

Przepuklina Amyanda – przypadek kliniczny i przegląd literatury

Marek Stańczyk^{1,A,B,C,D,E,F}

ORCID: 0009-0003-9285-2162

Jacek Dudzik^{2,A,B,C,D,E,F}

ORCID: 0009-0000-1385-2032

¹ Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

² Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z częścią urazową, Szpital Wolski, Warszawa

A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu

DOI: 10.26399/rmp.v29.3.2023.15/m.stanczyk/j.dudzik

STRESZCZENIE

Przepuklina Amyanda – przypadek kliniczny i przegląd literatury

Stańczyk M.¹, Dudzik J.²

¹ Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa;

² Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z częścią urazową, Szpital Wolski, Warszawa

Termin przepuklina Amyanda określa rzadką sytuację, kiedy w worku przepukliny pachwinowej znajduje się wyrostek robaczkowy. Stanowi ona zaledwie 1% przepuklin pachwinowych. Zapalenie wyrostka robaczkowego w przepuklinie Amyanda zdarza się natomiast niezwykle rzadko, tj. w około 0,1% przepuklin. Rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego w przepuklinie Amyanda jest klinicznie trudne z powodu rzadkiego występowania i niecharakterystycznych objawów. W tej pracy opisaliśmy ostre zapalenie wyrostka w przepuklinie pachwinowej, omówiliśmy pułapki diagnostyczne i sposób leczenia wraz z analizą literatury.

Słowa kluczowe: przepuklina Amyanda, zapalenie wyrostka, przepuklina pachwinowa

ABSTRACT

Amyand's Hernia – a Case Report and Review of the Literature

Stańczyk M.¹, Dudzik J.²

¹ Faculty of Medicine, Medical University of Warsaw; ² Clinical Department of General, Oncologic and Trauma Surgery of Wolski Hospital and Lazarski University in Warsaw

Amyand's hernia is a rare situation defined as inguinal hernia that contains appendix within the hernia sac. The incidence of Amyand's hernia is about 1% of all inguinal hernias. The incidence of appendicitis in Amyand's hernia is extremely rare and amounts to about 0,1%. The diagnosis of appendicitis within the hernia sac is a diagnostic challenge due to its low incidence and indistinct clinical presentation. Herein we present a case of appendicitis in Amyand's hernia, with respect to diagnostics and therapeutic pitfalls and reference relevant literature.

Keywords: Amyand's hernia, appendicitis, inguinal hernia

Wstęp

Termin przepuklina Amyanda określa rzadką sytuację, kiedy w worku przepukliny pachwinowej znajduje się wyrostek robaczkowy. Stanowi ona zaledwie 1% przepuklin pachwinowych. Rozpoznawana jest zazwyczaj w czasie planowej operacji przepukliny. Zapalenie wyrostka robaczkowego w przepuklinie Amyanda zdarza się natomiast niezwykle rzadko, tj. w około 0,1% przepuklin. Rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego w przepuklinie Amyanda jest klinicznie trudne. Najczęściej jest mylone z zapaleniem najądrza i jądra, z uwięzieniem pętli jelitowych lub/i sieci w worku przepuklinowym (częściej u dorosłych) czy skrętem jądra u dzieci. Zapalenie najądrza wymaga leczenia

zachowawczego, a pozostałe – doraźnego leczenia operacyjnego. Błąd rozpoznawczy stanowi więc bezpośrednie zagrożenie zdrowia, a nawet życia.

Opis przypadku

76-letni chory z nieodprowadzalną przepukliną pachwinową mosznową prawostronną zgłosił się do Oddziału Ratunkowego Szpitala Wolskiego z powodu bólów w nadbrzuszu i podbrzuszu po prawej stronie oraz w prawej pachwinie.

Chory przed rokiem przebył zawał serca z implantacją stentów do tętnic wieńcowych, dodatkowo jest obciążony cukrzycą typu 2 i nadciśnieniem. W badaniu USG jamy brzusznej stwierdzono dużą, nie-

odprowadzalną przepuklinę pachwinową (mosznową). W worku przepuklinowym pętle jelita cienkiego o prawidłowej perystaltyce. Ponieważ równocześnie osłuchowo nad przepukliną stwierdzono prawidłowe odgłosy perystaltyki jelitowej, wykluczono uwięźnięcie w worku przepuklinowym pętli jelitowych. Worek przepuklinowy był niebolesny, a skóra niezmieniona. W badaniach pracownianych stwierdzono podwyższony poziom: bilirubiny 2,34 mg/dl przy prawidłowych wartościach GGTP, AST, ALT i ALP, leukocytozę $11 \times 10^9/L$, CRP 3,4 mg/dL. Chorego wypisano z SOR Szpitala Wolskiego z rozpoznaniem: „Inny i nieokreślony ból brzucha”, zalecono leki rozkurczowe (NoSpa) i przeciwbólowe (Dexak), do operacji przepukliny w trybie planowym. Po trzech dobach chory powrócił do Oddziału Ratunkowego Szpitala Wolskiego z powodu stanów podgorączkowych w godzinach wieczornych, bólu nadbrzucha, braku apetytu oraz narastających dolegliwości bólowych w podbrzuszu, pachwinie i mosznie po prawej stronie. W badaniach pracownianych stwierdzono nadal podwyższony poziom bilirubiny 2,08 mg/dL, narastającą leukocytozę $13.8 \times 10^9/L$, CRP 23,68 mg/dL i prokalcytoninę 0,6 ng/mL. W badaniu przedmiotowym moszna tkliwa i obrzęknięta po stronie prawej, lecz bez wyraźnego zaczerwienienia (rycina 1A). Wobec wątpliwości diagnostycznych w badaniach podmiotowym, przedmiotowym i pracownianych u chorego wykonano badanie tomograficzne brzucha i miednicy mniejszej m.in. w celu ostatecznego wykluczenia ostrej choroby brzucha wymagającej pilnej operacji. W TK stwierdzono w worku przepuklinowym zmieniony zapalnie, pogrubiały wyrostek robaczkowy o średnicy 15 mm i długości 100 mm z pogrubieniem ściany do 4 mm (rycina 1B). Po tym badaniu chorego operowano w trybie pilnym. Obraz śródoperacyjny potwierdził rozpoznanie, stwierdzono ropowicze zapalenie wyrostka robaczkowego. W badaniu histopatologicznym rozpoznano *Appendicitis acuta et periappendicitis purulenta* (rycina 1C). Wykonano appendektomię z obszyciem kikutu wyrostka robaczkowego szwem kapciuchowym. Wobec całkowitego zrośnięcia powrózka nasiennego z workiem przepuklinowym na długim odcinku, dużych trudności technicznych w jego idealnym wypreparowaniu, mając na względzie upośledzenie prawidłowego ukrwienia jądra, wykonano orchidektomię. Plastykę przepukliny (po odprowadzeniu niezmienionych pętli jelitowych do jamy brzusznej) wykonano przez zamknięcie 6-centymetrowego ubytku tylnej ściany kanału pachwinowego korkiem propylenowym, sposobem Rutkova, a następnie wzmocniono tylną ścianę kanału pachwinowego przez wszycie drugiej siatki propylenowej sposobem Lichtensteina. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, parametry stanu zapalnego powróciły do normy. W trzeciej dobie cho-

ry w stanie ogólnym dobrym, z prawidłowo gojącą się raną, został wypisany z Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z częścią urazową Szpitala Wolskiego, w osłonie antybiotykowej cefalosporyną III generacji (Zinnat). Podczas kontroli w poradni chirurgicznej po 10 dniach zdjęto szwy skórne, rana operacyjna zagoiła się prawidłowo.

Dyskusja

Przepuklina pachwinowa u dorosłych jest jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania się pacjentów do planowych operacji. Stanowi 60% wszystkich przepuklin brzusznych, występuje pięć razy częściej u mężczyzn. Naprawa przepukliny pachwinowej jest najczęściej wykonywaną planową operacją chirurgiczną w Polsce.

Zawartość worka przepuklinowego najczęściej stanowią sieć i pętle jelita cienkiego, rzadziej część jego obwodu (przepuklina Richtera), jelito grube, uchyłek Meckela (przepuklina Littrego), pęcherz moczowy, przydatki u kobiet. Termin przepuklina Amyanda pochodzi od nazwiska francuskiego chirurga Klaudiusza Amada, który w 1735 roku wykonał i opisał operację appendektomii u 11-letniego chłopca z perforowanym wyrostkiem robaczkowym uwięźniętym w przepuklinie pachwinowej. „Operacja trwała prawie pół godziny, pacjent zniósł ją z wielką odwagą, była dla niego równie bolesna, co dla mnie pracochłonna”, napisał [1]. Zapalenie wyrostka robaczkowego w worku przepukliny pachwinowej wymaga różnicowania z zapaleniem jądra i najądrza, które są leczone zachowawczo. Błąd rozpoznawczy stanowi więc bezpośrednie zagrożenie zdrowia, a nawet życia. U opisanego chorego na szczególną uwagę zasługuje podwyższony poziom bilirubiny w surowicy już podczas pierwszej wizyty w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Chorzy z hiperbilirubinemią częściej mają zaawansowaną postać zapalenia wyrostka z perforacją i zgorzelą. Dlatego poziom bilirubiny w surowicy krwi może być niekiedy wartościowym markerem w diagnostyce zapalenia wyrostka robaczkowego [2]. Przedmiotem dyskusji jest sposób operacji wyrostka i naprawy przepukliny. Operacja może być wykonana metodą otwartą lub laparoskopowo [3]. Większość chirurgów zgadza się, aby przepuklina niezależnie od metody operacji była naprawiona jednocześnie z appendektomią. W szczególnych sytuacjach z ropniem przedniej ściany brzucha naprawę można lub należy odroczyć [4]. Przedmiotem kontrowersji pozostaje użycie materiału sztucznego. Z jednej strony panuje opinia, że operacje z użyciem siatki w skontaminowanym polu operacyjnym zwiększa ryzyko jej infekcji. Zalecana jest zatem naprawa z wykorzystaniem tkanek chorego, np. metodą Bassiniego. Z drugiej strony udowodniono, że wszy-

cie siatki nie zwiększa istotnie ryzyka infekcji [5–7], a zmniejsza ryzyko nawrotu przepukliny [8, 9]. Klasyfikacja przepuklin Amyonda zaproponowana przez Lo-sanoffa i Bassona [10] z zalecanym postępowaniem może być wstępnym narzędziem pomocniczym przy podejmowaniu decyzji (tabela 1). Jednak ostateczny wybór powinien być oparty na indywidualnej ocenie stanu chorego oraz doświadczeniu i umiejętności chirurga. U opisanego chorego operacja wykonana została metodą klasyczną z użyciem siatki propylenowej.

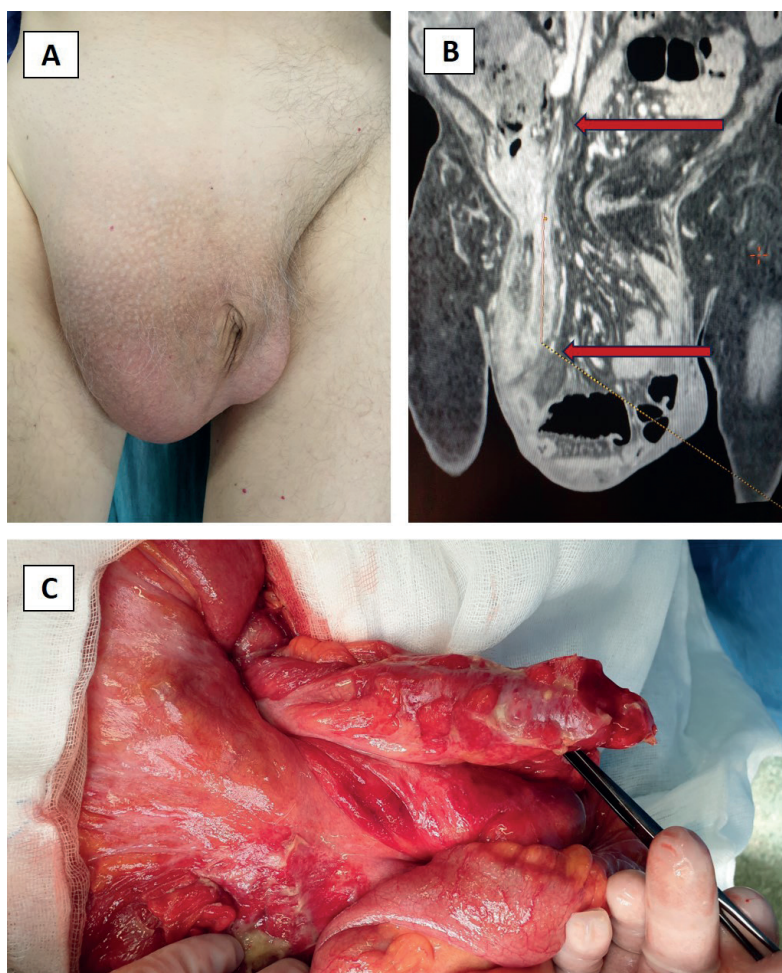
Podsumowanie

1. Przy bólu i bolesności w prawym podbrzuszu należy także pomyśleć o zapaleniu wyrostka robaczkowe-

go, który może znajdować się w worku przepukliny pachwinowej.

2. W pierwszej kolejności należy poszukiwać niecharakterystycznych objawów często spotykanych chorób, a w drugiej kolejności charakterystycznych objawów chorób rzadkich.

3. Tomografia komputerowa powinna być wykorzystywana (zawsze o ile jest dostępna) przy wątpliwościach diagnostycznych bólów brzucha, które nie dają się rozstrzygnąć badaniem klinicznym: podmiotowym, przedmiotowym, obrazowym (USG, RTG klasyczne) i hematologiczno-biochemicznym. Nie powinna natomiast ich zastępować.



Rycina 1. A) Chory z nieodprowadzalną przepukliną pachwinową prawostronną z obrzękiem moszny, bez zaczerwienienia skóry. Po stronie lewej prawidłowy obraz moszny z widocznym uwypukleniem jądra. B) Obraz TK, przekrój przez worek przepuklinowy w płaszczyźnie czołowej z widocznym wyrostkiem robaczkowym oznaczonym strzałkami. C) Obraz śródoperacyjny ropowiczo zmienionego wyrostka robaczkowego

Tabela 1. Klasyfikacja Losanoffa i Bassona przepukliny Amyanda

Typ	Opis	Postępowanie
Typ 1	niezmieniony wyrostek w przepuklinie	odprowadzenie lub wycięcie (w zależności od wieku), plastyka z użyciem siatki
Typ 2	ostry zapalony wyrostek w przepuklinie bez objawów sepsy	appendektomia, pierwotna naprawa bez użycia siatki
Typ 3	ostre zapalenie wyrostka w przepuklinie z objawami sepsy	laparotomia, appendektomia i pierwotna naprawa bez użycia siatki
Typ 4	ostre zapalenie wyrostka w przepuklinie z towarzyszącymi cechami patologii w obrębie jamy brzusznej	laparotomia, appendektomia, pierwotna naprawa bez użycia siatki i leczenie towarzyszących chorób

Piśmiennictwo

- Amyand C.: VIII. Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix coeci, incrusted with stone; and some observations on wounds in the guts. *Phil Trans R Soc* 1736; 39: 329–342.
- Emmanuel A., Murchan P., Wilson I. i in.: The value of hyperbilirubinaemia in the diagnosis of acute appendicitis. *Ann R Coll Surg Engl* 2011; 93(3): 213–217.
- Al-Ramli W., Khodear Y., Aremu M. i in.: A complicated case of amyand's hernia involving a perforated appendix and its management using minimally invasive laparoscopic surgery: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2016; 29: 215–218.
- Torres Perez-Iglesias C.A., Kim T.B., Marinov M.: Amyand's Hernia and Complicated Appendicitis Presenting as an Abdominal Wall Abscess. *ACS Case Reviews in Surgery* 2022; 3(8): 74–78.
- Bessa S.S., Abdel-fattah M.R., Al-Sayes I.A. i in.: Results of prosthetic mesh repair in the emergency management of the acutely incarcerated and/or strangulated groin hernias: a 10-year study. *Hernia* 2015; 19(6): 909–914.
- Biolini C., de Miranda J.S., Tanaka E.Y. i in.: The use of synthetic mesh in contaminated and infected abdominal wall repairs: challenging the dogma-A long-term prospective clinical trial. *Hernia* 2020; 24(2): 307–323.
- Papaziogas B., Lazaridis Ch., Makris J. i in.: Tension-free repair versus modified Bassini technique (Andrews technique) for strangulated inguinal hernia: a comparative study. *Hernia* 2005; 9(2): 156–159.
- Dai W., Chen Z., Zuo J. i in.: Risk factors of postoperative complications after emergency repair of incarcerated groin hernia for adult patients: a retrospective cohort study. *Hernia* 2019; 23(2): 267–276.
- Chatzimavroudis G., Papaziogas B., Koutelidakis I. i in.: The role of prosthetic repair in the treatment of an incarcerated recurrent inguinal hernia with acute appendicitis (inflamed Amyand's hernia). *Hernia* 2009; 13(3): 335–337.
- Losanoff J.E., Basson M.D.: Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia* 2008; 12(3): 325–326.

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Jacek Dudzik
Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej
z częścią urazową, Szpital Wolski
ul. Kasprzaka 17
01-211 Warszawa

Marek Stańczyk
tel. 721-064-597
e-mail:
marekstanczyk2610@gmail.com