

Uwięźnięta ześlizgowa przepuklina udowa zawierająca jajnik — opis przypadku

Incarcerated sliding femoral hernia including ovary — case report

Jarosław Buksa, Andrzej Stasik

Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Św. Józefa w Mikołowie (Department of General Surgery, St Joseph's Hospital, Mikołów, Poland)

Streszczenie

Artykuł przedstawia rzadki przypadek ześlizgowej przepukliny udowej zawierającej jajnik u 71-letniej kobiety.

Słowa kluczowe: chirurgia, przepuklina, przepuklina ześlizgowa, przepuklina udowa, przepuklina zadziergnięta

Summary

The article presents a rare case of a sliding femoral hernia containing an ovary in a 71-year-old woman.

Key words: surgery, hernia, sliding hernia, femoral hernia, incarcerated hernia

Wstęp

Przepuklina udowa powstaje przez uwypuklenie się tkanek wewnątrzbrzusznych przez kanał udowy. Kanał ten liczy około 3–4 cm długości i jest ograniczony przez więzadło pachwinowe Pouparta (od góry), mięsień grzebieniowy (od dołu), pochewkę naczyń udowych obejmującą tętnicę i żyłę udową (od strony zewnętrznej) i więzadło rozstępowe Gimbernata (od strony przyśrodkowej) [1–3]. W warunkach prawidłowych kanał udowy ma charakter pozorny, gdyż zawiera luźną tkankę łączną, naczynia chłonne i węzeł chłonny Rosenmüllera (węzeł pachwinowy głęboki). Rzeczywistym kanałem udowym staje się po uwypukleniu tą drogą tkanek lub narządów jamy brzusznej [1]. Zmiany te występują 4–5-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn [3]. Ponieważ kanał udowy jest wąski, dlatego 30–57% przepuklin udowych ulega uwięźnięciu [4, 5]. Uwięźnięta przepuklina udowa może zawierać różne narządy jamy brzusznej: jelito cienkie (często uwięźnięty fragment ściany — przepuklina Richtera), kątnicę, uchyłek kątnicy, wyrostek robaczkowy, okrężnicę esowatą, sieć, pęcherz moczowy [6–9]. Diagnostyka do dzisiaj opiera się głównie na wywiadzie i badaniu fizykalnym. Jako badania dodatkowe zaleca się radiologiczne badania obrazowe (ultrasonografię, tomografię kompu-

Introduction

A femoral hernia is created by the herniation of intraabdominal tissues through the femoral canal. This canal is about 3–4 cm in length and is limited by Poupart's inguinal ligament (superiorly), the pectineus muscle (inferiorly), the femoral sheath including the femoral vein and artery (laterally) and Gimbernata's lacunar ligament (medially) [1–3]. In the right conditions the femoral canal is a pseudocanal, containing soft connective tissue, lymphatic vessels and Rosenmüller's lymph node (deep inguinal lymph node). It becomes a real canal after the tissues or the organs of the abdomen have become herniated in this way. These disorders appear 4–5 times more frequently in women than in men [3]. However the femoral canal is narrow and this is why 30–57% of femoral hernias become incarcerated [4, 5]. Incarcerated femoral hernia can contain different organs of the abdominal cavity: small intestine (often the incarcerated part of the wall — Richter's hernia), caecum, diverticulum of the caecum, vermiform process, sigmoid colon, omentum, urinary bladder [6–9]. The diagnosis has been based on interview and physical examination so far. The radiological examinations (ultrasonography, computer tomography, magnetic nuclear resonance, herniography) and lapar-

terową, rezonans magnetyczny, herniografię) oraz laparoskopię. Powinno się je jednak wykonywać tylko w przypadku wątpliwości diagnostycznych i w stanach zagrożenia życia [8–13].

Opis przypadku

Pacjentka R. Z., l. 71 (nr historii choroby 74/2002), skierowana przez lekarza rodzinnego z rozpoznaniem niedrożności jelitowej, potwierdzonej na zdjęciu przeglądowym jamy brzusznej przedstawiającym poziomy płyn. W chwili przyjęcia do szpitala chora skarżyła się na bóle brzucha występujące od 2 tygodni i wymioty.

Podczas badania fizykalnego stwierdzono brzuch symetryczny, wzdęty (powyżej poziomu klatki piersiowej), tkliwy, bez objawów otrzewnowych, z cichą, leniwą perystaltyką. W badaniach dodatkowych stwierdzono leukocytozę wynoszącą 11 500/ μ l. W prawej okolicy pachwinowej wyczuwalny niewielki (3 cm) tkliwy, twarde guz — po doraźnym podaniu leków rozkurczowych i przeciwbólowych podjęto próbę odprowadzenia go do jamy brzusznej. Nieskuteczność powyższego postępowania zdecydowała o zakwalifikowaniu pacjentki do doraźnego zabiegu operacyjnego. W trakcie zabiegu nacięto skórę w okolicy więzadła pachwinowego prawego. Dotarto do worka przepuklinowego. Stwierdzono szyję worka w kanale udowym. Po nacięciu worka odessano, mętny krwisty płyn, stwierdzając ześlizg prawego jajnika na tylnej ścianie worka. Po odprowadzeniu jajnika worek okłuto, podwiązano i odcięto. Wykonano plastykę kanału udowego pomiędzy więzadłem pachwinowym a grzebieniem kości łonowej. Po zabiegu chirurgicznym wspartym antybiotykoterapią chorą wypisano do domu po 8 dniach hospitalizacji.

Dyskusja

Przedstawiony przypadek ześlizgowej uwięźniętej przepukliny udowej zawierającej jajnik jest przykładem, że doraźne odprowadzenie zawartości worka przepuklinowego może być ryzykowne i nie zawsze skuteczne. Na przeglądowym zdjęciu jamy brzusznej widoczne były poziomy płyn, w tym przypadku próba odprowadzenia miała na celu szybkie uwolnienie jelita, które jest najczęściej uwięźniętym narządem w przepuklinach udowych, tworząc zwykle przepuklinę Richtera [7, 9]. Worek uwięźniętej przepukliny udowej może jednak zawierać inne narządy jamy brzusznej takie jak sieć, pęcherz moczowy, przyczepki okrężnicy [6–9]. W omawianym przypadku uwięźniętym narządem był prawy jajnik. Diagnostyka różnicowa wymagała wykluczenia uwięźniętej przepukliny pachwinowej lub zasłonowej [10, 12, 14]. Ponadto w niektórych przypadkach stwierdza się współwystępowanie przepukliny udowej i pachwinowej [12]. W opisanym przypadku długa oś jajnika była większa niż średnica kanału udowego i tylko pilna interwencja chirurgiczna umożliwiła ustalenie właściwego rozpoznania i odprowadzenie uwięźniętego narządu. Współwystępująca niedrożność miała charakter czynnościowy na tle porażenia perystaltyki w przebiegu miejscowego zapalenia otrzewnej i zapalenia worka przepuklinowego.

oscropy are referred as additional examinations. They should however be conducted only in the cases of diagnostic doubts or high risk states [8–13].

Case report

A patient R. Z., 71 years old (case number 74/2002), administered by a general practitioner, with diagnosis of ileus verified by radiogram of abdominal cavity-fluid levels. The patient reported abdominal pain for 2 weeks and vomiting. In physical examination symmetric, sensitive abdomen was found (lifted above chest level without peritoneal symptoms). Silent slow peristalsis was present. In the right groin region small (3 cm), sensitive palpable tumour was found — after administration of antidolorotic and relaxant drugs an unsuccessful retrieval of its removal into the abdominal cavity was performed.

In the laboratory investigation leukocyte count of 11 500/ μ l was verified. After the unsuccessful hernia reduction the patient was qualified for emergency surgery. During the operation the skin above the right inguinal ligament was dissected. The hernial sac was reached. The presence of the neck of the sac in the femoral canal was verified. After incision of the sac, blood-thick fluid was sucked out and the sliding of the right ovary on the posterior wall of the sac was found. The sac was pricked about by the neck leaving the ovary tied and cut away. The plasty of the femoral canal was made between the inguinal ligament and the pectineal line of the pubic bone. After surgery supported by antibiotic therapy the patient was discharged home after 8 days of treatment.

Discussion

The reported case of the sliding incarcerated femoral hernia including ovary exemplifies that the emergency reduction of the content of the sac into the peritoneal cavity is hazardous and not always effective. Routine radiogram of the abdominal cavity showed levels of the fluid and this is why in this case the reduction was a probe of a quick liberation of the bowel, which in femoral hernias is the most frequent incarcerated organ (due to the narrow canal of the hernia usually Richter's hernias are present) [9]. The sac of the femoral incarcerated hernia can contain also other organs of the abdominal cavity such as: omentum, urinary bladder, appendices of colon [6–9]. In the presented case the incarcerated organ was the right ovary. Differential diagnosis requires always an exclusion of the incarcerated inguinal and obturator hernia [10, 12, 14]. Moreover, femoral and inguinal hernia can coexist simultaneously [12]. In the described case, the long axis of the ovary was greater than the diameter of the femoral canal and only urgent surgery allowed the correct diagnosis to be made and the incarcerated organ to be correctly released. Ileus had a functional character by the way of paralysis of peristalsis due to local peritonitis and herniosaccitis.

Piśmiennictwo (References)

1. Marciniak T. Anatomia prawidłowa człowieka. PZWL Warszawa 1966; t. 1, 438–440.
2. Bochenek A., Reicher M. (red.). Anatomia człowieka. PZWL Warszawa 1990; t. 1: 882–886.
3. Szczygieł B. Przepukliny. W: Śliwiński M., Rudowski W. (red.). Chirurgia kliniczna i operacyjna. PZWL Warszawa 1985; t. 3, cz. 2: 438–443.
4. Moritz M.J., Warneke J. Przepukliny. W: Jarrel B.E., Chirurgia. Carrabasi R.A. (red.) Urban & Partner Wrocław 1997; 48–52.
5. Adamski S. Przepukliny brzuszne W: Łapiński Z. (red.). Chirurgia. PZWL Warszawa 1979; 391–394.
6. Pans A., Desaive C., Jacquet N. Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. Br. J. Surg. 1997; 84: 310–312.
7. Naunton-Morgan R.M., Maw A. Solitary caecal diverticulum strangulated in a femoral hernia. Br. J. Surg. 1996; 83: 1547.
8. Buchholz N.P., Biyabani R., Talati J. Bladder diverticulum as an unusual content of a femoral hernia. Br. J. Urol. 1998; 82: 457–458.
9. Kneessy K., Weinbaum F. Hernioscopic retrieval of bowel for evaluation of viability during repair of a Richter's — type incarcerated femoral hernia. Surg. Endosc. 1997; 7: 171–172.
10. Toms A.P., Dixon A.K., Murphy J.M.P. i wsp. Illustrated review of new imaging techniques in the diagnosis of abdominal wall hernias. The British Journal of Surgery 1999; 86: 1243–1249.
11. MacArthur D.C., Grieve D.C., Thompson A.M. i wsp. Herniography for groin pain of uncertain origin. Br. J. Surg. 1997; 84: 684–685.
12. Ekberg O. Inguinal herniography in adults: technique, normal anatomy and diagnostic criteria for hernias. Radiology 1981; 138: 31–36.
13. Harris K., Davies K., Dumanot S. i wsp. A pain in the groin. Lancet 1997; 350: 334.
14. Gianetta E., De Cian F., Cuneo S. i wsp. Hernia repair in elderly patients. Br. J. Surg. 1997; 84: 983–985.

Adres do korespondencji (Address for correspondence):

dr med. Jarosław Buksa
ul. Sikorskiego 173/10
43–100 Tychy
tel.: 219–73–12
faks: 227–81–19

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.06.2002 r.