

LANEHO PRUH JAKO PŘÍČINA BOLESTIVÝCH OBTÍŽÍ V PRAVÉM PODBŘÍŠKU

Npor. MUDr. Václav HLADÍK

Věnováno k 60. narozeninám pplk. MUDr. Roberta Riedla

Nejčastější příčinou bolesti v pravém podbřišku jsou zánětlivé změny apendixu jako nejčastějšího chirurgického onemocnění vůbec. V našem státě je průměrně každý rok provedeno kolem 64 000 apendektomií (1). Klinický obraz apendicitidy je velmi variabilní a často ani zkušený diagnostik nemůže předoperačně diagnózu apendicitidy najisto vyloučit či potvrdit. Chirurg se tak často dostává do situace, kdy při ne zcela jasném klinickém obrazu je nucen revidovat ileocekální oblast. Při značném počtu těchto operací se někdy stává, že nachází apendix makroskopicky zcela intaktní. V jednom z takovýchto případů jsme se setkali se zajímavou fixací terminálního ilea pruhem, který je v zahraniční literatuře nazýván pruh Laneho (2). Jde o vzácně se vyskytující kongenitálně založený peritoneální pruh délky 4–6 cm, šířky 3–4 mm, vedoucí z peritonea v oblasti linea terminalis na přední stěnu terminálního ilea ve vzdálenosti asi 10 cm od ileocekální chlopně (obr. 1). V některých případech neinzeruje přímo až na ileum, ale vyzařuje do přilehlého mezenteria.

Kasuistika

Pacientka Z. K., 21 let. Přijata na chir. oddělení 6. 5. 1976. Z anamnézy: Tři dny trva-

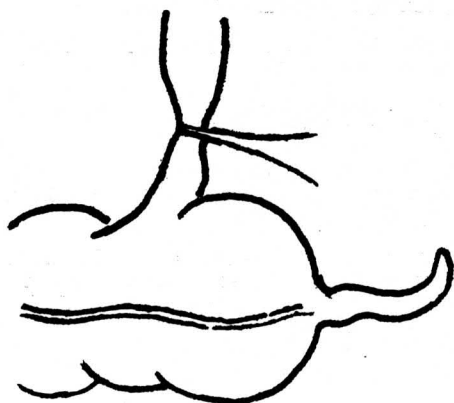
jící bolesti v pravém podbřišku napínavého charakteru. Šíří se do pravé bederní krajiny, nejsou stálé, zvětšují se při pohybu, v klidu jsou menší. V noci bolestmi buzena. Včera nucen na zvracení, ale nezvracela. Močí bez obtíží. Stolica spíše řidší, normální barvy, naposledy před dvěma dny. Menses skončily před pěti dny, pravidelné, bez potíží. RA: bez pozoruhodností. Objektivně: Břicho v úrovni hrudníku, dýchací vlny plynule přecházejí až k tříselným vazům. Poklepově lehká bolestivost v pravém podbřišku. Palpačně bolestivost v MB bodě, bez hmatné rezistence, břicho měkké, bez peritoneálních příznaků. Auskultačně normální střevní peristaltika. Per rectum: Douglas nevyklenut, nebolestivý, ampula prázdná, orientačně per vaginam: negativní nález. Ostatní somatický nález bez patologických změn.

Z ostatních vyšetření: P: 100/min, TK: 16/10,66 kPa, T axil.: 37,0; rekt.: 37,3 st. FW: 10/26. Krevní obraz: ery: 4 240 000, Hb: 13,5 g%, BI: 37 %, le: 7 700, RTG hrudníku: normální nález na orgánech dutiny hrudní.

Vzhledem k tomu, že jde o mladou dívku, rozhodujeme se i přes netypický klinický nález, který by svědčil pro apendicitidu, pro operační revizi. Uvažujeme o eventuální možnosti vzácnějších příčin obtíží. K našemu rozhodnutí

operovat přispívají i výrazné subjektivní obtíže pacientky, které nekorelují s objektivním klinickým nálezem.

Operujeme v den přijetí. Střídavým řezem v pravém podbřišku otevíráme dutinu břišní, která je bez výpotku. Cérum lze volně luxovat před operační ránu. Subcekálně uložený červ



Obr. 1

délky 7 cm nejeví makroskopické známky zánětu. Distální ileum ve vzdálenosti 9 cm od ileocekální chlopně je částečně zaškrnceno a fixováno peritoneálním pruhem k břišní stěně. Pruh délky 4 cm a šíře 4 mm se nezdá být zánětlivého původu. Vychází z nástěnného peritonea v oblasti linea terminalis a upíná se na dolní část přední stěny terminálního ilea, částečně inzeruje i do přilehlého mezenteria. Pruh resekujeme a odesíláme k histologickému vyšetření. Dokončujeme revizi distálního ilea do délky asi 80 cm, nenacházíme patologické změny, mezenterická uzliny nezvětšené. Na adnexech normální nález. Výkon ukončujeme preventivní apendektomií obvyklým způsobem.

Histologické vyšetření č. 1569—70/76 K:

- A) filiformní částečka tvořena převážně vazivově tukovým pojivem a cévami,
- B) tenký appendix s pozánětlivou obliterací lumina v jednom řezu.

Pooperační průběh klidný, sedmý den vyjmuty stěhy, pacientka zhojena a propuštěna domů. Po třech měsících při kontrole bez subjektivních obtíží.

Diskuse

Základ slepého střeva se tvoří v průběhu třetího měsíce embryonálního života [3]. Když se během střevní rotace dostává postupně na své místo, začíná se od pátého měsíce definitivně formovat. Základ céka se rozšiřuje a prodlužuje, vytváří se slepý vak a z něho vyrůstá červovitý přívěsek. Při tom se vytváří horní a dolní ileocekální plika, jejichž velikost a poloha může být značně variabilní. Proces vývoje ileocekální oblasti se definitivně ukončí až po narození individua.

V literatuře nacházíme málo zpráv o této anomální fixaci terminálního ilea.

Anglický chirurg W. A. Lane [2] studoval anomální pruhy a adheze v peritoneální dutině a podle původu je rozděloval na kongenitální a sekundárně získané. Popsaný pruh fixující terminální ileum je nazýván první pruh Laneho, na rozdíl od posledního Laneho pruhu, což je podobná fixace nacházející se na sigmoideu. Lane se domnívá, že tyto pruhy se vyvinuly jako podpůrné mechanismy se vzpřímeným držetím těla a mají zabraňovat ptóze střeva.

Němci Markau a Eggert [4] v rozmezí pěti let popsali čtyři případy této fixace terminálního ilea mezi 405 pacienty vyšetřovanými pro poruchy střevní pasáže. Domnívají se, že jde o variabilní formu plica ileocecalis caudalis, která je chybně vyvinutá a mediálně dislokována. Zajímavá je otázka, proč je tato vrozená anomálie dlouho klinicky němá a první obtíže se objevují často až v dospělosti. Oba autoři se přiklání k názoru, že původ obtíží je nutno hledat v degenerativním zkracování Laneho pruhu, např. zánětlivými pochody v okolí nebo po operaci apod. Vliv na vznik obtíží má i motilita a tonus střevní stěny. Při střevní atonii a následné ptóze visí střevo přes fixující pruh a může tak dojít k částečnému nebo úplnému uzavření střevní průchodnosti. Naopak při meteorismu může být distální plynem naplněná klička ilea tlačena vzhůru a střevo je pak zalomeno na opačnou stranu než při atonii.

Ragimov a Abasov [5] v diferenciální diagnostice mezi interperitoneálními adhezemi v ileocekální oblasti a chronickou apendicitidou pokládají za osvědčenou diagnostickou rtg metodu pneumoperitoneum v kombinaci s dvojím kontrastem tlustého střeva. Mezi 202 vyšetřovanými našli jako zdroj obtíží adheze u 76 pacientů, z toho v 52 případech byly tyto adheze lokalizovány do ileocekální oblasti. Jen ve 2 případech byl při tom nalezen zánětlivý proces na appendixu.

Z našeho hlediska jsou nejpříjemnější závěry německých autorů [4]. Naše pacientka měla první obtíže až ve 21 letech. Na makroskopicky intaktním appendixu byly při histologickém vyšetření nalezeny známky pozánětlivé obliterace lumina. To by odpovídalo teorii, že zánětlivý proces v okolí Laneho pruhu může přivodit jeho degenerativní zkrácení a vznik obtíží.

Zajímavý rtg diagnostický přínos uvádějí sovětští autoři [5]. Zdá se však, že náročnost této vyšetřovací metody neumožňuje její zavedení do běžného používání.

V chirurgické praxi se na chronický zánět appendixu často svádějí všechny neurčité obtíže spojené s bolestmi v pravém podbřišku. Skutečná příčina bývá mnohdy zcela jiná. Měla by platit zásada stanovit diagnózu chronické apendicitidy až po vyloučení ostatních možných onemocnění. Diferenciálně diagnosticky je třeba kromě onemocnění žaludku, duodena, ledvin, močových cest, žlučníku a mezenterické lymfadenitidy brát v úvahu i vzácnější one-

mocnění, např.: regionální enteritidu, mukokelu červu, u starších lidí nutno myslet i na možnost karcinomu céka. U žen pak musíme pečlivým vyšetřením vyloučit gynekologické afekce, zejména chronickou adnexitidu, mimoděložní těhotenství aj. V neposlední řadě nutno uvážit i možnost pozánětlivých adhezí a srůstů v ileocekální oblasti nebo výskyt kongenitálních anomálií typu Laneho pruhu. Při vyčerpání diagnostických možností a trvají-li bolesti v pravém podbřišku delší dobu, zbývá operační revize ileocekální krajiny s plánovanou apendektomií. V tomto případě je to nejjistější, nejjednodušší a plně opodstatněná cesta pro lékaře i pacienta.

Souhrn

V článku je popsána kasuistika výskytu

Laneho pruhu a uvedeny některé názory na etiopatogenezu této vzácné anomálie.

Literatura

1. Pavrovský, J.: Chirurgie břicha, Speciální chirurgie II, Praha, Avicenum 1973, s. 221.
2. Lane, W. A.: Chronic Constipation, Surg. Gynec. Obstet., 6, 1908, s. 115.
3. Stanek, J.: Embryologia člověka, Bratislava, SAV 1972, s. 207—213, 227—235.
4. Markau, H. - Eggert, A.: Darmwegsstörungen durch Bandanomalie im Ileocöcalbereich, Der Chirurg, 43, Heft 11, 1972, s. 530—534.
5. Ragimov, R. N. - Abasov, I. T.: Differencialnaja diagnostika mezbrjušinných spaek i chroničeskogo appendicita. Vestnik chirurgii imeni Grekova, 98, 1967, č. 5, s. 34—37.