

Παρατυφλική κήλη (Παρουσίαση περιστατικού)

Κ. Χριστοδούλου*, Κ. Κοντοστάνος*, Π. Χρίστου**, Ι. Μεταλληνός*, Μ. Κοντούλης*

*Χειρουργικό Τμήμα Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κέρκυρας

**Αναισθησιολογικό Τμήμα Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Στην ειλεοτυφλική περιοχή συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες μπορούν σπάνια να οδηγήσουν στη δημιουργία μίας εσωτερικής κήλης. Η ποικιλία άλλων όρων (ειλεοκολικής, οπισθοτυφλικής, ειλεοτυφλικής, παρατυφλικής) ⁽¹⁾ χρησιμεύουν στην ταξινόμηση αυτών των κηλών έχον όμως μικρή πρακτική αξία στην ακτινολογική διαφορική διάγνωση και στη χειρουργική αντιμετώπιση.

Σε μια συλλογή 467 περιστατικών ⁽²⁾ από εσωτερικές κήλες το 13% εμπλέκει το ειλεοτυφλικό τμήμα ⁽³⁾.

Κλινικά συμπτώματα: οι εσωτερικές κήλες μπορούν να προκαλέσουν κωλικά επεισόδια με αντανάκλαση στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, άλγος με διάταση λεπτού εντέρου, ναυτία και εμέτους. Ο χρόνιος στραγγαλισμός μπορεί να υποδυθεί συμπτωματολογία αποστήματος σκωληκοειδούς απόφυσης ή τοπικής φλεγμονής εντέρου. Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι κήλες έχουν να κάνουν με ανωμαλίες του τυφλού στη δεξιά κολική καμπή. Η σωστή διαφορική διάγνωση βασίζεται στον ακτινολογικό έλεγχο της κοιλιάς που τις επιβεβαιώνει με εικόνα ειλεού στο τυφλό. Πολύ χρήσιμες μπορούν να φανούν οι επόμενες ακτινογραφίες ή και τομογραφίες στην περιοχή του λεπτού εντέρου, ή λήψεις μετά από κατάποση βαριούχου υγρού. Οι λήψεις face και profile είναι πολύτιμες για να αποδώσουν την ακριβή θέση της έσω κήλης ⁽⁴⁾.

Ασθενής 92 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του ΓΝΝΚ με δυσκοιλιότητα, κοπρόσταση, τάση προς εμετό, άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου, και εισήχθηκε στην κλινική με πιθανή διάγνωση δυσκοιλιότητα - ατελή ειλεό.

Έγινε υψηλός υποκλισμός, τοποθετήθηκε Levine και τέθηκε υπό συντηρητική αγωγή. Μετά από διήμερη παραμονή στην κλινική και αφού αντικειμενικά η κοιλία ήταν διατεταμένη και παρουσίαζε ήχους προσπάθειας αποφασίσαμε να διενεργήσουμε ερευνητική λαπαροτομία, στην οποία βρέθηκαν διατεταμένες έλικες λεπτού εντέρου με εικόνα εγκολεασμού. Σε αυτή την ηλικία δεν περιγράφεται, όμως στον περαιτέρω έλεγχο βρέθηκε στραγγαλισμένη έλικα λεπτού εντέρου περισφιγμένη σε σάκο ανάμεσα στη σκωληκοειδή απόφυση και το τυφλό. Το έντερο θεωρήθηκε βιώσιμο και διατηρήθηκε. Έγινε σύγκλιση του χάσματος έκπλυση της περιτοναϊκής κοιλότητας και συρραφή σε 2 στρώματα. Μετά από 6 ημέρες μετεγχειρητικά η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

Έξι μήνες μετά κατά τον επανέλεγχο η ασθενής δεν είχε κανένα πρόβλημα και είχε πάρει βάρος 6 κιλών.

Συμπέρασμα: Πολλοί θα περάσουν από τα ε-

Ξωτερικά ιατρεία αναφέροντας κοπρόσταση. Η δική μας εκτίμηση για την επίσχεση αερίων και κοπράνων δεν δικαιολογεί την υποεκτίμηση του μηχανικού ειλεού. Η συνύπαρξη μηχανικού ειλεού δεν πρέπει να παραβλέπεται διότι αν διαφύγει της προσοχής μας ακολουθεί ρήξη εντέρου, γενικευμένη περιτονίτιδα, σήψη, που οδηγεί σε μη αναστρέψιμη σηπτική καταπληξία.

Είναι δύσκολη η διαφοροδιάγνωση σχεδόν αδύνατη η διάγνωση της εσωτερικής κήλης προεγχειρητικά, αλλά η απόφαση για χειρουργική αντιμετώπιση του εμμένουτος ειλεού πρέπει να λαμβάνεται με βάση την κλινική εικόνα και τον κατάλληλο χρόνο πριν φτάσει στη σήψη και η διάγνωση γίνεται τελικά διεγχειρητικά.

Βιβλιογραφία

1. Chahremani G G, Meyers M A. Internal Abdominal hernias, 1975; 5: 1-30.
2. Hansaman G H, Morton S A. Intra-abdominal hernia: Report of a case and review of the literature. Arch. Surg. 1939; 39: 973-986.
3. Nathan H. Internal hernia, 1960; 34: 563-571.
4. Williams A J. Roentgen diagnosis of intra-abdominal hernia. An evolution of the roentgen findings. Radiology, 1952; 59: 817-825.