

FISTULĂ STERCORALĂ A SCROTULUI: COMPLICAȚIE RARĂ ÎN HERNIA INGHINALĂ STRANGULATĂ

Gh. Ghidirim, I. Mișin, S. Ignatenco, Elina Șor, Natalia Țugui

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”

Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova

SCROTAL FAECAL FISTULA: A RARE COMPLICATION OF INCARCERATED INGUINAL HERNIA (Abstract): Scrotal faecal fistula is a rare complication of incarcerated inguinal hernia. We report a case of a 54-year-old male, who presented fistula following prolonged incarceration of a left inguinal hernia (the presence of a caecum and vermiform appendix in a hernia sac). The patient presented himself to the emergency department with the diagnosis of a Fournier's gangrene. On second postoperative day after debridement of the scrotal fasciitis a enterocutaneous fistula in the scrotum was diagnosed as result of a strangulated inguinal hernia. The patient was treated by right hemicolectomy with an anastomosis and routine hernia repair was performed. Postoperative period was uneventful. The aetiology and management of this rare complication is discussed.

KEY WORDS: FAECAL FISTULA, INCARCERATED INGUINAL HERNIA, SCROTAL FISTULA

Correspondență: Conf. Dr. Igor Mișin, Str. Muncești 52, ap.60, 2001, Chișinău, Republica Moldova, tel: (+37322) 83-24-65, fax: (+37322) 52-20-08; e-mail: mishin_igor@mail.ru*

INTRODUCERE

Hernia inghinală este o patologie frecventă chirurgicală, iar cea mai gravă dintre complicații este strangularea [1]. Cazurile de apariție a fistulei stercorale sunt rare [2-11]. În literatura cercetată sunt descrise 12 cazuri, în majoritate la copii [2-8,11] și două cazuri de fistulă stercorală ca rezultat al herniei inghinale strangulate la adulți [9,10].

Prezentăm un caz de fistulă stercorală la pacient cu hernie strangulată stângă.

CAZ CLINIC

În Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova s-a adresat un pacient în vârsta de 54 ani după două zile de debutul bolii, prezentând dureri violente în hemiscrotul stâng, febră 37,8°C.

Din anamneză reiese că în ultimele două zile în regiunea scrotului stâng a apărut o tumefacție progresivă, ireductibilă, cu asocierea hiperemiei tegumentelor.

La examenul obiectiv, abdomenul simetric, este suplu la palpare, dar sensibil în regiunea suprapubiană. Tranzitul intestinal este păstrat. În regiunea inghinoscrotală stângă se găsește o tumefacție 9/5 cm, dureroasă la palpare, cu hiperemie locală.

Examele biologice au arătat o leucocitoză până la 16900/mm³ cu deviere spre stânga a formulei leucocitare, VSH 58 mm/h. Explorările imagistice (radiografia abdominală simplă, ultrasonografie) nu au decelat aspecte patologice.

Clinic, diagnosticul a fost de flegmon Fournier.

* received date: 15.09.2009

accepted date:22.11.2009

S-a intervenit chirurgical printr-o incizie de 10 cm în regiunea inghinală stângă, constatându-se aprox. 400 ml lichid transparent cafeniu. Testicolul nu are modificări ischemice.

La două zile postoperator pacientul prezintă dureri și fistulă stercorală la nivelul plăgii (Fig. 1).



Fig. 1 Plaga postoperatorie deschisă a 2-a zi:
se remarcă necroza cecului cu eliminări fecaloide din plagă

Se practică laparotomie și se constată cecul cu apendicele angajat în hemiscrotul stâng, cu distensie moderată a ileonului. La examenul cecului s-a constatat edem pronunțat cu îngroșarea porțiunii peretelui strangulat, cu o zonă de necroză de 4/2 cm cu perforație de 0,5 cm (Fig. 2A, 2B). S-a practicat hemicolecomie dreaptă cu ileo-transversoanastomoză latero-laterală, lavajul și drenajul cavității peritoneale și cura herniei cu suturi monofilament.



Fig. 2 Aspect macroscopic al piesei operatorii
A Anterior: se vizualizează o zonă de necroză de 4/2 cm cu perforație de 0,5 cm.
B Posterior: se remarcă apendicele fără modificări inflamatorii

Plaga scrotală a fost debridată cu excizia țesuturilor neviabile, ulterior practicându-se sutură secundară.

Examenul histopatologic arată perete intestinal cu necroză, edem masiv, inflamație cronică preponderent în tunica seroasă.

Evoluția postoperatorie a decurs fără complicații. Pacientul a fost externat a 22-a zi postoperator.

DISCUȚII

Apariția fistulei stercorale în cadrul herniei strangulate este o situație destul de rară [2-11].

Toate cazurile descrise până în prezent au fost depistate la pacienți din țările în curs de dezvoltare: India – 8 cazuri [2,4-6,10,11], Nigeria – 3 cazuri [7,8], Pakistan – 1 caz [9], cu adresabilitate tardivă între a 2-a [5,11] și a 13-a [2] zi de la debutul bolii, datorat lipsei de educație a populației și posibilităților limitate de acordare a asistenței medicale [8-11].

În caz de strangulare poate apare riscul de ischemie a testicolului cu dezvoltarea gangrenei datorită compresiei vasculare a cordonului spermatic [4,5,11,12], fapt ce conduce la orhidectomie [4,5]. Conform Sowande O. et al. [11], decompresia spontană prin formarea fistulei stercorale duce la micșorarea presiunii în vasele testicolului.

Apariția fistulei stercorale este secundară modificărilor ischemice ale peretelui intestinal cu extensia necrozei la țesuturile adiacente [7,9,13]. După Nwabunike [13], deseori aceasta hernie strangulată rămâne nediagnosticată la timp din cauza pensării laterale (hernie Richter). Hernia de tip Richter constituie 5 – 15 % din toate strangulările [14]. Altă cauză a apariției fistulei stercorale sunt manevrele de taxis [6,9]. De aceea toți pacienții cu dispariția fenomenelor strangulării după taxis trebuie spitalizați și supravegeați timp de 48 ore [7,9,13]. Defectul herniar poate fi rezolvat prin suturarea inelului intern [2,5,6,8,9,11] și hernioplastie de tip Shouldice [10].

Prezența în sacul herniar a apendicelui vermicular (hernia Amyand) a fost descrisă pentru prima dată în 1735. Frecvența ei constituie 1% din toate herniile și în 0,13% se asociază cu apendicită acută [15]. Prezența cecului cu apendicele vermicular în hernia inghinală pe stânga este descrisă pentru prima dată de către Carey în 1967 [16]. În literatură sunt descrise numai 7 cazuri de hernie inghinală stângă cu prezența cecului și apendicelui vermicular în sacul herniar [16-22].

CONCLUZIE

Diagnosticarea și tratamentul precoce al herniilor inghinale duce la prevenirea complicațiilor evolutive rare cum este fistula stercorală.

BIBLIOGRAFIE

1. Tam P. Inguinal hernia. In: Lister J, Irving IM, editors. *Neonatal Surgery*, 3rd ed. London: Butterworth; 1990. p. 367-375.
2. Rao P, Mitra S, Pathak I. Fecal Fistulla developing in inguinal hernia. *Indian J Pediatr.* 1980; 47: 253–255.
3. Rahim M, Quadri A., Dwivedi H. Scrotal faecal fistula. *J Indian Med Assoc.* 1979; 73: 192-194.
4. Gupta D, Rohatgi M. Inguinal hernia in children: an Indian experience. *Pediatr Surg Int.* 1993; 8: 466-468.
5. Rattan K., Garg P. Neonatal scrotal fecal fistula. *Pediatr Surg Int.* 1998; 13: 440-441.
6. Kasat L, Waingankar V, Kamat T, Anil Kumar, Bahety G, Meisheri I. Spontaneous scrotal faecal fistula in an infant. *Pediatr Surg Int.* 2000; 16: 443-444.

7. Ameh E, Awotula O, Amoah J. Spontaneous scrotal faecal fistula in infants. *Pediatr Surg Int.* 2002; 18: 524-525.
8. Chirdan L, Uba A, Iya D, Dakum N. Spontaneous scrotal faecal fistula in a neonate: report of a case. *Nigerian J Surg Research.* 2004; 6: 59-60.
9. Abdul Ssmad, Gul Muhammad Sheikh. Spontaneous fecal fistula: A rare presentation of inguinal hernia. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2005; 17(4): 77-79.
10. Kosharuya M, Naik S, Rai A. Incarcerated inguinal hernia presenting as spontaneous scrotal fecal fistula. *Hernia.* 2006; 10(5): 434-435.
11. Sowande O, Adejuyigbe O, Ogundoyin O, Uba A, Chinda J. Spontaneous scrotal faecal fistula: a rare complication of incarcerated inguinal hernia in infancy. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2006; 11: 244-245.
12. Walc L, Bass J, Rubin S, Walton M. Testicular fate after incarcerated hernia repair and/or orchiopexy performed in patients under 6 months of age. *J Pediatr Surg.* 1995; 30: 1195-1197.
13. Nwabunike T. Enterocutaneous fistulas in Enugu, Nigeria. *Dis Colon Rectum.* 1984; 27(8): 542-544.
14. Tito W, Allen W. Richter and Littre Hernia. In: Nyhus L, Gondon R, editors. *Hernia.* Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1989. p. 305-310.
15. House M, Goldin S, Chen H. Perforated Amyand's hernia. *South Med J.* 2001; 94: 496-498.
16. Carey L. Acute appendicitis occurring in hernias: a report of ten cases. *Surgery.* 1967; 61: 236-238.
17. Susa M, Rukavina J. Incarcerated hernia in the left groin associated with acute gangrenous appendicitis. *Acta Chir Jugosl.* 1981; 28(1): 75-80.
18. Kislenskii I. Left-sided scrotal inguinal hernia, containing the stomach, cecum, ascending & transverse colon. *Khirurgiia.* 1959; 35(3): 99-100.
19. Ceraldi A, Easley G, Gewing Wh. Left inguinal herniation of the cecum. *Arch Surg.* 1967; 94(1): 25-28.
20. Gyrkhyev K. Inflammation of the appendix in strangulation of the cecum in left inguinal hernia. *Vestn Khir Im I. I. Grek.* 1975; 114(5): 120-125.
21. Khuisanov U. Acute appendicitis in strangulation of the cecum in a left-sided inguino-scrotal hernia, *Klin. Khir.* 1989; (4): 65-66.
22. Breinstein S, Eisenbach C, Wille G, Decurtins M. Incarcerated vermiform appendix in a left-sided inguinal hernia. *Hernia.* 2005; 9(1): 100-102.