

ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΥ ΡΗΞΗΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΩΣΗΣ

Δέσποινα Παπαγεωργούλη, Ιωάννα Μαλαπάνη, Μαριάνθη Παναρίτη, Χρυσάνθη Ξυλινά, Μαγδαληνή Κολλάτου, Παρασκευή Καστανιώτη, Γεώργιος Μπούντλας, Κωνσταντίνος Ζέρβας, Κλέα Πηνελόπη Σουλικιά, Ματθαίος Ευθυμίου
Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο»



Εισαγωγή

Η διαπρωκτική πρόπτωση του λεπτού εντέρου διαμέσου ρήξης του τοιχώματος του ορθού αποτελεί μια αρκετά σπάνια επείγουσα χειρουργική οντότητα (εικόνα 1). Η πρώτη καταγεγραμμένη περιγραφή παρόμοιας περίπτωσης ήταν το 1827 από τον Benjamin Brodie και έκτοτε έχουν δημοσιευθεί λιγότερες από 100 περιπτώσεις παγκοσμίως.

Η κατάσταση αφορά συνήθως γυναίκες προχωρημένης ηλικίας. Ο μηχανισμός δημιουργίας δεν είναι απολύτως κατανοητός. Πιθανολογείται ότι η ρήξη μπορεί να οφείλεται σε χρόνια ισχαιμία, φλεγμονή, και πίεση του πρόσθιου τοιχώματος του ορθού, ρήξη σε έδαφος εκκολπαμάτωσης, πρόπτωσης πυελικών οργάνων, μονήρους έλκους ορθού, κολίτιδας, καρκινώματος, δακτυλικής ανάταξης πρόπτωσης ή δακτυλική υποβοήθηση της κένωσης, μετά από τραυματισμό, από ξένο σώμα, συμφύσεις σε επαφή με το τοίχωμα του ορθού, χρόνια δυσκοιλιότητα και κοπρόσταση. Στους νέους ασθενείς προκαλείται κυρίως τραυματικά, από δυνάμεις αναρρόφησης στην πισίνα ή κακοποίηση.

Η πλειοψηφία των καταγεγραμμένων περιστατικών (~70%) φαίνεται να έχουν κάποιας μορφής πρόπτωση πυελικών οργάνων. Η χρόνια πρόπτωση του ορθού μπορεί σε σπάνιες περιπτώσεις να επιπλεχθεί από ρήξη του ορθού καθώς συσχετίζεται με διάβρωση και ισχαιμικές αλλοιώσεις του βλεννογόνου του ορθού που τελικά μπορεί να οδηγήσουν σε ρήξη του εξασθενημένου τοιχώματος μετά από αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Στην πραγματικότητα κάθε μορφής πρόπτωση που οδηγεί σε σύνδρομο αποφρακτικής δυσκοιλιότητας μεταφράζεται σε χρόνια περαιτέρω καταπόνηση, διάταση και λέπτυνση του πρόσθιου τοιχώματος του ορθού που αυξάνουν τον κίνδυνο για ρήξη.

Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις αναφέρεται ότι προηγήθηκε ξαφνική απότομη αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης όπως φάρνισμα, βήχας, προσπάθεια για αφόδευση, άρση βάρους, έμετος, ανάταξη της πρόπτωσης του ορθού με χειρισμούς.

Σκοπός

Η παρουσίαση μιας σπάνιας κλινικής περίπτωσης διαπρωκτικής πρόπτωσης λεπτού εντέρου μέσω ρήξης του ορθού που αντιμετωπίστηκε στην κλινική μας, καθώς και η συσχέτισή της με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας



Υλικό και Μέθοδος

Γυναίκα 73 ετών με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης, νόσου Parkinson, και καταθλιπτικής διαταραχής, προσήλθε στα επείγοντα σε ημέρα γενικής εφημερίας λόγω πρόπτωσης λεπτού εντέρου διαμέσου ρήξης του τοιχώματος του ορθού και έξοδο του λεπτού εντέρου από τον πρωκτό από ωρών (εικόνα 2). Αξίζει να σημειωθεί ότι η ασθενής αναφέρει από το ιστορικό της χειρουργείο ολικής υστερεκτομής, πρόπτωσης πυελικών οργάνων και χρόνια δυσκοιλιότητα. Η ασθενής όντας σταθερή μετά την αρχική αντιμετώπιση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών οδηγήθηκε εσπευσμένα στο χειρουργείο. Έγινε ερευνητική λαπαροτομία και ανάταξη της πρόπτωσης του λεπτού εντέρου και του ορθού μετά από έκπλυσή τους. Διαπιστώθηκε ρήξη και ισχαιμία στο τμήμα του λεπτού που είχε αναταχθεί. Παρά τις προσπάθειες για διάσωση το έντερο δεν επανήλθε και κρίθηκε μη βιώσιμο. Έτσι αποφασίστηκε και διενεργήθηκε τμηματική εντερεκτομή του ισχαιμιού τμήματος λεπτού εντέρου μήκους περίπου 70 εκατοστών (εικόνα 3) και πλαγιοπλάγια αναστόμωση. Επίσης ανευρέθη επιμήκης ρήξη στο πρόσθιο τοίχωμα του ορθού μέσω της οποίας είχε γίνει η πρόπτωση των ελίκων λεπτού και η οποία αντιμετωπίστηκε με συρραφή του χάσματος. Κεντρικότερα της ρήξης δημιουργήθηκε παρακαμπτήρια σιγμοειδοστομία αγκύλης. Αξίζει να σημειωθεί ότι ανευρέθησαν επίσης πολλαπλοί κοπρόλιθοι οι οποίοι και αφαιρέθηκαν. Έγιναν επίσης πλύσεις της περιτοναϊκής κοιλότητας και τοποθετήθηκε παροχέτευση. Η ασθενής μεταφέρθηκε από την αίθουσα του χειρουργείου άμεσα μετεγχειρητικά στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για περαιτέρω υποστήριξη καθώς αποφασίστηκε από τους αναισθησιολόγους ότι δεν δύναται να αποσωληνωθεί στην παρούσα φάση.

Αποτελέσματα

Η ασθενής την 4^η μετεγχειρητική ημέρα επανήλθε από τη ΜΕΘ στη Χειρουργική Κλινική. Σταδιακά έγινε έναρξη της σίτισης και κινητοποίηση της ασθενούς. Ωστόσο εμφανίσε επιπλεγμένη μετεγχειρητική πορεία. Πιο συγκεκριμένα τις επόμενες ημέρες επιβαρύνθηκε με εμπύρετο, επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας και ανάγκη για οξυγόνο, μετωρισμό της κοιλίας χωρίς περιεχόμενο από τη στομία και έκπτωση επιπέδου συνείδησης. Έτσι έγινε απεικονιστικός έλεγχος ο οποίος ανέδειξε λοίμωξη αναπνευστικού και ενδοκοιλιακή συλλογή (εικόνα 4). Επομένως η ασθενής μεταφέρθηκε για δεύτερη φορά στο χειρουργείο για ερευνητική λαπαροτομία όπου διαπιστώθηκε απόστημα στη δεξιά κοιλιακή χώρα με ακέραιη την έντερο-έντερο αναστόμωση. Έγινε παροχέτευση του αποστήματος και δημιουργήθηκε ειλεοστομία αγκύλης. Η ασθενής μεταφέρθηκε και πάλι μετεγχειρητικά στη ΜΕΘ. Τελικά παρά την εντατική υποστήριξη η ασθενής επιδεινώθηκε και τελικά απεβίωσε λίγο μετά την επιστροφή της στο τμήμα. Η περίπτωση αυτή επιβεβαιώνει τη βαρύτητα και την υψηλή θνητότητα της πάθησης, ιδίως σε ηλικιωμένους με συννοσηρότητες.

Συζήτηση

Η διαπρωκτική πρόπτωση λεπτού εντέρου αποτελεί σπάνιο χειρουργικό επειγόν στη διεθνή βιβλιογραφία ενώ δεν υπάρχουν επίσημες οδηγίες για την αντιμετώπισή της. Η διαχείριση του περιστατικού πρέπει να ξεκινήσει άμεσα ήδη από την προσέλευση του ασθενούς στο τμήμα επειγόντων με ανάνηψη και σταθεροποίηση του ασθενούς και προστασία και προσπάθεια για διατήρηση της βιωσιμότητας των προπίπτοντων εντερικών ελίκων, ταυτόχρονα με τον αρχικό εργαστηριακό και πιθανά απεικονιστικό έλεγχο.

Υπάρχει πιθανότητα ο ασθενής να καθυστερήσει να αντιληφθεί την πρόπτωση του λεπτού καθώς μπορεί να δίνει παρόμοια αίσθηση με την πρόπτωση ορθού από την οποία οι περισσότεροι ασθενείς πάσχουν ήδη, καθώς και από το επίπεδο του ασθενούς εκτός και εάν συνδυάζεται με έντονο πόνο κάτι που θα κινητοποιήσει τον ασθενή να αναζητήσει άμεσα ιατρική βοήθεια. Η αρχική καθυστέρηση μπορεί να είναι καθοριστική για τη βιωσιμότητα του προπίπτοντος λεπτού εντέρου καθώς και για την έκβαση του ασθενούς.

Η αντιμετώπιση είναι αποκλειστικά χειρουργική και ανάλογα με τη βιωσιμότητα του λεπτού, την κατάσταση της περιτοναϊκής κοιλότητας, τις συννοσηρότητες και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν παρηγορητικά εμφανίσαν 100% θνητότητα. Η καθυστέρηση στη διάγνωση ή η απλή ανάταξη οδηγεί σχεδόν πάντα σε θάνατο.

Αρχικά το προπίπτον λεπτό έντερο πρέπει να πλένεται με άφθονο ζεστό φυσιολογικό ορό και να ανατάσσεται ήπια προς την περιτοναϊκή κοιλότητα προς αποφυγή στραγγαλισμού και μη αναστρέψιμης ισχαιμίας. Σε περίπτωση ισχαιμικών αλλοιώσεων στο λεπτό έντερο πρέπει να γίνει προσπάθεια για επαναιμάτωση. Σε περίπτωση όμως νέκρωσης του λεπτού εντέρου πρέπει να γίνεται εντερεκτομή με ή χωρίς τη δημιουργία έντερο-έντερο αναστόμωσης ή τελικής στομίας.

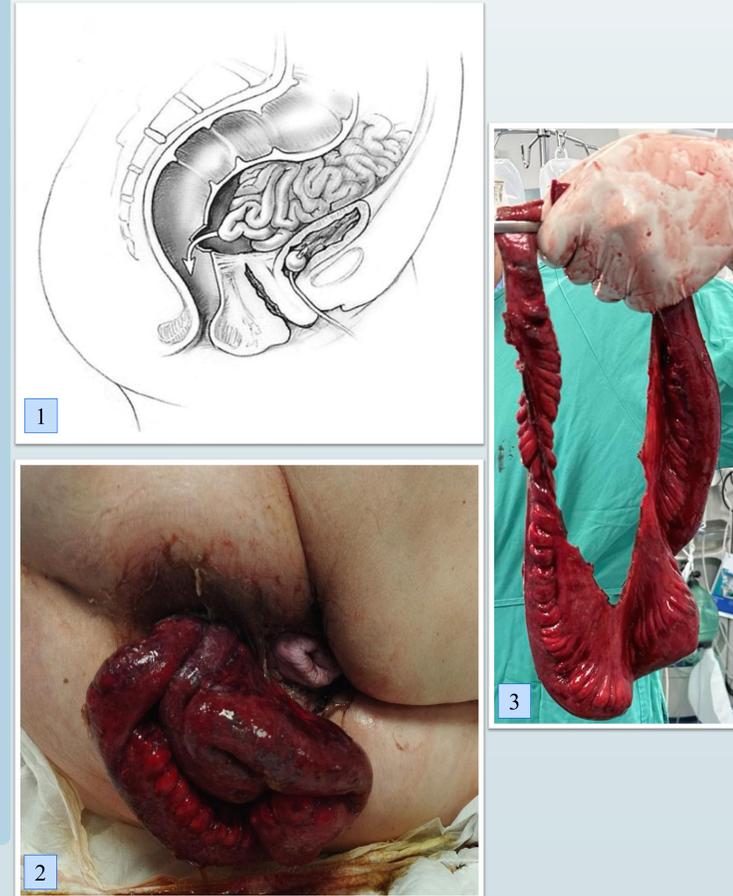
Η αντιμετώπιση του ελλείμματος στο τοίχωμα του ορθού μπορεί να γίνει με απλή πρωτογενή συρραφή του χάσματος ή με εκτομή του πάσχοντος τμήματος του ορθού που μπορούν να συνδυαστούν με τη δημιουργία προστατευτικής στομίας αγκύλης πάνω από τη συρραφή ή εκστόμωση του κεντρικού κολοβώματος σαν τελική κολοστομία κατά Hartmann αντίστοιχα. Η καταγεγραμμένη θνητότητα στους ασθενείς μετά από πρωτογενή συρραφή φτάνει μέχρι και 80%. Ωστόσο η δημιουργία κολοστομίας είτε τελική είτε αγκύλης φαίνεται να έχει βελτιώσει την έκβαση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα μια πρόσφατη δημοσίευση με ανασκόπηση των δημοσιευμένων περιπτώσεων αναφέρει ότι από το 1979 μέχρι το 2021 η θνητότητα μειώθηκε από 46% σε 23% με την προσθήκη στομίας.

Πέρα από το χειρουργείο είναι σημαντικό να υπάρχει και υποστήριξη και επαρκής ανάνηψη των ασθενών με τη χορήγηση υγρών και ευρέος φάσματος αντιβιοτικών εμπειρικά.

Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς εξαρτάται από την γενική κατάσταση του ασθενούς, τις συνοδές παθήσεις, την κατάσταση της θρέψης και το βαθμό επιμόλυνσης της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Συμπεράσματα

- Η πρόπτωση λεπτού εντέρου μέσω ρήξης του ορθού είναι εξαιρετικά σπάνια
- Αποτελεί επείγουσα χειρουργική οντότητα με αυξημένη θνητότητα
- Εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας με πρόπτωση ορθού μετά από αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης
- Απαιτεί άμεση χειρουργική παρέμβαση, αναλόγως της βιωσιμότητας του προπίπτοντος λεπτού εντέρου και της κατάστασης του ασθενούς
- Το χειρουργείο συνήθως περιλαμβάνει εκτομή, αποκατάσταση και προστατευτική στομία
- Η έγκαιρη διάγνωση και η εντατική μετεγχειρητική υποστήριξη είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωση
- Η πρόληψη μέσω έγκαιρης χειρουργικής αντιμετώπισης της πρόπτωσης ορθού μειώνει τη θνητότητα και αποτρέπει την εξέλιξη σε αυτήν τη δραματική επιπλοκή.
- Η δημοσίευση τέτοιων περιστατικών συμβάλλει στην ενημέρωση της ιατρικής κοινότητας και στη βελτίωση των θεραπευτικών στρατηγικών.



1. Haydar M, Schmidt M, Griepentrog K, Mirow L. Transanal small bowel eversion: A case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2024 Feb;115:109198. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.109198. Epub 2024 Jan 4. PMID: 38181656; PMCID: PMC10801296.
2. Tian Z, Ma X, Li M, Ruan H, Zhang G, Zhao Y. Sudden rupture of recurrent rectal prolapse complicated by small intestine eversion from anus: a case study. Front Med (Lausanne). 2025 May 27;12:1581332. doi: 10.3389/fmed.2025.1581332. PMID: 40495956; PMCID: PMC12149217.
3. Ramoglu N, Bilgin IA, Ozben V, Baca B, Hamzaoglu I, Karahasanoğlu T. Transanal eversion of small intestines due to chronic rectal prolapse: Still an intriguing case. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2024 Oct;30(10):768-770. doi: 10.14744/ujtes.2024.87273. PMID: 39382363; PMCID: PMC11622704.
4. Basnayake O, Jayarajah U, Wijerathne AT. Spontaneous eversion of small bowel through the rectum in the background of rectal prolapse. SAGE Open Med Case Rep. 2021 Apr 27;9:2050313X211011809. doi: 10.1177/2050313X211011809. PMID: 33996087; PMCID: PMC8082975.
5. Wiesler B, Linke KS, Delko T. Rare case of an 83-year-old woman with transrectal small bowel eversion caused by spontaneous rectal perforation. BMJ Case Rep. 2022 Feb 9;15(2):e246965. doi: 10.1136/bcr-2021-246965. PMID: 35140088; PMCID: PMC8830219.
6. Hajiev S, Ezzat A, Sivarajah V, Reese G, El-Masry N. Transanal eversion of small bowel in two patients with chronic rectal prolapse: case presentation and literature review. Ann R Coll Surg Engl. 2021 Jan;103(1):e29-e34. doi: 10.1308/resann.2020.0199. Epub 2020 Sep 24. PMID: 32969261; PMCID: PMC7705158.
7. Harsh H, Kumar P, Karnik A, Kumar A. Spontaneous Rectal Perforation With Transanal Small Bowel Eversion: A Rare Complication of Chronic Rectal Prolapse. Cureus. 2025 Jan 4;17(1):e76904. doi: 10.7759/cureus.76904. PMID: 39901999; PMCID: PMC11789542.
8. Kornaropoulos M, Makris MC, Yettimis E, Zevlas A. Transanal eversion of the small bowel a rare complication of rectal prolapse. Int J Surg Case Rep. 2016;19:38-40. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.11.018. Epub 2015 Dec 14. PMID: 26708948; PMCID: PMC4756080.
9. Gheewala H, Iqbal M, McNaught C, Singh K, Soare C. Eversion of Small Bowel Through Rectum: A Case Report. Maedica (Bucur). 2019 Dec;14(4):428-430. doi: 10.26574/maedica.2019.14.4.428. PMID: 32153678; PMCID: PMC7035441.
10. Farda W, Shaban MO, Sadeq MS, Mangal H, Hail MI, Barakzai S. Eversion of small bowel through spontaneous perforation of rectum: Case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2021 Sep;86:106306. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106306. Epub 2021 Aug 11. PMID: 34399239; PMCID: PMC8371223.