

617.55—036.11—02—007.1

KONGENITÁLNÍ MALFORMACE U DOSPĚLÝCH JAKO PŘÍČINA NÁHLÝCH PŘÍHOD BŘÍŠNÍCH

MUDr. Miroslava LIŠKOVÁ, CSc.

odd. pro chirurgii hrudní a břišní Ústřední vojenské nemocnice v Praze
(přednosta doc. MUDr. Bedřich Placák, DrSc.)

Náhlé příhody břišní na podkladě vrozených vývojových úchylek postihují převážně novorozence. V dospělosti se kongenitální intestinální malformace vyskytují vzácně a je možno říci, že toto onemocnění probíhá přibližně u poloviny nemocných asymptomaticky, u druhé poloviny pozorujeme necharakteristické, chronicky se opakující poruchy pasáže střevní. U většiny nemocných je abdominální kongenitální malformace příčinou náhlé střevní neprůchodnosti a bývá zpravidla zjištěna až teprve při operaci. Téměř ve všech sděleních věnujících se tomuto tématu je vysloven požadavek, aby se v diferenciální diagnostice při náhlých příhodách břišních na tyto vrozené anomálie myslelo. Domníváme se, že tento požadavek je přehnaný, poněvadž akutní příhoda břišní podmíněná kongenitální anomálií nemá žádné specifické příznaky, které by vedly k její diagnóze. Na druhé straně však zcela oprávněným požadavkem zůstává, aby každý chirurg uměl tyto anomálie řešit (Williams, 21).

Na našem oddělení jsme operovali dva 19leté muže, u nichž došlo k akutní příhodě břišní na podkladě vývojové úchyly. U obou nastalo onemocnění náhle z plného zdraví a u obou jsme před operací mylně diagnostikovali akutní apendicitidu.

U prvního z nich, V. S., nar. 1944 — 1927/63 jsme při revizi ilea našli na jeho mezenteriální straně zdvojenou kličku tenkého střeva (obr. 1).

Zdvojení začínalo ve vzdálenosti asi 20 cm za Bauhinskou chlopní a sledovalo průběh tenkého střeva směrem orálním v délce 150 cm. Kraniální konec zdvojení byl rozšířen a končil slepě v radixu mezenteria. Tato rozšířená část vyplněná hemorrhagickou tekutinou vytvořila překážku střevní pasáže.

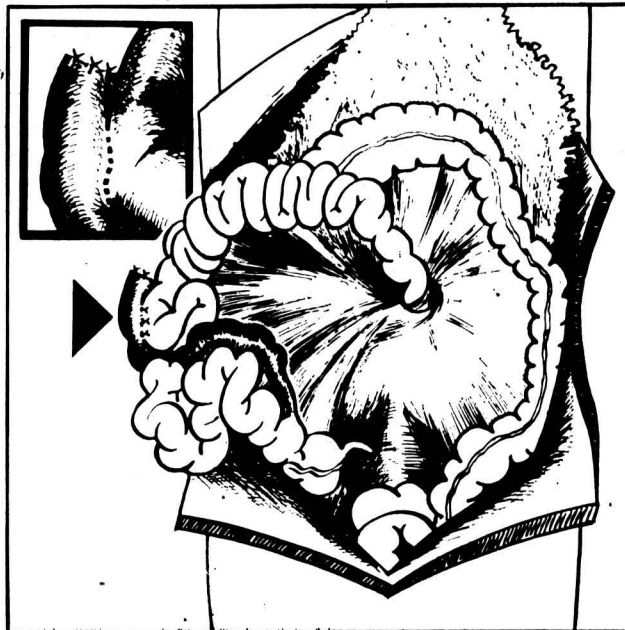
Parciální duplikatury trávicího traktu jsou anomálie poměrně vzácné a dlouho se dokonce o pravé duplicitě pochybovalo. Patogeneze není jasná dodnes; v dostupné literatuře jsem našel celkem 8 teorií vysvětlujících původ střevního zdvojení (Barták a Diviš, 1, Bilder, 2, Bremer, 3, Clausnitzer, 5, Cvrkal, 6, Line, 11, Mc Letchie, 13, Poncher a Milles, 15, Roth, 17). Léčení je jedině chirurgické. Úplného zdraví lze dosáhnout buď enukleací — jestliže to dovoluje rozsah útvaru a jeho vztah k cévnímu zásobení — nebo resekci malformace spolu s přilehlým úsekem střeva.

U našeho nemocného šlo o zdvojení neobvykle dlouhé a obě kličky byly v těsném intimním vztahu, jak je patrné ze skici v rohu obrázku 1. Celkový stav nemocného nebyl dobrý a nedovoľoval resekovat duplikaturu s přilehlými 150 cm střeva. Amputovali jsme proto jen rozšířenou část zdvojení a zbývající přespočetnou část střeva jsme anastomozovali s kličkou tenkého střeva ve snaze zabránit dalšímu naplnění zdvojené kličky. Operační řešení znázorňuje obr. 2.

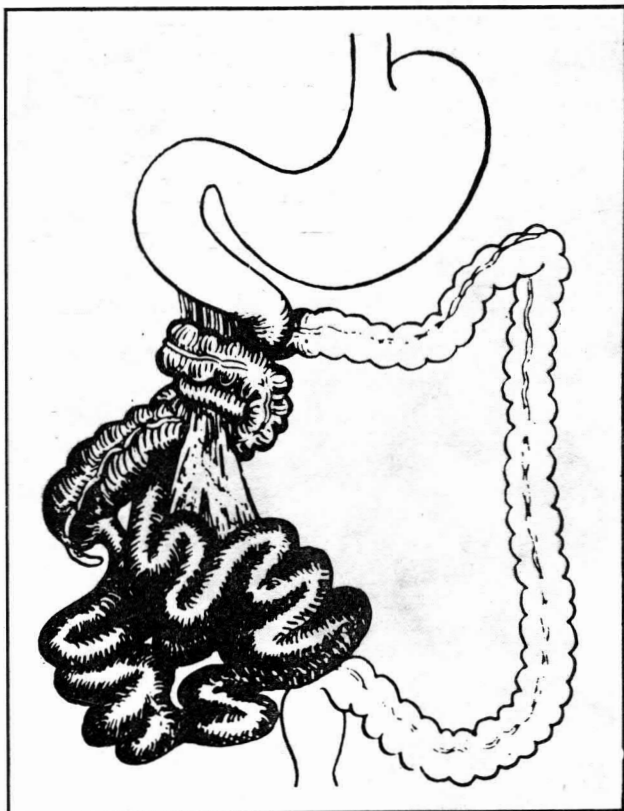
Obr. 1



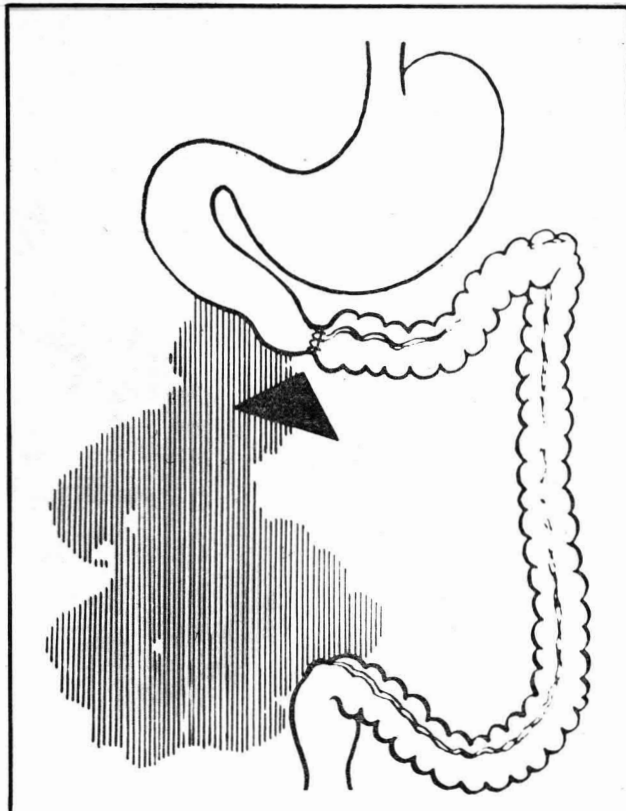
Obr. 2



Obr. 3



Obr. 4



V pozdější době jsme chtěli odstranit ponechaný zbytek anomálie s přílehlou kličkou tenkého střeva. Nemocný však další operaci rozhodně odmítl. V současné době je téměř čtyři roky po výkonu a podle jeho sdělení při opakovaných kontrolách je bez obtíží.

U druhého nemocného, A. U., nar. 1944 — 283/64, jsme po otevření dutiny břišní, v níž bylo větší množství páchnoucího šedobílého hnisu, našli chabé, dilatované, černohnědě zbarvené kličky tenkého střeva; stejně změněné bylo caecum, colon ascendens a asi polovina colon transversum. Z nálezu bylo patrné, že jde o proces trvající nejméně 2–3 dny, což bylo v naprostém rozporu s celkem dobrým stavem nemocného, který měl 68 pulsů, 120/80 tlaku a 36,7° teploty. Uspořádání střeva znázorňuje skica (obr. 3). Šlo o kongenitální volvulus středního střeva. Tenké střevo se ve vzdálenosti asi 15 cm od lig. Treitzii zanořovalo pod radix mezenteria, přecházelo na zevní stranu pravého trakčnicku, obtáčelo trakčnick a jeho mezokolon tak, že vytvářelo úplný těsný kruh, který uskrinoval tlusté střevo, jeho mezokolon i svoje vlastní mezenterium. K rotaci došlo o 360° ve směru pohybu hodinových ručiček. Provedli jsme derotaci, ale všechny resuscitační pokusy zůstaly marné. Nezbylo než provést téměř totální enterektomii a pravostrannou hemikolektomii (obr. 4). Z horního jejunu zůstalo 10 cm a tento pahýl jsme spojili end to end s pahýlem transversa. Pooperační průběh byl provázen nesmírnými ztrátami tekutin, způsobenými jednak žaludeční hypersekrecí, jednak

vytrvalými průjmy. Dvanáctý pooperační den jsme nemocného reoperovali pro podezření na neprůchodnost anastomózy (obr. 5). Anastomóza však byla zcela volná, neprůchodnost byla zřejmě funkční, z hypersekrece a následné dilatace žaludku a dvanácterníku. Po zavedení sondy až k anastomóze a po trvalém odsávání se stav upravil natolik, že jsme mohli nemocného 27. den po výkonu přeložit do Ústavu pro výzkum výživy lidu. Nemocný zůstal v trvalé ambulantní péči tohoto ústavu. Při denní spotřebě 5000–6000 Kal. se jeho váha stabilizovala na 50 kg. Proteinové ztráty byly dále u něho hrazeny dvakrát týdně 100 ml Albuminu; počet stolic se snížil na 3 denně. Přes trvalé sledování a péči zemřel nemocný za dva roky po operaci ve stavu těžké malnutrice.

O rozsáhlých resekcích střev byla napsána řada prací, z nichž uvádím jen některé (Jarnum 9, Kalser 10, Mann 12, Martin 14, Ragins 16, Varaus 19). O největší statistiku se opírá práce Haymondova z r. 1955 (cit. podle 8), v níž autor odhaduje mortalitu po těchto výkonech asi na 33,5 %. Sám však soudí, že toto číslo není pravděpodobně přesné.

Přesnému zhodnocení tohoto problému brání několik okolností. Za prvé je to značná variabilita délky tenkého střeva, což potvrzují naměřené hodnoty; Brosig (4) 250 cm až 1100 cm, Shonyo a Jackson (18) 305 cm až 853 cm a Zacharov (22) 400 cm až 1100 cm. Za druhé mnozí autoři ve svých referátech udávají, jak velká část střeva byla resekována, zatímco je podstat-

nější, kolik střeva bylo operovanému ponecháno. Ale ani tento údaj nemůže přinést jednoznačně srovnatelné výsledky. Trávicí schopnost ponechaných dvou metrů tenkého střeva u jedince, který měl před operací tenké střevo dlouhé 11 m, bude nesporně jiná, než trávicí schopnost ponechaného stejně dlouhého úseku tenkého střeva u jedince, jehož délka tenkého střeva byla před operací pouhé 4 m. Stupeň narušení funkce trávení a vstřebávání závisí však i na úpravě anastomózy a v neposlední řadě i na současném stavu velkých trávicích žláz, jater a pankreatu.

Obr. 5



Závěr

Vědecké poznatky o vývojových střevních malformacích jsou čerpány převážně z prací pediatrické patologie. V dospělosti je toto onemocnění vzácné, dokazuje to už sám fakt, že převážná většina odborných sdělení týkajících se tohoto tématu jsou kasuistiky. V dostupném odborném tisku jsem našla pouze dvě sdělení pojednávající o větším počtu dospělých s vrozenými intestinálními anomáliemi (FINDLAY a HUMPREYS, 7, WANG, 20). Jsem proto přesvědčena, že každý příspěvek týkající se tohoto tématu je třeba publikovat, a to jak po stránce patologicko-anatomického substrátu, tak i po stránce chirurgického řešení.

Souhrn

Náhlé příhody břišní na podkladě vrozených úchylek postihují převážně děti, zejména novorozence. U dospělých se vyskytují jen výjimečně a bývají zdrojem diagnostických rozpaků nejen před operací, ale často i při ní. Práce přináší sdělení o dvou nemocných, u nichž byla klinickým projevem břišní anomálie náhlá příhoda břišní a u nichž se až do doby vzniku akutní střevní neprůchodnosti malformace neprojevovala. U prvního z nich šlo o zdvojení ilea v rozsahu 150 cm, u druhého o volvulus středního střeva na podkladě chybné střevní rotace. Obě tyto malformace bylo nutno řešit chirurgicky: první částečnou resekci zdvojeného ilea, druhou téměř totální enterektomií a pravostrannou hemikolektomií (Onemocnění bylo již tak pokročilé, že došlo k infarctu z uzavěru a následné trombózy mezenterálních cév; přes opakované resuscitační pokusy se po derotaci nepodařilo obnovit vitalitu střevních kliček.) Práce je doplněna přehledem literatury o těch-

to rozsáhlých výkonech, o jejich prognóze a o problému uchování adekvátní výživy operovaných.

Literatura

1. Barták, F., Diviš, J.: Ileum duplex. Čas. lék. čes. 68, 1929, 52: 1785–1789.
2. Bilder, J.: Perforace střevního zdvojení. Rozhl. Chir., 39, 1960, 4:245–249.
3. Bremer, J. L.: Diverticula and duplications of intestinal tract. Arch. Path. 38, 1944, 132–140.
4. Brosig, G.: Subtotale Dünndarmresektion als Folge eines stumpfen Bauchtraumas. Zbl. Chir. 85, 1960, 45:2211–2213.
5. Clausnitzer, K. H.: Intramesenterial verlagertes Meckelsches Divertikel mit magen ähnlichem Enterokystom. Zbl. allg. Path. 92, 1954, 265–271.
6. Cvrkal, J.: Torkvovaný enterokystom. Čas. lék. čes. 80, 1941, 18: 626–628.
7. Findlay, C. W. Jr., Humpreys, G. H.: Congenital anomalies of intestinal rotation in the adult. Surg. Gynec. Obstet. 103, 1956, 5:417–438.
8. Frileux, C., Thomeret, G., Pillot, P.: Prognostic de la résection étendue de l'intestin grêle. Apropos de cinq observations. Arch. Mal. App. Dig. 48, 1959, 1400–1414.
9. Jarnum, S., Schwartz, M., Thing, E.: Extensive resection of the small intestine. A case report. Acta Chir. Scand. 122, 1961, 428–437.
10. Kalser, M. H., Roth, J. L., Tumen, H.: Relation of small bowel resection to nutrition in man. Gastroenterology 38, 1960, 605–615.
11. Linc, R.: Příspěvek k výkladu vzniku tzv. duplicity trubice trávicí. (Syndrom neurenterochordální adheze). Čs. Morfologie 4, 1956, 2:134–141.
12. Mann M.: Dva případy rozsáhlých resekcí tenkého střeva i tlustého střeva. Čs. Gastroenterol. 18, 1964, 3:168–170.
13. Mc Letchie, N. G. B., Purves, J. K., Saunders, R. L.: Genesis of gastric and certain intestinal diverticula and enterogenous cysts. Surg. Gynec. Obstet. 99, 1954, 135–141.
14. Martin, J. R., Patte, C. J., Gartner, C.: Massive resection of small intestine. Canad. Med. Ass. J. 69, 1953, 429–433.
15. Poncher, H. G., Milles, G.: Cysts and diverticula of intestinal origin. Am. J. Dis. Child. 45, 1933, 1084–1078.
16. Ragins, H., Finlavson, B., Greenlee, H. B.: Massive small-bevel resection after total colectomy. Arch. Surg. 84, 1962, 596–597.
17. Shonyo, E. S., Jackson, J. A.: Massive resection of small intestine. Arch. Surg. 81, 1950, 123–130.
18. Voraš, V.: K rozsáhlejším resekcím tenkého střeva. Rozhl. Chir. 41, 1962, 2:80–88.
19. Wang, C. A., Welch, C. E.: Anomalies of intestinal rotation in adolescents and adults. Surgery 54, 1963, 839–855.
20. Williams, L. F., Hughes, C. W., Bowers, W. F.: Volvulus of the cecum associated with malrotation of the small intestine in an adult. A. M. A. Arch. Surg. 81, 1960, 593–597.
21. Zacharov, V. I.: K voprosu o vedení bolnych posle obširnoj resekcii tenkogo kišečnika. Chirurgija (Moskva) 39, 1933, 3: 13–18.