

© Borgis

Pourazowa przetoka skórno-podpowięziowa pośladka i okolicy lędźwiowej – opis przypadku

*Małgorzata Kołodziejczak, Wojciech Zelenay, Paweł Grochowicz

Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii, Szpital na Solcu w Warszawie

Ordynator Oddziału: dr n. med. Jacek Bierca

Kierownik Proktologii: dr hab. n. med. Małgorzata Kołodziejczak

FISTULA SUBFASCIO-CUTANEA, A LATE COMPLICATION OF THE LEFT BUTTOCK BLUNT TRAUMA – CASE REPORT

Summary

We report an unusual case of a 62-year-old patient with subfascio-cutaneous fistula, as a late complication of the left buttock blunt trauma six years ago. The diagnostic findings, on trans-rectal USG, computed tomography scan, colonoscopy and fistulography, were negative for fistula in ano or cutaneo-intestinal fistula presence. Patient followed, a successful surgical procedure, without fistula recurrence in 6 months follow up. Information derived from clinical examination and further diagnostic procedures (endoscopic, CT and fistulography) are important in the evaluation and proper surgical management of posttraumatic fistulas individualized according to findings.

Key words: fistula subfascio-cutanea, buttock blunt trauma, fistulography

OPIS PRZYPADKU

Wywiad

62-letni pacjent przyjęty w trybie planowym do oddziału z powodu nawracających ropni pośladka lewego od 5 lat oraz czynnej, rozgałęzionej przetoki w okolicy pośladka lewego. Sześć lat temu doznał urazu pośladka lewego. Wielokrotne zabiegi nacięcia ropnia pośladka lewego wykonywane w innych szpitalach. W 2010 r. z powodu łagodnego przerostu gruczołu krokowego pacjent przebył przezcewkową resekcję gruczołu krokowego, a w 2011 usunięcie kamienia z pęcherza moczowego.

Badanie przedmiotowe

W badaniu przedmiotowym w zakresie klatki piersiowej i jamy brzusznej bez istotnych odchyleń od normy.

Stan miejscowy

W okolicy lewego pośladka i w okolicy lędźwiowej lewej 3 otwory zewnętrzne przetoki z wydzieliną ropną. Blizny po przebytych nacięciach ropni (ryc. 1).

Badania dodatkowe

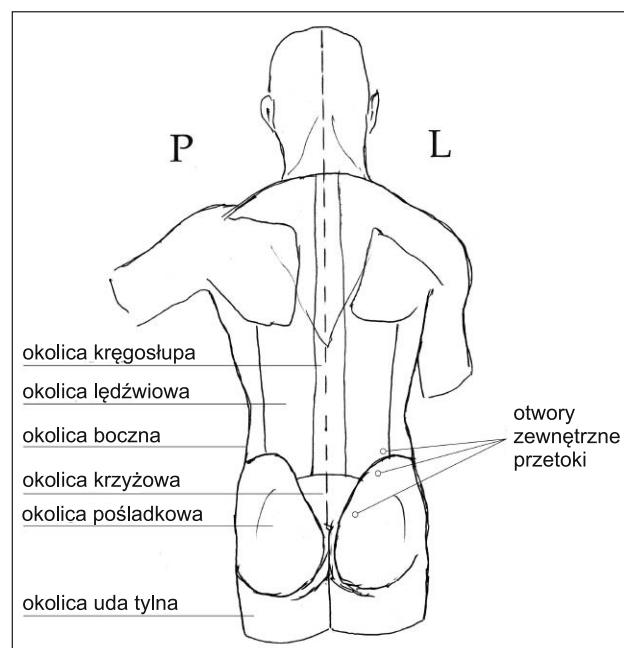
Badania biochemiczne bez odchyleń od normy.

Fistulografia

Fistulografia uwidoczniała obecność rozgałęzionej przetoki na wysokości kręgu L4. Podany do kanału kontrast przetoki nie uwidoczniał łączności z jelitem.

Gastroskopia

Przełyk, wpust i okolica podwpustowa bez zmian. Błona śluzowa żołądka, opuszki i początkowego odcinka części zstępującej dwunastnicy makroskopowo w normie.



Ryc. 1. Lokalizacja anatomiczna przetoki.

Kolonoskopia

Błona śluzowa o normalnym rysunku naczyń i zabarwieniu. W esicy liczne uchyłki. Kontrast podany do kanału przetoki nie uwidocznił się w jelicie. Poza tym jelito bez zmian zapalnych i organicznych.

Urografia

Wydzielanie i zagęszczanie moczu cieniującego obustronnie sprawne, jednoczasowe. Układy kielichowo-moczowodowe obu nerek nieposzerzone. Dolne kielichy nerki lewej zniekształcone, o nierównych zarysach. Przetoka nie uwidoczniła się.

Usg jamy brzusznej

W lewej okolicy lędźwiowej widoczne czynne ujście przetoki podskórnej oraz poniżej, w okolicy pośladka lewego dwa zarośnięte ujścia przetok. Przetoki te są połączone ze sobą. Kanał przetoki czynnej grubości około 10 mm ma niską echogeniczność i ostre zarysy.

CT

Naciek gęstopłynowy układający się w wąskie pasmo szerokości około 21-22 mm położony wzdłuż dolnej części mięśnia lędźwiowego oraz na mięśniu biodrowym po stronie lewej, przechodzący na okolicę pachwinową lewą i kończący się międzypowięziowo pomiędzy mięśniem grzebieniowym i mięśniami zaśnaniaczami. W obrębie nacieku pojedyncze zwapnienia. Podwyższona gęstość tkanki tłuszczowej w sąsiedztwie nacieku. Uchyłkowatość jelita grubego – najliczniejsze uchyłki w esicy. Liczne, drobne złogi w pęcherzu moczowym. Poza tym badanie bez innych odchyleń.

Posiew bakteriologiczny z kanałów przetok – jałowy

Pacjenta zakwalifikowano do operacji wycięcia przetoki z dostępu zewnątrzotrzewnowego (od strony pośladka).

Opis zabiegu

Widoczne trzy czynne otwory zewnętrzne przetoki: jeden w okolicy lędźwiowej lewej, dwa w okolicy pośladka, nieco poniżej grzebienia kości biodrowej. Podano błękit metylenowy do otworu zewnętrznego w okolicy lędźwiowej, który nie wykazał bezpośredniego kontaktu między otworami. Preparując przetokę od strony ujścia przetoki na pośladku, stwierdzono, że kanał przetoki jest długi, przebiega pod powięzią wśród mięśni, a otwory zewnętrzne łączą się ze sobą. Z czterech poziomych cięć wypreparowano przetokę w całości, otwarto też jeden zbiornik ropny, ewakuując około 4 ml ropy. Po wycięciu przetoki wyłóżczkowano dno rany. Rany zostawiono do gojenia na otwarty, zakładając setony opatrunkowe.

Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjent wypisany został z oddziału w 7. dobie w stanie ogólnym i miejscowym dobrym. Kontrola po miesiącu wykazała zagojenie rany. Obecnie pacjent bez objawów czynnej przetoki.

DYSKUSJA

Przedstawiony pacjent jest rzadkim przypadkiem przetoki skórno-podpowięziowej niejasnego pochodzenia.



Fot. 1. Preparowanie przetoki.



Fot. 2. Wysetonowane rany po usunięciu przetoki.

Rozważane przypuszczalne przyczyny choroby to pourazowy krwiak podpowięziowy, choroba zapalna jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego), oklejona perforacja uchyłka w odcinku zaotrzewnowym oraz urologiczne przyczyny choroby. W piśmiennictwie można znaleźć pojedyncze doniesienia na temat np. kamicy odlewowej nerki jako przyczyny ropnia pośladka (1). Za krwiakiem pourazowym, jako przyczyną przetoki w tym przypadku przemawia zgodność czasowa wystąpienia choroby w krótkim czasie po urazie. Za tą hipotezą przemawia też brak jakichkolwiek objawów brzusznych (ból brzucha, biegunki) u pacjenta. Dlatego też autorzy zdecydowali się na operację z dostępu zaotrzewnowego, a nie od strony jamy brzusznej. Kolonoskopia wykazała liczne i głębokie uchyłki. Okres obserwacji pacjenta po zabiegu jest krótki (kilka miesięcy), dlatego też w razie nawrotu przetoki należałoby rozpatrzyć planową resekcję zmienionej uchyłkowo esicy. Należy bowiem również brać pod uwagę jako przyczynę przetoki zaotrzewnową perforację uchyłka esicy, tym bardziej, że fistulografia wykonana 1,5 roku temu w innym ośrodku wykazała kontakt z jelitem. Przetoki jelitowe dotyczą aż 20% pacjentów operowanych z powodu zapalenia uchyłków (2). Dane w piśmiennictwie podają, że 65% z tych pacjentów ma przetoki do pęcherza moczowego, 25% do pochwy, mogą się też wytwarzać połączenia z jelitem cienkim oraz ze skórą (2). Przedstawiony pacjent nie miał w wywiadzie epizodów bólów brzucha z podwyższoną temperaturą, jeśli więc przebył zapalenie uchyłków, miało ono wyjątkowo skryty przebieg. Badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia) wykluczyły

chorobę Leśniowskiego-Crohna. Również jako przyczynę rozgałęzionej przetoki pośladka wykluczono zapalenie krypty odbytovej (pacjent był badany proktologicznie, a fistulografia nie wykazała kontaktu przetoki z odbytnicą). Również badanie endoskopowe nie potwierdziło obecności przetoki odbytu. Rozległe, doszczętne wycięcie przetoki z dostępu zaotrzewnowego okazało się skutecznym sposobem leczenia. Autorzy są przekonani, że do dobrego efektu terapeutycznego przyczyniła się dokładna diagnostyka przedoperacyjna, co w tym przypadku przyczyniło się do wybrania właściwego dostępu operacyjnego.

WNIOSKI

Niedoszczętnie opróżniony krwiak pośladka może być przyczyną przetoki skórno-podpowięziowej.

Dokładna diagnostyka przedoperacyjna w przypadku przetok o niejasnej etiologii może pomóc w wybraniu właściwej metody operacji. □

Piśmiennictwo

1. Bortnowski L, Trojanowski P, Piotrowicz G et al.: Ropień pośladka jako powikłanie kamicy odlewowej nerki. *Lek Wojsk* 2007; 83 (4): 230-231.
2. Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW et al.: Internal fistulas in diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 591.

otrzymano/received: 20.07.2012
zaakceptowano/accepted: 13.08.2012

Adres do korespondencji:
*Małgorzata Kołodziejczak
Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii
Szpital na Solcu w Warszawie
ul. Solec 93, 00-382 Warszawa
tel.: +48 (22) 625-22-31
e-mail: drkolodziejczak@o2.pl