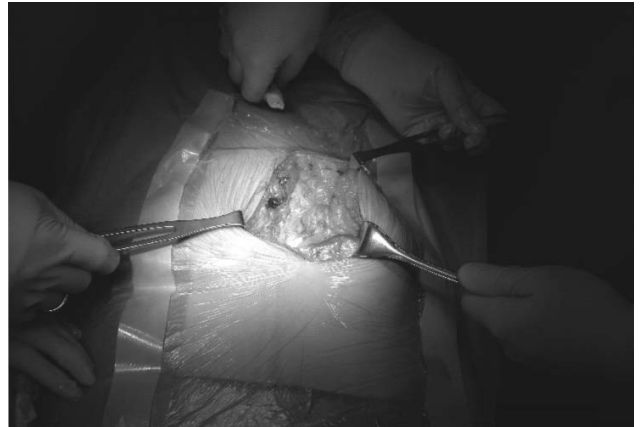
Ryc. 2. Skan z tomografii komputerowej przedstawiający wrota przepukliny bocznej brzucha Spigela i niedrożność jelita cienkiego.



Ryc. 5. Zdjęcie wykonane przed zabiegiem operacyjnym przedstawiające badany palpacyjnie guz w ścianie powłok brzusznych.



Ryc. 3. Skan z tomografii komputerowej z widoczną przepukliną boczną brzucha Spigela.



Ryc. 6. Zdjęcie wykonane śródoperacyjnie z widocznym workiem przepuklinowym.



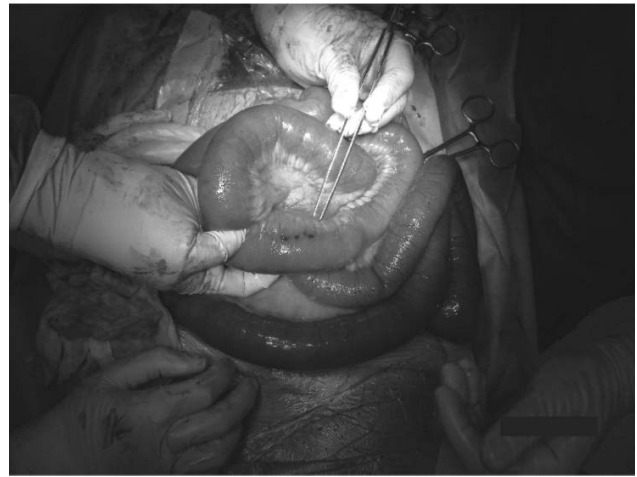
Ryc. 7. Zdjęcie wykonane po otwarciu worka przepuklinowego z widoczną w nim siecią większą.



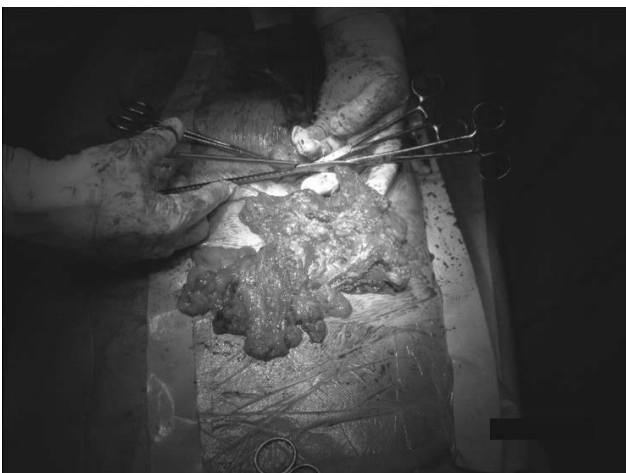
Ryc. 10. Zdjęcie przedstawiające fragment resekowanej sieci większej z ogniskami martwicy.



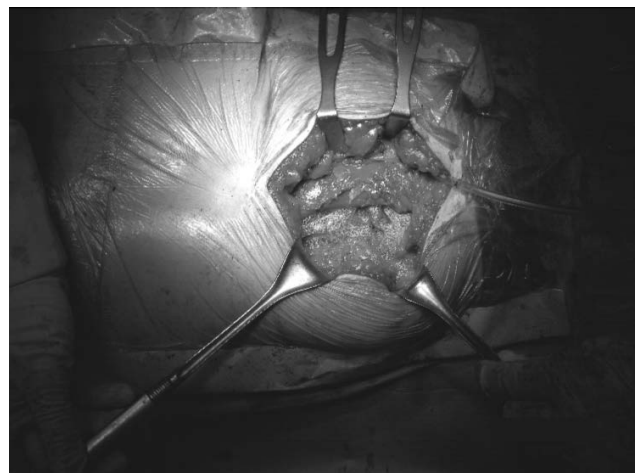
Ryc. 8. Zdjęcie wykonane śródoperacyjnie przedstawiające pogrubiałą i z miejscową martwicą sieć większą znajdującą się w worku przepuklinowym.



Ryc. 11. Zdjęcie przedstawiające trzy ogniska niedokrwienia ściany jelita krętego w miejscu wnikania jelita do worka przepuklinowego.



Ryc. 9. Zdjęcie przedstawiające resekcję fragmentu sieci większej, która znajdowała się w worku przepuklinowym.



Ryc. 12. Zdjęcie wykonane śródoperacyjnie przedstawiające wszczępienie siatki z tworzywa sztucznego.

OMÓWIENIE

Przepuklina boczna brzucha stanowi około 1-2% wszystkich przepuklin brzusznych i występuje głów-

nie u kobiet między 50. a 70. rokiem życia (1-6). Możemy wyróżnić przepuklinę Spigela wrodzoną i nabytą (7, 8). Etiologia przepukliny kresy półksiężycowatej Spigela nie

została jak dotąd dokładnie poznana. Uważa się, że do czynników sprzyjających powstaniu tej przepukliny należą: otyłość, przewlekłe zaparcia, wodobrzusze, wzrost ciśnienia wewnątrzbrzusznego, szybka utrata masy ciała, przewlekła obturacyjna choroba płuc i przebyty w przeszłości zabieg operacyjny (8-12).

Objawy kliniczne zgłaszane przez pacjentów z przepukliną boczną brzucha mogą być bardzo różne. Chorzy najczęściej zgłaszają tępe, ostre lub przerywane bóle brzucha, które nasilają się podczas wysiłku. W badaniu palpacyjnym brzucha przepuklina ta jest rzadko wyczuwalna. Według niektórych autorów przepuklina boczna brzucha daje jakiegokolwiek objawy u około 64% pacjentów (1-3, 5, 6, 10, 11). U 24% chorych z przepukliną Spigela obserwowane jest jej uwięźnięcie z objawami niedrożności przewodu pokarmowego (5, 6, 13, 14).

Rozpoznanie przepukliny Spigela jest trudne nawet dla doświadczonego chirurga (7, 8, 13). Badaniami obrazowymi pozwalającymi rozpoznać przepuklinę boczną brzucha są: zdjęcie przeglądowe, ultrasonografia, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny jamy brzusznej (13-16). Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej może u pacjenta pokazać objawy niedrożności przewodu pokarmowego w przypadku uwięźnięcia w worku przepuklinowym jelita. Ultrasonografia jest uznawana za badanie „pierwszego rzutu”, gdyż pozwala zlokalizować wrota przepukliny i ocenić zawartość worka przepuklinowego. W przypadkach wątpliwych wskazane jest wykonanie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, które są uznawane za dokładniejsze badania. Według wielu autorów, pomimo zastosowania przed zabiegiem operacyjnym badań obrazowych, w około 25% przypadków przepuklina Spigela jest rozpoznawana dopiero śródoperacyjnie (2, 5, 9, 11, 12).

Leczenie przepukliny Spigela jest leczeniem wyłącznie chirurgicznym. Tradycyjne leczenie chirurgiczne opiera się na otwarciu jamy brzusznej i zaopatrzeniu worka przepuklinowego, a następnie pokryciu ubytków w powięzi Spigela metodą beznapięciową z użyciem siatki typu prolene hernia system (PHS). W 1992 roku Carter wykonał metodą laparoskopową usunięcie przepukliny bocznej brzucha (14). Obecnie istnieje kilka różnych technik laparoskopowego zaopatrzenia przepukliny Spigela: metoda przezbrzuszej przedotrzewnowej naprawy przepukliny (TAPP – *Transabdominal Preperitoneal Repair*), metoda zaotrzewnowa (TEP – *Total Extraperitoneal Repair*) i metoda dootrzewnowego wszczepienia siatki (IPOM – *Intraperitoneal Onlay Mesh Repair*). Wydaje się, że metoda laparoskopowa może

w przyszłości stać się „złotym standardem” w leczeniu przepukliny Spigela (3, 14).

Przepuklinę boczną brzucha należy zawsze różnicować z: guzem otrzewnej, guzem jelita grubego, zapaleniem wyrostka robaczkowego, tłuszczakiem, mięsakiem, ropniem czy zapaleniem uchyłków jelita grubego (1-3, 5, 14-16).

PODSUMOWANIE

Przepuklina Spigela jest rzadko występującą przepukliną brzuszną. Najczęściej występuje ona u kobiet między 50. a 70. rokiem życia. Rozpoznanie przepukliny bocznej brzucha może stanowić problem nawet dla doświadczonego chirurga, dlatego konieczne jest wykonanie badań obrazowych celem potwierdzenia rozpoznania. Chorzy z rozpoznaną przepukliną powinni zostać poddani leczeniu chirurgicznemu w ośrodku mającym doświadczenie w leczeniu przepuklin brzusznych. Ryzyko nawrotu przepukliny Spigela po prawidłowym chirurgicznym jej zaopatrzeniu należy do rzadkości. □

Piśmiennictwo

1. Baucom C, Nguyen QD, Hidalgo M, Slakey D: Minimally invasive Spigelian hernia rep air. *JLS* 2009; 13: 263-268.
2. Ampanelli G, Pettinari D, Nicolosi FM, Contessini Avesani E: Spigelian hernia. *Hernia* 2005; 9: 3-5.
3. Moreno-Egea A, Flores B, Girela E et al.: Spigelian hernia: bibliographical study and presentation of a series of 28 patients. *Hernia* 2002; 6: 167-170.
4. River LP: Spigelian hernia. *Ann Surg* 1942; 16: 405-411.
5. Spangen L: Spigelian hernia. *Ann Surg* 1989; 13: 573-580.
6. Losanoff JE, Jones JW, Richman BW: Recurrent Spigelian hernia: a rare cause of colonic obstruction. *Hernia* 2001; 5: 101-104.
7. Nursal TZ, Kologlu M, Aran O: Spigelian hernia presenting as an incarcerated incisional hernia. *Hernia* 1997; 1: 149-150.
8. Rogers FB, Camp PC: A strangulated Spigelian hernia mimicking diverticulitis. *Hernia* 2001; 5: 51-52.
9. Delis N, Franczak A, Nicolas V, Heyer ChM: Incarcerated Spigelian hernia mimicking diverticulitis: detection by multidetector computer tomography. *Int J Colorectal Dis* 2006; 21: 851-853.
10. Wu Ch, Liu T, Lin H, Wang G: Traumatic Spigelian hernia. *Injury Extra* 2006; 37: 404-406.
11. Gough VM, Vella M: Timely computer tomography scan diagnoses Spigelian hernia. *Ann R Coll Surg Engl* 2009; 91: 676-679.
12. Allewaert S, De Man R, Baldt O, Roelens J: Spigelian hernia without unusual content. *Abdom Imaging* 2005; 30: 677-678.
13. Sinha S, Pushparajasekaran A, Borgstein R, Stoker DL: Spigelian hernia mimicking appendicular mass. *Int Emerg Med* 2010; 5: 77-78.
14. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW: Laparoscopic extraperitoneal repair of Spigelian hernia. *Surg Endosc* 2003; 17: 1328.
15. Ng WT, Kong CK, Kong KC: Facilitation of open Spigelian hernia repair by laparoscopic location of the hernial defect. *Surg Endosc* 2004; 18: 561-562.
16. Bell RL, Longo WE: Spigelian hernia. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 161.

otrzymano/received: 31.10.2012
zaakceptowano/accepted: 21.12.2012

Adres do korespondencji:
*Konrad Wroński
Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn
tel.: +48 (89) 539-85-42
e-mail: konradwronski@wp.pl