

Przepukliny brzuszne

Definicja

- Przepuklina brzuszna to nieprawidłowe przemieszczenie się zawartości jamy brzusznej poza jej anatomiczne ograniczenia przez nabyte lub naturalne otwory w powłokach.
- Zawartość jamy brzusznej jest utrzymywana przez powłoki brzuszne, w których mocną warstwę stanowią mięśnie i ich rozciągna.

Ściana przednia brzucha zawiera kilka miejsc zmniejszonej oporności – kresa biała, pępek, kanał pachwinowy – w tych miejscach najczęściej dochodzi do powstania przepuklin.

Budowa przepukliny

W każdej przepuklinie brzusznej wyróżnia się:

- **WROTA PRZEPUKLINY** - jest to pierścień w powłokach, przez który przepuklina przechodzi przez warstwę mięśniowo-rozciągnową
- **KANAŁ PRZEPUKLINY** – jest to kanał, przez który uchyłek otrzewnej toruje sobie drogę między tkankami; kończy się rozszerzeniem w wiotkiej tkance podskórnej
- **WOREK PRZEPUKLINOWY** – jest to otrzewna, często zgrubiała pod wpływem bodźców mechanicznych; w worku przepuklinowym wyróżniamy: szyję, trzon i dno
- **ZAWARTOŚĆ PRZEPUKLINY** – większość małych przepuklin jest pusta tzn. występuje samo uwypuklenie otrzewnej; w dużych przepuklinach zawartością są narządy jamy brzusznej takie jak sieć większa (najczęściej), jelito cienkie, grube, pęcherz moczowy.

Podział przepuklin

1. Pod względem etiopatogenezy

- Wrodzone - charakteryzują się występowaniem w miejscach, gdzie istnieją naturalne otwory w ścianie jamy brzusznej, np.: przepuklina pępkowa, przepuklina pachwinowa skośna.
- Nabyte, np.: przepuklina pachwinowa prosta, przepuklina udowa.
- Przepukliny pourazowe – powstają w wyniku mechanicznego uszkodzenia ściany jamy brzusznej w wyniku urazu.

Podział przepuklin

2. Pod względem lokalizacji

- Zewnętrzne - są to przepukliny uwypuklające się poza granice jamy brzusznej, np.: pachwinowa, udowa, pępkowa i okołopępkowa, kresy białej, w bliźnie po laparotomii, Spiegła, okołostomijna, lędźwiowa (Petit i Grynfeldta), kulszowa, zasłonowa
- Wewnętrzne - to przepukliny kierujące się do innych jam ciała lub zachyłków, a nie wychodzące na zewnątrz powłok ciała (przepukliny rozworu przełykowego, wrodzone przepukliny przepony [przymostkowa – Morgagniego; przepuklina tylna-boczna – Bochdaleka], przepukliny okołokątne, przepukliny zachyłka okołodwunastniczego, przepuklina torby sieciowej, zachyłka międzyesowego)

Podział przepuklin

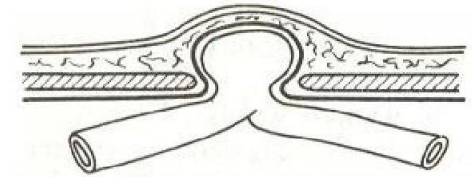
3. Pod względem komplikacji

- Odprowadzalne – których zawartość można swobodnie odprowadzić do jamy brzusznej
- Nieodprowadzalne – jest rodzajem przepukliny, której zawartości nie da się odprowadzić do jamy brzusznej w wyniku np. zwężenia szyi worka, zrostów ze ścianą worka przepuklinowego
- Uwięźnięta – zbyt wąskie wrota zaburzają pasaż jelitowy prowadząc do rozwoju niedrożności (jeśli zawartość stanowi jelito), lecz nie ma zaburzeń ukrwienia
- Zadzierzgnięta – nieodprowadzalna przepuklina z zaburzeniami ukrwienia zawartości przepukliny spowodowanymi zaciskaniem się pierścienia wokół worka; prowadzi do rozwoju stanu zapalnego i martwicy

Specjalne rodzaje przepuklin

Przepuklina ześlizgowa – jest to rzadka postać przepukliny, występuje gdy uwypuklająca się przez wrota otrzewna pociąga za sobą leżące zewnątrzotrzewnowo ruchome narządy np. pęcherz moczowy lub niektóre odcinki jelita grubego (zwykle esica lub poprzecznicą).

Przepuklina Richtera - typ przepuklin uwięźniętych, w których zakleszczeniu we wrotach przepukliny ulega tylko część ściany jelita.



Uwięźnięcie typu Richtera zdarza się najczęściej w małych przepuklinach udowych.

Przepuklina Littrego to przepuklina, której zawartość stanowi uchyłek Meckela.

Przepuklina Amyanda - przepuklina pachwinowa, zawierająca w swoim worku wyrostek robaczkowy.

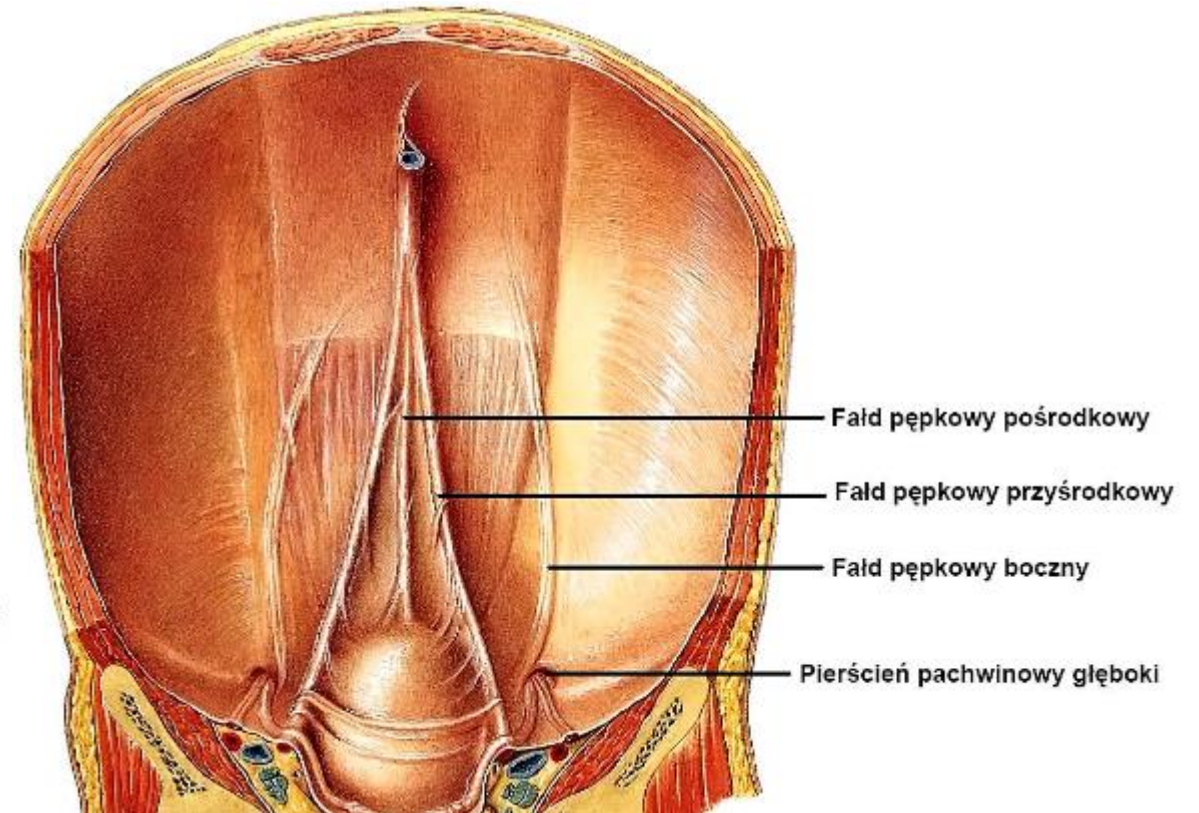
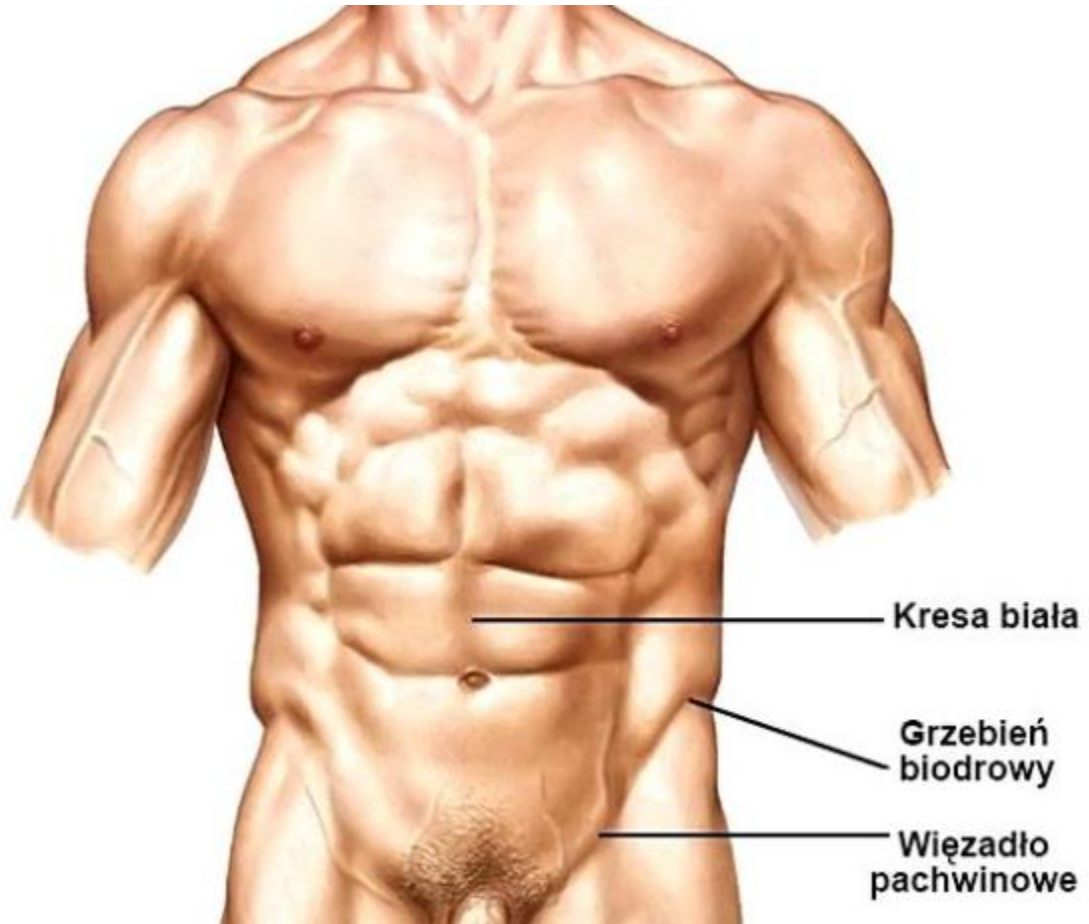
Przepukliny pachwinowe (przepukliny okolicy pachwiny)

Przepuklina pachwinowa skośna

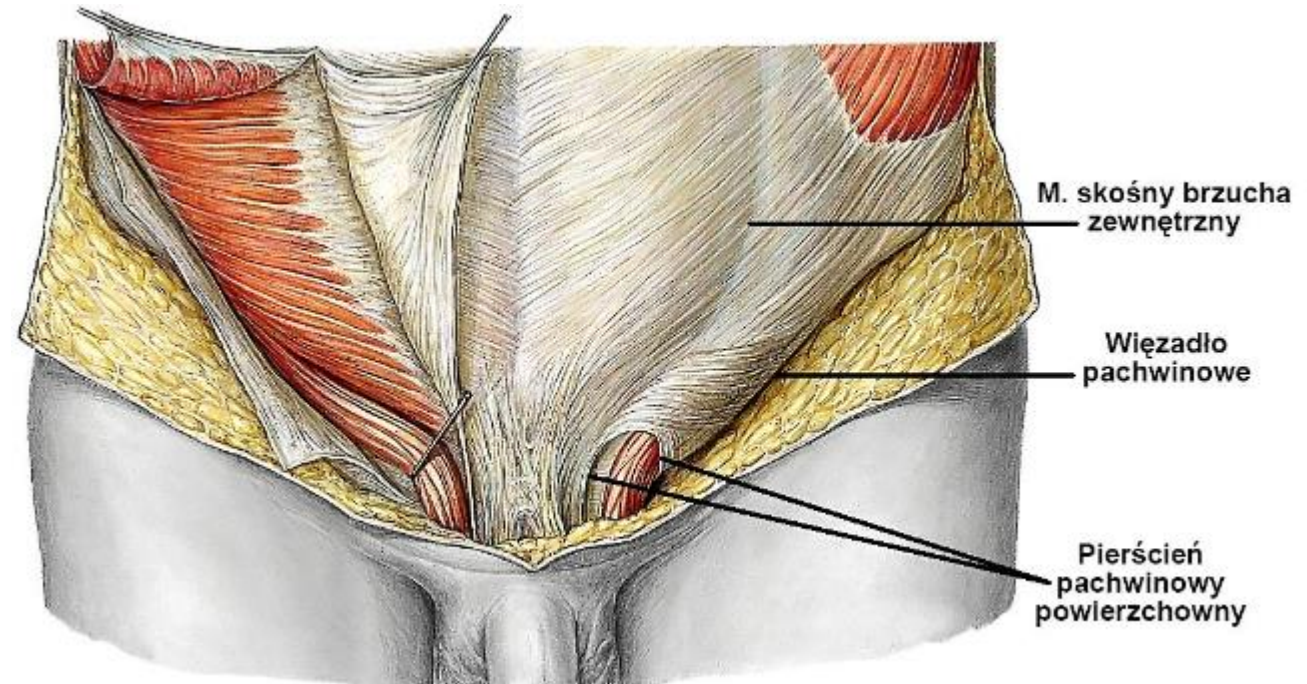
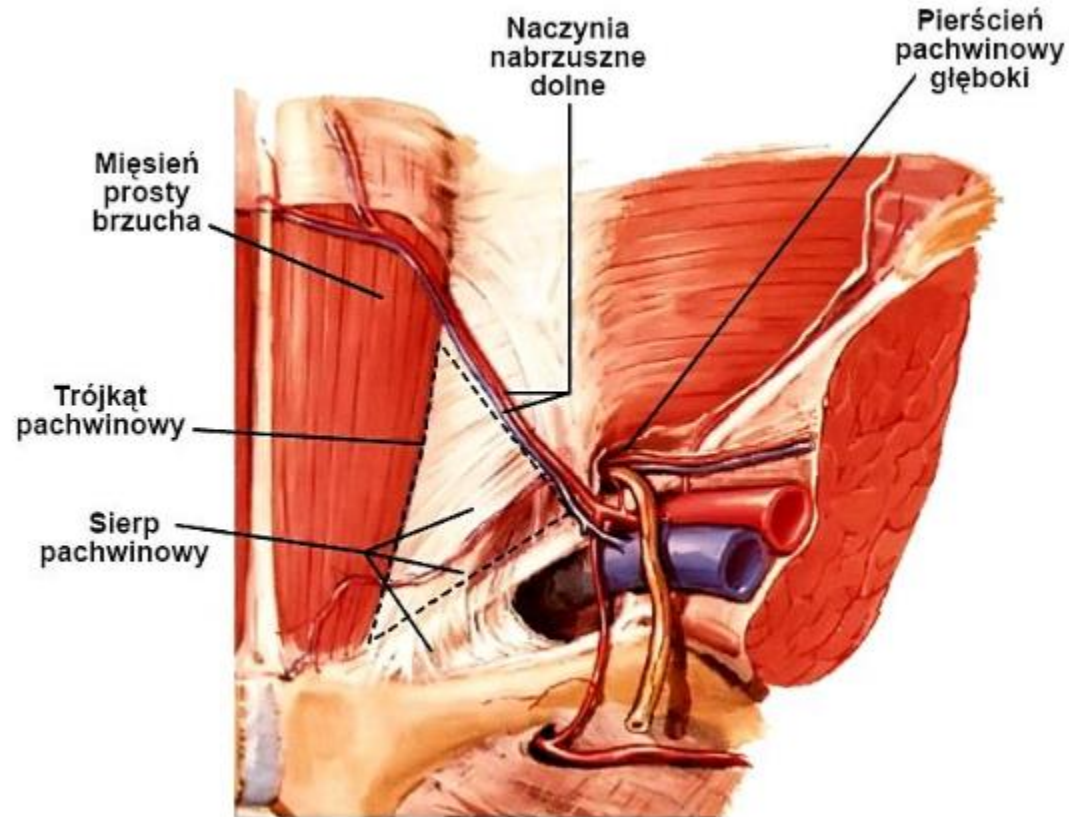
Przepuklina pachwinowa prosta

Przepuklina udowa

Anatomia kanału pachwinowego



Anatomia kanału pachwinowego



Anatomia kanału pachwinowego

Ograniczenia kanału pachwinowego:

według klasycznej anatomii stanowi przebicie poprzez ścianę brzucha, przebiegając na przestrzeni 4–6 cm. Nachylony jest względem więzadła pachwinowego ku dołowi i przyśrodkowo. Jego ściany stanowią:

od przodu – rozciągnio mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha,

od góry – dolny brzeg mięśnia skośnego wewnętrznego i mięśnia poprzecznego brzucha,

od dołu – więzadło pachwinowe,

od tyłu – powięź poprzeczna.

Kanał zaczyna się i kończy dwoma pierścieniami pachwinowymi: powierzchownym i głębokim. Pierścień głęboki jest otworem w powięzi poprzecznej. Pierścień powierzchowny powstaje w rozciągnięciu mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha i jest ograniczony odnogami boczną i przyśrodkową rozciągną oraz więzadłem zagiętym i włóknami międzyodnogowymi.

Anatomia kanału pachwinowego

Zawartość u mężczyzn:

Ostonki powrózka (od zewnątrz): powięź nasienna zewnętrzna, powięź mięśnia dźwigacza jądra, mięsień dźwigacz jądra, powięź nasienna wewnętrzna;

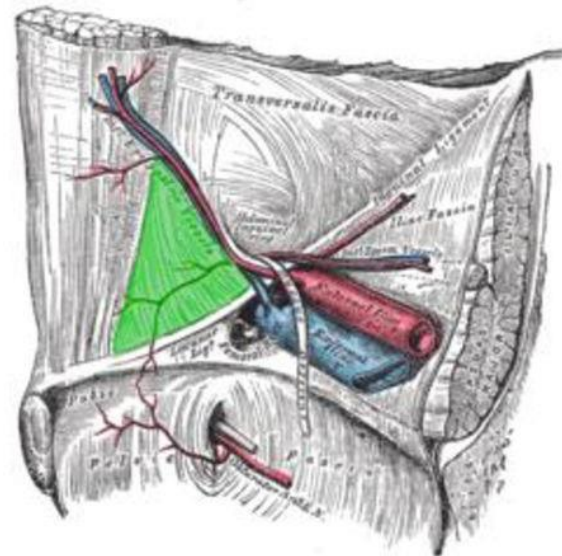
Skład powrózka: nasieniowód, tętnica nasieniowodu, tętnica mięśnia dźwigacza jądra, tętnica jądrowa, spłot żylny wiciowaty - w którego skład wchodzi dwie żyły nasieniowodu i żyły mięśnia dźwigacza jądra - z niego powstaje żyła jądrowa, autonomiczny, wtórny spłot nasieniowodowy od spłotu miednicznego (podbrzusznego dolnego), autonomiczny, wtórny spłot jądrowy od spłotu międzykręzkowego, gałąź płciowa nerwu płciowo-udowego, wyrostek pochwowy, pozostałość górnej części wyrostka pochwowego otrzewnej, czasami może zachować pełną ciągłość i sprzyjać przepuklinie pachwinowej;

W kanale pachwinowym występuje nerw biodrowo-pachwinowy, może wchodzić w skład powrózka lub przebieg poza powrózkiem

Zawartość u kobiet - Więzadło obłe macicy

Trójkąt Hasselbacha

Trójkąt Hasselbacha jest przestrzenią odgraniczoną od góry przez tętnicę i żyłę naczyniową dolną, od strony przyśrodkowej przez boczny brzeg mięśnia prostego brzucha, od strony boczno-dolnej przez więzadło pachwinowe



- Ograniczenia:
- Przyśrodkowo – mięsień prosty i jego pochewka
 - Bocznie – więzadło pachwinowe
 - Od góry – naczynia naczyniowa dolne

Czynniki ryzyka przepukliny pachwinowej

- Płeć męska
- Podeszły wiek
- Otyłość, niedożywienie
- Przewlekłe podwyższone ciśnienie jamy brzusznej: wysiłek fizyczny, zaparcia, powiększenie gruczołu krokowego, POChP, ciąża, wodobrzusze, guzy nowotworowe
- Palenie papierosów.
- Relaparotomia

Czynniki ryzyka przepukliny pachwinowej

- Powikłane gojenie ran
- Sterydoterapia (sterydy mogą prowadzić do wzrostu aktywności metaloproteinaz)
- Defekt metabolizmu kolagenu: wzrost ilości kolagenu typu III, który jest uważany za niedojrzały, spadek kolagenu typu I. Skutkuje to spadkiem wytrzymałości tkanki łącznej ściany jamy brzusznej.
- Zaburzenia genetyczne rozkładu kolagenu. U chorych stwierdzono wzrost aktywności metaloproteinaz, np.: zespół Marfana, zespół Ehlersa-Danlosa.

Epidemiologia

- u mężczyzn 27%, u kobiet 3%
- 3% populacji dorosłych ma aktualnie przepuklinę
- liczba zabiegów z powodu przepuklin pachwinowych w USA wynosi ok. 800 tys., przy czym podobna liczba pacjentów nie jest leczona operacyjnie z różnych powodów
- w Polsce szacunkowo ocenia się liczbę zabiegów na około 70 tys./rok.
- przepukliny pachwinowe występują najczęściej i stanowią 60-70% tych zmian, pojawiają się 3-4 (nawet 7) razy częściej u mężczyzn, co związane jest z zawartością i funkcją kanału pachwinowego.
- rozróżnienie przepukliny pachwinowej prostej i skośnej jest trudne przed zabiegiem, chyba że mamy do czynienia z przepukliną mosznową – zawsze skośną. Jej odpowiednikiem u kobiet jest przepuklina wargowa, jednak występuje ona wyjątkowo rzadko.

Diagnostyka różnicowa

- żylak żyły odpiszczelowej
- tętniak tętnicy udowej
- powiększony węzeł chłonny (zapalnie lub nowotworowo)
- wodniak jądra (z przepukliną mosznową – wodniak ma kształt owalny, jest przejrzysty w czasie prześwietlania latarką elektryczną)
- wodniak powrózka nasiennego
- tłuszczak

Przepuklina pachwinowa prosta a skośna

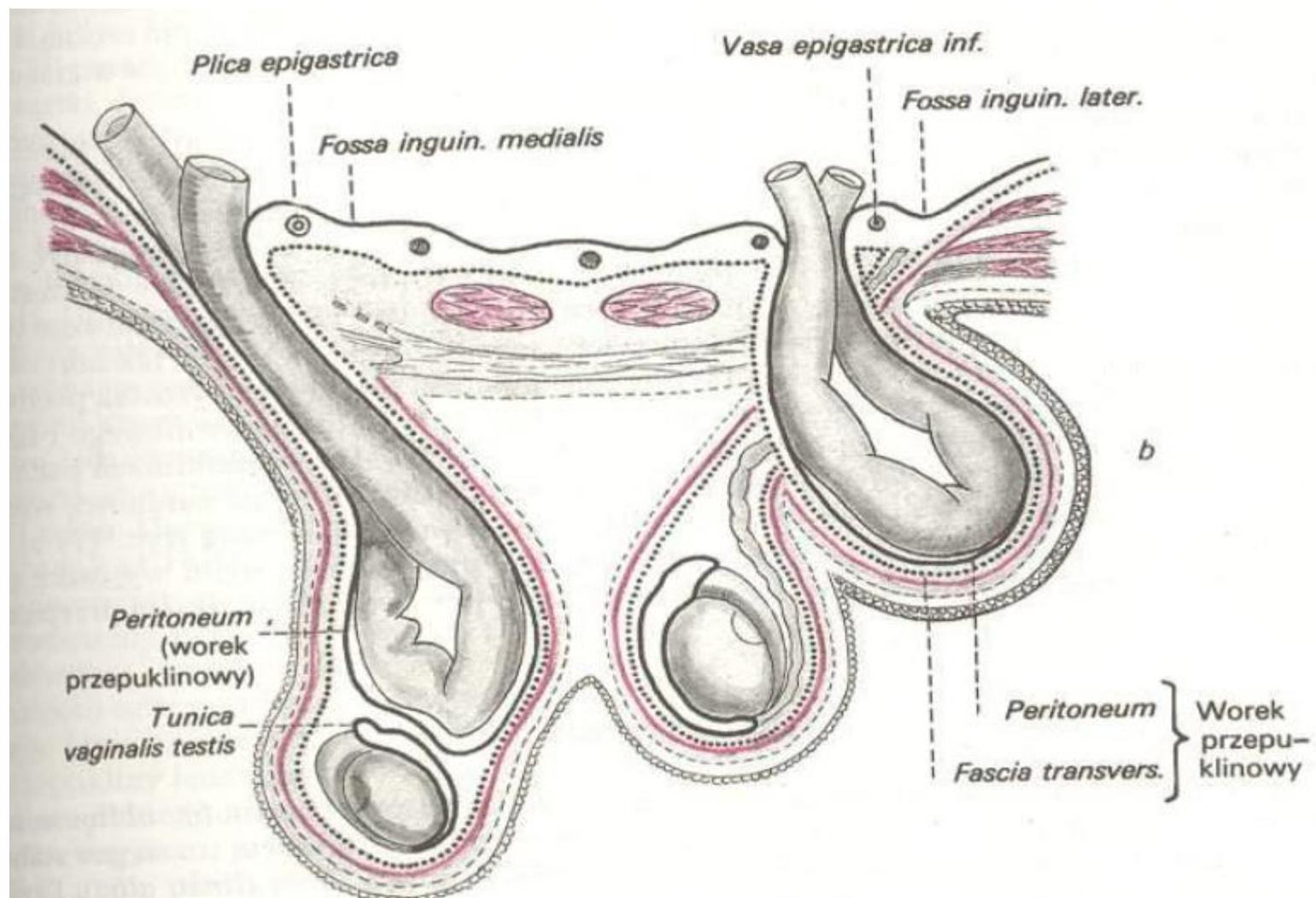
Przepuklina pachwinowa prosta:

- Zawsze nabyta
- Prawie nigdy nie ulega uwięźnięciu (szerokie wrota)
- Nie schodzi do worka mosznowego

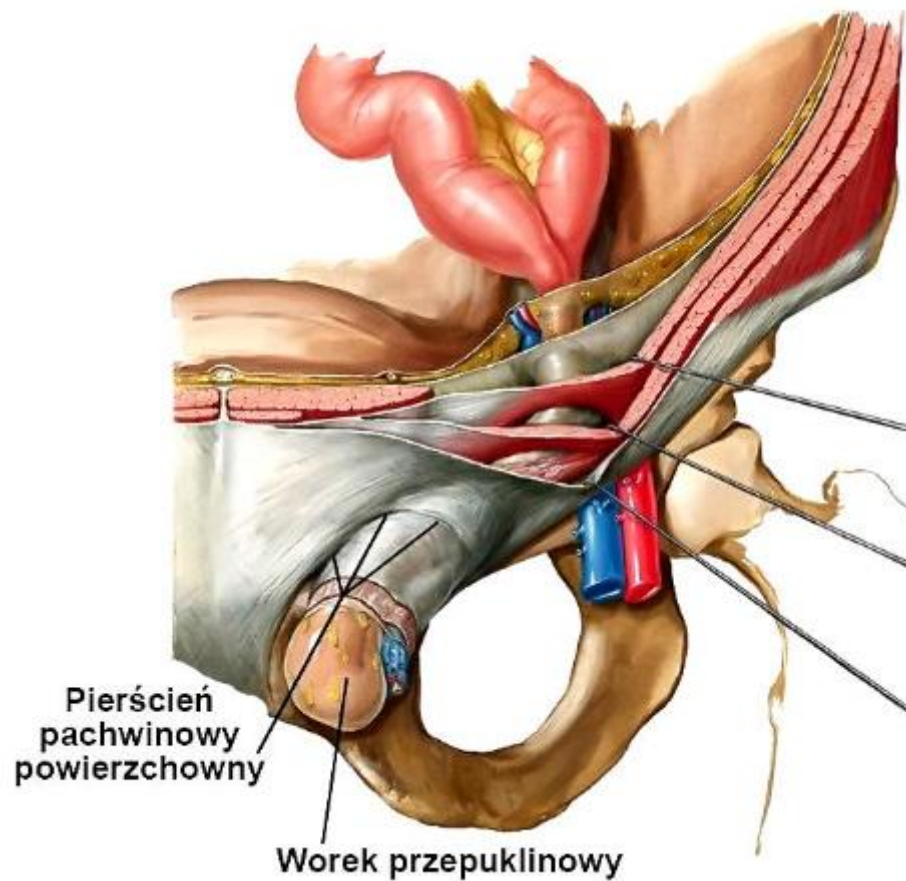
Przepuklina pachwinowa skośna:

- Może być wrodzona
- W 20% ulega uwięźnięciu
- Może penetrować do worka mosznowego lub warg sromowych

Przepuklina pachwinowa prosta a skośna



Przepuklina pachwinowa skośna



Klasyfikacja

Klasyfikacja van Nyhusa

1 - przepuklina skośna z niezmiennym pierścieniem wewnętrznym

2 - przepuklina skośna z poszerzonym pierścieniem wewnętrznym

3 - przepuklina z defektem tylnej ściany:

3a- przepuklina prosta,

3b- skośna z poszerzonym pierścieniem wewnętrznym i osłabieniem tylnej ściany

3c- przepuklina udowa

4 - przepuklina nawrotowa

Diagnostyka

Wywiad i badanie fizykalne – najważniejsze i wystarczające do rozpoznania

Badania obrazowe USG z próbą Valsalvy

TK i MRI – szczególnie przydatne w badaniach utrudnionych otyłością, przebytymi zabiegami operacyjnymi, napromienianiem, urazami oraz w przypadku przepuklin interstycjalnych

Herniografia

Objawy podmiotowe

Niewielkie przepukliny mogą być bezobjawowe

Guz umiejscowiony w pachwinie powodujący dyskomfort

Ból i pieczenie

Wymioty, zatrzymanie gazów i stolca

Gorączka, zapalenie otrzewnej, objawy sepsy

Prawdopodobieństwo uwięźnięcia wynosi od 0,3% do 2,9% w ciągu roku od zauważenia przepukliny; wzrasta do 4,5% w ciągu 2 lat

Objawy przedmiotowe i badanie fizykalne

Guz

- w pozycji stojącej, przy uruchomieniu tłoczni brzusznej
- odprowadzalny / nieodprowadzalny,
- bolesny,
- nadmiernie ucieplony,
- zaczerwieniony
- perystaltyka nad guzem słyszalna/niesłyszalna

Wymiary guza

Stosunek do więzadła pachwinowego

Cechy stanu zapalnego (przy nieodprowadzalnej przepuklinie)

Wymiary wrót

Leczenie

- OPERACYJNE - możliwe do wykonania nawet w znieczuleniu miejscowym (pacjenci w wieku podeszłym i z licznymi schorzeniami współistniejącymi).
- Nie istnieje zachowawcze leczenie przepuklin - raz powstała przepuklina nie ulega nigdy inwolucji
- metody zapobiegające wystąpieniu powikłań: m.in. unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego oraz zaparć, pasy przepuklinowe; przepuklina z odprowadzalnej (możliwa redukcja całej zawartości) na skutek powtarzających się zmian zapalnych w obrębie worka (pas przepuklinowy!) staje się nieodprowadzalną (brak możliwości nawet w znieczuleniu redukcji zawartości, co nie oznacza jednak obecności zaburzeń pasażu i unaczynienia jelita).

Rys historyczny

- Pierwszą plastykę kanału pachwinowego wykonał Bassini w 1884r. Przeprowadził rekonstrukcję tylnej ściany kanału pachwinowego przyszywając dolne brzegi mięśni skośnego wewnętrznego oraz poprzecznego do górnego brzegu kanału pachwinowego.
- Zabiegi wykorzystujące własne tkanki chorego zwane „napięciowymi” wiążą się z ok 30% odsetkiem nawrotów.
- W 1878r T. Billroth stwierdził, że „dopóki nie zostanie wyprodukowana sztuczna tkanka o wytrzymałości i oporności powięzi i ścięgien, tajemnica radykalnego leczenia przepuklin pozostanie nieodkryta”.

Rys historyczny

- Implanty w chirurgii przepuklin
- Henry Mercy 1887 – użył ścięgna kangura
- Przełomem okazało się wytworzenie w latach 30 polipropylenowej siatki, która została użyta w 2 połowie XX wieku
- Używane siatki: poliestrowe, polipropylenowe, gore-tex
- Irving Lester Lichtenstein - lata 80-te i 90-te XX wieku - plastyka przepuklin pachwinowych z użyciem siatki
- Rene Stoppa – wszczepianie dużych siatek

Leczenie

1. W przypadku bezobjawowej lub minimalnie objawowej, niewielkiej przepukliny można zastosować obserwację
2. Zabieg chirurgiczny w trybie planowym
3. W przypadku uwięźniętej przepukliny konieczne jest niezwłoczne leczenie operacyjne:
 - Klasyczne operacje
 - Operacje z wszczepieniem sztucznego materiału
 - Operacje laparoskopowe

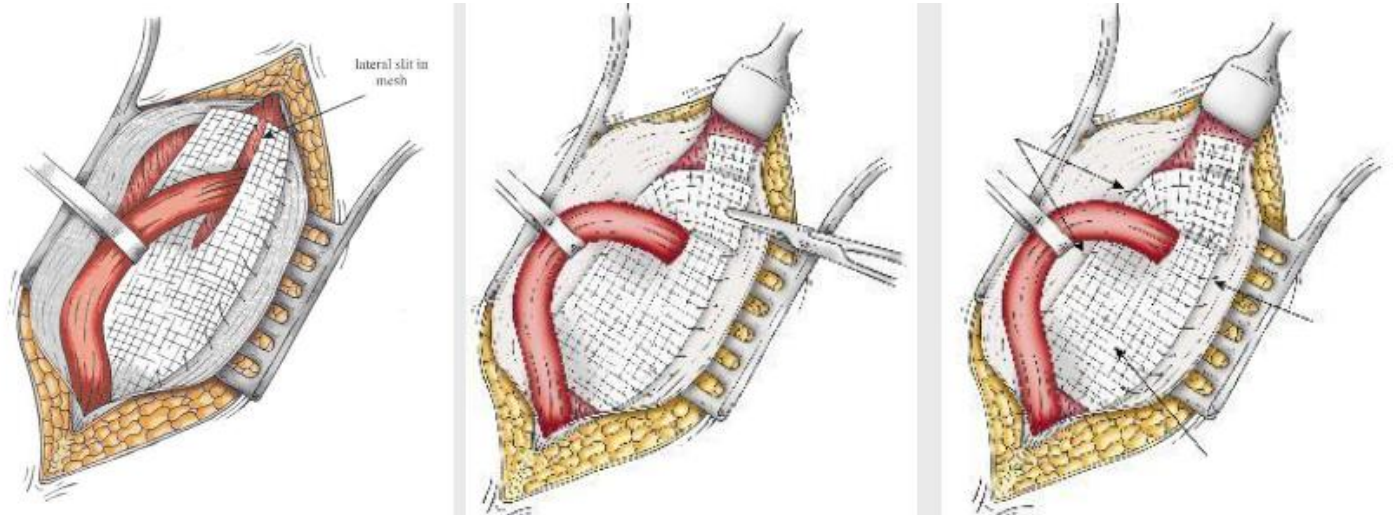
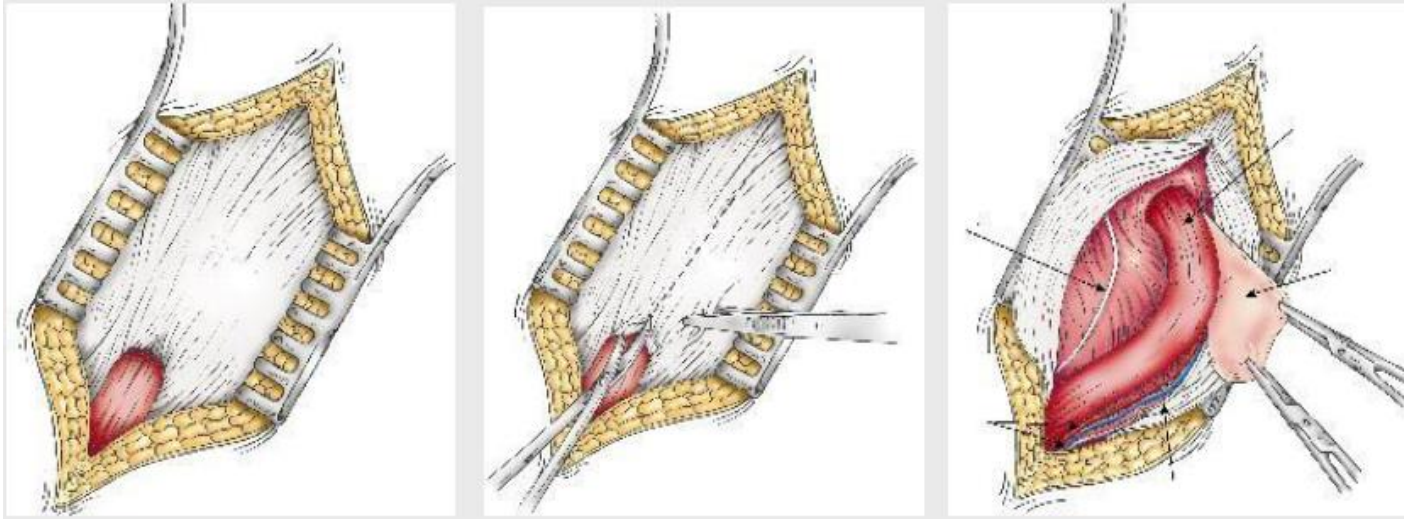
Leczenie

1. Techniki napięciowe: Shouldice, Girarda, Bassini, Halsteda, McVay,
2. Techniki beznapięciowe: Lichtenstein, PHS, Rutkow-Robbinsa, Stoppy
3. Techniki laparoskopowe TAPP (laparoscopic transabdominal preperitoneal), TEP (Totally Extraperitoneal Repair ; całkowicie przedotrzewnowa naprawa)

Leczenie

1. Leczeniem z wyboru są techniki z wykorzystaniem syntetycznego implantu – gł. metoda Lichtensteina.
2. Podstawowe różnice w przypadku metod beznapięciowych wynikają z użycia innych implantów.
3. W razie konieczności zastosowania metody napięciowej techniką z wyboru jest metoda Shouldice'a.

Metoda Liechtensteina



Przeciwwskazania do operacji

1. Brak zgody chorego.
2. Rozsiew nowotworowy
3. Ostra niewydolność krążenia
4. Marskość wątroby (Child C)
5. Ciężkie zaburzenia hemostazy

Powikłania wczesne

1. Surowiczak – odpowiedź organizmu na wszczep syntetyczny; zbiornik klarownego surowiczego płynu pojawiający się po operacji i otaczający implant (0,5 – 12,2% przypadków). Potwierdza się badaniem USG. Małe są zwykle bezobjawowe. Większe mogą dawać objawy uciskowe. Sam surowiczak nie stanowi zagrożenia. Obawiamy się jego zakażenia np.; podczas punkcji. Zwykle ulega resorpcji w ciągu 6-8 tyg. Można stosować kompresoterapię. Wskazania do punkcji: utrzymywanie lub powiększanie się, objawy uciskowe. Może nawracać.

Powikłania wczesne

2. Uszkodzenie nerwów – częściej niż uszkodzenia naczyń; początkowo występuje ostry ból, może przechodzić w ból przewlekły lub zaburzenie czucia w okolicy pachwiny.

3. Uszkodzenie jelit i pęcherza moczowego

4. Uszkodzenie nasieniowodu - zwykle rozpoznawane śródoperacyjnie – należy zaopatrzyć śródzabiegowo

5. Uszkodzenie ukrwienia powrózka nasiennego - grozi niedokrwiennym zapaleniem jądra lub najądrza; objawia się stwardnieniem, zaczerwienieniem/ociepleniem, bolesnością; stosuje się antybiotykoterapię.

Powikłania późne

1. Zakażenie implantu – powikłanie rzadkie, poważne, wymagające dużo cierpliwości ze strony lekarza i pacjenta. Nie jest wskazaniem do usunięcia implantu – ok 10-20% przypadków wymaga jego usunięcia. Postępowanie: po potwierdzeniu bakteriologicznym zakażenia wszczepu - kilkumiesięczne leczenie miejscowe – płukanie antyseptykiem. Można zastosować VAC, czyli opatrunek podciśnieniowy (usuwa wysięk wraz z bakteriami). Jeśli decydujemy się na usunięcie implantu, należy zaopatrzyć metodą napięciową. Ryzyko nawrotu szacowane na 20-50%.
2. Zanik jądra
3. Migracja materiału syntetycznego

Przepuklina udowa

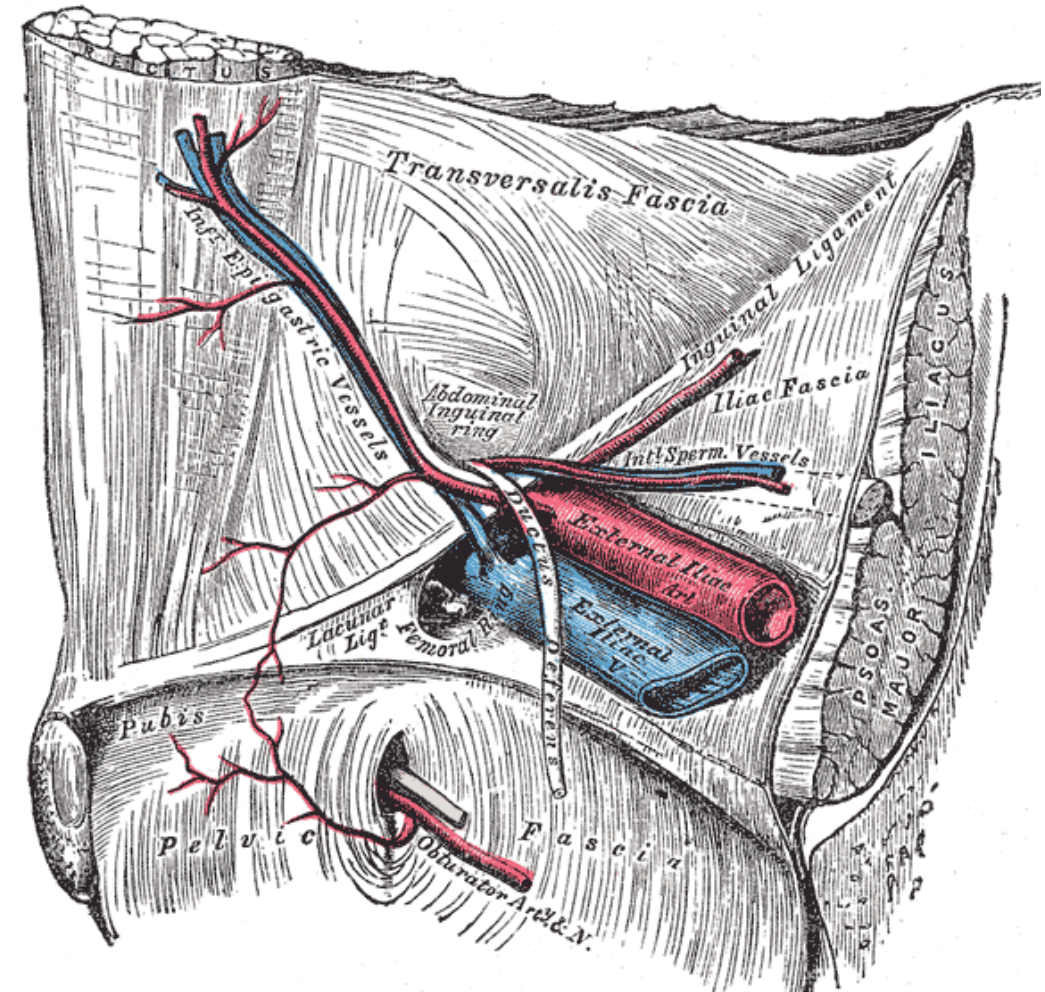
- Przepuklina udowa umiejscawia się poniżej więzadła pachwinowego.
- częstość ok. 12%, przy czym stanowi około 30% przepuklin okolicy pachwiny u kobiet, a tylko 2% u mężczyzn.
- Ze względu na budowę kanału udowego, który jest wąski, stosunkowo często ulega ona uwięźnięciu, co skutkuje niedrożnością. Z tego też powodu u pacjentek w podeszłym wieku oraz wieloródek z objawami niedrożności należy starannie zbadać okolicę pachwiny.
- Ryzyko nawrotu waha się w granicach 2-5%



Anatomia

Pierścień udowy – ograniczenia:

- od strony górno-przedniej przez więzadło pachwinowe
- przyśrodkowo przez więzadło rozstępowe
- od strony dolno-tylnej przez gałąź górną kości łonowej a właściwie grzebień kości łonowej
- bocznie przez żyłę udową



Anatomia

Kanał udowy – boczny przedział powięzi szerokiej o długości około 2 cm, położony między pierścieniem udowym głębokim a rozworem żyły odpiszczelowej (zwanym także pierścieniem udowym powierzchownym), wypełniony luźną tkanką łączną.

W normalnych warunkach nie stanowi rzeczywistego kanału, ponieważ nie posiada światła. Dopiero w przypadku wystąpienia przepukliny udowej potencjalna przestrzeń między oboma pierścieniami staje się kanałem.

Kanał udowy ogranicza:

z boku żyła udowa

w tylnej części blaszka głęboka powięzi szerokiej

z przodu blaszka powierzchowna powięzi szerokiej

Wrota:

pierścień udowy głęboki, stanowiący zarazem przyśrodkowy odcinek rozstępu naczyń (lacuna vasorum).

Wylot: rozwór odpiszczelowy, przez który przebiega żyła odpiszczelowa, zdążająca do żyły udowej.

Leczenie

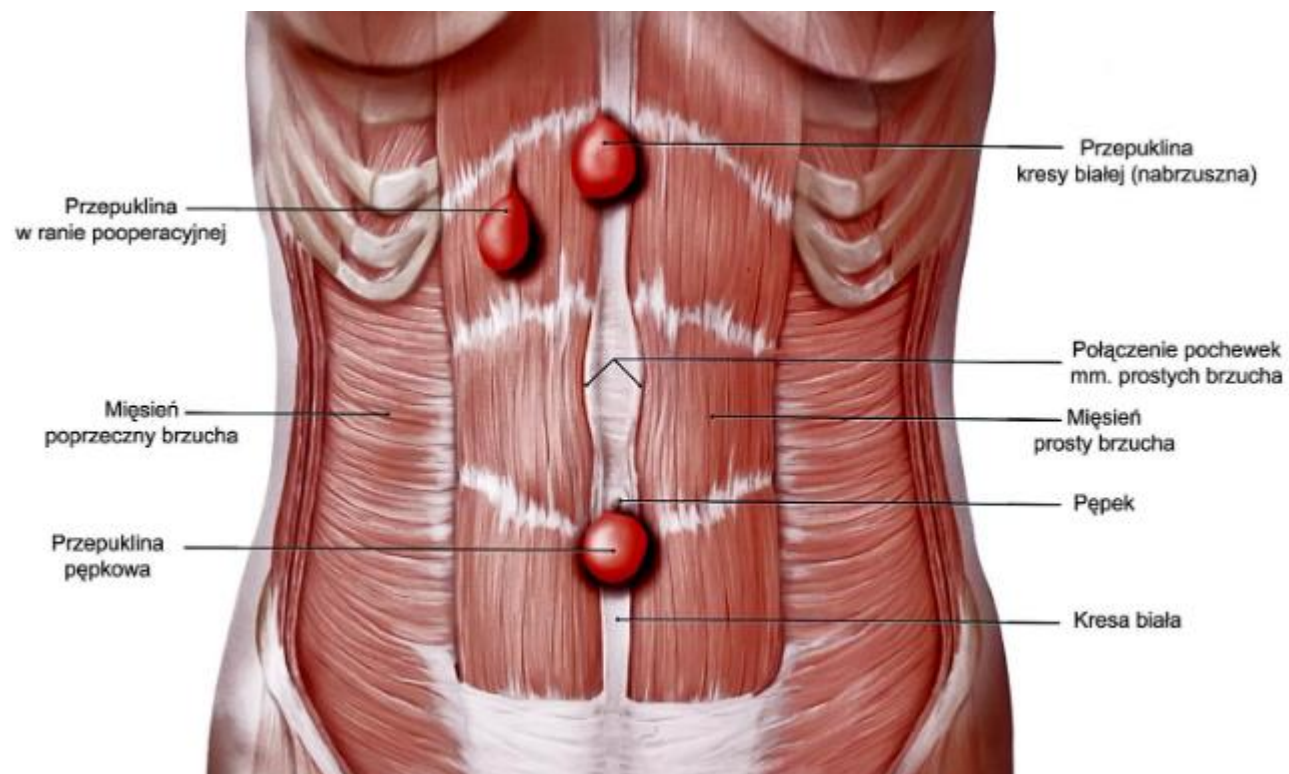
OPERACYJNE

Przepukliny udowe można operować z dostępu udowego i pachwinowego.

Zasadniczym elementem zabiegu operacyjnego jest wypreparowanie i odprowadzenie worka przepuklinowego oraz zamknięcie wrót przepukliny.

W metodzie Lotheissen-McVay zakłada się szwy niewchłaniające na powięź poprzeczną, mięsień poprzeczny oraz skośny wewnętrzny, więzadło grzebieniowe oraz więzadło pachwinowe.

Przepukliny przedniej ściany jamy brzusznej



Przepuklina pępkowa

Przepukliny pępkowe zwane prawdziwymi występują u dzieci.

95% przepuklin zamyka się samoistnie w ciągu pierwszych 3 lat życia.

Utrzymywanie się przepukliny jest wskazaniem do leczenia operacyjnego.

Zwykle wykonuje się proste zeszyście bez wszczepiania implantu.

Przepuklina okołopępkowa

Może powstawać w następstwie stopniowego osłabienia tkanek okołopępkowych.

Stanowią około 5% przepuklin, częściej stwierdzane u kobiet.

Do czynników ryzyka zaliczamy: przebyte ciążę, otyłość, wodobrzusze, guzy jamy brzusznej.

Zawartość worka zwykle stanowi tłuszcz przedotrzewnowy lub sieć większa.

Ze względu na wąskie wrota często jest przyczyną dolegliwości bólowych.

Objawowa przepuklina pępkowa jest wskazaniem do leczenia operacyjnego.

Z wyboru stosuje się metodę Mayo (zamknięcie wrót na zakładkę).

Przepuklina kresy białej

Przepuklina, której wrota znajdują się o obrębie kresy białej.

Częstość występowania szacowana jest w granicach 1,6-3,6%.

Etiopatogeneza zakłada nadmiernie luźny układ włókien przedniej i tylnej ściany pochewki mięśnia prostego oraz penetrację tłuszczu przedotrzewnowego w miejscach przechodzenia naczyń krwionośnych przez kresę białą.

Występuje 3x częściej u mężczyzn.

Ze względu na budowę pochewki mięśni prostych brzucha stwierdza się ją powyżej pępka.

Przepuklina kresy białej

Przepuklina może mieć niewielkie rozmiary i sugerować inną patologię w zakresie nadbrzusza, np. chorobę wrzodową, kamice pęcherzyka żółciowego itp..

Czynnikiem znacznie utrudniającym diagnostykę jest otyłość, stąd bardzo pomocne są badania obrazowe, np.: USG.

Leczenie – OPERACYJNE.

Metoda leczenia zależy od wielkości wrót przepukliny:

o średnicy $< 2\text{cm}$ w największym wymiarze – proste zeszyście

o średnicy 2-5cm – do rozważenia wszczepienie implantu

o średnicy $> 5\text{cm}$ – wskazane wszczepienie implantu

Można operować z dostępu przedniego oraz laparoskopowo. Nawrotowość po prostym zeszyściu wynosi ok 20%

Przepukliny w bliźnie po laparotomii

Obecnie są narastającym problemem, rzędu 5-25% w zależności od rodzaju gojenia się rany:

- rychłozrost 5%,
- dla ran gojących się przez ziarninowanie 10%,
- dla ran wielokrotnie otwieranych ok 25%.

Prewencja:

Cięcie poprzeczne (okrężne) lub przyprostne

Leczenie

OPERACYJNE.

Wskazany jest zabieg z wszczepieniem syntetycznego implantu.

Operację można przeprowadzić metodą otwartą lub laparoskopową.

W zależności od umiejscowienia implantu wyróżniamy:

Na przedniej powierzchni mięśni przedniej ściany brzucha – onlay

W poziomie mięśni przedniej ściany brzucha – inlay

Pod warstwą mięśni przedniej ściany brzucha – sublay

Wewnątrzotrzewnowo – IPOM (intraperitoneal onlay mesh repair)

Przepuklina Spiegła

Przepuklina, której wrota znajdują się w obrębie rozciągniętego mięśnia poprzecznego brzucha, pomiędzy linią półksiężycową (bocznie), boczny brzeg mięśnia prostego brzucha (przyśrodkowo), kresę łukową (od góry).

Stanowi 0,12-2% przepuklin ściany jamy brzusznej.

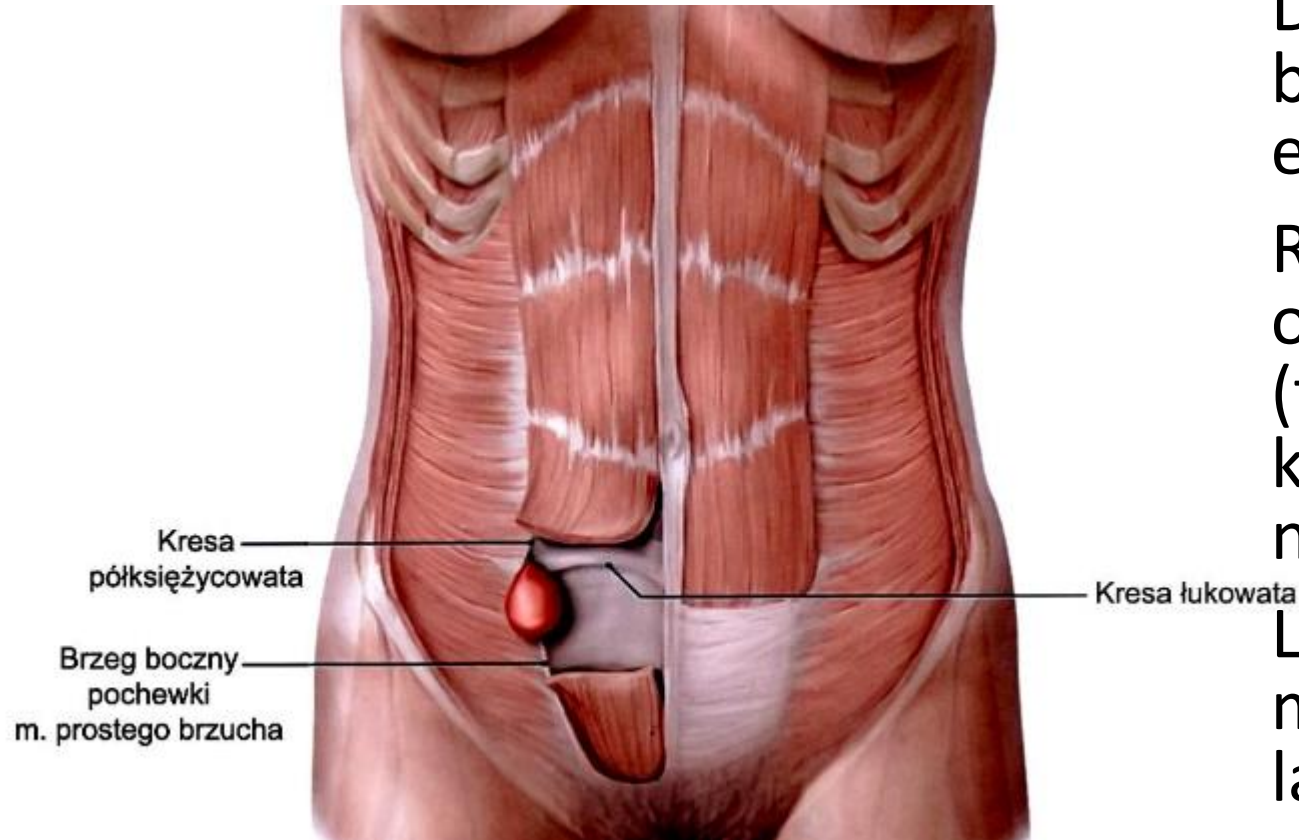
Częściej występuje u kobiet (70%) oraz po stronie lewej (65%) [wyjątkowo obustronna].

Przyczyną jest osłabienie powięzi przez przenikające naczynia nabrzusne dolne.

Charakterystyczną cechą jest przedostawanie się worka przepuklinowego do przestrzeni pomiędzy mięśniami a rozciągnięciem.

Wyróżniamy przepuklinę śródścienną (nie przekracza rozciągniętego mięśnia skośnego zewnętrznego) oraz podskórną. Zwykle nie przenika do warstwy podskórnej tylko do pachwiny.

Przepuklina Spiegła

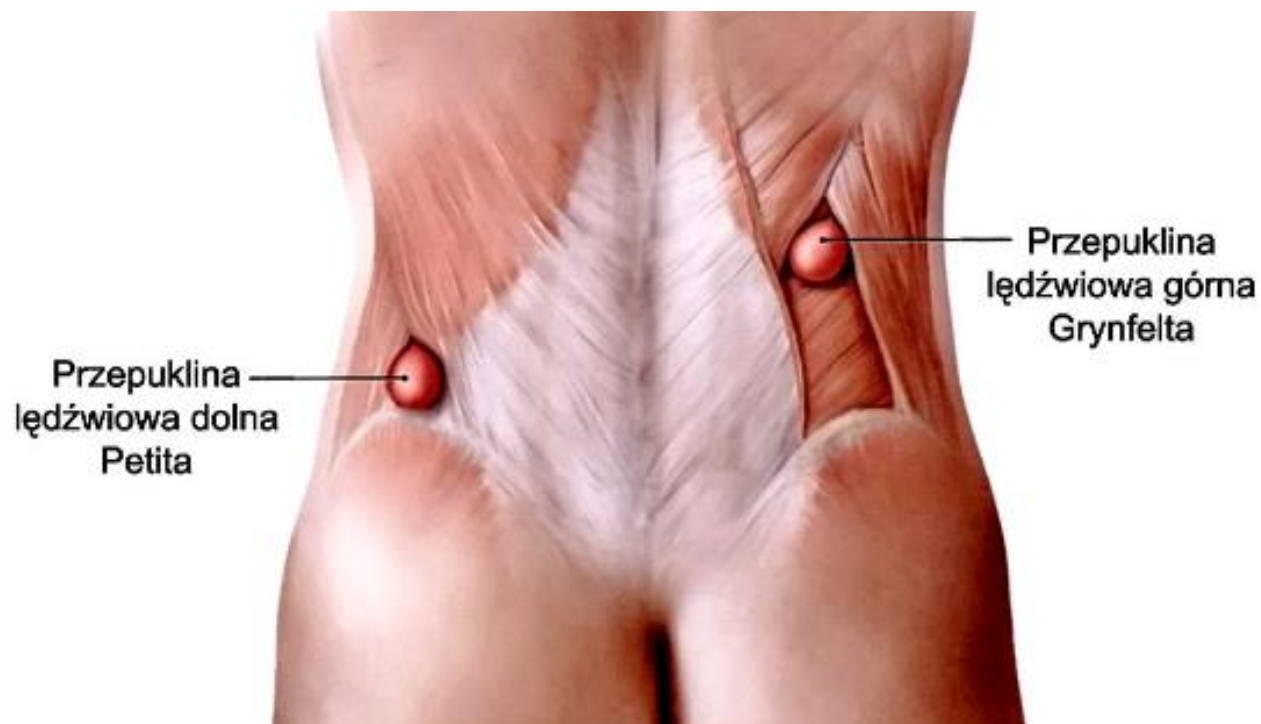


Dgn obrazowa: USG powłok brzusznych z próbą Valsalvy, ewentualnie TK.

Rozpoznanie różnicowe obejmuje guzki powłok (tłuszczaki, włókniaki, krwiaki), ostre zapalenia narządów jamy brzusznej.

Leczenie – OPERACYJNE, metoda klasyczna, metody laparoskopowe

Przepuklina lędźwiowa



Uwypuklenie otrzewnej w okolicy trójkąta Petita lub czworokąta Grynfelta.

W worku może znajdować się sieć większa, jelita a nawet nerka.

Leczenie jest z reguły chirurgiczne i polega na uzupełnieniu ubytku syntetycznym implantem.

Przepuklina zaślonowa

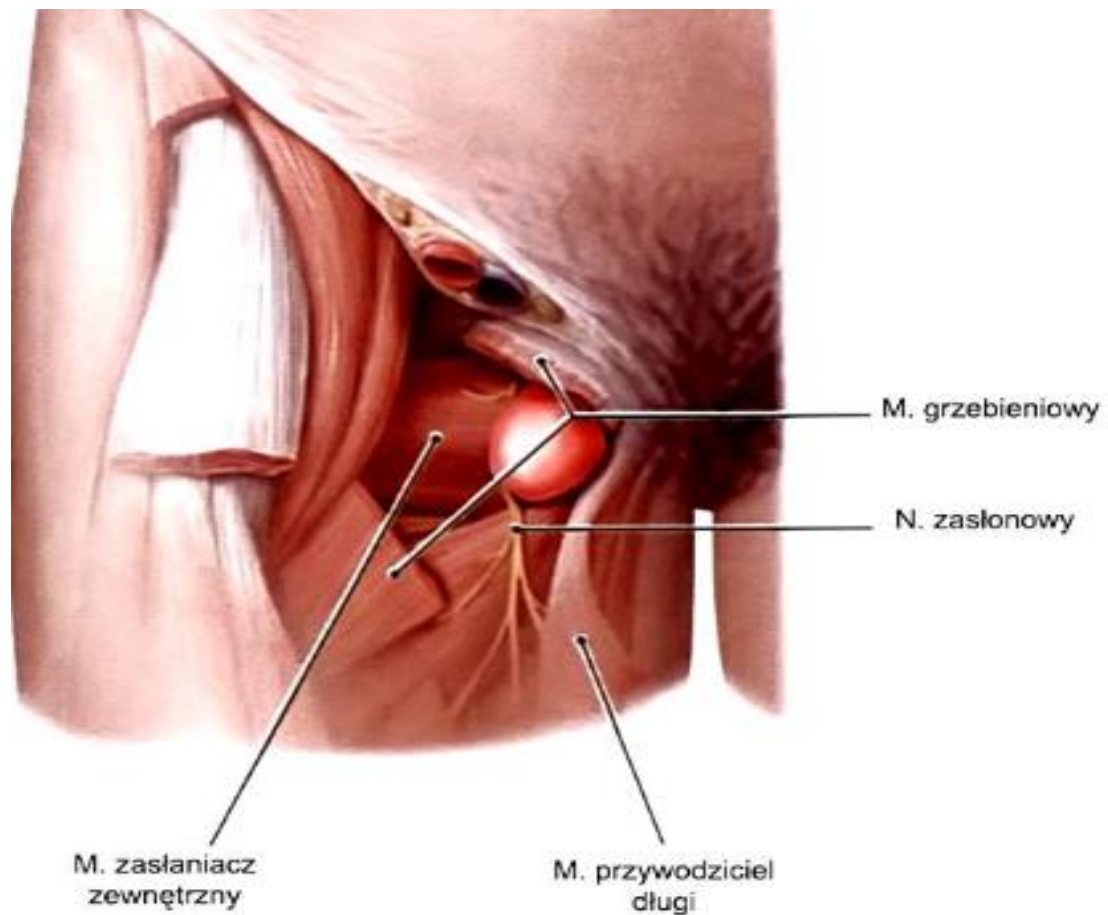
Przepuklina, która znajduje się o obrębie kanału zaślonowego.

Jest zlokalizowany pomiędzy bruzdą zaślonową a górnym pasmem włókien błony zaślonowej. Długość kanału 2-3cm, szerokość 0,2- 0,5cm.

Występuje rzadko (0,05-1,4% wszystkich przepuklin) znacznie częściej u kobiet, zwykle w 7, 8 dekadzie życia.

Powodują 0,4-1,4% niedrożności przewodu pokarmowego, natomiast niedrożność towarzyszy przepuklinie w 88%, często uwięźnięcie richterowskie (50%).

Przepuklina zaślonowa



Przepuklina zaślonowa

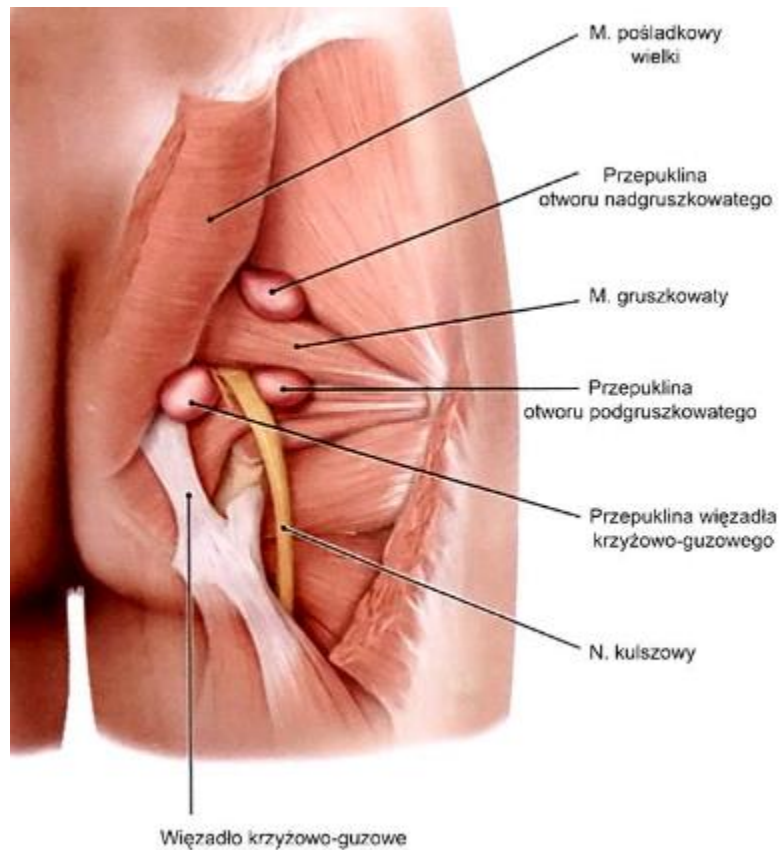
Odsetek śmiertelności wynosi od 13 do 50%.

Objawy: przemijająca niedrożność jelit, zaburzenia czucia na przednio-przyśrodkowej powierzchni uda, spowodowane uciskiem nerwu zaślonowego [objaw Howship-Romberga].

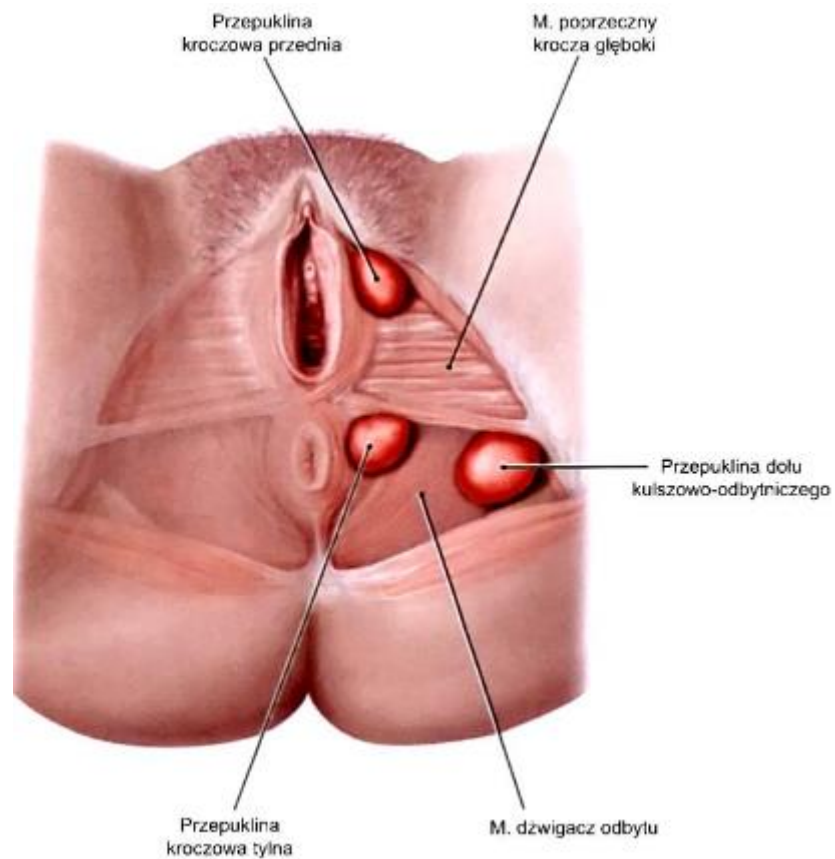
Duże ryzyko błędnego rozpoznania, śmiertelność 15-20%.

Leczenie – OPERACYJNE. Możliwe jest uzyskanie dostępu przedotrzewnowego, pozaślonowego, pachwinowego, zaślonowego lub laparoskopowego.

Przepukliny kulszowe



Przepukliny kroczone



Przepuklina okołostomijna



Okołostomijne wpuklanie się jelita stanowi najczęstsze powikłanie wytworzenia stomii; u 50% wszystkich chorych ze stomią z czasem rozwija się objawowa przepuklina okołostomijna.

Przepukliny okołostomijne występują we wszystkich typach stomii, ale najbardziej zagrożeni jej rozwojem są chorzy z kolostomią.

Przepuklina okołostomijna

Do czynników predysponujących należą: średnica otworu przekraczająca 35 mm, wiek ponad 70 lat, rozsiały proces nowotworowy, wskaźnik masy ciała wyższy niż 25 kg/m², cukrzyca i przewlekle zwiększone ciśnienie w jamie brzusznej, zaburzenia metabolizmu kolagenu.

Skala objawów obejmuje zakres od niewielkiego dyskomfortu w jamie brzusznej do silnego bólu brzucha z powodu rozciągnięcia powłok brzusznych oraz złego dopasowania sprzętu stomijnego, z przeciekiem treści kałowej i uszkodzeniem skóry.

Do poważniejszych zagrażających życiu powikłań należy niedrożność z uwięźnięcia jelita.

Przepuklina okołostomijna

Rozpoznanie - na podstawie badania przedmiotowego; pacjent stoi i wykonuje manewr Valsalvy.

W pozycji leżącej przepuklina jest na ogół odprowadzalna, co umożliwia wykonanie badania palpacyjnego powięziowych krawędzi otworu w powłokach.

Zabiegi naprawcze: zaopatrzenie ubytku przepuklinowego wymaga użycia siatki (metoda klasyczna, metody laparoskopowe).