

# Lewostronna przepuklina Spigela z nietypową zawartością worka

## Left-sided Spigelian hernia with nontypical hernial sac content

Dominika Karkocha, Gustaw Lech, Mieczysław Jankowski, Maciej Słodkowski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,  
Kierownik: prof. dr hab. Maciej Słodkowski

Historia artykułu: Otrzymano: 21.05.2017 Zaakceptowano: 14.05.2019 Opublikowano: 15.06.2019

**STRESZCZENIE:** Przepuklina Spigela należy do najrzadziej występujących przepuklin przedniej ściany jamy brzusznej. Autorzy przedstawiają przypadek 53-letniej chorej z lewostronną przepukliną Spigela o nietypowej zawartości, którą stanowiła kątnica z wyrostkiem robaczkowym i kilkoma pętlami jelita cienkiego. Epizod przebytej przed kilku laty operacji pęcherza moczowego wskazywał na przepuklinę pooperacyjną. Jednak prawidłowe rozpoznanie zostało postawione dopiero śródoperacyjnie. Plastykę przepukliny wykonano z użyciem siatki. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany.

**SŁOWA KLUCZOWE:** leczenie operacyjne przepuklin, przepuklina Spigela, wyrostek robaczkowy

**ABSTRACT:** Spigelian hernia is one of the most uncommon hernia of the abdominal wall. Authors present 53 years old woman with left sided spigelian hernia containing: caecum with appendix and ileum, which was an uncommon content of hernial sac. Past medical history of urinary bladder operation suggested postoperative hernia. However, the correct diagnosis was made during the operation. Hernioplasty was made with mesh onlay method. The postoperative course was uneventful.

**KEYWORDS:** appendix, hernia-operative treatment, Spigelian hernia

## WPROWADZENIE

Przepuklina Spigela, nazywana inaczej *przepukliną boczną brzucha*, stanowi ok. 1,2% wszystkich przepuklin. Po raz pierwszy została opisana przez Josefa Klinkoscha w 1764 roku. Jej nazwa pochodzi od nazwiska flamandzkiego profesora anatomii i chirurgii Adriaana van den Spieghela, który opisał kresę półksiężycową (*linea semilunaris*; *linea Spigelli*) w 1645 roku [1]. Kresa półksiężycowa jest granicą pomiędzy brzuszkiem a rozciągniętym mięśniem poprzecznego brzucha i rozciąga się od VIII i IX chrząstki żebrowej do guzka łonowego. Stanowi ona boczną granicę powięzi Spigela mieszczącej się pomiędzy kresą półksiężycową a bocznym brzegiem mięśnia prostego brzucha. Uwypuklenie się worka przepuklinowego przez wrodzony lub nabyty ubytek w tej powięzi określane jest nazwą *przepukliny Spigela*.

W 90% przypadków przepuklina ta występuje w tzw. pasie Spigela, czyli od 0 do 6 centymetrów dogłowo od linii łączącej kolce biodrowe przednie górne [2]. Powieź w tym pasie jest najszersza i najsłabsza. Do czynników osłabiających powieź Spigela zalicza się: infiltrację jej włókien przez tłuszcz przedotrzewnowy, równoległe ułożenie włókien mięśni poprzecznego brzucha i skośnego wewnętrznego brzucha poniżej pępka, ubytki w powięzi w miejscach przejścia naczyń i nerwów oraz osłabienie włókien w miejscu połączenia z linią łukową. Otyłość, wieloródtwo, urazy, przewlekłe choroby płuc, zaparcia, wodobrzusze, gwałtowne obniżenie masy ciała oraz przebyte operacje brzuszne predysponują do powstania przepukliny [2, 3].

Przepuklina Spigela ma najczęściej charakter przepukliny śródściennej i szerzy się między płaszczynami mięśni brzucha [2].

Wrota przepukliny są niewielkie, w większości przypadków poniżej 2 cm średnicy, zwykle o sztywnej, wyraźnej krawędzi. Uważa się to za przyczynę wysokiego odsetka uwiecznień. 8–25% przepuklin wymaga operacji w trybie pilnym [1, 2].

Zawartość worka przepuklinowego to najczęściej: sieć większa lub jelito. Donoszono także o zawartości, takiej jak: jajnik, jądro, pęcherzyk żółciowy, żołądek, uchyłek Meckela, wyrostek robaczkowy, przyczepki sieciowy oraz pierwotny guz otrzewnej [2, 4–6].

Większość doniesień na temat przepukliny Spigela to prace kazuistyczne lub opisujące niewielkie grupy przypadków [7, 8, 9]. Przypadki wyrostka robaczkowego w przepuklinie Spigela należą do rzadkości w literaturze światowej, przy czym wszystkie dostępne autorom dotyczą przepukliny po stronie prawej [10].

## OPIS PRZYPADKU

Chora, lat 56, została przyjęta do Kliniki i Katedry Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu okresowo nasilającego się bólu okolicy podbrzusza i prawego dołu biodrowego oraz bolesnego guza po stronie lewej. W wywiadzie: 3 porody, laparotomia z powodu pourazowego pęknięcia pęcherza moczowego przed 16 laty. Stwierdzono otyłość dużego stopnia (BMI = 33,6). W lewym dole biodrowym w okolicy blizny po operacji pęcherza moczowego okresowo pojawił się guz, który powiększał się stopniowo. Od dwóch lat guz w lewym podbrzuszu stał się nieodprowadzalny, ponadto dołączyły dolegliwości bólowe zlokalizowane w podbrzuszu i prawym dole biodrowym. USG potwierdziło obecność

przepukliny z wykluczeniem pachwinowej. Rozpoznano kamice pęcherzyka żółciowego i uznano, że jest ona przyczyną dolegliwości bólowych po stronie prawej.

W badaniu przedmiotowym w lewym podbrzuszu stwierdzono tkliwy guz o wymiarach około 14 x 10 cm, schodzący do lewej pachwiny.

Chora została poddana leczeniu operacyjnemu z przedoperacyjnym rozpoznaniem przepukliny pooperacyjnej. W znieczuleniu ogólnym, z cięcia przyprostego lewego dotarto do worka przepuklinowego wielkości około 15 centymetrów. Po wypreparowaniu worka stwierdzono, że wrota przepukliny, wielkości 2 centymetrów, nie mają związku z bliźną pooperacyjną i znajdują się bocznie od pochewki mięśnia prostego brzucha i przyśrodkowo od linii półksiężycowatej. Zawartość worka stanowiły pętle prawidłowo ukrwionego jelita cienkiego oraz dno kątnicy z wyrostkiem robaczkowym. Zrośnięte z otrzewną jelito uwolniono. Po poszerzeniu wrót przepukliny w kierunku dogłowym i wykonaniu appendektomii, zawartość worka odprowadzono do jamy otrzewnej. Wrota zamknięto szwem ciągłym, a plastikę wzmocniono siatką prolenową wszytą metodą onlay.

Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Chora w stanie ogólnym dobrym wyszła do domu w 6. dobie po operacji.

## OMÓWIENIE

Przepuklina boczna brzucha występuje najczęściej u kobiet z otyłością, które mają około 50 lat [1, 4]. Jej objawy są zróżnicowane i zależą od zawartości worka przepuklinowego. Typowe objawy to: ból i wyczuwalny guz. Ból brzucha może występować jako jedyny objaw, szczególnie w początkowej fazie choroby. W niewielkich przepuklinach ich wrota mogą być trudne do określenia ze względu na tkankę tłuszczową lub mocne rozciągnięcie mięśnia poprzecznego zewnętrznego brzucha. Rozpoznanie większej i odprowadzanej przepukliny jest łatwe, natomiast niewielkiej lub uwięźniętej

może sprawiać trudność. Lokalizacja dużego worka przepuklinowego, zazwyczaj ułożonego bocznie i poniżej od wrót przepukliny, jest powodem błędnych rozpoznań [2], co miało miejsce w opisywanym przypadku.

Fakt, że w worku przepuklinowym znajdował się wyrostek robaczkowy z kątnicą może tłumaczyć ból w prawym dole biodrowym. Rozpoznanie utrudniał też wywiad związany z przebytą operacją. Trudności diagnostyczne w rozpoznaniu przepukliny Spigela są podkreślane w wielu publikacjach, co sprawia, że rozpoznanie stawiane jest śródoperacyjnie (7–33%) [4, 11].

Pomocne w diagnostyce jest badanie USG [2]. Natomiast dokładniejsze informacje o zawartości worka daje tomografia komputerowa [12]. Zdarzają się przypadki fałszywie ujemnych rozpoznań [4]. Pomimo wykonanych badań ultrasonograficznych u chorej nie rozpoznano przepukliny.

Ze względu na duże ryzyko uwięźnięcia, rozpoznanie przepukliny Spigela jest wskazaniem do leczenia operacyjnego. Przedoperacyjne rozpoznanie daje możliwość odpowiedniego dobrania metody operacji: laparoskopowej przedotrzewnowej, wewnątrzo-otrzewnowej, klasycznej z wszyciem siatki lub bez [14]. Wyniki leczenia operacyjnego zazwyczaj są dobre. W literaturze odnotowano tylko pojedyncze przypadki nawrotowej przepukliny bocznej brzucha [4, 12], częściej związane z operacjami w trybie pilnym (10,7%) [1]. W przypadkach powikłanych zalecana jest operacja klasyczna [14].

## WNIOSKI

Rzadkie występowanie, objawy spowodowane nietypową zawartością worka przepuklinowego, przebyte operacje oraz otyłość utrudniają przedoperacyjne rozpoznanie przepukliny Spigela. W takich przypadkach rozpoznanie może być postawione dopiero śródoperacyjnie. Leczenie operacyjne jest skuteczną metodą leczenia przepukliny bocznej brzucha.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Polistina F.A., Garbo G., Trevisan P. et al.: Twelve years of experience treating Spigelian hernia. *Surg.*, 2015; 157: 547–550.
2. Spangen L.: Spigelian hernia. *Surg Clin N Am*, 1984; 64(2): 351–366.
3. Read R.C.: Observations on the etiology of spigelian hernia. *Ann Surg.*, 1960; 152: 1004–1009.
4. Larson D.W., Farley D.R.: Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. *World J Surg.*, 2002; 26(10): 1277–1281.
5. Allewaert S., De Man R., Bladt O. et al.: Spigelian hernia with unusual content. *Abdom Imaging*, 2005; 30(6): 677–678.
6. Dixon E., Heine J.A.: Incarcerated Meckel's diverticulum in a Spigelian hernia. *Am J Surg*, 2000; 180(2): 126.
7. Soszka A.E., Czarniecki W., Miller J.M.: Przepuklina linii półksiężycowatej Spigela. *Pol Tyg Lek*, 1965; 20: 768–769.
8. Słowiński W., Otworowski A.: Hernias of the semilunar line of Spigel. *Pol Przegl Chir*, 1980; 52(1): 25–27.
9. Kufel M., Chrościcki A., Terlecki P.: Przepuklina Spigla. *Pol Przegl Chir*, 2004; 76(2): 232–235.
10. Reinke C., Resnick A.: Incarcerated appendix in a Spigelian hernia. *J Surg Case Rep*, 2010; 10: 3.
11. Weiss Y., Lernau O.Z., Nissan S.: Spigelian hernia. *Ann Surg.*, 1974; 180(6): 836–839.
12. Vos D.I., Scheltinga M.R.M.: Incidence and outcome of surgical repair of spigelian hernia. *Br J Surg.*, 2004; 91: 640–644.
13. Carter J.E., Mizes C.: Laparoscopic diagnosis and repair of spigelian hernia: report of a case and technique. *Am J Obstet Gynecol*, 1992; 167(1): 77–78.
14. Moreno-Egea A. i wsp.: Open vs laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. *Arch Surg.*, 2002; 137(11): 1266–1268.

Liczba słów: 1315

Liczba stron: 3

Tabele: –

Ryciny: –

Piśmiennictwo: 14

DOI: 10.5604/01.3001.0013.1995

Table of content: <https://ppch.pl/issue/12468>

Prawa autorskie: Copyright © 2019 Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny. Published by Index Copernicus Sp. z o. o. All rights reserved.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Autor do korespondencji: Dominika Karkocha; Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska; tel.: +48 607037675; e-mail: dominika.karkocha@gmail.com

Cytowanie pracy: Karkocha D., Lech G., Jankowski M., Słodkowski M.: Left-sided Spigelian hernia with nontypical hernial sac content; Pol Przegl Chir 2019; 91 (6): 47–49