

Αριστερότοπο κόλον: Περιγραφή μιας Περίπτωσης

Χ. Χαράλαμπος
Ν. Τζαφέστας
Κ. Χριστοδούλου
Π. Ζερβός
Π. Χρήστου
Α. Κοσκινά
Φ. Παπαβλασόπουλος
Ι. Κυπάρος
Ε. Δουϊτσής
Χ. Σέρβος
Δ. Πολυμενάκος

Χειρουργικό Τμήμα
Ακτινολογικό Τμήμα
Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Κ.

Εισαγωγή

Μια ανωμαλία κατά την διάπλαση του εντέρου είναι η ανώμαλη στροφή του (malrotation). Η πιο συνηθισμένη μορφή αυτής της ανωμαλίας κατά την διάπλαση του εντέρου, είναι η ανωμαλία που περιγράφεται σαν έλλειψη στροφής του εντέρου ή μη περιστροφή του εντέρου ή αριστερότοπο κόλο. Στην περίπτωση αυτή ολόκληρο το παχύ έντερο καταλαμβάνει το αριστερό μέρος της κοιλίας.

Το αριστερότοπο κόλο, αν και αποτελεί την συχνότερη από τις ανωμαλίες της διάπλασης του εντέρου, εν τούτοις είναι εξαιρετικά δύσκολο αν όχι αδύνατο να διαγνωσθεί κλινικά και επομένως μπορεί να βάλει το χειρουργό σε πολλές και δύσκολες δοκιμασίες και εκπλήξεις.

Σ' αυτή την εργασία παρουσιάζουμε μια τέτοια περίπτωση ανώμαλης στροφής του εντέρου (malrotation) αλλά πολύ πιο περίπλοκης, αφού αφορά περίπτωση περιεσφιγμένης αριστεράς μηροκήλης με περιεχόμενο σάκου οξέως φλεγμαίνουσα σκωληκοειδή απόφυση. Μια περίπτωση που κατά την άποψη μας μόνο διεγχειρητικά μπορούσε να μπει η σωστή διάγνωση αφού η περίπτωση ανεύρεσης σκωληκοειδούς απόφυσης σαν περιεχόμενο σάκου μηροκήλης είναι από μόνη της αρκετά σπάνιο φαινόμενο και απαντά σε λιγότερο από το 1% των περιπτώσεων μηροκήλης (5,6,7,8,14,16). Η συνύπαρξη και οξείας φλεγμονής της σκωληκοειδούς απόφυσης που βρίσκεται στο μηροκηλικό σάκο, είναι ακόμη σπανιότερο φαινόμενο. Περιγράφεται ότι μόνο στο 0,13% του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων οξείας σκωληκοειδίτιδας η σκωληκοειδής απόφυση βρίσκεται μέσα σε κηλικό σάκο (5,12,17). Όλες όμως οι αναφερόμενες περιπτώσεις που βρήκαμε στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία αφορούν δεξιές κήλες (βουβωνοκήλες ή μηροκήλες). Σε μια μόνο περίπτωση περιγράφεται σκωληκοειδής απόφυση ως περιεχόμενο αριστεράς μηροκήλης χωρίς όμως να παρουσιάζει και φαινόμενα οξείας φλεγμονής. (13) Περιεσφιγμένη, αριστερά μηροκήλη με μοναδικό περιεχόμενο σάκου οξέως φλεγμαίνουσα σκωληκοειδή απόφυση όπως είναι η περίπτωση γυναίκας 84 ετών που παρουσιάζουμε, δεν κατέστη δυνατό, παρά τη διεξοδική έρευνα, να βρούμε ούτε στην ελληνική αλλά ούτε και στη διεθνή βιβλιογραφία.

Περιγραφή της περίπτωσης

Η ασθενής, ηλικίας 84 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά χειρουργικά ιατρεία του Νοσοκομείου μας, παραπονούμενη για έντονο άλγος στην αριστερά μηροβουβωνική χώρα από διημέρου.

Παρουσίαζε δεκαδική πυρετική κίνηση (37,5 0C) και τάση για έμετο αλλά χωρίς συμπτωματολογία αποφρακτικού ειλεού. Το προηγούμενο ιστορικό της δεν παρουσίαζε κάτι το αξιοσημείωτο εκτός από αρτηριακή υπέρταση.

Η αντικειμενική εξέταση έδειξε επώδυνη

ψηλαφητή μάζα κατά την αριστερά μηροβουβωνική χώρα με έντονα σημεία φλεγμονής των ιστών και του υπερκειμένου δέρματος της συστοίχου περιοχής. Η κοιλία ήταν μαλθακή και ευπίεστη ενώ κατά την ακρόαση της υπήρχαν φυσιολογικοί εντερικοί ήχοι.

Ο αιματολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός εκτός από λευκοκυττάρωση και πολυμορφοπυρήνωση (14.000 WBC, 85% πολυμορφοπύρρηνα).

Η ακτινογραφία θώρακα παρουσίαζε εικόνα γεροντικού θώρακα χωρίς ουσιώδη ευρημάτα από το πνευμονικό παρέγχυμα, πλην όμως με μια καρδιομεγαλία, βαθμό διεύρυνσης του μεσοθωρακίου, αποτιτανώσεις αορτής συμβατά με τη συνυπάρχουσα υπερτασική καρδιοπάθεια και την ηλικία της ασθενούς. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας σε ορθία θέση δεν έδειξε κάτι το παθολογικό, έγινε όμως η παρατήρηση ότι στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας υπήρχε παντελής έλλειψη αέρος ευρισκόμενου μέσα σε κοίλο σπλάχνο.

Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο για χειρουργική διερεύνηση της περιοχής με πιθανή διάγνωση περισφιγμένη αριστερά μηροκήλη. Ανευρέθη πολύ λεπτός και επιμήκης μηροκηλικός σάκος μήκους 10cm περίπου, κατά τη διάνοιξη του οποίου απεδείχθη ότι περιείχε σκωληκοειδή απόφυση μήκους 10cm περίπου, οξείως φλεγμαίνουσα, με περίσφιξη, ακριβώς στη βάση της, κατά τον αυχένα του σάκου. Έγινε διάνοιξη του μηριαίου δακτυλίου προς τα άνω και αφού διαπιστώθηκε ότι το τυφλό, που ευρίσκετο στον αριστερό λαγόνιο βόθρο, ήταν ανέπαφο (μιας και ήταν εκτός του κηλικού σάκου) έγινε τυπική σκωληκοειδεκτομή με εμφύτευση του κολοβώματος, σύγκλειση του περιτοναίου και τυπική πλαστική αποκατάσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων της περιοχής. Τοποθετήθηκε παροχέτευση στο υποδόριο εξερχόμενη από αντιστόμιο. Η μετεγχειρητική πορεία εξελίχθηκε ομαλά. Την 6η μετεγχειρητική ημέρα με βαριούχο γεύμα επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε τους λόγους για τους οποίους το τυφλό ευρίσκετο στον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Με την εξέταση αυτή τέθηκε έντονα η υποψία ότι επρόκειτο για ανωμαλία κατά τη διάπλαση του εντέρου, γνωστή σαν ανώμαλη στροφή του εντέρου (malrotation). Κάτι που τελικά επιβεβαιώσαμε με ακτινογραφίες παχέος εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό, μετά δίμηνο περίπου, από την επέμβαση. Η ιστολογική εξέταση της σκωληκοειδούς απόφυσης έδειξε σοβαρές αλλοιώσεις οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Συζήτηση

Όπως είναι γνωστό κατά την αρχή της εμβρυϊκής ζωής η αγκύλη το μέσου εντέρου δηλαδή το λεπτό έντερο με το δεξιό κόλο και τμήμα του εγκαρσίου επεκτείνεται από την κοιλότητα της κοιλίας του εμβρύου προς τον ομφάλιο λώρο. Μετά τη 10η εβδομάδα αρχίζει η επάνοδος τους στην κοιλία. Τόσο κατά την έξοδο όσο και κατά την επιστροφή στην κοιλία το έντερο κάνει ορισμένες κινήσεις γύρω από την άνω μεσεντέριο αρτηρία.

Ειδικότερα, το λεπτό έντερο και το δεξιό κόλο κατά τη δέκατη περίπου εβδομάδα της

εμβρυϊκής ζωής, σε διαφορετικούς χρόνους, κάνουν στροφή 270ο γύρω από την άνω μεσεντέριο αρτηρία για να πάρουν την τελική τους θέση στην περιτοναϊκή κοιλότητα δηλαδή το λεπτό προς το κέντρο και αριστερά, το δε τυφλό, ανιόν και εγγύς εγκάρσιο κόλο προς τα δεξιά. Εφ' όσον η διαδικασία αυτή δεν εξελιχθεί σωστά, όπως συμβαίνει στην περίπτωση που περιγράφουμε, το λεπτό έντερο τοποθετείται στο δεξιό μέρος της περιτοναϊκής κοιλότητας ενώ ολόκληρο το παχύ έντερο καταλαμβάνει το αριστερό τμήμα της περιτοναϊκής κοιλότητας. (1,11,20). Κάτι που ακριβώς συνέβη και στη δική μας περίπτωση.

Έτσι στην περιγραφόμενη περίπτωση, που πιστεύουμε ότι είναι η πρώτη που περιγράφεται διεθνώς, η διάγνωση κατά τη γνώμη μας ήταν αδύνατο να τεθεί προεγχειρητικά λόγω του ότι ήταν αδύνατο να εκτιμηθεί σωστά ο συνδυασμός μιας σειράς τυχαίων και σπανίων παραγόντων, όπως η άτυπη θέση του παχέος εντέρου, η άτυπη θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης και η οξεία φλεγμονή της. Πιθανολογούμε ότι η φλεγμονή επήλθε λόγω της περίσφιξης η οποία και προκάλεσε απόφραξη του αυλού της σκωληκοειδούς απόφυσης η οποία ως γνωστόν αποτελεί και το συχνότερο αίτιο οξείας σκωληκοειδίτιδας(21,22). Η διερεύνηση της ασθενούς με βαριούχο γεύμα και βαριούχο υποκλυσμό έδειξε ότι επρόκειτο για περίπτωση ανώμαλης στροφής του εντέρου (malrotation) και συγκεκριμένα της ανωμαλίας που περιγράφεται σαν έλλειψη στροφής του εντέρου ή μη περιστροφής του εντέρου η οποία πολλές φορές καλείται και αριστερότοπο κόλο (11).

Το αριστερότοπο κόλο αν και αποτελεί τη συχνότερη από τις ανωμαλίες της διάπλασης του εντέρου, εν τούτοις είναι εξαιρετικά δύσκολο αν όχι αδύνατο να διαγνωσθεί κλινικά και επομένως μπορεί να βάλει τους χειρουργούς σε πολλές και δύσκολες δοκιμασίες και εκπλήξεις.

Περίληψη Εργασίας

Αριστερότοπο κόλον: Περιγραφή μιας Περίπτωσης

Χ. Χαραλάμπους, Ν. Τζαφέστας, Κ. Χριστοδούλου, Π. Ζερβός, Π. Χρήστου, Α. Κοσκινά, Φ. Παπαβλασόπουλος, Ι. Κυπάρης, Ε. Δούισης, Χ. Σέρβος, Δ. Πολυμενάκος

Χειρουργικό Τμήμα - Ακτινολογικό Τμήμα - Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Κ.

Μια ανωμαλία κατά τη διάπλαση του εντέρου είναι η ανώμαλη στροφή του εντέρου (malrotation). Η πιο συνηθισμένη μορφή αυτής της ανωμαλίας κατά την διάπλαση του εντέρου, είναι η ανωμαλία που περιγράφεται σαν έλλειψη στροφής του εντέρου ή μη περιστροφή του ή αριστερότοπο κόλο. Στην περίπτωση αυτή ολόκληρο το παχύ έντερο καταλαμβάνει το αριστερό μέρος της κοιλίας.

Το αριστερότοπο κόλο, αν και αποτελεί την συχνότερη από τις ανωμαλίες της διάπλασης του εντέρου, εν τούτοις είναι εξαιρετικά δύσκολο αν όχι

αδύνατο να διαγνωσθεί κλινικά και επομένως μπορεί να βάλει το χειρουργό σε πολλές και δύσκολες δοκιμασίες και εκπλήξεις.

Σ' αυτή την εργασία παρουσιάζουμε μια τέτοια περίπτωση ανώμαλης στροφής του εντέρου (malrotation) αλλά πολύ πιο περίπλοκης, αφού αφορά περίπτωση περισιγμένης αριστεράς μηροκλήλης με περιεχόμενο σάκου οξέως φλεγμαίνουσα σκληροκοειδή απόφυση.

Summary

ACUTE APPENDICITIS PRESENTING AS AN INCARCERATED LEFT FEMORAL HERNIA (a case report) DUE TO MALROTATION

Haralambous H., Zervos P., Tzafestas N., Christodoulou K., Cristou P., Koskina A. Papavlasopoulos F., Kiparos I., Douitsis E., Servos H., Polimenakos D.

Coru General Hospital (Department of Surgery , X - Ray Department, Anaest. Department)

In this case we describe an 84 years old woman with an acute appendicitis presenting as a strangulated left femoral hernia.

The appendix is found uncommonly as a content or a femoral hernia sac. The appendix in a left femoral sac is a more unusual condition. Besides isolated acutely inflamed and strangulated appendix in a left femoral sac is extremely rare.

Because of its rarity and atypical presentation, the diagnosis in this condition is almost impossible preoperatively. We reviewed the Greek and English language literature and found one similar case like ours in the English literature and none in the Greek.

We presume that strangulation of the appendix is a very uncommon but an existing cause of acute appendicitis while we explain the uncommon position of the appendix in relation to congenital positional abnormalities of the colon (malrotation)

Βιβλιογραφία

1. Βλάχος Α. Ι. : Ακτινοδιαγνωστική του Γαστρεντερικού Συστήματος Αθήνα 1985 σελ. 112-113
2. Carey L.C.: Acute Appendicitis Occuring in Hernias Surgery 61: 236, 1967
3. De Garengot: Femoral Appendicitis J. Medcited by Garland E.A.Assoc. 48:1292, 1995
4. Gerami S et. al. : Append. Abcess as Contents of Right Hernia Inter. Surgery 53: 354-6, 1970
5. Griffin J. M.: Incarcerated Inflamed Appendicitis in a femoral hernia sac. Am. J. of Surgery 115 (3) 364-366, 1968

6. Guirguis E M et al: Femoral appendicitis An unusual case Canadian J Surgery 32(5) 380-1, 1989
7. Hodgson N. Strangulated femoral Hernia Associated with an appendix abcess in the Hernial Sac Br. J. Surg. 13: 386, 1925
8. Klatib CM: Strangulated femoral hernia containing acute gagrenous appendicitis Canadian J. Surg, 30(1) 50 1987
9. Κομπαρόζος Β. και συν. : Ανώμαλη περιστροφή του εντέρου. Εμπειρία από 6 περιπτώσεις Αναρτημένη ανακοίνωση στο XX Πανελλήνιο Σύνεδριο Χειρουργικής Αθήνα 1996
10. Lester R: Strangulated femoral hernia containing appendicitis J. R. C. S. Edinburg 24(2) 102-3, 1979
11. Moore K.L.: Βασική Εμβρυολογία και συγγενείς ανωμαλίες (μετάφραση στα Ελληνικά Α. Ν. Κοντόπουλου) Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1974 σελ. 136-139
12. Ryan W J.: Hernia of the Vermiform Appendix Am. Surg. 106: 135, 1937
13. Scepi M, Richter J.P. Muller J : Appendice en situation herniaire crurale gauche: a propos d' un cas (Explication par l' Ontogenièse Humaine) J. Chir. 130: 479-82, 1993
14. Spencer R. F. : Unusual combined pathology in a femoral hernia J. R. C. S. Edinburg 29(4) 255-6, 1984
15. Thomas WE et al: Appendicitis in external Herniae. Ann. R. C. S. England , 64 (2) 121-2 1982
16. Voitk. A. J. et al: Ruptured Appendicitis in Femoral Hernias. Am. Surgery vol. 179: 24-26, 1973
17. Wakeley C.P.G.: Hernia of the Verniform Appendix Maingot R. : Abdominal Operations N. Y. , Appleton Century - Grofts 1969 p. 1288
18. Watkins R. M. : Appendix abcess in a femoral hernial sac. Post. Med. J. 57(667) 306-7 1981
19. Powell H D.: Gangrenous Appendix in femoral Sac. Lancet 267: 1211, 1954
20. Πετρόπουλος Α. Σ. : Συγγενείς Διαμαρτίες του θώρακα και της στροφής και προσήλωσης του μέσου εντέρου. Θέματα Γεν. Χειρουργικής. Εκδόσεις Ε. Χ. Ε. τόμος Α' σελ. 401-17 1994
21. Τούντας Κ. Ι.: Χειρουργική: τόμος τρίτος σελ 388-9 Αθήνα 1977
22. Mc Dowell D. E. : Appendicitis due to strangulation in a femoral hernia: report of a case W. Virg. Med. J. 74(2) 32-4 1978
23. Maxson RT et al.: Malrotation in the older child: surgical management, treatment and outcome. Am. Surg. 61(2) 135-38, 1995
24. Steinel GM. : The misplaced caecum and the root or the mesentery. Br. J. Radiol. 51(606): 406-413, 1978
- 25.