

# Przepuklina lędźwiowa trójkąta petita pod kliniczna postacią ropnia poślądka

## Petit's triangle hernia under clinical form of gluteal abscess

II Katedra Chirurgii Ogólnej  
Collegium Medicum  
Uniwersytetu  
Jagiellońskiego w Krakowie  
Kierownik: Prof. dr hab. med. *Danuta Karcz*

**Dodatkowe słowa kluczowe:**  
przepuklina lędźwiowa  
ropień poślądka

**Additional key words:**  
lumbar hernia  
gluteal abscess

Przepukliny lędźwiowe są niezwykle rzadko spotykanymi defektami ściany jamy brzusznej. Rozpoznanie podobnie jak w przypadku przepuklin zasłonowych często jest stawiane dopiero śródoperacyjnie. Opisany przez nas przypadek dotyczy ściennej uwięźnięcia zstępnicy w przepuklinie trójkąta lędźwiowego dolnego (Petit'a) u 58-letniej kobiety, manifestującej się pod postacią olbrzymiego ropnia poślądka.

Lumbar hernias are a very uncommon variety of abdominal wall defects. Diagnosis similar as obturator hernia is often delayed until laparotomy. We describe a case of a 58 year old woman with parietal incarceration of the descending colon within a hernia in the inferior lumbar triangle (Petit's), under clinical form of a giant gluteal abscess.

### Wstęp

Przepukliny lędźwiowe są niezwykle rzadko spotykanym defektem ściany jamy brzusznej. W światowym piśmiennictwie od Barbette w 1672 roku, do chwili obecnej opisano tylko około 300 przypadków [1].

Etiologia przepuklin o tej lokalizacji jest różnorodna. Powstawać mogą wtórnie na skutek urazu, po zabiegach operacyjnych (często urologicznych) lub infekcjach, mogą być również schorzeniem wrodzonym [8,9]. Symptomatyka jest bardzo zróżnicowana, najczęstszym jednak objawem jest guz umiejscowiony w okolicy lędźwiowej. Towarzyszyć mu mogą dolegliwości bólowe zlokalizowane w jamie brzusznej, czasem promieniujące do kończyn dolnych, nierzadkie są również objawy świadczące o uwięźnięciu [5].

### Opis przypadku

58-letnia chora (nr.hist.chor. 2340/02) została przeniesiona do naszej Kliniki z Kliniki Neurologii z powodu olbrzymiego ropnia poślądka lewego, wymagającego opracowania chirurgicznego.

Do Kliniki Neurologii przyjęta została dzień wcześniej, z objawami osłabienia siły kończyn po stronie lewej, co nasunęło podejrzenie ponownego udaru prawej półkuli mózgu (pierwszy miał miejsce przed 17 miesiącami). Etiologię udarową tych dolegliwości w trakcie diagnostyki, wykluczono.

Chora przyjęta do naszej Kliniki w ciężkim stanie ogólnym, od wielu lat leczona sterydami z powodu ciężkiej postaci gościca, a od roku leczona dodatkowo z powodu cukrzycy typu 2, leukopenii i anemii.

Dolegliwości bólowe lewego poślądka, zaczerwienienie i obrzęk tej okolicy pojawiły się przed pięcioma dniami. Chora, pojawienie się tych zmian wiązała z pobieraniem iniekcji domięśniowych.

W badaniu fizykalnym brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych, perystaltyka prawidłowo słyszalna, per rectum w zakresie palca badającego bez zmian, na rękawiczce badającego brązowy stolec. Natomiast w obrębie górnego zewnętrznego kwadrantu lewego poślądka, przechodzący na okolice lędźwiową duży napięty ropień (wym.:15 x 20 x 10 cm), chelboczacy, z

nekrolizą naskórka na szczycie.

W badaniach biochemicznych: leukocytoza – 3480/mm<sup>3</sup>, Ht – 28,3%, albuminy – 24 g/l, białko całkowite – 62 g/l, glukoza – 9,5 mmol/l, bilirubina – 25,9 μmol/l, AlAT – 16,1 U/l, AspAT – 26,7 U/l, ChE – 1181 U/l, INR – 1,4.

Chora została zakwalifikowana do doraźnego zabiegu operacyjnego. Nacięto „ropień” stwierdzając, iż zawiera on około 1,5 litra płynnej treści kalowej, a w jego dnie powyżej górnego brzegu talerza biodrowego, zlokalizowano otwór przez który wydobywał się stolec – wrota trójkąta lędźwiowego Petit'a. W związku z powyższym, zdecydowano o laparotomii. Wcześniej wypulano i wysłonięto jamę ropnia, zaopatrzone wrota przepukliny kilkoma szwami i ranę na poślądku pozostawiono do gojenia przez ziarninowanie.

Śródoperacyjnie w jamie otrzewnej nie stwierdzono obecności treści kalowej lub płynu. Zstępnica w jej dystalnej części była licie podklejona do tylnej ściany jamy brzusznej z badalnym palpacyjnie w tym miejscu ubytkiem (wk. ok. 2 x 1 cm) lokalizacją odpowiadającym wrotom przepukliny Petit'a. Ze względu na ciężki stan ogólny chorej ograniczono się do wykonania najmniej obciążającego zabiegu, mianowicie powyżej miejsca perforacji wyłoniono jelito w postaci sztucznego odbytu, a dolną część wypreparowano i zagłobiono. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Rana laparotomijna zagojona przez rychłozrost, rana poślądka przez ziarninowanie. Chorą wypisano do domu w stanie ogólnym dość dobrym w 30-tej dobie po zabiegu z zaleceniem zgłoszenia się do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego.

### Omówienie

Przepukliny lędźwiowe są schorzeniem niezwykle rzadko spotykanym. Począwszy od 1672 roku kiedy to *Barbette* opisał pierwszy przypadek, aż po dzień dzisiejszy, w literaturze światowej mowa jest o liczbie 300 przypadków przepuklin w tej lokalizacji [4].

Na tylnej ścianie jamy brzusznej wyróżnia się regiony szczególnie predysponowane do wystąpienia przepukliny. Są to: górny trójkąt lędźwiowy zwany *Grynfelta* i dolny trójkąt *Petit'a*. Jako pierwszy, *Petite* opisał w 1783 roku dokładne anatomiczne ograniczenie dolnego trójkąta. Jego nazwiskiem nazywane odtąd były wszystkie (niezależ-

Adres do korespondencji:  
Dr Anna Zub  
II Katedra Chirurgii Ogólnej CMUJ  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 19

nie od lokalizacji; górną, dolną trójkąt) przepukliny okolicy lędźwiowej, aż do 1866 roku kiedy to *Grynfeltt* podał szczegółowe ograniczenia anatomiczne górnego trójkąta lędźwiowego [4].

Zdecydowana większość przypadków dotyczy trójkąta górnego, który ograniczony jest przez XII żebro, mięsień skośny wewnętrzny i mięsień czworoboczny lędźwi. Dolny trójkąt zawarty jest pomiędzy grzebieniem talerza kości biodrowej, brzegiem mięśnia najszerzego grzbietu i mięśniem skośnym zewnętrznym brzucha. Dno tego trójkąta stanowią mięsień poprzeczny brzucha i mięsień skośny wewnętrzny.

Przepukliny te może pokrywać dodatkowo warstwa mięśni, lub też mogą znajdować się bezpośrednio pod skórą; często towarzyszą im tłuszczaki przedotrzewnowe. Nie zawsze też można wyróżnić worek przepuklinowy.

Wiek pacjentów waha się w granicach pomiędzy 50 a 70 lat [5]. W zdecydowanej większości, bo 3 krotnie częściej dotyczą mężczyzn. Prócz tego 2,5 do 3 razy częściej lokalizacja jest lewostronna [3-5]. Jednym z wytłumaczeń tego faktu może być wzmożenie działania zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego (przy wysiłku fizycznym, kaszlu, defekacji) na tylną ścianę po lewej stronie w jamie brzusznej, w porównaniu do strony prawej, gdzie powierzchnię działania podwyższonego ciśnienia śródbrzusznego na boczno-tylną część ściany, pomniejsza masa wątroby [3].

Chorzy zgłaszają dolegliwości bólowe w okolicy lędźwiowej, często nasilające się przy wysiłku fizycznym, kaszlu lub defekacji. W badaniu fizykalnym widoczny będzie guz powyżej grzebienia kości biodrowej, rozmaitej wielkości, powiększający swoje rozmiary w trakcie wzrastania ciśnienia śród-

brzusznego, przy działaniu tłoczni brzusznej. Opukiwaniem nad guzem słyszalny może być odgłos bębnowy, jeżeli w worku będzie pętla jelita grubego, lub stłumiony, jeżeli zawierał będzie na przykład tłuszcz, jednakże zawartość przepukliny może stanowić również nerka. Zatem w diagnostyce różnicowej guza okolicy lędźwiowej prócz opisywanej przez nas przepukliny należy uwzględnić tłuszczak, ropień, krwiak, guzy tkanek miękkich i guzy nerki [4].

Podziały przepuklin tej lokalizacji są różnorakie, jednak najbardziej klarownym i najczęściej stosowanym jest podział na nabyte i wrodzone [9].

Nabyte przepukliny lędźwiowe możemy następnie podzielić na pierwotne, których ujawnieniu sprzyja zwiększone ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej, i wtórne po urazach tej okolicy, zabiegach operacyjnych, przebytych infekcjach [8].

W przypadku przez nas omawianym, guz zlokalizowany w okolicy lędźwiowej miał wygląd dużego, chęlboczacego ropnia i był to obraz raczej jednoznaczny. Prócz tego w obrazie klinicznym brak było objawów nasuwających podejrzenie niedrożności. Chora nie podawała zaparć w przeszłości, nudności, wymiotów, opisywanych w analizach podobnych przypadków w literaturze. Końcowa diagnoza została postawiona śródoperacyjnie.

W dostępnej literaturze brak jest opisu przypadku przepukliny lędźwiowej manifestującego się w taki właśnie sposób. Brak jest również danych dotyczących najbardziej skutecznej diagnostyki. Zalecane jest wykonanie badania tomograficznego jamy brzusznej [4,5].

W leczeniu operacyjnym tego typu przepuklin nie ustalono jeszcze „złotego stan-

dardu”. Stosowane jest zamykanie ubytku w tylną bocznej ścianie jamy brzusznej na przykład zrotowanym płatem z mięśnia pośladkowego średniego. Niestety opisywane są nawroty po zastosowaniu takiego sposobu zamknięcia wrót przepukliny lędźwiowej [2]. Niektóre ośrodki stosują wszycanie siatek polipropylenowych [1,6], również metody laparoskopowe zaczęły być wdrażane począwszy od roku 1997 [4,7].

W naszym przypadku ze względu na zainfekowanie okolicy wrót przepukliny ten typ leczenia nie mógł być zastosowany. Ponad to na pierwszy plan wysuwała się kwestia uszkodzonego martwiczo jelita. Wydaje się, że zastosowane przez nas leczenie dwuetapowe jest godnym polecenia.

#### Piśmiennictwo

1. **Alves Junior A., Maximiano L., Fujimura I. et al.:** Grynfelt's hernia. A case report and review of the literature. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao Paulo* 1995, 50, 111.
2. **Benfatto G., Catania G., Licari V. et al.:** Recurrent hernia of Petit's triangle: a case report. *Chir. Ital.* 2001, 53, 239.
3. **Czekalski K., Taniewski W., Zbrodowski A.:** Przepuklina trójkąta lędźwiowego (Petita). *Pol. Przegl. Chir.* 1966, 38, 577.
4. **Heniford B.T., Iannitti D.A., Ganer M.:** Laparoscopic inferior and superior lumbar hernia repair. *Arch. Surg.* 1997, 132, 1141.
5. **Hide G., Pike E.E., Uberoi R.:** Lumbar hernia: a rare cause of large bowel obstruction. *Postgrad. Med. J.* 1999, 75, 231.
6. **Light H.G.:** Hernia of the inferior lumbar space. A cause of back pain. *Arch. Surg.* 1983, 118, 1077.
7. **Moreno-Egea A., Aguayo J.:** Ambulatory laparoscopic repair of inferior lumbar or Petit hernia: a case report. *Surg. Endosc.* 2002, 16, 1107.
8. **Sutherland R.S., Gerow R.R.:** Hernia after dorsal incision into lumbar region: a case report and review of pathogenesis and treatment. *J. Urol.* 1995, 53, 82.
9. **Wakhlu A., Wakhlu A.K.:** Congenital lumbar hernia. *Pediatr Surg. Int.* 2000, 6, 46.