

Перзистентни *mesocolon descendens* – приказ болесника

Зоран Требјешанин¹, Срђан Бабић¹, Горан Вучуревић¹, Петар Попов^{1,2}, Ненад Илијевски^{1,2}, Милена Благотић^{2,3}

¹Клиника за васкуларну хирургију, Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“, Београд, Србија;

²Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија;

³Институт за анатомију, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд, Србија

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод За разлику од десне, лева половина колона знатно ређе подлеже морфолошким варијацијама услед неправилности које могу да настану током ембрионалног развоја овог дела црева. Процес фиксације нисходног дела колона за задњи трбушни зид може да изостане, када нисходни колон (*colon descendens*) задржава слободну перитонеалну петелјку (*mesocolon descendens*) и добија одређени степен покретљивости.

Приказ болесника Приказан је болесник с перзистентним мезоколоном нисходног колона (*mesocolon descendens persistens*). Ова аномалија се одликује покретним мезоколоном нисходног колона, који се пружа од спленичне флексури или нешто испод ње до преласка нисходног колона у сигмоидни колон (*colon sigmoideum*). Перзистентни *mesocolon descendens* је код приказаног болесника обавијао танко црево у целини у шпагу (*recessus*), смештеном улево и споља од средње линије. Садржај овакве килне кесе изазвао је симптоме унутрашње киле која се манифестовала повременим грчевима у трбуху и одговарајућим рендгенографским знацима.

Закључак Сматрамо да болесника с овим аномалијама има много више него што је то описано у литератури.

Кључне речи: перзистентни *mesocolon descendens*; унутрашња хернија; садржај килне кесе

УВОД

Нисходни колон се диференцира из кранијалног дела завршног црева. На коначни положај нисходног колона након завршених сложених процеса ротације утиче и срастање његовог висцералног перитонеума и перитонеалне дупликатуре (*mesocolon descendens*) с паријеталним перитонеумом задњег трбушног зида крајем четвртог месеца интраутерусног живота [1, 2]. Овај процес фиксације нисходног колона и његовог мезоколона може да изостане у одређеним случајевима [1]. Тада нисходни колон задржава различит степен покретљивости висећи на перитонеалној петелјци, коју неки аутори означавају као перзистентни *mesocolon descendens* [3-6]. Када је перзистентни мезоколон нисходног колона праћен клиничким симптомима, говори се о аномалији која се најчешће клинички и рендгенски манифестује као унутрашња хернија [3].

У зависности од дужине и висине (ширине) перитонеалне петелјке, нисходни колон, слободан и покретан, виси на петелјци и лежи у средњој линији или незнатно улево од ње, а понекад чак десно од средње линије, парацекално. Некада је у том положају и фиксиран. Овакве неуобичајене локализације појединих делова дигестивне цеве често не прате никакви субјективни симптоми, тако да се оне могу случајно открити

приликом дијагностичких поступака или хируршких захвата у трбушној дупљи.

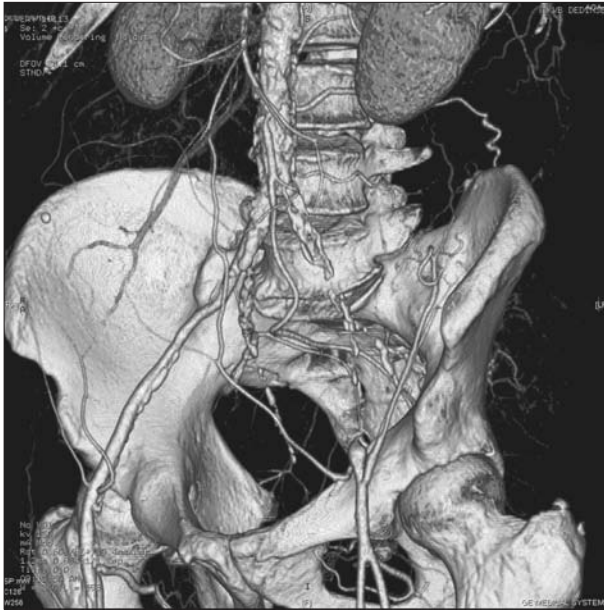
ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Болесник стар 61 годину примљен је на Клинику за васкуларну хирургију Института за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ у Београду ради ангиографског испитивања. На пријему је навео да осећа болове и грчеве у ногама након 50 метара ходања, као и повремене грчеве у трбуху и опстипацију. Клиничким прегледом је утврђен изостанак артеријских пулзација у левој препони, док су у десној препони оне биле ослабљене, са чујним васкуларним шумом. Абдомен је био у равни грудног коша, мек, палпаторно неосетљив, са чујном перисталтиком. Болесник је четири године раније лечен због миокардитиса, а ултразвучни налаз срца је показао ниску ејекциону фракцију ($EF=20\%$).

Мултислајсним СТ прегледом (*GE Light Speed VCT 64*) потврђени су оклузија леве заједничке и леве спољашње бедрене артерије (*a. iliaca communis sin. et a. iliaca externa sin.*) и значајно сужење десне спољашње бедрене артерије (*a. iliaca externa dex.*) (Слика 1). Као узгредан налаз уочено је да су вијуге танког црева биле у целини смештене у параколичном шпагу латерално и улево од нисходног и сигмоидног колона (Слика 2).

Correspondence to:

Srđan BABIĆ
Institut za kardiovaskularne
bolesti „Dedinje“
Heroja Milana Tepića 1
11000 Beograd
Srbija
sdrbabic@sezampro.rs



Слика 1. Тродимензионални мултислајсни СТ снимак с приказом аортоилијачних стеноклузивних лезија

Figure 1. Three-dimensional Multi-Slice CT findings: aortoiliac stenocclusive lesion



Слика 2. Леви бочни приказ мултислајсног СТ подмезоколичног спрата абдомена

Figure 2. Three-dimensional Multi-slice CT; The part of the bowel containing the peritoneal cavity; left lateral aspect



Слика 3. Интраоперациони налаз нисходног колона с перитонеалном петељком

Figure 3. Persistent descending mesocolon – intraoperative view



Слика 4. Интраоперациони приказ левог ретроколичног шпага

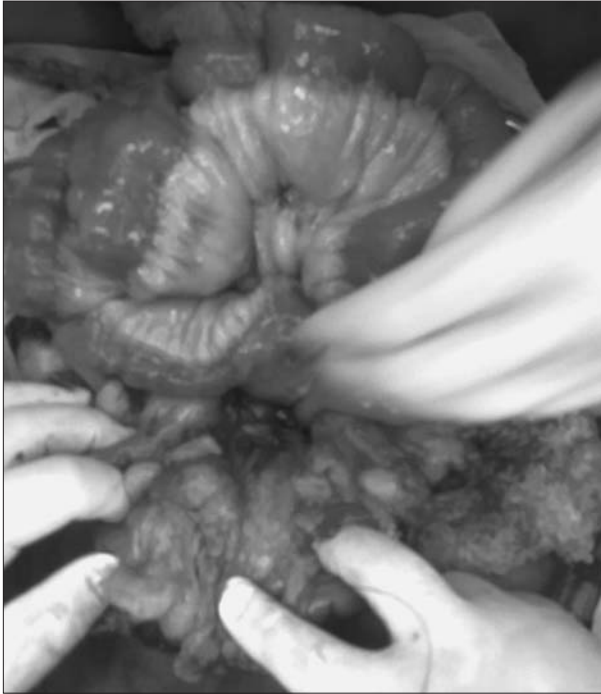
Figure 4. Left retrocolic recess; intraoperative view

Након ових налаза постављена је индикација за аортобифеморалну реконструкцију. Током експлорације трбушних органа нисходни колон (*colon descendens*) био је покретан на слободној перитонеалној петељци. Нисходни колон је са својом перитонеалном петељком био померен удесно према средњој линији, а сигмоидни колон је био дужи и нешто већег пречника од уобичајеног (Слика 3).

Вијуге танког црева нису биле на уобичајеном месту у трбушној дупљи, па се посумњало да су смештене у килној кеси. Горњи зид ове унутрашње херније чинила је сраслина између ненормалног мезоколона десценденса и листа паријеталног перитонеума задњег трбушног зида, док је доњу границу чинила горња ивица (*crista iliaca*) леве карличне кости (*os coxae sin.*). С предње стране налазио се перзистентни мезоколон десценденс, док су задњи зид чинили паријетални пе-

ритонеум левог количног жлеба и лева илијачна јама (*fossa iliaca sin.*). У простору ограниченом овим елементима налазило се танко црево у целини (јејунум и илеум). Смештено у левом параколичном шпагу, оно је било скврчено и чинило садржај унутрашње херније (Слика 4).

У нивоу средње трећине сигмоидног колона, с овим делом црева је срастао мезентеријум терминалног илеума и тако отежавао приступ ретроперитонеално постављеној аорти и другим крвним судовима. Наизменично тупом и оштром дисекцијом ослобођен је сигмоидни колон од прираслица, док су вијуге танког црева премештене у уобичајену позицију (Слика 5). По приступу трбушној аорти, у условима опште хепаринизације (5000 и.ј. хепарина), стекли су се услови за клемовање аорте. Урађена је аортобифеморална реконструкција дакрон Y протезом 14×7 mm.



Слика 5. Интраоперациони налаз вијуга танког црева у уобичајној позицији
Figure 5. The small bowel in its usual position; intraoperative view

У постоперационом току забележена је нормална функција дигестивног тракта, а болесник је примао цефалоспорине треће генерације и флуорохинолоне. Контролни прегледи после три месеца, шест и дванаест месеци показали су нормалан опоравак, добру хемодинамику и уредну гастроинтестиналну функцију.

ДИСКУСИЈА

Морфолошке одлике појединих органа јесу основа за разумевање њихове функције, као и многих патолошких процеса и промена који се у њима некада одвијају. Добро познавање варијација морфолошких одлика појединих сегмената колоне веома је важно, јер омогућава боље разумевање патогенезе хируршких стања, ефикасније дијагностиковање и одговарајуће лечење.

ЛИТЕРАТУРА

1. Treves F. Lectures on the anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man. *Br Med J.* 1885; 1(1263):527-30.
2. Corning HK. *Lehrbuch der Topographischen Anatomie für Studierende und Ärzte.* Munchen: JF Bergmann; 1923.
3. Morgenstern L. Persistent descending mesocolon. *Surg Gynecol Obstet.* 1960; 110:197-202.
4. Snell RS. *Clinical Anatomy for Medical Students.* 5th ed. Boston, New York: Little and Brown and Company; 1995.
5. Moore KL. *Clinically Oriented Anatomy.* 3rd ed. Baltimore, London, Tokyo: Williams and Wilkins; 1992.
6. Juskiewnski S, Guitard J, Vaysse Ph, Fourtanier G, Moscovici J. Anomalies of rotation and fixation of the primitive mid-gut. *Anat Clin.* 1981; 3:107-25.
7. Babić RR, Babić R. Rendingnološka slika anomalija gastrointestinalnog trakta. *Acta medica Medianae.* 1997; 5:69-78.
8. Chen A, Yang FS, Shih SL, Sheu CY. CT diagnosis of volvulus of the descending colon with persistent mesocolon. *AJR.* 2003; 180: 1003-6.
9. Paitre F, Giraud D, Duprets S. *Pratique anatomo-chirurgicale illustree, fasc II, Reg. abdominale moyenne et rectum.* Paris: G. Doin; 1935.
10. Gray HM, Anderson W. Abnormal intra-abdominal developmental adhesions. *Lancet.* 1913; 10:1300-6.
11. Faure JP, Richer JP, Chansigaud JP, Scepti M, Irani J, Ferrie JC, et al. A prospective radiological anatomical study of the variations of the position of the colon in the left pararenal space. *Surg Radiol Anat.* 2001; 23(5):335-9.
12. Gworys B, Domagała Z, Markocka-Maczką K. Development of the descending colon during the human foetal period. *Folia Morphol (Warsz).* 2004; 63(2):173-8.

Учесталост обољења органа дигестивног тракта која се лече хируршки оправдава добро познавање како класично описаних анатомских одлика ових органа, тако и њихових неретких варијетета [7].

Нисходни колон је неодвојиви део целине дигестивне цеви, али се одликује посебним морфолошким и топографским обележјима, као и одговарајућим хируршким значајем [4, 5, 8-10]. Описујући нисходни колон, неки аутори истичу да је он најмање комплексан, најређе подложен варијацијама, најдубље смештен у трбушној дупљи и најнепокретљивији у односу на друге делове дебелог црева [9]. Потпуна фиксација нисходног колоне и његовог мезоколоне за паријетални перитонеум задњег трбушног зида је најчешћи налаз [11].

Развојне аномалије дигестивног тракта, које могу да буду веома различите и комплексне, обухватају понекад и нисходни колон, што за последицу има разноврсне морфолошке аномалије, укључујући и многе неуобичајене положаје овог дела црева [12]. Процес фиксације нисходног колоне за задњи зид трбуха може да захвати само поједине делове његовог зида и/или перитонеалне петељке. Тада се говори о делимичној фиксацији, која условљава мање или више покретан нисходни колон. При извођењу одређених хируршких захвата фиксирани делови колоне могу се лако мобилисати, јер су за задњи трбушни зид срасли лабавим перитонеалним дупликатурама састављеним од висцералног и паријеталног перитонеума – Толдове (*Toldt*) фасције. Када процес фиксације овог дела колоне и његовог перитонеалне дупликатуре потпуно изостане, образује се сасвим слободни нисходни колон, покретан на својој петељци.

У неким приликама постоји могућност да део танког црева, прелазећи преко корена мезентеријума (*radix mesenterii*), доспева у леву илијачну јаму, прави хернију, чинећи садржај килне кесе. Може да се укљешти иза перзистентног десцендентног мезоколоне, тако да клинички и рендгенографски оставља утисак унутрашње херније [3], а описан је и случај волвулуса нисходног колоне с перзистентним мезоколоном [8]. Тада је неопходно хируршко лечење.

Уколико сувише велика покретљивост овог сегмента дигестивног тракта није праћена тегобама, онда је она само анатомски варијетет.

Persistent Descending Mesocolon: Case Report

Zoran Trebješanin¹, Srdjan Babić¹, Goran Vučurević¹, Petar Popov^{1,2}, Nenad Ilijevski^{1,2}, Milena Blagotić^{2,3}

¹Department of Vascular Surgery, Institute of Cardiovascular Diseases "Dedinje", Belgrade, Serbia;

³School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia;

²Institute of Anatomy, School of Medicine, Belgrade, Serbia

SUMMARY

Introduction Positional anomalies of the right half of the colon are quite common whereas positional anomalies of the left half of the colon are much less common because of embryological disorders during the period of the embryological development of that part of the bowel. The process of the fixation of the descending colon to the posterior abdominal wall can be absent. In that case, when the descending colon has a free descending mesocolon, it shows some degree of mobility.

Case Outline We are presenting an example of one of the anomalies, which is characterized by the persistent descending

mesocolon, which extends from the splenic flexure or just below it to the sigmoid colon. The persistent descending mesocolon in our case contains or surrounds almost complete small bowel in a recess which is located laterally to the left of the midline. The content of this hernial sac simulates the symptoms of an internal hernia followed by clinical symptoms and roendgenographical signs.

Conclusion We are of the opinion that this anomaly is more common than some surveys of literature would suggest.

Keywords: persistent descending mesocolon; internal hernia; hernia contents

Примљен • Received: 31/03/2011

Прихваћен • Accepted: 09/01/2012