

W pracy opisano przypadek 76-letniego mężczyzny operowanego z powodu objawów krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i stwierdzonego w badaniu kolonoskopowym guza jelita grubego, przewężającego światło. Śródoperacyjnie rozpoznano pętlę okrężnicy esowatej z okrężnym naciekiem raka w obrębie istniejącej od lat prawostronnej nieodprowadzalnej przepukliny mosznowej. Wykonano częściową resekcję esicy z guzem z dostępu w prawej pachwinie i zespolono jelito grube, odtwarzając ciągłość przewodu pokarmowego w obrębie jamy brzusznej. Następnie wykonano plastykę kanału pachwinowego prawego sposobem Halsteda. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań. W dostępnym piśmiennictwie opisano jedynie pojedyncze przypadki takiego nietypowego przebiegu raka jelita grubego, ale nie liczne dotychczas znane doniesienia dotyczą tylko zabiegów nieodprowadzalnej przepukliny pachwinowej lewostronnej i stwierdzenia w obrębie uwięźniętego jelita grubego nacieku raka. W niektórych z nich następowała martwica i perforacja ściany jelita grubego. W piśmiennictwie medycznym z tego zakresu nie opisano natomiast powstania raka jelita grubego zlokalizowanego w pętli esicy, w obrębie wieloletniej prawostronnej przepukliny pachwinowej, tak jak stwierdzono w opisanym przypadku. W pracy omówiono również trudności diagnostyczne, technikę operacji oraz przegląd piśmiennictwa dotyczącego tej tematyki.

**Słowa kluczowe:** przepuklina pachwinowa, przepuklina mosznowa, rak jelita grubego, niedrożność jelit.

## Rak okrężnicy esowatej w obrębie prawostronnej nieodprowadzalnej przepukliny mosznowej

*Cancer of the sigmoid colon in an incarcerated right scrotal hernia*

Janusz Godlewski<sup>1,2</sup>, Michał Tenderenda<sup>1</sup>, Maciej Biernacki<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej, Katedra Onkologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

<sup>2</sup>Katedra Histologii i Embriologii Człowieka, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

<sup>3</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

### Wstęp

Przepukliny pachwinowe są częstym schorzeniem leczonym na oddziałach chirurgicznych, podobnie często spotyka się chorych z niedrożnością przewodu pokarmowego powodowaną przez zamykający światło jelita grubego naciek nowotworu złośliwego. Współistnienie tych dwóch chorób, a więc obecność nieodprowadzalnej pętli okrężnicy esowatej z rakiem w obrębie przepukliny pachwinowej, jest jednak niezwykle rzadkie.

### Opis przypadku

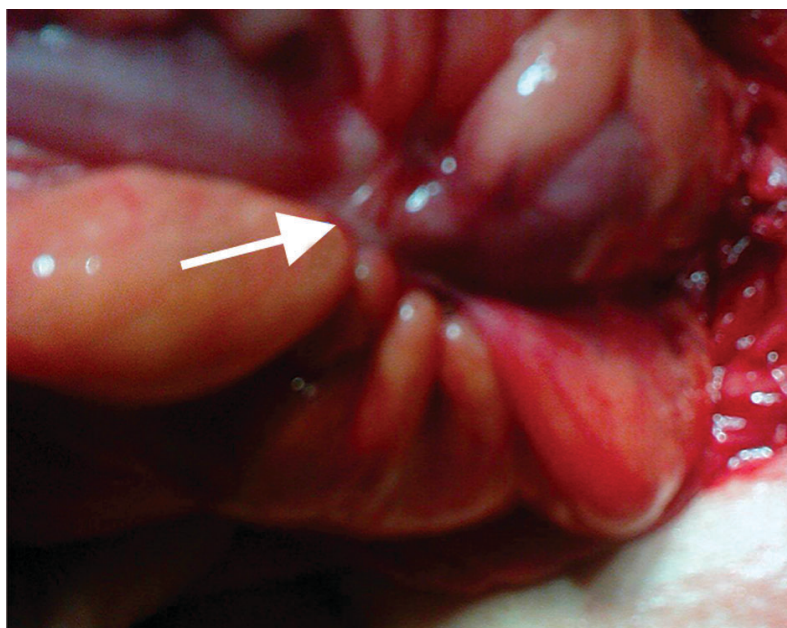
Mężczyzna, lat 76, chorujący na płaskonabłonkowego raka płuca został skierowany na Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego. W badaniu kolonoskopowym, 30 cm od zwieraczy odbytu zlokalizowano krwawiący okrężny naciek nowotworowy okrężnicy esowatej. W badaniu przedmiotowym przed operacją stwierdzono przepuklinę pachwinową lewostronną i nieodprowadzalną prawostronną przepuklinę pachwinową schodzącą do moszny. W wywiadzie chory nie potrafił podać czasu powstania tych przepuklin, ale z zebranych danych wynikało, że istniały one od wielu lat.

Chory był operowany po przygotowaniu nazajutrz po przyjęciu. Po otwarciu brzucha, z dostępu typowego dla planowanej resekcji esicy, śródoperacyjnie stwierdzono pętlę okrężnicy esowatej wchodzącą we wrota prawostronnej przepukliny mosznowej. Przepuklina była nieodprowadzalna do jamy brzusznej, a pozostałe części jelita grubego niezmienione. Spowodowało to konieczność wytworzenia nowego dostępu przez cięcie w pachwinie prawej. Po otwarciu olbrzymiego worka przepuklinowego znaleziono w nim długą, przerośniętą pętlę okrężnicy esowatej, a także raka przewężającego jelito. Nowotwór nie naciekał tkanek przyległych. Nie stwierdzano objawów zadziergnięcia ani pętli jelita, ani jego krezki. Mimo drugiego cięcia nie można było odprowadzić tej dużej pętli okrężnicy esowatej do jamy brzusznej przez istniejące wrota przepukliny, poszerzenie tych wrót również nie przyniosło efektu. Z tego powodu w obrębie prawej pachwiny odcinkowo wycięto jelito esicze z rakiem w granicach tkanek zdrowych razem z przyległą krezką. Zresekowany odcinek esicy miał ponad 30 cm długości. Dwa końce jelita grubego i jego krezkę przeprowadzono przez wrota przepukliny i zespolono w obrębie jamy brzusznej koniec do końca, odtwarzając ciągłość przewodu pokarmowego. Ze względu na otwarcie światła jelita grubego pole operacyjne w obrębie pachwiny uznano za skażone i po wycięciu worka przepukli-

The case of a 76-year-old man with symptoms of bleeding from the lower part of the alimentary tract and tumour closing the lumen of the colon diagnosed in the colonoscopic examination is presented. An incarcerated loop of sigmoid colon with annular constricting tumour in the right scrotal hernia which the patient had had for a period of many years was detected during the operation. Partial resection of the sigmoid colon with tumour through the right inguinal approach and colon reconstruction by end-to-end anastomosis in the abdominal cavity during laparotomy was performed followed by hernioplasty according to Halsted. There was no complication during the postoperative period. Analysis of the literature has shown the rare possibility of such a course of colon cancer. The casuistic publications, known so far, presented the possibility of incarcerated inguinal or scrotal left side hernia with strangulated colon and incidental presence of cancer. Necrosis and perforation of the colonic wall were also described in some of these records. This paper describes the first case in the available literature initially operated on because of colon cancer symptoms and following intraoperative diagnosis of a tumour in an incarcerated colon loop inside the right scrotal hernia sac. Diagnostic problems, surgical technique and a review of the literature are presented.

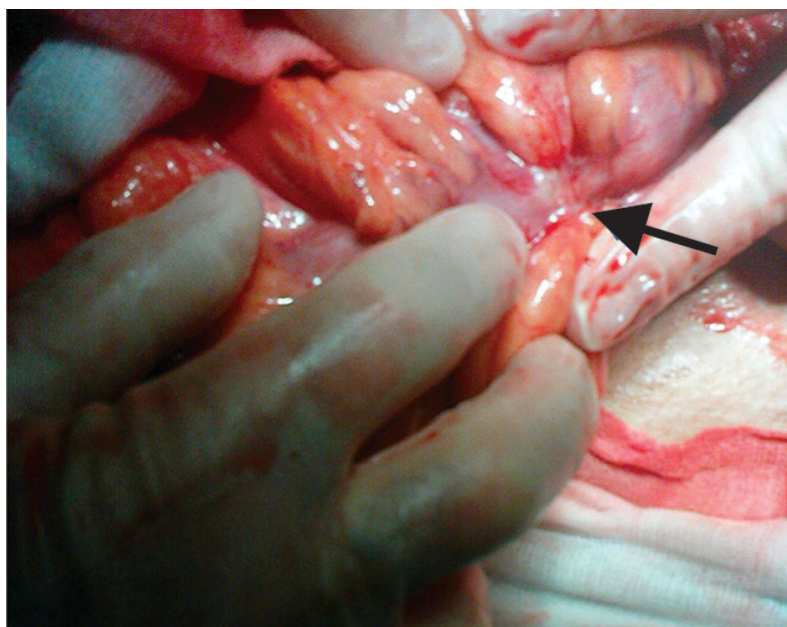
**Key words:** inguinal hernia, scrotal hernia, colon cancer, large bowel obstruction

nowego wykonano plastykę kanału pachwinowego sposobem Halsteda, nie decydując się na wszycie siatki z materiału sztucznego. Następnie zamknięto ścianę brzucha w obrębie wcześniej wykonanego cięcia przyprostego dolnego lewego szwem warstwowym. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Chorego wypisano do domu w 10. dobie po operacji, z odpowiednimi zaleceniami.



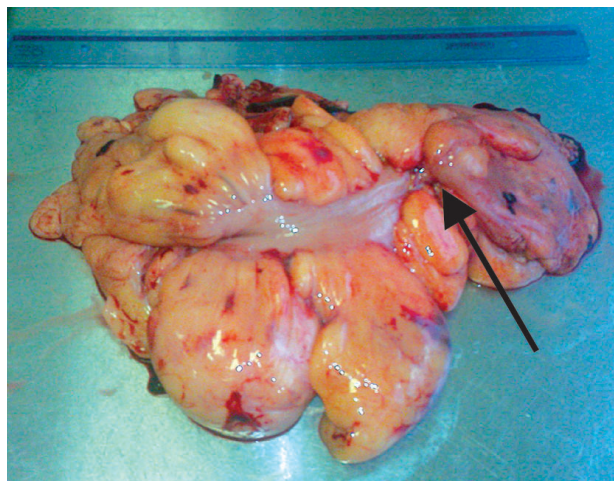
**Ryc. 1.** Okrężnica esowata z przewężającym jelito rakiem (oznaczony strzałką). Dostęp operacyjny w pachwinie prawej

**Fig. 1.** Sigmoid colon constricted by neoplastic tumour (marked by arrow). Operation approach in right inguinal region



**Ryc. 2.** Przerośnięta, pogrubiała i nieodprowadzalna pętla okrężnicy esowatej w obrębie pachwiny prawej. Nacieki raka wyraźnie przewęża jelito (oznaczony strzałką)

**Fig. 2.** Thick, hypertrophic and incarcerated colon loop within right inguinal region. Colon is significantly constricted by cancer invasion (marked by arrow)



**Ryc. 3.** Preparat pooperacyjny jelita grubego. Wycięty odcinek ma ponad 30 cm długości. Ściana jelita jest pogrubiała, uwagę zwracają duże przerośnięte przyczepki jelita. Naciek raka oznaczono strzałką  
**Fig. 3.** Postoperative preparation of colon. Resected part is over 30 cm long. The wall of the colon is thicker than normal. Large, hypertrophic epiploic appendixes are visible. Cancer invasion is marked by an arrow

## Omówienie

Przepukliny pachwinowe są częstym schorzeniem leczonym na oddziałach chirurgicznych, a nowoczesne techniki operacyjne zapewniają wyleczenie i bardzo dobry komfort życia po przebytej operacji. Obecnie szeroko stosuje się metody zabiegowe beznapięciowej plastyki przepuklin pachwinowych, także z użyciem siatek z tworzywa sztucznego [1].

Z kolei rak jelita grubego to najczęstszy nowotwór przewodu pokarmowego, z liczbą nowych zachorowań ok. 13 000 osób – dane za 2005 r. Nadal często rozpoznawany jest późno, w stopniu zaawansowanym, powodując istotne dolegliwości i powikłania. Szacuje się, że ok. 20% przypadków raka jelita grubego jest operowanych z powodu powikłań choroby: niedrożności, krwawienia lub perforacji jelita, bez wcześniejszej weryfikacji histopatologicznej [2]. Wystąpienie objawów niedrożności znacznie obciąża chorego, zwiększa ryzyko operacji i pogarsza rokowanie co do powrotu do zdrowia, dlatego leczenie operacyjne jest prowadzone ze wskazań życiowych po niezbędnym przygotowaniu chorego.

Z tych względów właściwe rozpoznanie stanu ściany jelita grubego i rozmiarów nacieku nowotworowego następuje śródoperacyjnie i często podczas zabiegu wprowadza się modyfikację przyjętego wcześniej planu.

Istnienie raka okrężnicy w obrębie nieodprowadzalnej przepukliny pachwinowej jest dużą rzadkością. W piśmiennictwie raportowano pojedyncze przypadki na przestrzeni wielu lat. W zbiorczym zestawieniu z 2007 r. podane są tylko 23 przypadki pierwotnego raka jelita grubego w obrębie przepukliny pachwinowej [3].

Większość dostępnych doniesień opisuje pacjentów z ostrymi objawami uwięźniętej przepukliny pachwinowej, którzy byli operowani z planem uwolnienia zadziergniętej

pętli jelitowej, a śródoperacyjnie stwierdzano u nich raka w obrębie jelita grubego. U części z nich dochodziło do perforacji w obrębie nacieku nowotworowego i powodowało to konieczność wytonienia jelita jako odbytu sztucznego [4–7].

Także ze względu na anatomiczne uwarunkowania częściej opisywano uwięźnięcia okrężnicy esowatej w obrębie lewostronnej przepukliny pachwinowej, a tylko w dwóch przypadkach podana jest strona prawa [4, 8].

U opisanego pacjenta przepuklina z pętlą esiczą powstała po prawej stronie ciała, co już stanowi rzadki wariant przepuklin wślizgowych. Ze względu na długi czas istnienia przepukliny i jej wąskie wrota w stosunku do bardzo dużej pętli okrężnicy esowatej można uznać, że rak jelita grubego rozwinął się w obrębie tej nieodprowadzalnej części jelita. To czyni ten rzadki przypadek jeszcze bardziej szczególnym.

Warte podkreślenia jest również to, że odmiennie niż w dostępnym piśmiennictwie omawiany pacjent był wyjściowo operowany z powodów objawów krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego w przebiegu raka i niedrożności jelita stwierdzanej w badaniu kolonoskopowym, a nie z powodu objawów uwięźnięcia przepukliny pachwinowej, jak to podano w innych źródłach.

## Piśmiennictwo

1. Mackiewicz Z. Współczesne leczenie przepuklin brzusznych. PZWL, Warszawa 2006.
2. Krzakowski M (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Polska Unia Onkologii 2009; 157-62.
3. Slater R, Amatya U, Shorthouse AJ. Colonic carcinoma presenting as strangulated inguinal hernia: report of two cases and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2008; 12: 255-8.
4. Boormans JL, Hesp WL, Teune TM, et al. Carcinoma of the sigmoid presenting as a right inguinal hernia. *Hernia* 2006; 10: 93-6.
5. Kouraklis G, Kouskos E, Glinavou A, et al. Perforated carcinoma of the sigmoid colon in an incarcerated inguinal hernia: report of a case. *Surg Today* 2003; 33: 707-8.
6. Cervinka A, Inaba K, Wall WJ. Surgical images: soft tissue obstructing colon carcinoma in an irreducible scrotal hernia. *Can J Surg* 2003; 46: 359-60.
7. Ruiz-Tovar J, Ripalda E, Beni R, et al. Carcinoma of the sigmoid colon in an incarcerated inguinal hernia. *Can J Surg* 2009; 52: 31-2.
8. Sakorafas GH, Peros G. Obstructing sigmoid cancer in a patient with a large, tender, non-reducible inguinal hernia: the obvious diagnosis is not always the correct one. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008; 17: 72-3.

## Adres do korespondencji:

dr n. med. **Janusz Godlewski**  
 ul. Bankowców 35  
 10-628 Olsztyn  
 tel. 698 694 528  
 e-mail: janusz350@poczta.onet.pl