

Kuusamon kummallinen appendisiitti olikin sisäinen tyrä

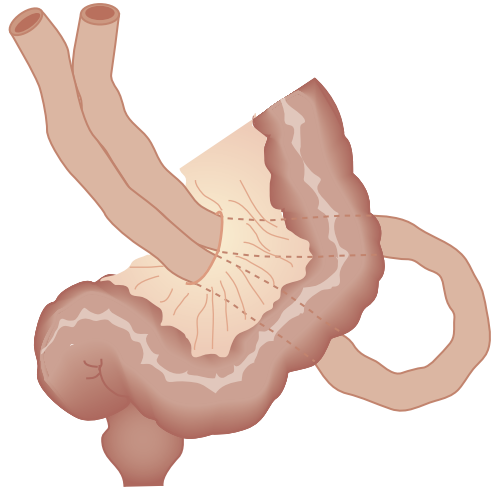
Terveyskeskuksen sairaalaan tuotiin 20-vuotias aiemmin terve mies, jonka ylävatsa oli edellisillan vatsalihasjumpan jälkeen yöllä kipeytynyt. Hän oli myös oksennellut. Kipu siirtyi aamulla alavatsalle ja vatsanpeitteet muuttuivat laudankoviksi. Kliininen kuva ja laboratoriolöydökset sopivat äkilliseen umpilisäketulehdukseen, ja potilas leikattiin. Vaihtoviiltoavauksessa lähes koko suolisto näytti yllättäen olevan kuoliassa, ja leikkauksiin laajennettiin. Tällöin paljastui laaja sisäinen tyrän muodostuminen suolistoon eli interni herniaatio, jossa ohutsuoli oli puikahtanut sigmasuolen liepeen läpi ja aiheuttanut suolen verenkiertohäiriön ja kuolion. Ripeä ja riittävän laaja suolen tyvistys pelasti potilaan hengen.

POTILAS ON 20-vuotias mies, joka oli illalla hiihtokeskuksessa tehnyt useita vatsalihasliikkeitä. Aamuyöstä ylävatsa kipeytyi ja alkoi oksentelu. Kipu siirtyi keskelle alavatsaa. Seuraavana aamuna potilas hakeutui terveyskeskuksen päivystykseen, jossa hän puolilta päivin oli kivulias ja hänen vatsansa oli peritoniittinen. Verenpaine oli matala (91/70 mmHg) ja syke tasainen, 94 lyöntiä minuutissa. Lämpöraja oli ranteissa ja nilkoissa, ja kainalolämpö oli 35,7 °C. EKG ja keuhkojen röntgenkuva olivat normaalit. Veren hemoglobiinipitoisuus oli 146 g/l, valkosolumäärä 17,7 x 10⁹/l ja C-reaktiivisen proteiinin pitoisuus 5 mg/l. Sekä päivystävä terveyskeskuslääkäri että konsultoiva kirurgi ajattelivat, että potilaalla oli puhjennut umpilisäketulehdus ja alkavan sokin oireet.

Potilaalle tehtiin välittömästi vaihtoviillosta laparotomia, jossa paljastui laaja-alainen suolen kuolio (KUVA 1). Vatsan avaus muutettiin alakeskiviilloksi, jossa todettiin ohutsuolen ja laskevan paksusuolen kuolio. Kokeneenkin kirurgin oli aluksi hankala ymmärtää, mistä oli kysymys. Sigmasuolen suoliliepeestä löytyi aukko (KUVA 2), josta noin metri ohutsuolta oli puikahtanut läpi, kiertynyt ja aiheuttanut sekä laskevan paksusuolen että ohutsuolen laajan kuolion. Potilaalle tehtiin ripeästi laaja-alainen ohutsuolen ja laskevan paksusuolen tyvistys ilman avannetta.



KUVA 1. Suolikuolio leikkauksalissa.



KUVA 2. Laskevan paksusuolen transmesenteerinen tyrä, joka aiheutti ohutsuolen kuolion.

Leikkauksen aikana potilaan verenpaine oli matala (keskipaine 50 mmHg). Potilaalle jäi noin 90 cm ohutsuolta ja oikeanpuoleinen paksusuoli. Kahden vuoden kuluttua leikkauksesta potilas on oireeton. Hän ei ole laihtunut, eikä lyhytsuolioireyhtymän oireita ole.

Pohdinta

Akuutti vatsakipu on aina kirurginen ongelma. Nuoren aikuisen vatsakivun yleisin syy on ns. **2365**

epäspesifinen vatsakipu (30–40 %), ja toiseksi yleisin syy on äkillinen umpilisäketulehdus (20 %). Vatsaontelon sisäiset suolen hernioitumiset ovat harvinaisia akuutin vatsakivun syitä (0,2–0,9 %) (Nouira ym. 2011). Potilaallamme oli aluksi tyypillinen appendisiitin taudinkuva; vatsakipu alkoi ylävatsalta ja siirtyi alas. Oksentelu sekä kuume tai alilämpö ovat melko tyypillisiä umpilisäketulehduksen yleisoireita. Terveyskeskuksen ensiavussa leukosytoosi, matala verenpaine ja painettaessa jännittynyt alavatsa sopivat myös äkilliseen rajuoireiseen umpilisäketulehdukseen (Paulson ym. 2003, Waris ym. 2004). Noin 20 % appendisiiteistä johtaa puhkeamiseen ja septiseen taudinkuvaan, joka oli myös potilaamme kliininen diagnoosi ennen leikkausta.

Rajuoireisen appendisiitin hoito on umpilisäkkeen välitön poisto, potilaan riittävä nesteytys ja tarvittaessa laajakirjoinen mikrobilääkitys. Kliinistä diagnoosia tukevat potilaan veren laboratoriolöydökset, joissa lähes poikkeuksetta todetaan leukosytoosi ja usein C-reaktiivisen proteiinin pitoisuuden suurentuminen (Waris ym. 2004). Potilas tulee leikata yksikössä, jossa on valmius vatsakirurgiaan ja leikkauksen jälkeiseen tehostettuun valvontaan. Päivystyksessä laparotomiaa tekevän kirurgin tulee aina varautua yllätyksiin, muuttaa tarvittaessa leikkausstrategiaa ja pyrkiä korjaamaan vatsakatastrofin syy. Oman potilaamme kunto ei olisi kestänyt siirtoa yliopistosairaalaan, joten laaja-alainen suolen tyypistys tehtiin välittömästi terveystieteiden sairaalan leikkaussalissa. Kun päivystysleikkauksia ollaan keskittämässä yhä harvempiin yksiköihin, tulee kirurgikoulutuksessa huolehtia riittävän laajasta yleisosaamisesta, jotta henkeä pelastavat toimenpiteet tai ainakin potilaan saattaminen siirtokuntoon osataan suorittaa pienissäkin sairaaloissa. Suomessa on haja-asutusalueilla vielä muutamia pieniä sairaaloita, joissa tehdään lähinnä elektivistä kirurgiaa ja pieniä päivystysleikkauksia. Akuutin vatsan kirurgisessa hoidossa tulee kuitenkin varautua suuriinkin yllätyksiin, ja useimmiten siirtokuntoinen potilas kannattaa lähettää leikkavaksi alueen keskussairaalaan.

saontelon elimen tunkeutumiseksi joko anatomisen tai patologisen vatsaontelossa sijaitsevan aukon kautta. Sisäisen tyrän yleisyys on 1–3 % kaikista suolitukoksista (Nouira ym. 2011). Useimmat sisäiset tyrät johtuvat aiemmasta laparotomiasta, jossa suoliliepeeseen on jäänyt aukko tai vatsaonteloon kiinnike. Pääleppäin ei välttämättä näy mitään pullistumaa ja tila etenee usein nopeasti komplisoituneeksi. Yleistynyt lihavuuskirurgia on lisännyt nopeasti sisäisten tyrien esiintyvyyttä (Koivukangas ja Puustola 2010).

Transmesenteerinen tyrä tarkoittaa tyrän muodostumista suoliliepeen hankitun tai synnynnäisen aukon kautta (KUVA 2). Noin 8 % kaikista sisäisistä tyristä on transmesenteerisiä. Kuolleisuus niihin on 45 %, ja yleisimmät seuraukset tyrästä ovat suolitukos, oksentelu ja suolen iskemia (Benson ja Killen 1964). Diagnoosi tehdään yleensä leikkauksessa, koska mikään laboratoriotestit tai kuvantaminen ei ole spesifinen sisäiselle tyrälle. Sisäisiä tyriä muodostuu myös peittyneeseen aukkoon (foramen obturatum) lantiossa ja pohjukais-suolen alle (paraduodenaalinen herniaatio). Peittyneen aukon eli obturatoryrystä on aiemmin tässä lehdessä julkaistu tapausselestus (Hellström ja Härkönen 1985). Sisäisiä herniaatioita paljon tavallisempia suolen verenkiertohäiriön syitä ovat suolilievevaltimon tai -laskimon tukokset tai kiinnikkeiden aiheuttamat strangulaatiot. Lapsilla ja nuorilla aikuisilla on kuvattu vaikeita suoliliepeen verisuonten tukoksia, jotka aiheuttavat laajan suolikuolion ja lyhytsuolireyhtymän (Hayakawa ym. 2011).

Lopuksi

Potilastapaus osoittaa myös, että suolistossa on melkoinen reservi; vain noin 90 cm jäljelle jäänyttä tervettä ohutsuolta on riittänyt potilaan ravinnon imeytymiseen. Mikäli ohutsuolta olisi jäänyt jäljelle alle 60–65 cm, ravitsemusta jouduttaisiin todennäköisesti antamaan myös suonensisäisesti. Potilas elää nykyisin täysin oireettomana ja tekee edelleen vatsalihasliikkeitä. ■

HANNU PAAJANEN, vy. kirurgian professori
Itä-Suomen yliopisto

KIRJALLISUUTTA

- Benson JR, Killen JA. Internal hernias involving the sigmoid mesocolon. *Ann Surg* 1964;159:382–4.
- Hayakawa T, Morimoto A, Nozaki Y, ym. Mesenteric venous thrombosis in a child with type 2 protein S deficiency. *J Pediatr Hematol Oncol* 2011;33:141–3.
- Hellström P, Härkönen N. Obturaattoriyrä. *Duodecim* 1985; 101:185–7.
- Koivukangas V, Puistola U. Keski-ikäisen naisen antibioottihoitoon reagoimaton vatsaonteloinfektio. *Duodecim* 2010; 126:815–8.
- Noura F, Dhaou BM, Charieg A, Ghorbel S, Jlidi S, Chaouachi B. Small bowel obstruction caused by congenital transmesenteric defect. *Afr J Paediatr Surg* 2011;8:75–8.
- Paulson EK, Kalady MF, Pappas TN. Suspected appendicitis. *N Engl J Med* 2003;348:236–42.
- Waris E, Grönroos J, Paajanen H. Akuutin umpilisäkkeentulehduksen diagnostiikka. *Duodecim* 2004;120:23–30.

SIDONNAISUUDET

Asiantuntijapalkkio (Vakes, Valvira), Koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (B. Braun, Pfizer)

Summary

Peculiar "appendicitis" turning out to be an internal hernia

After abdominal muscle exercises a young man suffered from upper abdominal pains and vomiting. The pain moved to the lower abdomen and the abdominal wall hardened. Clinical picture and laboratory findings were in agreement with acute appendicitis, and the patient was operated. Unexpectedly the small intestine and the ascending colon appeared almost entirely gangrenous upon gridiron incision, and the surgical incision was widened. An extensive internal herniation was revealed, with the small intestine having protruded through the sigmoid mesentery, causing a disturbance of the blood circulation and necrosis of the bowel. Swift and sufficient resection of the bowel saved the patient's life.