

## Ernia intestinale strozzata su briglia di Ladd

M. MONGARDINI, C.M. MOSCHELLA<sup>1</sup>, F. SCHILLACI<sup>2</sup>, A. COLA, G. FANELLO<sup>2</sup>,  
F. BENEDETTI, A. MATURO<sup>3</sup>, G. PAPPALARDO<sup>2</sup>

RIASSUNTO: **Ernia intestinale strozzata su briglia di Ladd.**

M. MONGARDINI, C.M. MOSCHELLA, F. SCHILLACI, A. COLA,  
G. FANELLO, F. BENEDETTI, A. MATURO, G. PAPPALARDO

*Gli Autori riportano il caso di un uomo di 64 anni ricoverato per dolori addominali persistenti da tre giorni, nausea, vomito alimentare e chiusura dell'alvo alle feci e ai gas. All'anamnesi il paziente non riferiva pregressi interventi chirurgici.*

*Dal sondino naso-gastrico si aspirava materiale fecaloide; la TC addominale evidenziava marcata distensione delle anse del piccolo intestino. Con diagnosi di infarto intestinale, si sottoponeva il paziente ad intervento chirurgico d'urgenza.*

*Alla laparotomia si repertava necrosi di circa due metri di tenue mesenteriale causata da erniazione viscerale su briglia peritoneale di Ladd. Si reseca l'intestino necrotico e si ricostituiva la continuità digestiva con anastomosi meccanica latero-laterale.*

*Il decorso postoperatorio era regolare ed il paziente era trasferito in VII giornata in un ospedale del suo Paese d'origine.*

SUMMARY: **Strangulated abdominal herniation by Ladd's Band.**

M. MONGARDINI, C.M. MOSCHELLA, F. SCHILLACI, A. COLA,  
G. FANELLO, F. BENEDETTI, A. MATURO, G. PAPPALARDO

*A case of a 64-year-old man with abdominal pain since three days, with vomiting and ileus and without previous surgery is reported.*

*Faecal material was aspirated by a nasogastric tube; TC showed dilatation of the small bowel with the walls of the loops thickened. The patient was submitted to emergency surgery with diagnosis of intestinal infarction.*

*At laparotomy an extensive necrosis (two meters) of small bowel was present, caused by visceral herniation by a Ladd's band. Intestinal resection was performed with latero-lateral stapled anastomosis.*

*The postoperative course was uneventful and the patient was transferred in VII p.o. day to an hospital of his Country.*

KEY WORDS: Briglia di Ladd - Ernia viscerale - Chirurgia.  
Ladd's band - Internal herniation - Surgery.

### Introduzione

Le ernie intraperitoneali costituiscono complessivamente circa l'1% di tutte le ernie addominali e di regola sono favorite da anomalie anatomiche presenti alla nascita.

Riportiamo un caso di necrosi intestinale causata dall'erniazione di circa due metri di intestino tenue su

briglia di Ladd. Questa è costituita da strutture connettivali fibrose che si formano per malrotazione intestinale e che dal cieco-colon ascendente vanno ad inserirsi sul peritoneo parietale prossimale destro, incrociando la terza porzione duodenale.

La rarità della patologia e l'aspecificità del quadro clinico (in alcuni casi può simulare un infarto acuto del miocardio) non ne consentono di regola la diagnosi preoperatoria (soprattutto quella differenziale con una sindrome coronarica acuta) ed il ritardo diagnostico può condizionare il destino del paziente.

### Caso clinico

R.W., maschio, anni 64, giungeva in Pronto Soccorso con dolori addominali persistenti da tre giorni, localizzati in mesogastrio ed ai quadranti distali, associati a nausea, vomito alimentare e chiusura dell'alvo alle feci e ai gas. Il paziente aveva assunto antispastici (scopolamina butilbromuro) senza beneficio. In anamnesi riferiva gastrite e negava patologie di rilievo e pregressi interventi chirurgici.

Università degli Studi "La Sapienza" di Roma  
Prima Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
UOC Chirurgia Generale I  
(Direttore: Prof. F. Custereri)

<sup>1</sup> Dipartimento Emergenza e Accettazione  
SS Chirurgia d'Urgenza I  
(Direttore: Prof. C. Modini)

<sup>2</sup> Istituto Dipartimentalizzato di Clinica Chirurgica  
di Urgenza e di Pronto Soccorso  
(Direttore: Prof. G. Pappalardo)

<sup>3</sup> Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
UOC Chirurgia Generale E  
(Direttore: Prof. E. De Antoni)

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma



Fig. 1 - Reperto operatorio: estesa necrosi per strangolamento del piccolo intestino.



Fig. 2 - Reperto operatorio: erniazione viscerale su briglia di Ladd (indicata dalla freccia).



Fig. 3 - Reperto chirurgico: di resezione intestinale per necrosi da strozzamento.

Obiettivamente l'addome si presentava disteso, diffusamente dolente e dolorabile alla palpazione superficiale e profonda su tutti i quadranti, in particolare quelli distali, con peristalsi torpida ed a timbro metallico. Veniva posizionato sondino naso-gastrico, da cui si aspiravano 100 cc di materiale fecaloide, e catetere vescicale (la diuresi era nella norma). Le condizioni emodinamiche erano stabili (PA 140/80 mmHg, FC 96 b/m), il paziente era eupnoico. L'ECG mostrava alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione ma non segni di ischemia miocardica.

Gli esami ematochimici dimostravano leucocitosi neutrofila (WBC  $18 \times 1000/\mu\text{L}$ ; 88,8% di neutrofil), enzimi specifici di danno tissutale alterati (CPK, LDH, mioglobina), ma con troponina I nel range di normalità.

La TC addominale evidenziava marcata distensione delle anse del piccolo intestino, le cui pareti apparivano ispessite al pari dei rispettivi meso. L'arteria mesenterica superiore veniva regolarmente opacizzata dal mezzo di contrasto. Si poneva diagnosi di infarto intestinale e si decideva per l'intervento chirurgico d'urgenza.

Previa laparotomia mediana totale, all'apertura del peritoneo venivano aspirati circa 1200 cc di liquido ematico e si repertava necrosi di quasi due metri di tenue mesenteriale, da circa 50 cm distalmente al legamento di Treitz (Fig. 1), causata dall'erniazione

viscerale su briglia di Ladd (Fig. 2). Si reseca il tratto di intestino necrotico (Fig. 3) e si ripristinava la continuità digestiva con anastomosi meccanica latero-laterale con GIA 80. Veniva verificata la pervietà dei vasi mesenterici, eseguita appendicectomia 'profilattica' e, infine, venivano posizionati due drenaggi di silicone (destra para-anastomotico e sinistro, nel Douglas).

Il decorso postoperatorio era regolare. Il paziente iniziava a rialimentarsi in V giornata; i punti della sutura cutanea venivano rimossi in VII, quando il paziente, in condizioni generali discrete, chiedeva di essere trasferito in eliambulanza in un ospedale di Colonia (Germania), dove risiede.

All'esame del preparato chirurgico era evidente una diffusa emorragia della mucosa del tenue con interessamento della parete muscolare. Microscopicamente si osservava diffuso infiltrato emorragico dissociante le tonache muscolari, esteso fino alla sott sierosa ed interessante anche mucosa e sottomucosa, con edema di quest'ultima.

## Discussione

Le ernie intraperitoneali possono verificarsi attraverso forami naturali o difetti del peritoneo o del mesentere od essere secondarie a malrotazione intestinale. I difetti mesenterici possono determinarsi per traumi o interventi chirurgici, ma più frequentemente sono congeniti (1-5). La sintomatologia può essere quella di un'ostruzione cronica incompleta o di un addome acuto da ileo meccanico per strangolamento (6).

Tra le ernie intraperitoneali da malrotazione intestinale, oltre le ernie mesocoliche e paraduodenali (1), si comprendono le più rare ernie su briglia di Ladd, dall'Autore che ne riportò il primo caso nel 1937. Questo pediatra descrisse la briglia a 'banda' che può formarsi per malrotazione e/o difetto di accollamento del peritoneo parietale posteriore (7, 8) ed è costituita da tralci fibrosi che dal cieco-colon ascendente vanno ad inserirsi sul peritoneo parietale prossimale destro, incrociando la terza porzione duodenale.

Di fatto è impossibile una diagnosi preoperatoria di questo particolare tipo di ernia viscerale e, più in generale, di tutte le ernie intraperitoneali. Soprattutto nelle localizzazioni 'alte', il quadro clinico può addirittura simulare quello di un infarto acuto del miocardio. Il trattamento chirurgico è possibile anche per via laparoscopica (9-12).

Il ritardo diagnostico può ovviamente prolungare la sofferenza vascolare delle anse intestinali con possibili gravi lesioni necrotiche, evitabili con un'accurata valutazione degli elementi clinici, l'utilizzo sistematico di tutti gli strumenti diagnostici a disposizione (ecografia, angio-TC) e soprattutto con una pronta decisione 'chirurgica'.

## Bibliografia

1. Townsend Jr CM, et al. Sabiston Textbook of Surgery: the biological basis of modern surgical practice. Antonio Delfino Editore, Roma, 2003, pp. 778-9.
2. Bertelsen S, Christiansen J. Internal hernia through mesenteric and mesocolic defects. A review of the literature and a report of two cases. Acta Chir Scand 1967;133(5):426-8.
3. Blachar A, Federle MP. Internal hernia: an increasingly common cause of small bowel obstruction. Semin Ultrasound CT MR 2002; 23(2):174-83.
4. Mathieu D., Luciani A. and GERMAD Group. Internal abdominal herniations. AJR Am J Roentgenol 2004;183(2):397-404.
5. Willwerth B.M., Zollinger R.M. Jr, Izant R.J. Jr. Congenital mesocolic (paraduodenal) hernia. Am J Surg. 1974 128:358
6. Janin Y., Stone A.M., Wise L.: Mesenteric hernia. Surg, Gynecol Obstet 1980;150(5):747-54.
7. Ladd WE, Gross RE. Abdominal Surgery of infancy and Childhood. Philadelphia, WB Saunders, 1941.
8. Gross RE. Congenital hernia of the diaphragm. Am J Dis Child 1946; 71: 579-92.
9. Thoman DS, Phillips EH. Current status of laparoscopic ventral hernia repair. Surg Endosc 2002;16(6):939-42.
10. Arvidsson D, Smedberg S. Laparoscopic compared with open hernia surgery: complications, recurrences and current trends. Eur J Surg 2000; Suppl 585:40-7.
11. Taskin M, Zengin K, Sakoglu N. Laparoscopic division of Ladd's band. Eur J Surg 2002; 168(10): 569-72.
12. See JY, Ong AW, Iau PT, Chan ST. Double omental hernia - case report on a very rare cause of intestinal obstruction. Ann Acad Med Singapore 2002;31(6):799-801.