

Pourazowa przepuklina płuca – opis przypadku

Post-traumatic hernia – a case report

Maciej Nowicki,² Mariusz Chabowski,^{1,2} Jacek Śmigielski^{2,3}

¹ Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu; kierownik: prof. dr hab. med. Tomasz Szydełko

² Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu; kierownik: dr hab. med. Jacek Śmigielski

³ Zakład Chirurgii Wojskowej, Katedra Nauk Wojskowo-Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi; kierownik: dr hab. med. Jacek Śmigielski

Streszczenie. Przepukliny płucne są rzadko występującym późnym powikłaniem złamania żeber. Sposób zaopatrzenia jest szeroki: od techniki mało inwazyjnej po techniki z użyciem różnych syntetycznych materiałów albo płatów mięśniowych. Celem pracy jest przedstawienie przypadku chorego z pourazową przepukliną płucną. Metody. Wykonano plastykę przepukliny pięcioma szwami pojedynczymi, zbliżając do siebie rozstąpione fragmenty żeber 8 i 9, typowo jak przy zamykaniu płatki piersiowej. Wyniki. W ocenie zarówno zespołu operacyjnego, jak i chorego efekty plastyki po 3 miesiącach były dobre.

Słowa kluczowe: przepuklina płucna, przepuklina Sibsona, powikłanie pourazowe

Abstract. Lung hernias are rare and late complications of the rib fracture. There is a wide range of treatment methods from minimally invasive surgery to surgery methods using various synthetic materials or own muscular flaps. The aim of the study is to present a case of patient with post-traumatic lung hernia. Methods. A hernioplasty with 5 single stitches was performed, bringing together the displaced fragments of the 8th and 9th rib, as it is usually made during sternal closure. Results. Three months after the plasty, the results were estimated well both by the surgical team and the patient.

Key words: lung hernia, post-traumatic complications, Sibson hernia

Nadesłano: 16.10.2019. Przyjęto do druku: 13.12.2019

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2020; 98 (1): 1–3

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji

lek. Maciej Nowicki

Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny

ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław

tel. +48 261 660 247, fax +48 261 660 245

e-mail: m.r.nowicki@wp.pl

Wstęp

Złamania żeber występują u około 10% chorych po urazach [1] i stanowią jedno z najczęstszych następstw urazów klatki piersiowej. Do złamań żeber dochodzi w 40% przypadków obrażeń klatki piersiowej. Liczba, lokalizacja, a także obrażenia wtórne spowodowane złamaniem determinują ich konsekwencje, a zatem sposób leczenia. Do powikłań wczesnych złamań żeber należą między innymi odma, krwiak i stłuczenie płuca. Większość złamań żeber goi się dobrze i nie pozostawia po sobie żadnych następstw [2]. Do powikłań późnych można zaliczyć przewlekłe dolegliwości bólowe klatki piersiowej. W pracy opisano rzadki przypadek powikłania późnego złamania żeber pod postacią przepukliny płucnej.

Przepuklinę płucną definiuje się jako wypadnięcie fragmentu miąższu płucnego wraz z opłucną ścienną poza jamę opłucnową. Pierwszy podział tych przepuklin został wprowadzony przez Marelą-Lavelle'a w 1847 r. W literaturze światowej opisano dotąd kilkaset takich przypadków. Sposób zaopatrzenia jest szeroki: od technik mało inwazyjnych po techniki otwarte z użyciem różnych syntetycznych materiałów albo płatów mięśniowych [3–5]. W pracy przedstawiono przypadek chorego, u którego wykonano plastykę ściany klatki piersiowej z powodu pourazowej przepukliny płucnej.

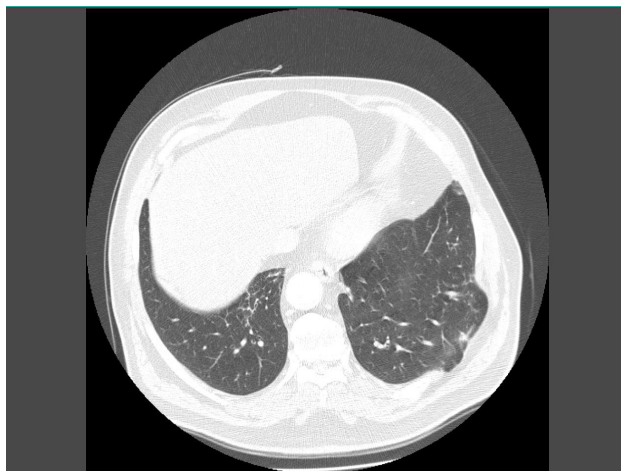
Opis przypadku

58-letni chory został skierowany do Poradni Torakochirurgicznej z Poradni Leczenia Bólu, gdzie był leczony w związku z pourazowymi dolegliwościami bólowymi klatki piersiowej. Przed rokiem doznał mnogiego złamania żeber IV–X po stronie lewej przez gałąź podczas karczowania czereśni. Kilka miesięcy po urazie podczas forsownego kaszlu doszło do nagłego przemieszczenia żeber i pojawiła się przepuklina płucna. Złamane w odcinku tylnym VIII żebro po oderwaniu od łuku chrzęstnego przemieściło się do dołu, wytwarzając duży ubytek w przestrzeni międzyżebrowej o wymiarach 5 × 30 cm. Przy oddychaniu widoczne było uwypuklenie się płuca poza jamę opłucnową. Powodowało to dużą niestabilność klatki piersiowej, a ruchome żebra wywoływały silne dolegliwości bólowe. Diagnostykę uzupełniono o TK klatki piersiowej z rekonstrukcją 3D (ryc. 1-3), aby lepiej przygotować się do zabiegu. Dodatkowym problemem, który nasilał dolegliwości i pogarszał ogólną sprawność chorego, była otyłość (BMI 38).

Chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Przed zabiegiem zalecono redukcję masy ciała. W ciągu dwóch miesięcy chory schudł 18 kilogramów. BMI spadło do 32. Chory stał się sprawniejszy, znacznie poprawiła się wydolność oddechowa, a dolegliwości bólowe klatki piersiowej się zmniejszyły. Śródoperacyjnie potwierdził się obraz radiologiczny. Uwidoczniono rozejście się żeber VIII i IX, które spowodowało przemieszczenie się płuca na zewnątrz jamy opłucnowej przy głębokim wdechu (ryc. 4.). Po oczyszczeniu żeber i wypreparowaniu odpowiednich warstw mięśniowych zbliżono fragmenty żeber VIII i IX, typowo jak przy zamykaniu klatki piersiowej pięcioma szwami pojedynczymi. Założono dren do jamy opłucnowej z osobnego cięcia. Następnie zaszyto warstwowo mięśnie i skórę. Efekt plastyki był bardzo dobry. Przebieg po zabiegu niepowikłany. W drugiej dobie po zabiegu usunięto dren, a w trzeciej chorego wypisano do domu.

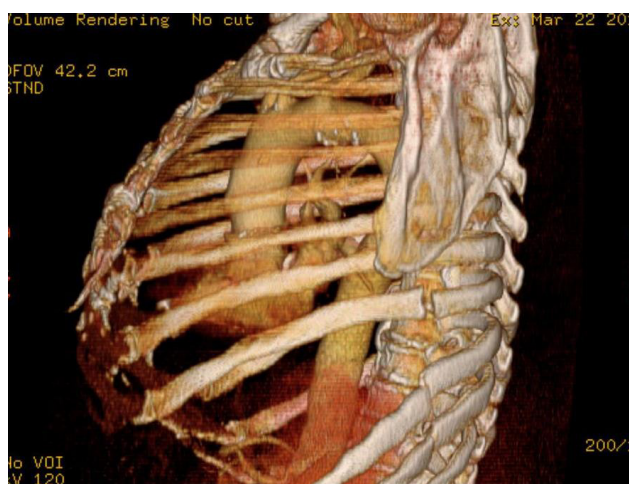
Omówienie i wnioski

Złamania żeber rzadko dają powikłania odległe. W pracy przedstawiono jedno z takich powikłań – przepuklinę płucną. Chory został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego ze względu na przewlekłe dolegliwości bólowe klatki piersiowej i problemy z prawidłowym torem oddychania. Przepukliny płucne pojawiają się nie tylko po urazach, ale również po torakotomiach i zabiegach mało inwazyjnych. Jak podaje literatura światowa, istnieją różne metody zaopatrzenia takich przepuklin [3-5]. Można je wykonać w technikach wideo i otwartych z użyciem różnych syntetycznych materiałów (np. typu Codubix, siatek0, Gore-texu, politetrafluoroetyleny czy



Rycina 1. Rekonstrukcja kośćca klatki piersiowej w 3D z widocznym ubytkiem międzyżebrowym

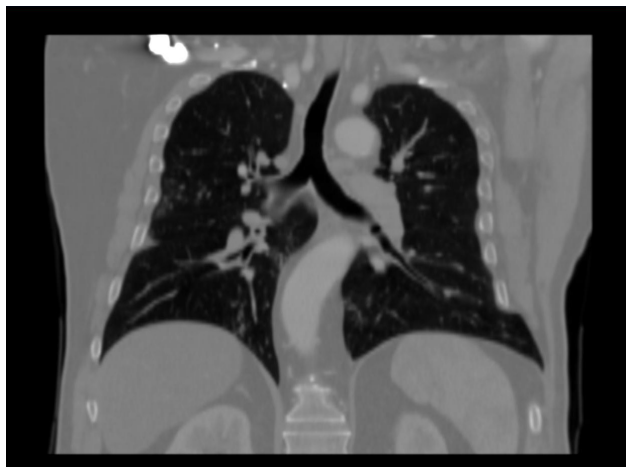
Figure 1. Chest bone reconstruction VRT. Rib defect can be seen.



Rycina 2. Obraz śródoperacyjny przepukliny płucnej

Figure 2. Intraoperative view of lung hernia

prętów tytanowych) albo przemieszczonych płatów mięśniowych. W opisywanym przypadku zastosowano prostą technikę typową dla klasycznego zamykania ściany klatki piersiowej podczas torakotomii. Efekt plastyki po 3 miesiącach został uznany za dobry zarówno przez zespół operacyjny, jak i przez chorego. Chory pozostaje pod stałą opieką poradni torakochirurgicznej.



Rycina 3. Przepuklina płucna w obrazie TK w płaszczyźnie poprzecznej
Figure 3. CT scan – cross section of lung hernia



Rycina 4. Przepuklina płucna w obrazie TK w płaszczyźnie czołowej
Figure 4. CT scan – coronal plane of lung hernia

Piśmiennictwo

1. Wijffels M, Prins J, Polinder S, et al. Early fixation versus conservative therapy of multiple, simple rib fractures (FixCon): protocol for a multicenter randomized controlled trial. *World J Emergency Surg* 2019; 14: 38
2. Brongel L, Lasek J, Słowiński K. Podstawy współczesnej chirurgii urazowej. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2008
3. Wiens S, Hunt I, Mahood J, et al. Novel fixation technique for the surgical repair of lung hernias. *Ann Thorac Surg*, 2009; 88: 1034–1035
4. Forty J, Wells F. Traumatic intercostal pulmonary hernia. *Engl Ann Thorac Surg*, 1990; 49: 670–601
5. Khalil M, Masala N, Waller DD, et al. Surgical repair of post-traumatic lung hernia using video-assisted open technique. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2008; 7: 506–507