

# A féregnyúlvány diverticuluma és megkettőződése

KRUTSAY Miklós

A kettős féregnyúlvány diagnosztikus problémát okozhat, ha az appendicitis miatt végzett műtét során a másik appendixet nem ismerik fel. Ugyanis később ebben is gyulladás keletkezhet, míg a kórelőzmény és a műtéti heg arra utal, hogy a féregnyúlványt már eltávolították.

A féregnyúlvány fejlődési rendellenességei igen ritkák, és többnyire appendicitis miatt végzett műtétnél vagy mellékletként, más hasi szerv műtéte, illetve sectio során derülnek ki. Osztályozásukkal elsőként *Cave* (1) foglalkozott. Az irodalomban leggyakrabban a megkettőződés (2), ritkábban a teljes hiány (3, 4) vagy a rendellenes helyzet (5) szerepel. Néhány leírás hármas appendixről szól (6, 7). A féregnyúlvány diverticuluma csaknem mindig szerzett elváltozás, amely a tunica muscularis folytonosságát megszakítva a mesoappendixbe terjed.

A kettős féregnyúlvány incidenciája körülbelül 1:25 000 (2). A közölt esetek alapján *Waugh* (8) és *Wallbridge* (9) több csoportba sorolták az elváltozást. A *Wallbridge-A* típusnál a két appendix a vakbélben egy helyről, a *B* típusnál két helyről ered (10), a *C* típusnál a caecum is kettőzött (11). A később leírt *D* típusnál a patkó alakú féregnyúlvány két szájadékkal nyílik a vakbélbe (12, 13). *Bluett* és munkatársai (14) esetében az elváltozás vastagbélrákot utánozott.

Az általunk észlelt esetben a 68 éves férfit appendicitis gyanújával műtötték. A patológiai vizsgálatra került féregnyúlvány 5,5 cm hosszú volt, 1,5 cm-es kezdeti szakaszán 6 mm átmérőjű. További részén 4 cm hosszúságban hüvelykujjbegynyi, sötét vörösesbarna, egyenetlen felszínű, 18 mm legnagyobb átmérőjű, tojásdad képletet alkotva megvastagodott (1. ábra).

A szövettani metszetekben látható volt, hogy a duzzadt szakasz kezdetén a szerv ürtere kiszélesedett. A nyálkahártya az egyik oldalon, a tunica muscularist megszakítva a hashártya alá kiboltosult (2. ábra). Más helyen a hosszanti izomréteg hiányzott, itt a zsírszövetben néhány Lieberkühn-mirigyet és nyiroktüszőt tartalmazó nyálkahártyaszí-

get volt található, a lamina muscularis mucosae-t alkotó vékony simaizomréteggel körülvéve. A mirigyek nem mutattak váladékretenciót, ezért feltételezhetjük, hogy összeköttetésben álltak a főlumennel. A továbbiakban az úrtér Y alakban két ágra vált, amelyeket a körkörös simaizomréteg különített el egymástól (3. a. ábra). Hashártya alatti, hosszanti izomrétege – az egyik oldalon – csupán a tágabb ágak volt (3. b. ábra). A submucosa részben zsírszövetesen átalakult. A szűkebb ág külső oldalán, a hosszanti izomréteg helyén itt is megtaláltuk a fentebb leírt nyálkahártyaszívetet. Így háromosztatú appendixről is szólhatunk.

Az elváltozás proximalisan diverticulumnak felelt meg, distalisan azonban már inkomplett duplikációnak tartjuk, mert a szűkebb ág is rendelkezett – legalább körkörös – izomréteggel. Esetünk a *Wallbridge*-féle osztályozás szerint az A típusba sorolható, bár makroszkóposan a két ág nem különült el egymástól. Akut appendicitist nem észleltünk, de a zsírszövetesen átalakult submucosa és az egyenetlen felszín összenövéséhez vezető, régebbi gyulladásra utalt.

A *Wallbridge B* vagy *C* típusú kettős féregnyúlvány diagnosztikus problémát okozhat, ha az appendicitis miatt végzett műtét során a másik appendixet nem ismerik fel (15, 16). Ugyanis később ebben is gyulladás keletkezhet, míg a kórelőzmény és a műtéti heg arra

## 1. ÁBRA

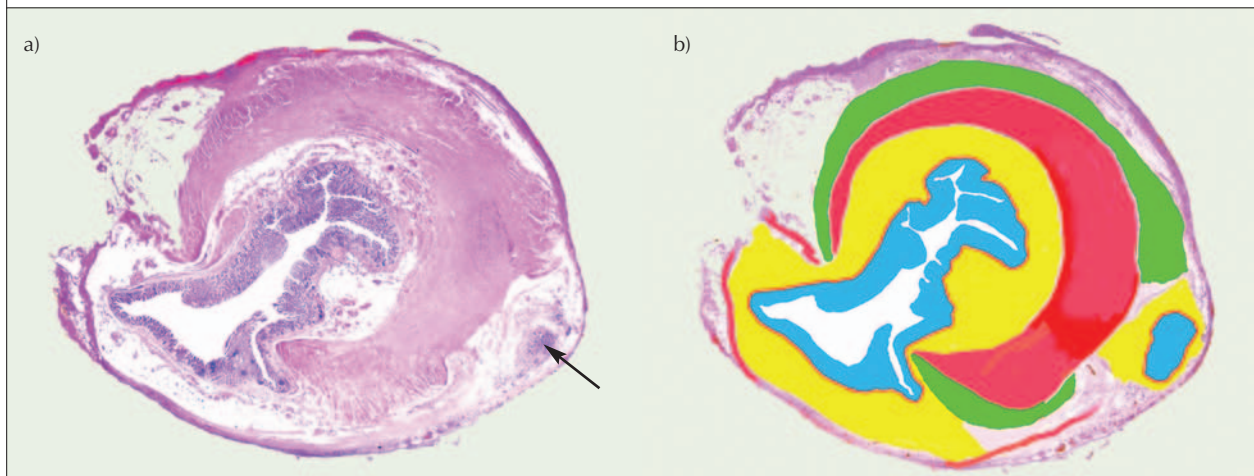
A műtéti készítmény képe



Levelezési cím: dr. KRUTSAY Miklós, Magyar Imre Kórház, Patológiai Osztály;  
8401 Ajka, Korányi F. u. 1. E-mail: krutsaym@korhazajka.hu

## 2. ÁBRA

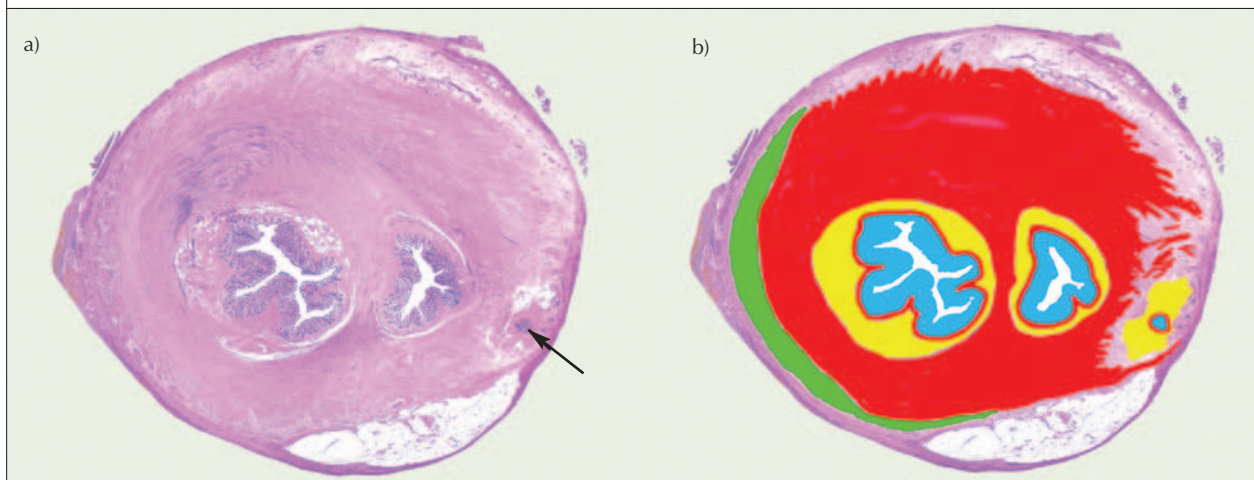
a) A féregnyúlvány proximalis részének metszete a diverticulummal (hematoxin-eozin festés). A nyíl a nyálkahártyaszigetre mutat. b) A proximalis rész vázlatos felépítése



Zöld: hosszanti simaizomréteg; vörös: körkörös izomréteg; sárga: submucosa; kék: nyálkahártya

## 3. ÁBRA

a) A féregnyúlvány distalis részének metszete. (hematoxin-eozin festés.) A nyíl a nyálkahártyaszigetre mutat. b) A distalis rész vázlatos felépítése



Zöld: hosszanti simaizomréteg; vörös: körkörös izomréteg; sárga: submucosa; kék: nyálkahártya

utal, hogy a féregnyúlványt már eltávolították. Az appendix diverticulitise idősebb korban szokott pana-

szokat okozni, mint az egyszerű akut appendicitis (17).

## IRODALOM

- Cave AJE. Appendix vermiformis duplex. *J Anat* 1936;70:283-92.
- Sobhian B, Mostegel M, Kunc C, Karner J. Appendix vermiformis duplex. *Wien Klin Wschr* 2005;117:492-4.
- Misro AK, Radhika V. A case of congenital absence/rudimentary vermiform appendix. *Bombay Hosp J* 2008;50:293.
- Robinson JO. Congenital absence of vermiform appendix. *Brit J Surg* 2005;156:344-5.
- Fuijkschot J, Wijnen RMH, Gerrits GPJM, et al. A neonata with an intact congenital umbilical appendix. *Pediatr Surg Intern* 2006;22:689-93.
- Trinckler LF. Triplex appendix. *Brit J Surg* 1974;59:173-4.
- Uriev L, Maskovsky I, Mnouskin Y, Ben-Dor D. Triple barreled type of appendiceal triplication. *Ann Diagn Pathol* 2006;10:160-61.
- Waugh TR. Appendix vermiformis duplex. *Arch Surg* 1941;42:311-20.
- Wallbridge PH. Double appendix. *Brit J Surg* 1963;50:346-7.
- Peddu P, Sidhu PS. Appearance of a type B duplex appendix on barium enema. *Brit J Radiolog* 2004;77:248-9.
- Kabay S, Yucel M, Hacioglu A, et al. Combined duplication of the colon and vermiform appendix in an adult patient. *World J Gastroent* 2008;28:641-3.
- DasGupta R, Reber PU, Patel AG. Horseshoe appendicitis. *Europ J Surg* 2003;165:1095-6.
- Mesko TW, Lugo R, Breitholtz T. Horseshoe anomalia of the appendix: a previously undescribed entity. *Surgery* 1989;106:563-6.
- Bluett M, Halter S, Salhany K. Duplication of the appendix mimicking adenocarcinoma of the colon. *Arch Surg* 1987;122:817-20.
- Travis J, Weppner J, Paugh II. Duplex vermiform appendix: case report of a ruptured second appendix. *J Pediatr Surg* 2003;43:1726-8.
- Yanar H, Ertekin C, Unal ES, et al. The case of acute appendicitis and appendiceal duplication. *Acta Chir Belg* 2004;104:736-8.
- Biyani DK, Benbow EN, Watson JM. Diverticula of the appendix. *Colorect Dis* 2006;8:812-3.