

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

## Οπισθο-ειλεϊκή αναστόμωση σε εκτεταμένη κολεκτομή για επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα: παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού

Α. Ζαραφίδου, Φ. Στέφου, Μ. Πολυχρονάκη, Μ. Καλογερά, Δ. Γερογιάννης, Χ. Γκόλφη, Π. Καλογεράκος, Γ. Μπεκάκος, Ι. Σιάννης, Ν. Ζαμπίτης, Α. Μαρίνης

Γ' Χειρουργική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης εκτομής του αριστερού κόλου το τμήμα του εντέρου που απομένει μπορεί να μην επαρκεί για αναστόμωση στην πύελο. Παρουσιάζουμε περιστατικό εκκολπωματίτιδας σε άνδρα 61 ετών ο οποίος προσήλθε στο ΤΕΠ με συμπτωματολογία απόφραξης παχέος εντέρου. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε διάταση παχέος εντέρου με διάμετρο τυφλού 9 εκατοστά και σημείο μετάπτωσης το σιγμοειδές κόλον, το οποίο παρουσίαζε πεπαχυσμένο τοίχωμα, θολερότητα του περικολικού λίπους και παρουσία εκκολπωμάτων. Μετά από αρχική συντηρητική αντιμετώπιση με αντιβιοτική αγωγή και ρινογαστρικό σωλήνα, ο ασθενής οδηγήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία την έβδομη ημέρα νοσηλείας λόγω απουσίας κλινικο-απεικονιστικής βελτίωσης. Ανευρέθηκε εξεργασία σιγμοειδούς με σημείο ρήξης στο άπω εγκάρσιο κόλον με τοπική κοπρανώδη περιτονίτιδα, και απορογονισμό στο τυφλό. Διενεργήθηκε εκτομή από τη μεσότητα του εγκαρσίου κόλου έως την ορθοσιγμοειδική συμβολή, με διατήρηση του δεξιού κλάδου της μέσης κολικής, και συρραφή του απορογονισμού του τυφλού. Το μήκος εντέρου που απέμεινε ωστόσο δεν επαρκούσε για τη διενέργεια τυπικής εγκαρσιο-ορθικής αναστόμωσης. Το πρόβλημα υπερνικήθηκε μετά από διεκβολή του εγκαρσίου κόλου οπισθο-ειλεϊκά διά οπής στο μεσεντέριο του τελικού ειλεού με επίτευξη τελικο-τελικής εγκαρσιο-ορθικής αναστόμωσης χωρίς τάση. Διενεργήθηκε προφυλακτική ειλεοστομία αγκύλης. Ο ασθενής παρουσίασε ατελή ειλεό μετεγχειρητικά που αντιμετωπίστηκε με ρινογαστρικό καθετήρα και έλαβε εξιτήριο την δωδέκατη μετεγχειρητική ημέρα. Η ειλεοστομία συγκλείστηκε μετά από πέντε μήνες με ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε στένωση σιγμοειδούς σε έδαφος εκκολπωματίτιδας με ρήξη εκκολπωμάτων εντός του περικολικού λίπους.

*Λέξεις ευρετηρίου:* εκκολπωματίτιδα, εκτεταμένη αριστερή κολεκτομή, κολο-ορθική αναστόμωση, οπισθο-ειλεϊκή αναστόμωση.

---

Α. Ζαραφίδου, Φ. Στέφου, Μ. Πολυχρονάκη, Μ. Καλογερά, Δ. Γερογιάννης, Χ. Γκόλφη, Π. Καλογεράκος, Γ. Μπεκάκος, Ι. Σιάννης, Ν. Ζαμπίτης, Α. Μαρίνης. Οπισθο-ειλεϊκή αναστόμωση σε εκτεταμένη κολεκτομή για επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα: παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού. Επιστημονικά Χρονικά 2025; 30(3): 537-543

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης εκτομής του αριστερού κόλου και του ορθού η διενέργεια εγκαρσιο-ορθικής ή εγκαρσιο-πρωκτικής αναστόμωσης μπορεί να αποτελέσει πρόκληση λόγω ανεπαρκούς μήκους του εναπομειναντος αριστερού κόλου. Το κεντρικό κολόβωμα δύναται να μην φτάνει στην πύελο ή στην περίπτωση που διενεργηθεί αναστόμωση αυτή να βρίσκεται υπό τάση, που αποτελεί καθοριστικό, αλλά τροποποιήσιμο, παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αναστομωτικής διαφυγής.

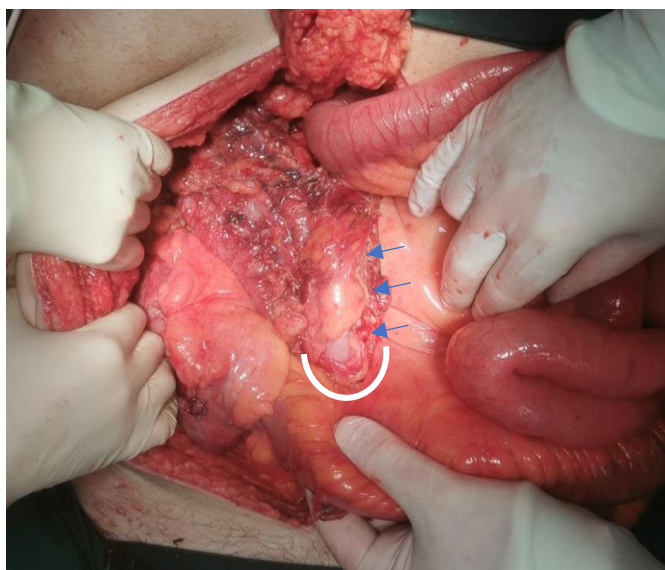
## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περίπτωση αφορά σε άνδρα 61 ετών, ο οποίος προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με μετεωρισμό, κοιλιακό άλγος εντοπιζόμενο στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και αναστολή κενώσεων. Η Αξονική Τομογραφία ανέδειξε εικόνα αποφρακτικού ειλεού παχέος εντέρου με σημείο μετάπτωσης στο σιγμοειδές κόλον το οποίο παρουσίαζε τοιχωματική πάχυνση και θολερότητα του περικολικού λίπους. Το αριστερό κόλον παρουσίαζε εκκολπώματωση. Το παχύ έντερο κεντρικότερα της στένωσης είχε διάμετρο έως 10 εκατοστά και η διάμετρος του τυφλού ήταν 9 εκατοστά. Ο εργαστηριακός έλεγχος εμφάνιζε ηπίως αυξημένους δείκτες φλεγμονής WBC 13.000/mm<sup>3</sup> με πολυμορφοπυρηνικό τύπο και CRP 40 mg/L. Από το ατομικό του ιστορικό ανέφερε δυσλιπιδαιμία υπό αγωγή, κάπνισμα 20 pack-years, κατάχρηση αλκοόλ, δεν είχε υποβληθεί ποτέ σε κολονοσκόπηση και ήταν το πρώτο επεισόδιο στο ιστορικό του.

Αρχικά επιχειρήθηκε συντηρητική αντιμετώπιση του ασθενούς με αντιβιοτική

αγωγή και ρινογαστρικό σωλήνα, καθώς η στένωση θεωρήθηκε φλεγμονώδους αιτιολογίας στα πλαίσια εκκολπωματίτιδας. Κατά τη νοσηλεία του είχε πολλαπλές διαρροϊκές κενώσεις και αέρια, χωρίς βελτίωση ωστόσο του μετεωρισμού της κοιλίας. Η κοιλία παρέμεινε ανώδυνη χωρίς ευαισθησία ή σημεία περιτοναϊσμού. Η διάταση του παχέος εντέρου δεν παρουσίαζε βελτίωση σε σειριακό επαναληπτικό απεικονιστικό έλεγχο με ακτινογραφίες κοιλίας με μέγιστη διάμετρο τυφλού τα 9 εκατοστά. Ο έλεγχος των κοπράνων για *Clostridioides difficile* ήταν αρνητικός. Σημειώθηκε αύξηση της τιμής της CRP έως 179 mg/L, ενώ τα λευκά αιμοσφαίρια παρουσίασαν πτώση εντός φυσιολογικών ορίων. Την έβδομη ημέρα νοσηλείας του ο ασθενής οδηγήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία λόγω απουσίας κλινικής, απεικονιστικής και εργαστηριακής βελτίωσης.

Διεγχειρητικά αναγνωρίστηκαν το πεπαχυσμένο σιγμοειδές ως επί οξείας εκκολπωματίτιδας με λίαν διατεταμένο το παχύ έντερο κεντρικότερα, σημείο ρήξης στο άπω εγκάρσιο κόλον με τοπική κοπρανώδη περιτονίτιδα και απορογονισμό στο τυφλό. Διενεργήθηκε συρραφή του απορογονισμού του τυφλού κι εκτομή του σιγμοειδούς, του κατιόντος και του εγκαρσίου κόλου έως τη μεσότητά του, με διατήρηση του δεξιού κλάδου της μέσης κολικής αρτηρίας. Το εναπομείναν μήκος εγκαρσίου κόλου ήταν ανεπαρκές για τη διενέργεια τυπικής εγκαρσιο-ορθικής αναστόμωσης, παρά την πλήρη κινητοποιησή της ηπατικής καμψής. Στο σημείο αυτό δημιουργήθηκε οπή σε ανάγγειο περιοχή του μεσεντερίου του τελικού ειλεού, επί τα δεξιά των άνω μεσεντερίων αγγείων, με διεκβολή του κολοβώματος του εγκαρσίου διά αυτής



**Εικόνα 1.** Διεκβολή του εγκαρσίου κόλου (μπλε βελη) διά του μεσεντερίου (λευκή ημισεληνοειδής γραμμή) του τελικού ειλεού (διεγχειρητική φωτό).

αποκτώντας με τον τρόπο αυτό το απαραίτητο μήκος ώστε να φτάσει το εγκάρσιο στην πύελο χωρίς τάση. Ακολούθησε διενέργεια τελικο-τελικής οπισθο-ειλεϊκής εγκαρσιο-ορθικής αναστόμωσης με χρήση κυκλικού αναστομωτήρα 31mm. Διενεργήθηκε air-leak test το οποίο ήταν αρνητικό. Λόγω της εκσεσημασμένης διάταξης και των απορογονισμών του παχέος εντέρου κεντρικότερα της αναστόμωσης διενεργήθηκε προφυλακτική ειλεοστομία αγκύλης. Μετεγχειρητικά ο ασθενής παρουσίασε ατελή ειλεό λεπτού εντέρου που αντιμετωπίστηκε με ρινογαστρικό σωλήνα, και έλαβε εξιτήριο την δωδέκατη μετεγχειρητική ημέρα.

Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε στένωση σιγμοειδούς σε έδαφος εκκολπωματίτιδας με ρήξη εκκολπωμάτων εντός του περικολικού λίπους.

Η ειλεοστομία συγκλείστηκε μετά από πέντε μήνες, κατόπιν ελέγχου ακεραιότητας της αναστόμωσης με ενδοσκόπηση και Αξονική

Τομογραφία με έγχυση γαστρογραφίνης per rectum. Ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία και έλαβε εξιτήριο την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα.

## ΣΧΟΛΙΟ

Σε αντίθεση με τις εκτομές του δεξιού κόλου όπου η τάση στην αναστόμωση δεν απασχολεί σχεδόν ποτέ το χειρουργό λόγω της κινητικότητας του λεπτού εντέρου και του μεσεντερίου του, στις εκτομές του αριστερού κόλου και του ορθού το εγγύς κολόβωμα του εντέρου και η απόστασή του από την πύελο είναι συχνά παράγοντες προβληματισμού. Ιδιαίτερη πρόκληση αποτελούν οι επανεπεμβάσεις, όπου έχει ήδη εκταμεί τμήμα εντέρου, όπως η αναστροφή Hartmann's, η ανακατασκευή αναστόμωσης μετά από αναστομωτική διαφυγή ή η συμπληρωματική εκτομή για θετικό χειρουργικό όριο σε περίπτωση κακοήθειας. Επίσης η περαιτέρω εκτομή διεγχειρητικά σε διαπίστωση ισχαιμίας του κεντρικού κολοβώματος ή η εκτεταμένη εκτομή για σύγχρονη παθολογία μπορούν να φέρουν το χειρουργό αντιμέτωπο με το δυσάρεστο σενάριο όπου το μήκος του εντέρου δεν επαρκεί για αναστόμωση.

Μέθοδοι που επιστρατεύονται πρωταρχικά για την απόκτηση μήκους είναι η υψηλή απολίνωση της κάτω μεσεντερίου φλέβας στο κάτω χείλος του παγκρέατος, η πλήρης κινητοποίηση της σπληνικής καμπίης, η αποκόλληση του μείζονος επιπλόου από το εγκάρσιο κόλον και η κινητοποίηση του εγκαρσίου μεσοκόλου από το πάγκρεας και το οπίσθιο τοιχωματικό περιτόναιο, που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων επαρκούν. Επιπλέον μπορεί να δοθεί μήκος στο μεσεντέριο

με τη δημιουργία χαλαρωτικών σχισμών σε αυτό [1].

Ωστόσο η διενέργεια της αναστόμωσης με τον τυπικό τρόπο κρίνεται αδύνατη ή επισφαλής λόγω τάσης σε ένα ποσοστό των περιπτώσεων. Στις περιπτώσεις αυτές ο χειρουργός μπορεί να καταφεύγει στην τελική κολοστομία ή την υφολική κολεκτομή με ειλεο-ορθική αναστόμωση, με τις δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής που συνεπάγονται οι επιλογές αυτές. Μία ειλεο-ορθική αναστόμωση συνεπάγεται απώλεια της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και υγιούς τμήματος παχέος εντέρου καταργώντας την απορροφητική και αποθηκευτική λειτουργία του, με αποτέλεσμα πολλαπλές διαρροϊκές κενώσεις.

Στις περιπτώσεις όπου παρά την εφαρμογή των προαναφερθέντων μεθόδων απόκτησης μήκους το κεντρικό κολόβωμα εξακολουθεί να μην φθάνει στην πύελο χωρίς τάση, η διενέργεια τελικής κολοστομίας ή ειλεο-ορθικής αναστόμωσης μπορεί να αποφευχθούν χρησιμοποιώντας την τεχνική διεκβολής του εγκαρσίου κόλου οπισθο-ειλεϊκά, που περιγράφηκε αρχικά από τον Toupet το 1961 [2], με τον Rombeau [3] να παρουσιάζει την πρώτη σειρά περιστατικών το 1978 με 11 οπισθο-ειλεϊκές κολο-ορθικές αναστομώσεις σε 302 περιστατικά εκτομής του αριστερού κόλου για κακοήθεια ή εκκολπωματίτιδα.

Συγκεκριμένα στη μέθοδο αυτή δημιουργείται ένα παράθυρο σε ανάγγειο περιοχή του μεσεντερίου του τελικού ειλεού, συνήθως μεταξύ των άνω μεσεντερίων αγγείων και των ειλεοκολικών αγγείων ή μεταξύ των ειλεοκολικών και των τελευταίων ειλεϊκών κλάδων και το κολόβωμα του εγκαρσίου κόλου διεκβάλλεται διά αυτού όπισθεν του τελικού

ειλεού, με αποτέλεσμα να διανύει μικρότερη απόσταση συγκριτικά με την οδό που χρησιμοποιείται συνήθως για την αναστόμωση αυτή, αριστερά από το σύνδεσμο του Treitz. Προσοχή πρέπει να δοθεί ώστε η οπή του μεσεντερίου να μην υπερβαίνει κατά πολύ τη διάμετρο του εντέρου, προς αποφυγή δημιουργίας εσωτερικής κήλης. Για την εξάλειψη αυτής της πιθανότητας μπορούν να τεθούν ραφές μεταξύ εντέρου και περιμετρικά της οπής του μεσεντερίου [1,4,5].

Σε εκτεταμένες εκτομές του αριστερού κόλου για την τάση ευθύνονται κυρίως τα μέσα κολικά αγγεία. Συνηθέστερα διατηρείται ο δεξιός κλάδος αυτών με απολίνωση του αριστερού, αναλόγως πάντα και της ένδειξης του χειρουργείου. Ωστόσο, έχουν περιγραφεί περιστατικά με απολίνωση του στελέχους των μέσων κολικών προκειμένου να εξασφαλιστεί μήκος και να επιτευχθεί αναστόμωση στην πύελο, με την επιχείλιο αρτηρία του Drummond να κρίνεται επαρκής για την αιμάτωση του εντέρου [1,3].

Σε περιπτώσεις όπου απαιτείται απολίνωση του μίσχου των μέσων κολικών λόγω ανεπαρκούς μήκους ή για ογκολογικό σκοπό, εναλλακτική προσέγγιση αποτελεί η τεχνική Deloyers [6], στην οποία κινητοποιείται πλήρως το τυφλό και το ανιόν κόλον από τη δεξιά παρακολική αύλακα και το μεσόκολο από το τοιχωματικό περιτόναιο, καθώς και η ηπατική καμπή όταν διατηρείται. Το δεξί κόλον, πλέον πλήρως κινητό, περιστρέφεται στο στεφανιαίο επίπεδο κατά 180° αντίστροφα με τη φορά των δεικτών του ρολογιού με μίσχο τα ειλεοκολικά αγγεία, και ακολουθεί αναστόμωση του εγγύς εγκαρσίου ή του ανιόντος κόλου με το ορθό ή τον πρωκτό, με τον πόλο του τυφλού στην άνω κοιλία. Η δεξιά κολική αρτηρία στο

ποσοστό που ανευρίσκεται απολινώνεται. Η σκωληκοειδής απόφυση εξαιρείται, καθώς σε ενδεχόμενο επεισόδιο σκωληκοειδίτιδας θα βρίσκεται σε άτυπη θέση στην δεξιά άνω κοιλία με πιθανή καθυστερημένη διάγνωση.

Συμπληρωματικά με την επέμβαση Deloyers έχει περιγραφεί από τον Kontonounisios *et al* [7] η διενέργεια τυφλοπηξίας με καθήλωση του ανεστραμμένου δεξιού κόλου στη δεξιά παρακολική αύλακα με σκοπό την αποφυγή ισχαιμίας από υπερβολική συστολή ή πίεση των ειλεοκολικών αγγείων.

Η δημιουργία ειλεοστομίας εκτροπής συμπληρωματικά με τις δύο τεχνικές αυτές αποτελεί εξατομικευμένη απόφαση. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων στη βιβλιογραφία περιγράφηκε επιτυχής σύγκλειση της ειλεοστομίας [1, 5, 8].

Η εφαρμογή της οπισθο-ειλεϊκής κολο-ορθικής αναστόμωσης και η επέμβαση Deloyers έχουν περιγραφεί σε τακτικές χειρουργικές επεμβάσεις αλλά και σε επείγοντα περιστατικά όπως η ρήξη εκκολπωμάτων του αριστερού κόλου [5, 8]. Παρότι τεχνικά απαιτητικές, έχουν εφαρμοστεί και με τη χρήση ελάχιστα επεμβατικών μεθόδων, όπως η λαπαροσκοπική και η hand-assisted λαπαροσκοπική χειρουργική, τα οφέλη των οποίων είναι καλά τεκμηριωμένα με μειωμένο μετεγχειρητικό άλγος, λιγότερες επιπλοκές από το τραύμα και μικρότερα ποσοστά μετεγχειρητικού ειλεού [8-9].

Οι τεχνικές αυτές επιστρατεύονται σπανίως, γεγονός που αντικατοπτρίζεται από τις μικρές σειρές περιστατικών στη βιβλιογραφία της τάξης των 11 έως 48 περιστατικών.

Από τα διαθέσιμα δεδομένα φαίνονται ασφαλείς με μικρά ποσοστά περιεγχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας. Το ποσοστό των αναστομωτικών διαφυγών είναι χαμηλό, συγκρίσιμο με τον κλασικό τρόπο κολο-ορθικής αναστόμωσης. Επιπλέον φαίνεται να εμφανίζουν καλά λειτουργικά αποτελέσματα, με την ποιότητα ζωής των ασθενών να είναι ανώτερη συγκριτικά με τα αποτελέσματα μιας ειλεο-ορθικής αναστόμωσης ή με την κατάσταση τελικής κολοστομίας [1, 3-5, 7-11].

Περιορισμοί των μελετών αποτελούν ο μικρός όγκος δείγματος ασθενών και η αναδρομική φύση των δεδομένων. Η σπανιότητα των επεμβάσεων αυτών καθιστά δυσχερή το σχεδιασμό προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η οπισθο-ειλεϊκή διεκβολή του κολοβώματος του εγκαρσίου διά οπής στο μεσεντέριο του τελικού ειλεού, αποτελεί πολύτιμο εργαλείο προκειμένου να επιτευχθεί αναστόμωση χωρίς τάση στην πύελο σε εκτεταμένες εκτομές του αριστερού κόλου. Όταν και αυτός ο χειρισμός αποτυγχάνει, η απολίνωση του στελέχους της μέσης κολικής μπορεί δώσει την απαραίτητη κινητικότητα, αν κριθεί επαρκής η αιμάτωση που παρέχεται από την επιχείλιο αρτηρία. Εναλλακτική επιλογή αποτελεί η επέμβαση Deloyers με περαιτέρω εκτομή του εγκαρσίου και αναστόμωση του ανιόντος στην πύελο. Και οι δύο μέθοδοι προσφέρουν διατήρηση της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και τμήματος του παχέος εντέρου με καλά λειτουργικά αποτελέσματα.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Vargas HD. Gaining Mesenteric Length following Colorectal Resection: Essential Maneuvers to Avoid Anastomotic Tension. *Clin Colon Rectal Surg.* 2023 Jan 13;36(1):37-46.
2. TOUPET A. [Intermediate colectomy with transmesenteric angulo-sigmoid anastomosis]. *Presse Med (1893).* 1961 Dec 30;69:2693-4. French.
3. Rombeau JL, Collins JP, Turnbull RB Jr. Left-sided colectomy with retroileal colorectal anastomosis. *Arch Surg.* 1978 Aug;113(8):1004-5.
4. Sileri P, Capuano I, Ciangola CI, Franceschilli L, Giorgi F, Gaspari AL. Retroileal transmesenteric colorectal anastomosis. *World J Surg Proced* 2013; 3(3): 25-28.
5. Kent I, Gilshtein H, Wexner SD. The retro-ileal pull-through technique for colorectal and coloanal anastomosis. *Tech Coloproctol.* 2020 Sep;24(9):943-946.
6. Deloyers L. Suspension of the right colon permits without exception preservation of the anal sphincter after extensive colectomy of the transverse and left colon (including rectum). *Technic – indications – immediate and late results.* *Lyon Chir.* 1964; 60: 404-413.
7. Kontovounisios C, Baloyiannis Y, Kinross J, Tan E, Rasheed S, Tekkis P. Modified right colon inversion technique as a salvage procedure for colorectal or coloanal anastomosis. *Colorectal Dis.* 2014 Dec;16(12):971-5.
8. Manceau G, Karoui M, Breton S, Blanchet AS, Rousseau G, Savier E, et al. Right colon to rectal anastomosis (Deloyers procedure) as a salvage technique for low colorectal or coloanal anastomosis: postoperative and long-term outcomes. *Dis Colon Rectum.* 2012 Mar;55(3):363-8.
9. Dalmau M, Marti-Gallostra M, Pellino G, Espin-Basany E, Armengol M. The colon does not reach! A technical note with tricks to avoid colorectal anastomoses under tension. *Colorectal Dis.* 2024 Mar;26(3):564-569.
10. Blank JJ, Gibson EK, Peterson CY, Ridolfi TJ, Ludwig KA. Retroileal anastomosis in hand-assisted laparoscopic left colectomy: experience at a single institution. *Surg Endosc.* 2020 Aug;34(8):3408-3413.
11. Nafe M, Athanasiadis S, Köhler A. Indikation und Technik der retroilealen colorectalen Anastomose nach erweiterter linksseitiger Hemicolectomie [Indications and technique of retroileal colorectal anastomosis after expanded left-sided hemicolectomy]. *Chirurg.* 1994 Sep;65(9):804-6. German.

CASE REPORT

## *Retro-ileal anastomosis in extensive colectomy for complicated diverticulitis: report of an interesting case*

A. Zarafidou, F. Stefou, M. Polychronaki, M. Kalogera, D. Gerogiannis, X. Golfi, P. Kalogerakos, G. Bekakos, I. Siannis, N. Zampitis, A. Marinis

Third Department of Surgery, General Hospital "Tzaneio", Piraeus, Greece

### ABSTRACT

Extended left colon resections may result in inadequate bowel length for a pelvic anastomosis. We present a case of diverticulitis in a 61-year-old male exhibiting signs and symptoms of colonic obstruction. Computed tomography imaging showed colonic distention with the diameter of the cecum being 9 centimeters, narrowing at the sigmoid colon with bowel wall thickening and pericolic fat stranding, and diverticular disease of the left colon. Following conservative management with antibiotics and nasogastric tube decompression of seven days, an exploratory laparotomy was performed as there was no clinical and radiologic improvement. Intraoperatively, a mass-like thickening of the sigmoid colon with proximal distention was identified, as well as rupture of the distal transverse colon with local fecal contamination, and rupture of the cecum serosa due to distention. Resection was carried out between the mid-transverse colon and the rectosigmoid junction preserving the right branch of the middle colic artery. The cecum serosa was sutured. The mid-transverse colon could not however reach the rectum for an anastomosis through the typical route. Rerouting the transverse colon stump retroileally through an opening in the terminal ileum mesentery resolved the length-related problem and a tension-free end-to-end retroileal colorectal anastomosis was achieved. A diverting loop ileostomy was constructed. The patient presented incomplete postoperative ileus which was resolved by nasogastric tube decompression, and was discharged by postoperative day twelve. Ileostomy closure was performed five months later without complications. Histologic examination of the specimen showed sigmoid stricture caused by diverticulitis, with diverticular rupture within the pericolic fat tissue.

*Keywords:* diverticulitis, extended left colonic resection, colorectal anastomosis, retroileal anastomosis

---

A. Zarafidou, F. Stefou, M. Polychronaki, M. Kalogera, D. Gerogiannis, X. Golfi, P. Kalogerakos, G. Bekakos, I. Siannis, N. Zampitis, A. Marinis. *Retro-ileal anastomosis in extensive colectomy for complicated diverticulitis: report of an interesting case.* *Scientific Chronicles* 2025; 30(3): 537-543

---