

## Ocluzie intestinală acută prin coardă diverticulo-apendiculară

C. Hristu, E. Blazian

Revista de Chirurgie 1931;7-9/34:339-341  
Comunicare la Societatea de Chirurgie din București 22 aprilie 1931

Am avut ocazia să operăm un caz de ocluzie intestinală prin angajarea unei anse subțiri printr-un orificiu delimitat de o coardă formată de apendice în unire cu diverticolul Meckel, o rară dispoziție anatomicopatologică.

### Observația clinică

Bolnavul P.I. de 50 de ani, bine dezvoltat prezintă în antecedente: febră palustră la 10 ani; la 30 de ani o primă criză dureroasă abdominală localizată în epigastru și regiunea ombilicală, însoțită de febră, vărsături bilioase și balonare. După 3 săptămâni de repaus la pat simptomatologia se amendează. La vârsta de 37 de ani, în timpul războiului febră recurentă cu reșută. Aproximativ din acea perioadă rămâne cu o sensibilitate dureroasă în epigastru. Uzează de băuturi alcoolice. În ultimii 4-5 ani a avut mai multe crize dureroase abdominale, cu caracter colicativ, care durau 2-4 ore, după care se remiteau spontan. Uneori aceste crize dureroase au fost urmate de scaune negricioase. În ultimul an alternare de constipație cu diaree. Examinat de un confrate i se descoperă un punct de hernie epigastrică. Reacția B.W. negativă.

În august 1930 are o criză abdominală intens dureroasă, însoțită de fenomene peritoneale, de care se vindecă în 2 săptămâni. Medicul curant bănuiește un ulcer piloro-duodenal, dar tranzitul baritat nu arată decât hipertonie cu hiperchinezie gastrică, tranzit accelerat, duoden normal. Rămâne cu dureri intermitente până în ziua de 6 decembrie 1930, când

dimineța la ora 7 are un scaun normal, după care acuză o durere violentă în flancul drept și epigastru, însoțită de sudori reci, răcirea extremităților, dispnee. Examinat la ora 8,30 se constată agitație mare cu dureri abdominale insuportabile, apărare abdominală și puls bradicardic (54/minut).

Ne gândim la o apendicită perforată și intervenim de urgență la Sanatoriul dr. Antoniu sub rahianestezie, printr-o incizie Roux de 10-12 cm. La deschiderea cavității abdominale, căutând cecul eliberăm o ansă intestinală hiperemiată lungă de 8-10 cm, angajată printr-un orificiu delimitat de un cordon în tensiune, care unea cecul cu ileonul. La examenul vizual constatăm că această coardă era formată din apendice, continuat cu un diverticol intestinal situat la 30 de cm de valvula Bauhin. Continuitatea între apendicele hiperemiat, lung de 5-6 cm și diverticolul intestinal, lung de 4 cm era asigurată de un cordon sidefiu, lucios, dur la palpare spre deosebire de extremitățile care aveau lumen ce comunica pe de-o parte cu cecul, pe de altă parte cu lumenul ileonului. După indicațiile noastre, colegul Făgărășanu a avut bunăvoința să ne facă această schemă (Fig. 1). Apreciem deci cazul drept o ocluzie prin angajarea unei anse ileale în orificiul format de apendice cu mezoul lui continuat cu coarda amintită și cu diverticolul Meckel. Restul intestinului subțire normal macroscopic.

Am secționat apendicele și am înfundat bontul în bursă, după care am excizat în ic baza diverticolului Meckel și am suturat peretele ileonului. La examenul macroscopic al piesei se vede că lumenul apendicular

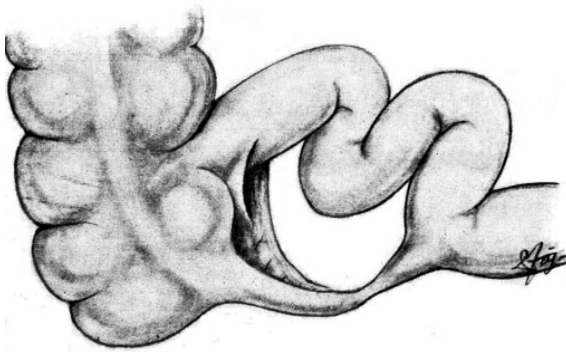


Figura 1.

nu comunică cu lumenul diverticular, țesutul intermediar fiind dur, scleros, lipsit de orice lumen. Am trimis piesa pentru examen anatomic-patologic, dar s-a pierdut.

Evoluția postoperatorie bună, pulsul revine la normal după 48 ore, a 4-a zi este coborât din pat iar a 8-a zi părăsește Sanatoriul. Am revăzut bolnavul la o lună; mai acuză vagi dureri în epigastru, pe care le-am pus pe seama micii hernii epigastrice, constatată și de noi. Un nou examen radiologic gastro-duodenal efectuat în 2 ianuarie 1931 arată stomac și duoden normale, cu un ușor spasm al pilorului. După 5 luni de la operație starea generală bună, fără acuze.

Din relatarea cazului prezentat reies următoarele particularități:

1. diagnosticul pus intraoperator era greu de văzut înainte de operație când simptomatologia a pledat fie pentru un ulcer duodenal, fie pentru o apendicită ascendentă;
2. debutul dramatic al ocluziei cu puls bradicardic, înșelător;
3. varietatea rară de ocluzie la adult, dar cu un mecanism evident;
4. crizele anterioare au fost credem datorate tot unei ocluzii mecanice, dar probabil că ansa a putut ieși spontan din strangulare;
5. raritatea cazului datorită corzii comune apendiculo-diverticulare, care a realizat inelul de ocluzie.

Se pune întrebarea legitimă: care este originea acestei corzi; interpretarea dată de noi este oare

valabilă? Ar exista teoretic mai multe eventualități:

A. Apendice deschis spontan în ileon. Un asemenea mod de evoluție a unei apendicite flegmonoase nu este imposibil. În literatura românească se citează un atare caz descris de prof. Severeanu. În contra acestei supoziții venim cu câteva argumente: a) la stânga porțiunii scleroase am găsit un lumen tapetat de mucoasă și care comunica larg cu lumenul ileonului; b) începând dela 30 cm și până la 50 cm de cec găsim diverticolul Meckel; c) nu am găsit aderențe nici periapendiculare, nici peridiverticulare; d) dacă ar fi fost apendice atunci de ce s-a obliterat și sclerosat porțiunea intermediară?

B. Eventualitatea cea mai plauzibilă pentru noi este sudarea vârfului apendicelui cu vârful diverticulului în urma unor crize de apendicită acută sau de diverticulită acută. Din păcate ne lipsește examenul anatomic-patologic, care ar fi lămurit dacă mucoasa diverticulului avea sau nu structură de mucoasă ileală. Oricum noi considerăm că melenele care urmau crizelor dureroase, relatate de pacient în ultimii 5 ani, ar putea fi explicate prin pusee de diverticulită.

C-O explicație embriologică este mai greu de imaginat, întrucât cecul se formează în a 5-a săptămână de viață embrionară, ca o dilatație pe segmentul postvitelin al ansei primitive mijlocii, pe când diverticulul Meckel este un vestigiu al ductului vitelin.

În literatura cercetată de noi nu am găsit un caz similar, așa încât pledăm pentru apariția acestei corzi ca urmare a unui proces supurativ diverticulo-apendicular rezorbit în cea mai mare parte.

## Discuții

- I. Athanasiu. Nu cred să fi fost un diverticul Meckel deoarece ne lipsește examenul anatomic-patologic. Se poate să fi fost un apendice la ora 3, care să fi atras prin aderențe inflamatorii ileonul și prin tracțiune să fi creat acel con intestinal.
- Conf. Cosăcescu. Ipoteza avansată de Hristu și Blazian pare plauzibilă, păcat însă că au pierdut piesa. Leziunile locale i-au obligat la gestul minim necesar: să secționeze baza diverticulului și să sutureze peretele ileonului.

## Comentariu la articolul

# Ocluzie intestinală acută prin coardă diverticulo-apendiculară

**C. Hristu, E. Blazian**

*Revista de Chirurgie 1931;7-9/34:339-341*

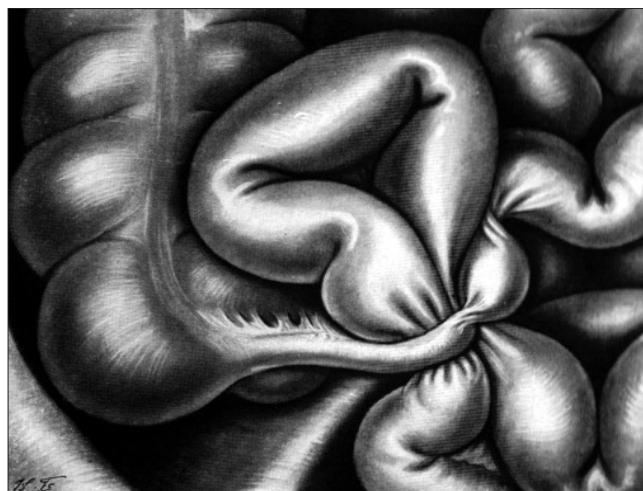
**N. Constantinescu**

Articolul lui Hristu și Blazian prezintă o eventualitate rară de ocluzie mecanică, prin încarcerare de intestin subțire printr-un inel realizat de ileonul terminal, cec și o bridă entero-apendiculo-fibroasă dobândită. Istoricul cazului ne permite să deslușim episoadele acute de apendicită/diverticulită, care probabil au pus în contact cele două organe pentru mai mult timp și au permis constituirea unei bride. Odată realizat inelul, bolnavul suferă mai multe episoade de încarcerări, care s-au redus spontan cu excepția ultimului episod, care a fost cel mai dramatic și a obligat la intervenția de urgență.

Evident că de mare ajutor ar fi fost un examen anatomo-patologic al piesei rezecate nu numai pentru demonstrarea originii diverticulare a capătului stâng al bridei, dar și pentru a avea o posibilă explicație a melenelor repetate. Din istoric desprindem două posibile eventualități pentru o hemoragie digestivă: ulcerarea diverticulară hemoragică din mucoasă gastrică ectopică sau staza sanguină a ansei încarcerate, care după reducerile spontane conducea la melenă. Se pare că bolnavul a experimentat câteva asemenea episoade.

În literatura consultată am găsit un singur caz asemănător cu cel prezentat și care aparține lui Brown (1). Apendicele era prelungit printr-o mică gătuitoră cu un diverticul Meckel iar prin inel se angajase o ansă subțire realizând tabloul unei ocluzii acute (Fig. 2).

Diverticolul Meckel este cunoscut în literatura anglo-saxonă sub numele de boala cifrei 2: frecvența de 2%, de 2 ori mai frecvent la sexul masculin și cu o localizare pe ileon la două "picioare" (feets) de valvula ileo-cecală (2). Canalul omfalo-enteric poate involucra în întregime sau poate rămâne sub forma diverticolului Meckel liber, a diverticolului



**Figura 2.**

continuat cu o bridă până la ombilic, a unei simple bride ombilico-intestinale sau ca duct patent realizând o fistulă intestinală (3). Suntem de acord cu a.a. că o bridă diverticulo-apendiculară nu poate fi congenitală.

Cazul prezentat se înscrie în suita de pledoarii prin care se cere realizarea unui examen anatomo-patologic la orice piesă extirpată.

## Bibliografie

1. Mondor H. *Diagnostics Urgents. Abdomen.* Ed. 9-a, Paris: Edit. Masson, p. 904.
2. Pollak R. *Adjunctives procedures in intestinal surgery.* In: LM Nyhus, RJ Baker, JE Fischer, editors. *Mastery of Surgery.* vol. II. ed. III-a. Boston: Little Brown & Co; 1997. p. 1353.
3. Constantinescu NM. *Anatomie clinică - note de curs.* București: Ed. "R"; 1994. p. 320.