Una rara causa di occlusione intestinale nell'anziano

Ann. Ital. Chir., 2006; 77: 513-516

Sara Andreani*, Stefania Cimbanassi*, Raffaele Pugliese**, Osvaldo Chiara*

(*) SSD Trauma Team, DEA – EAS e (**) Divisione di Chirurgia Generale e Laparoscopica, Dipartimento di Chirurgia Polispecialistico, Ospedale" Niguarda Ca' Granda ", Milano

An unusual cause of small bowel obstruction in the elderly

Paraduodenal hernia is an unusual form of internal hernia that results from a congenital midgut malrotation. It is classified as either right or left, depending on anatomic features, and embryologic origin. Left hernias are three times more common than right. Clinical symptoms may be intermittent and non–specific, as nausea, distension and abdominal pain or sometimes acute small bowel obstruction or ischemia. The average age at diagnosis is usually 38 years.
We report a case of right paraduodenal hernia in a 79 years old man admitted to the emergency department with an acute small bowel obstruction.

KEY WORDS: Internal hernia, Right paraduodenal hernia.

Introduzione

L'ernia paraduodenale o mesocolica o retroperitoneale, è una forma rara di ernia interna che deriva dalla malrotazione del piccolo intestino durante lo sviluppo embrionale.
In base alle differenti caratteristiche anatomiche e la diversa origine embriologica [1], si differenziano le ernie paraduodenali di destra e di sinistra.
Di seguito presentiamo un caso di ernia paraduodenale destra in paziente anziano.

Caso clinico

Paziente maschio di 79 anni, giunge presso il Pronto Soccorso lamentando da circa 10 giorni comparsa di dolore addominale diffuso, crampiforme, ad andamento ondulante avvertito prevalentemente ai quadranti di destra, associato a stipsi ingravescente. Negli ultimi due giorni accentuazione della sintomatologia con episodi di nausea, vomito alimentare e chiusura dell'alvo alle feci.
Anamnesi fisiologica: obesità BMI (body mass index)=29, fumatore (20 sig/die per 60 anni). Alvo e diuresi in precedenza sempre regolari. In anamnesi: diabete mellito non-insulino dipendente, in terapia con ipoglicemizzanti orali, ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico, positività HBV, stenosi carotidea bilaterale (60-70%). All'ingresso parametri vitali nella norma: PA 140/90. FC=85 r, Sat= 94% in aria. Apiretico.
All'*esame obiettivo* si osserva addome globoso per adipe, meteorico, con un'asimmetria per maggior distensione dei quadranti di destra. Alla palpazione l'addome risulta dolente con contrattura muscolare volontaria in prevalenza ai quadranti di destra. La peristalsi è vivace ed accentuata. All'esplorazione rettale: presenza di feci normocromiche in ampolla, non apprezzabili tumefazioni ne' vegetazioni.
Si eseguono gli esami ematochimici di routine e dosaggio dei lattati che risultano tutti nei limiti di norma ad eccezione di leucocitosi (17.000 GB) ed iperglicemia 195 mg/dl.
Alla radiografia dell'addome senza m.d.c. evidenza di discreta distensione meteorica di alcune anse del piccolo intestino ai quadranti addominali di destra con plurimi livelli idroaerei di pertinenza ileale (Fig. 1).
Ai fini di un approfondimento diagnostico si procede all'esecuzione di una TAC addome con mezzo di contrasto che mostra distensione con livelli idroaerei di alcu-

Pervenuto in Redazione Marzo 2006. Accettato per la pubblicazione Giugno 2006.
Per la corrispondenza: Dr. Osvaldo Chiara, Trauma Team Dipartimento DEA-EAS - Ospedale Niguarda Ca' Granda, piazza Ospedale Maggiore 3, 20162 Milano (e-mail: ochiara@yahoo.com)

Fig. 1: radiografia diretta dell'addome che dimostra una distensione irregolare di alcune anse ileali.

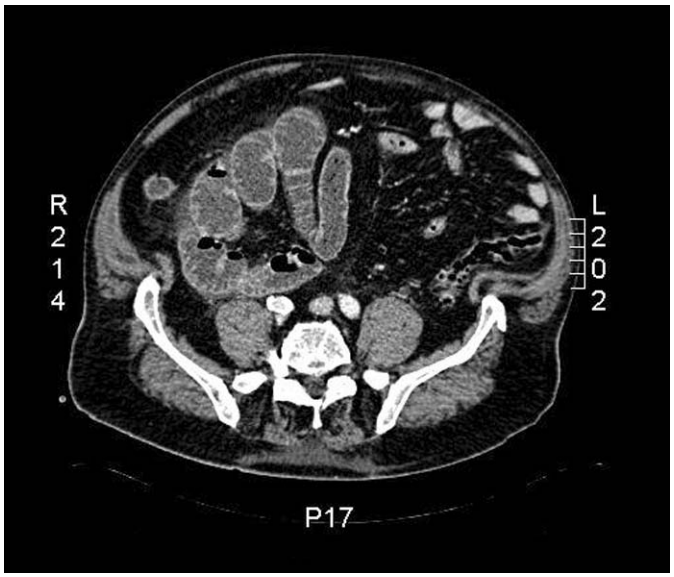

Fig. 2: TAC addome con mezzo di contrasto che evidenzia una distensione segmentaria dell'ileo in sede paramediana destra ed assenza di anse in sede paramediana sinistra.

ne anse del tenue localizzate ai quadranti addominali di destra, distensione meteorica della C duodenale, ed assenza di anse in sede paramediana sinistra (Fig. 2).
Si posiziona SNG con evidenza di modesto ristagno alimentare ed in considerazione del quadro occlusivo si pone indicazione ad intervento chirurgico in urgenza.
Si esegue incisione mediana xifo-sottoombelicale: all'apertura del peritoneo, si reperta ernia interna paraduodenale destra con migrazione di parte del tenue al di sotto dell'asse vascolare mesenterico, per mancata saldatura posteriore del meso. Le anse risultano contenute in un sacco erniario costituito da un foglietto peritoneale che si estrinseca al davanti del colon destro. Tale situazione anatomica condiziona un quadro di occlusione meccanica con marcata distensione delle anse a monte. Si procede ad apertura del sacco con sbrigliamento delle anse intestinali atteggiate a volvolo, a derotazione delle stesse e riparazione del meso.
Il decorso post operatorio è caratterizzato da lenta ripresa della canalizzazione alle feci che richiede trattamento con procinetici. Il paziente viene dimesso dalla Divisione Chirurgica in decima giornata post-operatoria e trasferito in reparto medico per la messa a punto delle terapie internistiche.

Discussione

L'ernia paraduodenale, variante dell'ernia interna congenita, rappresenta una causa rara di occlusione intestinale [2,3]. Le ernie interne congenite sono responsabili dell'1% delle ostruzioni intestinali, di cui il 50% è rappresentato dalle ernie paraduodenali [2,4] e l'incidenza autoptica di tali reperti è 0.2-2% [5]. L'ernia paraduodenale si manifesta prevalentemente a sinistra (circa il 75% dei casi), senza differenza in entrambi i sessi [3,4], con un'età media alla diagnosi di circa 38 anni [4,5]. L'ernia paraduodenale destra, invece, sembra avere una predisposizione per il sesso maschile, con un rapporto di 3 a 1 [6]. La prima descrizione delle ernie paraduodenali è attribuita a Neubauer nel 1786 e la loro classificazione anatomica a Treitz nel 1857 [4].
Lo sviluppo embrionale normale del piccolo intestino si realizza in tre fasi: a) la prima alla 6° settimana con allungamento e spinta del piccolo intestino nel celoma extraembrionale; b) la seconda alla 10° settimana con ritorno dell'intestino in addome; c) la terza alla 12° con la fissazione del piccolo intestino alla parete posteriore del cavo peritoneale. Il piccolo intestino, prima di fissarsi alla parete addominale posteriore, compie delle rotazioni intorno ad un asse costituito dall'arteria mesenterica superiore. Se avvengono rotazioni anomale durante questa fase si creano ernie paraduodenali. Andrews nel 1923 chiarisce l'eziologia dell'ernia paraduodenale destra [1,2,4], attribuendola alla mancata rotazione di parte dell'intestino tenue intorno all'arteria mesenterica superiore durante la quarta settimana. Pertanto la maggior parte del tenue rimane alla destra dell'asse vascolare arterioso e viene intrappolato in un sacco erniario creato dal meso del colon destro. L'ernia paraduodenale sinistra viene invece caratterizzata per la prima volta nel 1935 da Callender che imputa la sua formazione ad una mancata fusione di mesocolon e mesentere al duodeno, con il

piccolo intestino intrappolato in un sacco erniario del mesocolon e la vena mesenterica inferiore in corrispondenza del colletto del sacco [1,2].
La mancata rotazione, nell'ernia paramesocolica destra, condiziona un incompleto sviluppo del mesentere con discontinuazioni che favoriscono la comparsa di volvoli e quadri ischemici, che si manifestano clinicamente con occlusione ed infarto intestinale [4].
ll quadro clinico si presenta con sintomi aspecifici: senso di pesantezza epigastrica post-prandiale, accentuato dal decubito supino, distensione e dolori addominali intermittenti e crampiformi, associati ad episodi saltuari di nausea e vomito. Tale sintomatologia può essere assente, condizionare quadri subocclusivi cronici oppure un quadro di occlusione intestinale acuta [3,4,7]. La diagnosi differenziale è complessa e comprende (in pazienti mai sottoposti a pregresso intervento chirurgico addominale) il morbo di Crohn, ernie incarcerate rare clinicamente non evidenti quali l'ernia femorale o otturatoria, ostruzioni da phytobezoar o neoplasie [5].
Gli esami strumentali comunemente utilizzati per la diagnosi comprendono: il clisma del tenue con mezzo di contrasto (bario o Gastrografin), l'ecografia, la TAC (tomografia assiale computerizzata), l'RM (risonanza magnetica) mentre l'angiografia può essere utile, in casi selezionati, nel sospetto di sofferenza vascolare [3,4]. Alcuni Autori tuttavia raccomandano la TAC con contrasto in prima istanza o l'RM, come esami diagnostici più accurati, in particolare nei quadri clinici occlusivi e di sospetta ischemia acuta [3].
La terapia dell'ernia paraduodenale è chirurgica. Nel caso presentato il quadro TAC risulta suggestivo di una condizione occlusiva settoriale del tenue, con una localizzazione paramediana delle anse distese. Tale reperto non è univoco per un'ernia paraduodenale, ma comunque il suo riscontro radiologico deve far porre il sospetto in diagnosi differenziale anche di tale patologia. Il trattamento chirurgico può essere effettuato mediante intervento tradizionale per via laparotomica oppure con accesso laparoscopico, di recente introduzione. La tecnica prevede in entrambe le tipologie di intervento, la riduzione e correzione dell'ernia, ripristinando la normale anatomia [2]. Alcuni Autori sostengono che la terapia chirurgica è d'obbligo anche per pazienti asintomatici, a causa delle complicanze potenzialmente letali, quali ischemia e perforazione, in cui si può incorrere in caso di mancato trattamento [8].

Conclusioni

L'ernia paraduodenale è una patologia poco comune caratterizzata da manifestazioni cliniche estremamente variabili, dall'assoluta asintomaticità sino all'occlusione con ischemia od infarto intestinale. L'importanza di porre in diagnosi differenziale questa patologia in caso di quadri occlusivi senza un'evidente causa non è da sottovalutare [9]. Le immagini strumentali, ed in particolare la TAC, mostrano un quadro abbastanza caratteristico e di difficile interpretazione anche da parte del radiologo o del chirurgo esperto quando non consapevoli di tale condizione patologica. In una revisione della letteratura abbiamo riscontrato tale patologia solamente in sei pazienti anziani (73-95 anni), la maggior parte dei quali portatori di un'ernia paraduodenale sinistra [5,10,11]. Questo è indicativo della rarità della patologia e quindi della possibilita' di omissione di una diagnosi corretta.

Riassunto

L'ernia paraduodenale è una rara forma di ernia che deriva dalla malrotazione dei piccolo intestino durante lo sviluppo embrionale. Viene classificata in destra o sinistra in base alle caratteristiche anatomiche ed all'origine embrionale. Le ernie paraduodenali possono insorgere a sinistra o a destra, rispettivamente con un rapporto di 3:1, e le manifestazioni cliniche possono essere estremamente variabili ed aspecifiche, dall'asintomaticità fino all'occlusione o all'ischemia intestinale . L'età media di insorgenza è di solito 38 anni. Il caso descritto è di ernia paraduodenale destra in paziente maschio di 79 anni, giunto presso il Pronto Soccorso con quadro di occlusione intestinale. Essendo una patologia non comune, caratterizzata da sintomi aspecifici, è importante che sia il radiologo che il chirurgo la pongano in diagnosi differenziale quando in presenza di quadro occlusivo intestinale senza altre cause evidenti.

Bibliografia

1) Shinohara T, Okugawa K, Furuta C.: *Volvolus of the small intestine caused by right paraduodenal hernia: A case report.* J Pediatr Surg, 2004; 39(2):e8-9.

2) Antedomenico E, Singh NN, Zagorski SM, Dwyer K, Chung MH. *Laparoscopic repair of a right paraduodenal hernia.* Surg Endosc, 2004; 18(1):165-66. Epub 2003 Nov. Review.

3) Blachar A, Michael PF, Dodson SF*: Internal hernia: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria.* Radiology, 2001; 218:68-74.

4) Moran JM, Salas J, Sanjuan S, Amaya JL, Rincon P, Serrano A, Tallo EM: *Paramesocolic hernias: Consequences of delayed diagnosis. Report of three new cases.* J Pediatr Surg 2004 Jan; 39(1):112-6

5) Zissin R, Hertz M, Gayer G, Paran H, Osadchy A: *Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction: CT findings in 11 adult patients.* Brit J Rad, 005: 78:796-802.

6) Papaziogas B, Souparis A, Makris J, Alexandrakis A, Papaziogas T: Can J Surg, 2004; 47(3):195-96

7) Turley K: *Right paraduodenal hernia: a source of chronic abdominal pain in the adult.* Arch Surg, 1979; 114(9):1072-74.

8) Gagic NM: *Right paraduodenal hernia.* Can J Surg, 1982; 25(1):71-72.

9) Patti R, Arcara M, Davi V, Di Marco V, Leo P, DiVita G: *Paraduodenal hernia: an uncommon case of recurrent abdominal pain.* G Chir. 2004 May; 25(5):183-6.

10) Dietz DW, Walsh RM, Grundfest-Broniatowski S, Lavery IC, Fazio VW, Vogt DP: *Intestinal Malrotation: Rare but important cause of small bowel obstruction in adults. Dis Colon Rectum 2002; 45:1381-1386.*

11) Catalano OA, Bencivenga A, Abbate M, Tomei E, Napolitano M, Vanzulli A: *Internal hernia with volvulus and intussusception: Case report.* Abdom Imaging, 2004; 29:164-65.