

# BÁO CÁO CA LÂM SÀNG THOÁT VỊ THẮT LƯNG HAI BÊN KHÔNG ĐỐI XỨNG VÀ ĐIỀM LẠI Y VẤN

Trần Văn Vinh<sup>1,✉</sup>, Đỗ Thị Minh Hiền<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

<sup>2</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

*Thoát vị thắt lưng là bệnh lý hiếm gặp. Việc xuất hiện đồng thời thoát vị thắt lưng trên (Grynfeltt) và dưới (Petit) không đối xứng ở cùng một bệnh nhân là cực kỳ hy hữu. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng nữ, 68 tuổi, tiền sử viêm đa khớp, tăng huyết áp, đặt stent động mạch vành và Hội chứng cushing. Chụp cắt lớp vi tính xác định ngoài khối thoát vị thắt lưng trên bên trái còn phối hợp đồng thời thoát vị thắt lưng dưới bên phải. Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (eTEP). Phẫu thuật diễn ra thuận lợi trong 75 phút. Lưới nhân tạo được đặt để che phủ toàn bộ lỗ thoát vị bên trái sau khi đã giải phóng tạng thoát vị và khâu kín ổ bao. Hậu phẫu ổn định, bệnh nhân ra viện sau 7 ngày và không tái phát sau 1 tháng. Kỹ thuật eTEP là giải pháp can thiệp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả, giúp phục hồi vững chắc thành bụng cho các trường hợp thoát vị thắt lưng phức tạp.*

**Từ khóa:** Thoát vị thắt lưng, tam giác Grynfeltt, tam giác Petit, phẫu thuật eTEP.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị thắt lưng bao gồm 2 loại là thoát vị tam giác thắt lưng trên và thoát vị tam giác thắt lưng dưới. Thoát vị tam giác thắt lưng dưới do Jean-Louis-Petit mô tả vào năm 1783 được coi là một điểm yếu giải phẫu ở vùng thắt lưng sau. Thoát vị qua tam giác thắt lưng trên (Grynfeltt-Lesshaft hernia) được mô tả lần đầu tiên vào cuối thế kỷ XIX bởi Grynfeltt (1866) và Lesshaft (1870) và đến nay vẫn mang tên ông.<sup>1,2</sup> Hiện nay, trong y văn thế giới chủ yếu dưới dạng các báo cáo ca lâm sàng với số lượng hạn chế. Năm 2020 Rafols và Bergholz báo cáo tổng hợp được khoảng 400 ca thoát vị thắt lưng trong các tạp chí khoa học, cơ chế bệnh sinh có nhiều điểm đáng lưu ý và đang tiếp tục được các tác giả tiếp tục nghiên cứu.<sup>3</sup> Thoát vị thắt lưng Grynfeltt-Lesshaft là loại thoát vị thành bụng hiếm gặp nhất, là một thể hiếm gặp của

thoát vị thành bụng sau, chỉ chiếm từ 1,5% đến 2% tổng số ca bệnh được mô tả cho đến nay.<sup>4</sup>

Thoát vị thắt lưng là sự “thoát ra” của các tạng ra thành bụng sau qua khe hở giữa các lớp cơ - xương. Khe hở này có thể là khiếm khuyết giải phẫu hoặc hậu quả sau chấn thương. Giải phẫu của 2 tam giác được coi là điểm yếu của vùng này có giới hạn như sau:

### **Tam giác thắt lưng trên**

- + Bờ sau của cơ chéo trong (trước).
- + Bờ trước của xương cùng gai và cơ vuông thắt lưng (sau).
- + Xương sườn 12 và cơ răng cưa sau dưới (trên).

+ Cơ chéo ngoài và cơ lưng rộng (mái).

+ Cơ cân ngang bụng (sàn).

### **Tam giác thắt lưng dưới**

+ Bờ sau của cơ chéo ngoài (phía trước).

+ Bờ trước của cơ lưng rộng (phía sau).

+ Mào chậu (dưới).

+ Cân nông (sàn).

Trên thực tế lâm sàng, thoát vị thắt lưng không quá khó chẩn đoán nếu được nghĩ đến, nhưng cũng có thể chẩn đoán nhầm do biểu

Tác giả liên hệ: Trần Văn Vinh

Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

Email: bstranvanvinh@gmail.com

Ngày nhận: 26/03/2026

Ngày được chấp nhận: 15/04/2026

hiện không đặc hiệu như khối phòng vùng thất lưng, đau âm ỉ hoặc khó chịu mơ hồ ở lưng. Bệnh cần chẩn đoán phân biệt với u phần mềm như lipoma, áp xe hoặc khối tụ máu... Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán phân biệt và đánh giá mức độ vị trí khiếm khuyết của thành bụng sau và nội dung thoát vị. Do bệnh lý là điểm yếu về giải phẫu nên điều trị đặc hiệu là phẫu thuật, có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật mở hoặc nội soi, có hoặc không đặt tấm lưới nhân tạo, tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa thực sự thống nhất về phương pháp phẫu thuật tối ưu nhất cho bệnh lý này.<sup>5</sup>

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 68 tuổi, nhập viện tháng 11/2025 tại khoa Ngoại Tiêu hoá - Ổ bụng Bệnh viện Đa khoa Hải Dương. Tiền sử bệnh nhân có đặt stent động mạch vành cách 4 tháng, hiện đang duy trì điều trị thuốc chống đông Aspirin 81 mg và Clopidogrel 75 mg/ngày. Ngoài ra, bệnh nhân có viêm đa khớp nhiều năm điều trị không đều, tăng huyết áp duy trì Amlor 5 mg/ngày và hội chứng Cushing hiện không dùng thuốc.

Lý do vào viện vì đau tức vùng thất lưng trái kéo dài nhiều ngày, kèm theo xuất hiện khối phòng vùng thất lưng trái có kích thước thay đổi, to lên khi đi lại hoặc vận động nhiều và giảm khi nghỉ ngơi. Khi khối phòng to, bệnh nhân đau tăng và kèm cảm giác tức bụng. Vùng thất lưng bên phải không có triệu chứng.

Khám lâm sàng vùng thất lưng phải không rõ khối. Vùng tam giác thất lưng trên trái có khối thoát vị kích thước thay đổi theo tư thế khoảng 5 x 6 cm, ấn đau tức, cổ rộng, tạng thoát vị tự vào trong ổ bụng khi nằm nghiêng phải và phồng to khi bệnh nhân đứng (Hình 1).

Bệnh nhân được chỉ định làm các xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường (kết quả Số lượng Hồng cầu: 4,1 T/l; số lượng Bạch cầu: 5,6 G/l; Glucose máu: 5,2 mmol/l; Ure: 4,3

mmol/l; Creatinin: 46 µmol/l; GOT: 16 mmol/l; GPT: 23 mmol/l; chức năng đông máu PT: 69 %; INR: 1,2).

Siêu âm ổ bụng ghi nhận hình ảnh thoát vị thành bụng vùng thất lưng trái, tương ứng với vị trí tổn thương trên lâm sàng; đường kính cổ túi thoát vị ước tính khoảng 52 mm, thành phần thoát vị là mạc nối và đại tràng trái. Không thấy mô tả khối thoát vị thất lưng phải trên siêu âm.

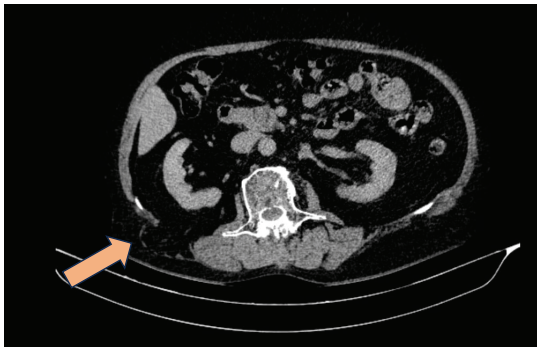
CT scanner có hình khuyết thành bụng vùng thất lưng 2 bên. Hình khuyết thành bụng vùng tam giác thất lưng dưới bên phải, đường kính cổ bao 2,1 cm phù hợp thoát vị tam giác thất lưng dưới Jean-Louis-Petit bên phải (Hình 2a). Hình khuyết thành bụng vùng tam giác thất lưng trên bên trái, đường kính cổ bao 5,6 cm, kèm thoát vị tổ chức mỡ, phù hợp với thoát vị thất lưng trên Grynfeltt-Lesshaft bên trái (Hình 2b).

Bệnh nhân được chẩn đoán: Thoát vị thất lưng 2 bên/ stent động mạch vành đang duy trì chống đông, tăng huyết áp, viêm đa khớp, Hội chứng Cushing. Bệnh nhân đã được giải thích rõ tình trạng bệnh và các phương án phẫu thuật. Do có nhiều bệnh nền và khối thoát vị bên phải không triệu chứng, bệnh nhân xin chỉ phẫu thuật bên trái vì khối thoát vị bên trái to đau nhiều. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi hoàn toàn qua ngã trước phúc mạc kiểu eTEP-plus (phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc mở rộng trường mổ có khâu phục hồi cổ bao thoát vị). Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm nghiêng phải. Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, phụ phẫu thuật viên đứng bên phải phẫu thuật viên, dụng cụ viên và màn hình hiển thị trường mổ ở phía đối diện người mổ (Hình 3).

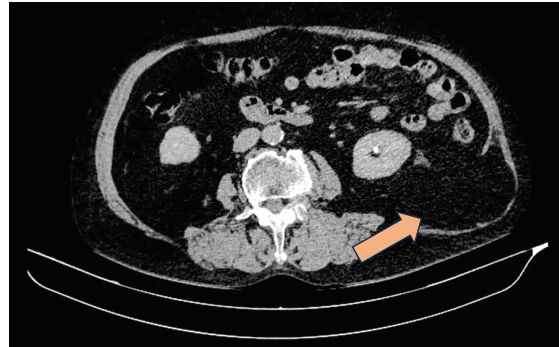
Tổng số có 03 Trocar được sử dụng, Trocar đầu tiên được đặt tại đường trắng bên bên trái ngang rốn, mở từng lớp thành bụng theo kỹ thuật Hasson tới khi nhìn thấy phúc mạc nhưng không chọc thủng phúc mạc. Dùng gạc nội soi và nòng Trocar đầu tù bóc tách tạo khoang



**Hình 1. Khối thoát vị thắt lưng trái khi nhập viện**



*a. Hình ảnh thoát vị bên phải trên CT-Scanner  
(thoát vị thắt lưng dưới Jean-Louis-Petit)*



*b. Hình ảnh thoát vị bên trái trên CT-Scanner  
(thoát vị thắt lưng trên Grynfeltt-Lesshaft)*

**Hình 2. Hình ảnh thoát vị trên CT-Scanner**

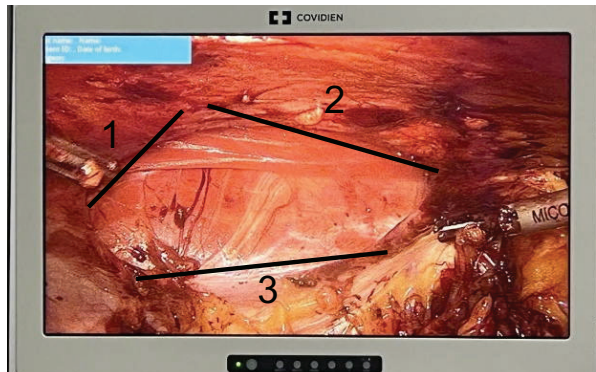
trước phúc mạc vùng tam giác thắt lưng trên bên trái. Bơm hơi khoang trước phúc mạc với áp lực 12 mmHg. Các Trocar thứ 2 (10 mm) và Trocar thứ 3 (5mm) lần lượt được đặt tại hố chậu trái và hạ sườn trái dưới sự quan sát của Camera (Hình 3). Tiếp tục gỡ dính kiểm tra phát hiện cổ bao thoát vị tương ứng vị trí tam giác thắt lưng trên, đường kính cổ bao rộng khoảng ~ 5x6 cm. Quan sát trực tiếp qua bao thoát vị thấy nội dung thoát vị gồm mạc nối lớn và đại tràng xuống, các tạng thoát vị còn hồng có ít dịch trong bao. Tiến hành giải phóng toàn bộ bao thoát vị kèm tạng thoát vị trả lại bao thoát vị vào trong ổ bụng, bộc lộ cổ bao và xác định rõ các giới hạn giải phẫu của khe hở thành bụng

(Hình 4). Khâu kín cổ bao thoát vị bằng chỉ Prolen 2.0 tăng cường HemOlock. Đặt 01 tấm lưới nhân tạo kích thước 10 x 15 cm trước phúc mạc, cố định lưới bằng Protack. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật hoàn toàn qua ngả trước phúc mạc nên không cần thực hiện khâu phục hồi phúc mạc, kết thúc cuộc mổ chỉ cần tháo hơi và đóng các lỗ Trocar tại chỗ, không cần đặt dẫn lưu vùng mổ.

Diễn biến sau mổ ổn định, người bệnh được ra viện ngày thứ 7 sau mổ. Chúng tôi tiến hành khám lại trên lâm sàng và siêu âm kiểm tra vào thời điểm sau mổ 02 tuần và 04 tuần, ghi nhận bệnh khởi hoàn toàn không biến chứng.(Hình 5)



**Hình 3. Tư thế bệnh nhân và vị trí Trocar**



**Hình 4. Cổ bao thoát vị**

1. Bờ dưới xương sườn 12 và cơ răng sau dưới;  
2. Cơ chéo bụng trong; 3. Cơ vuông thắt lưng



**Hình 5. Khám lại 4 tuần sau mổ ( phía lưng)**

### III. BÀN LUẬN

Theo tác giả Moreno-Egea, nguyên nhân thoát vị thắt lưng có thể bẩm sinh hoặc mắc phải. Bẩm sinh do khiếm khuyết giải phẫu thành bụng chủ yếu gặp ở tam giác thắt lưng dưới Jean-Louis-Petit, chiếm khoảng 10 - 20%.

Thoát vị mắc phải sau chấn thương hoặc phẫu thuật chiếm 80 - 90% thường ở tam giác thắt lưng trên Grynfeltt-Lesshaft.<sup>5</sup>

Năm 2015 Scheffler đã nghiên cứu và thống kê tóm tắt các yếu tố liên quan bệnh như sau<sup>6</sup>:

**Bảng 1. Các yếu tố liên quan bệnh<sup>6</sup>**

<b>Nguyên nhân</b>	Bẩm sinh (liên quan đến sự phát triển bất thường của hệ cơ xương), sau chấn thương, sau mổ, vô căn.
<b>Tỷ lệ mắc bệnh</b>	Hiếm gặp, tỷ lệ mắc chính xác chưa được biết. Tính đến năm 2008, đã có 300 trường hợp thoát vị Grynfeltt-Lesshaft được mô tả.
<b>Tỷ lệ giới tính</b>	Tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn (thoát vị thắt lưng).

<b>Độ tuổi hay gặp</b>	Thoát vị thắt lưng có thể phát triển trong thời gian dài, thường xuất hiện nhất ở độ tuổi từ 50 đến 70.
<b>Các yếu tố nguy cơ</b>	Tiền sử mổ vùng thắt lưng, tăng áp lực ổ bụng, yếu cơ.
<b>Lựa chọn phương pháp</b>	Phẫu thuật đặt lưới nhân tạo bằng polyethylene thường được khuyến cáo, ngay cả trong trường hợp không có triệu chứng, để ngăn ngừa các biến chứng như nghẹt hoặc kẹt.
<b>Tiên lượng</b>	Kết quả khả quan sau phẫu thuật.
<b>Kết quả chẩn đoán hình ảnh</b>	Chụp X-quang: Có thể cho thấy sự hiện diện của không khí trong mô mềm thành bụng nếu nằm trong túi thoát vị. Nếu không, sẽ thấy các quai ruột giãn rộng trong trường hợp tắc nghẽn. Chụp cắt lớp vi tính: Túi thoát vị nhô ra qua tam giác thắt lưng trên, có thể chứa các tạng trong hoặc ngoài phúc mạc. Có thể cho thấy các dấu hiệu tắc ruột và/hoặc các quai ruột giãn rộng, dày lên và thâm nhiễm, thiếu sự bắt thuốc cản quang ở thành ruột và cổ trướng.

Cũng theo tác giả Scheffler, triệu chứng thoát vị thắt lưng thường là xuất hiện khối phồng to tức nặng vùng thắt lưng tăng lên khi gắng sức, ngoài ra còn có đau tức chướng bụng khi tạng thoát vị là đại tràng như trong trường hợp chúng tôi báo cáo.<sup>6</sup>

Chẩn đoán hình ảnh với siêu âm và CT-Scanner có độ đặc hiệu cao, cho phép chẩn đoán xác định bệnh, chẩn đoán phân biệt với các khối U thành bụng hoặc các tạng vùng tương ứng, khối máu tụ sau chấn thương, áp xe thành bụng...<sup>6</sup> CT-Scanner cũng giúp xác định vị trí lỗ thoát vị, thành phần thoát vị và các biến chứng kèm theo do đó giúp định hướng cho lựa chọn phẫu thuật phù hợp. Burt và cộng sự báo cáo độ nhạy của CT Scanner đối với thoát vị thắt lưng lên đến 98%.<sup>7</sup>

Lựa chọn phẫu thuật điều trị để làm lại thành bụng là ưu tiên vì kỹ thuật không quá khó, thời gian mổ không dài, ít biến chứng. Có nhiều phương pháp phẫu thuật có thể được thực hiện nhưng tất cả đều phải đạt được yêu cầu giải phóng tạng, bóc bỏ bao thoát vị, khâu kín ổ bao nếu cần và làm lại điểm yếu thành bụng.

Lựa chọn phẫu thuật nội soi hay mổ mở tùy thuộc vào rất nhiều yếu tố trong đó có trang thiết bị, gây mê, tiền sử bệnh và trình độ của phẫu thuật viên... Phẫu thuật nội soi có thể qua nội soi ổ bụng hoặc hoàn toàn qua ngã trước phúc mạc, có tăng cường trường mổ và khâu tăng cường ổ bao nếu cần thiết. Chỉ định đặt tấm lưới nhân tạo bằng phẫu thuật nội soi cho kết quả tốt và nhiều ưu điểm như ít đau sau mổ hơn so với mổ mở, không ghi nhận tái phát.<sup>3</sup>

Tại Việt Nam, năm 2023 tác giả Lê Tư Hoàng và cộng sự tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân Nam 71 tuổi, vào viện vì khối phồng đau vùng thắt lưng phải 1 năm. Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị thắt lưng dưới bên phải, được phẫu thuật nội soi thành công qua ngã phúc mạc, khâu kín ổ bao và cố định tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc, sau phẫu thuật khỏi bệnh không biến chứng.<sup>8</sup>

Năm 2024, Nguyễn Hữu Trí báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 58 tuổi, vào viện vì phát hiện khối phồng vùng thắt lưng phải cách nhập viện 3 tháng kèm đau âm ỉ vùng có khối phồng. Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị thắt

lượng trên bên phải, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua ổ bụng đặt lưới nhân tạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Kết quả tái khám sau một tháng: trên siêu âm vùng thắt lưng phải có đọng dịch kích thước 24x27 mm tương ứng vị trí túi thoát vị, không cần điều trị gì thêm. Tái khám sau hai tháng không còn ổ đọng dịch. Bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ.<sup>9</sup>

Cùng năm 2024 tác giả Vũ Ngọc Anh Tuấn báo cáo ca bệnh 87 tuổi có thoát vị thắt lưng nghẹt tam giác Grynfeldt-Lesshaft trái tại Bệnh viện Bình Dân. Người bệnh vào nhập viện vì hội chứng tắc ruột ngày thứ nhất, chụp CT-Scanner có hình ảnh thoát vị thắt lưng trên bên trái, được phẫu thuật mở giải phóng tạng thoát vị, phục hồi thành bụng có đặt tấm lưới nhân tạo vùng mổ. Trong mổ phát hiện tạng thoát vị là đại tràng trái và mạc nối lớn. Bệnh nhân xuất viện sau 3 ngày, không biến chứng.<sup>10</sup>

Năm 2025, Nguyễn Quốc Vinh báo cáo 2 ca bệnh thoát vị tam giác thắt lưng Grynfeldt-Lesshaft được phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Cả 2 ca bệnh đều là nam giới lần lượt 73 và 74 tuổi, nhập viện vì khối phồng đau tức vùng thắt lưng. Cả 2 bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi qua ngã phúc mạc giải phóng tạng thoát vị có đặt tấm lưới nhân tạo và cố định tấm lưới bằng ProTack. Các bệnh nhân đều khỏi bệnh ra viện không tái phát.<sup>11</sup>

Rất ít ghi nhận ca bệnh có thoát vị đồng thời 2 bên. Năm 2018 tác giả Frederica Jessie và Kouam báo cáo ca bệnh thoát vị kép đồng thời cả tam giác thắt lưng trên và dưới trên cùng 1 người bệnh ở cùng một bên trái. Bệnh nhân là một người đàn ông 67 tuổi, than phiền về một khối u đau ở thắt lưng trái kéo dài trong 2 năm. Sau khi khám lâm sàng, chẩn đoán được đưa ra là thoát vị thắt lưng. Cả siêu âm và Chụp CT-Scanner không được thực hiện do hạn chế về tài chính. Phẫu thuật mở theo đường sườn lưng, tái tạo thoát vị bằng lưới collagen từ lợn. Trong quá trình phẫu thuật, phát hiện cả 2 loại thoát vị

Jean-Louis-Petit và thoát vị Grynfeldt-Lesshaft. Sau mổ diễn biến bệnh nhân ổn định, ra viện ngày thứ 6 sau mổ và khám lại 1 tháng sau mổ bệnh nhân khỏi bệnh không biến chứng.<sup>12</sup>

#### Hạn chế nghiên cứu

Đây là báo cáo ca lâm sàng đơn lẻ, thời gian theo dõi sau mổ 1 tháng chưa đủ dài để đánh giá tái phát. Nhóm nghiên cứu sẽ tiếp tục theo dõi bệnh nhân thời gian dài hơn và mong muốn có thêm nhiều nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn về mặt bệnh hiếm gặp này.

#### IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (eTEP) là một giải pháp can thiệp ít xâm lấn, an toàn và mang lại hiệu quả trên bệnh nhân có nhiều bệnh nền nặng (đặt stent mạch vành, dùng thuốc chống đông, hội chứng Cushing, tăng huyết áp). Chọn phẫu thuật ít xâm lấn và chỉ can thiệp vào bên có triệu chứng theo nguyện vọng của bệnh nhân là một hướng tiếp cận hợp lý để đảm bảo an toàn tối đa, giúp người bệnh hồi phục và không tái phát trong ngắn hạn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Grynfeldt J. La hernie lombaire. *Mem Soc Chir Paris*. 1866.
2. Lesshaft P. Uber die Lumbalhernie. *Arch Klin Chir*. 1870.
3. Rafols M, Bergholz D, Andreoni A, et al. Bilateral Lumbar Hernias Following Spine Surgery: A Case Report and Laparoscopic Transabdominal Repair. *Case Rep Surg*. 2020;2020:8859106. doi:10.1155/2020/8859106
4. Cabrera PRC, López RDP, Tercero YAM, et al. Clinical Presentation and Surgical Management of a Grynfeldt Hernia: Report of a Clinical Case and Literature Review. *Case Rep Surg*. 2025;2025:5634242. doi:10.1155/cris/5634242

5. Moreno-Egea A, Baena EG, Calle MC, et al. Controversies in the current management of lumbar hernias. *Arch Surg.* Jan 2007;142(1):82-8. doi:10.1001/archsurg.142.1.82
6. Scheffler M, Renard J, Bucher P, et al. Incarcerated Grynfeltt-Lesshaft Hernia. *J Radiol Case Rep.* Apr 2015;9(4):9-13. doi:10.3941/jrcr.v9i4.2073
7. Burt BM, Afifi HY, Wantz GE, et al. Traumatic lumbar hernia: report of cases and comprehensive review of the literature. *J Trauma.* Dec 2004;57(6):1361-70. doi:10.1097/01.ta.0000145084.25342.9d
8. Hoang LT. Laparoscopic lumbar hernia: A case report and literature review. *Viet Nam Journal of Surgery and EndoLaparoSurgery.* 2023;13(3):42-45. doi:https://doi.org/10.51199/vjssel.2023.3.7
9. Trí NH. Thoát vị tam giác thắt lưng trên (thoát vị grynfeltt-lesschaft): nhân một trường hợp lâm sàng và đổi chiều y văn. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;6(Số chuyên đề ):349-353.
10. Tuan VNA. Superior lumbar triangle hernia: a rare case at Binh Dan Hospital. *Pham Ngoc Thach Medical and Pharmaceutical Journal.* 2024;3(2)(2): 209-214.
11. Vinh NQ. Thoát vị vùng Grynfeltt-Lesshaft: Mô tả ca lâm sàng và điểm lại y văn. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025;553(Số chuyên đề):232-239.
12. Frederica Jessie T, Ri, Kouam V, Titcheu F. Primary Jean Louis Petit and Grynfeltt-Lesshaft concomitant hernias: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;51:1-4. doi:10.1016/j.ijscr.2018.07.040

## Summary

### CLINICAL CASE REPORT OF ASYMMETRIC BILATERAL LUMBAR HERNIAS AND LITERATURE REVIEW

Lumbar hernia is a rare condition. The concurrent occurrence of superior (Grynfeltt) and inferior (Petit) lumbar hernias asymmetrically in the same patient is extremely rare. We report the case of a 68-year-old female with a history of polyarthritis, hypertension, coronary stent placement, and Cushing syndrome. Computed tomography revealed not only a left superior lumbar hernia but also a concurrent right inferior lumbar hernia. The patient was treated using the totally extraperitoneal endoscopic technique (eTEP). The surgery was successfully performed in 75 minutes. A mesh was placed to cover the entire left hernia defect after reducing the herniated contents and closing the hernia neck. The postoperative course was stable; the patient was discharged after 7 days and showed no recurrence after 1 month. The eTEP technique is a minimally invasive, safe, and effective intervention that provides durable abdominal wall reconstruction for complex lumbar hernias.

**Keywords:** Lumbar hernia, Grynfeltt triangle, Petit triangle, eTEP surgery.