

## ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ CASE REPORT

### Εντερική απόφραξη σε σπιγγέλιο κήλη με συνοδό εκκόλπωμα νήστιδας

Η σπιγγέλιος κήλη (ΣΚ) είναι σπάνια μορφή κήλης, συνήθως μικρής διαμέτρου, η οποία παρουσιάζει συχνές επιπλοκές, όπως περίσφιξη και στραγγαλισμό μείζονος επιπλόου, λεπτού ή παχέος εντέρου. Η παρούσα εργασία αναφέρεται σε περίπτωση γυναίκας 70 ετών με περιεσφιγμένη ΣΚ και εντερική απόφραξη, καθώς και συνοδό εκκόλπωμα νήστιδας, τα οποία αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με πλαστική αποκατάσταση της κήλης σύμφωνα με την ανοικτή μέθοδο και εκτομή του εκκολπώματος. Παράλληλα, συζητούνται τα βασικά ανατομικά και κλινικά χαρακτηριστικά της ΣΚ, οι επιπλοκές, οι διαγνωστικές δυσκολίες, καθώς και οι σύγχρονες απεικονιστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις σύμφωνα με την πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία.

Η σπιγγέλιος κήλη (ΣΚ) είναι σπάνια μορφή κήλης του προσθιοπλάγιου κοιλιακού τοιχώματος, εμφανίζεται σε ποσοστό 0,1–2% των κηλών και συνήθως διαγιγνώσκεται δύσκολα.<sup>1–3</sup> Οι επιπλεγμένες μορφές της ΣΚ αναφέρονται σε ποσοστό περίπου 35%. Ωστόσο, η εντερική απόφραξη σε ΣΚ αποτελεί σπάνια επείγουσα χειρουργική οντότητα.<sup>1</sup> Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με εντερική απόφραξη σε έδαφος περιεσφιγμένης ΣΚ, η οποία αντιμετωπίστηκε χειρουργικά και παραμένει χωρίς υποτροπή ή άλλες επιπλοκές ένα έτος μετά από την αποκατάσταση.

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η ασθενής, 70 ετών, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με κοιλιακό άλγος από 7ημέρου στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα και στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, επίσχεση αερίων και κοπράνων πριν από 5 ημέρες και εμέτους πριν από 3 ημέρες. Κατά την εισαγωγή της, καταγράφηκε θερμοκρασία 36,8 °C, καρδιακός ρυθμός 92 σφύξεων/min και αρτηριακή πίεση 140/95 mmHg. Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε υπέρταση, κοιλιακή μαρμαρυγή, πολυνευροπάθεια και σκληροκοειδεκτομή. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε μετωρισμό και προέχουσα, σκληρής σύστασης μάζα 6x5 cm περίπου, στο δεξιό κάτω κοιλιακό τεταρτημόριο, κάτω από

τον ομφαλό (εικ. 1). Οι εντερικοί ήχοι ήταν αισθητά μειωμένοι, ενώ η δακτυλική εξέταση ήταν αρνητική για περιεχόμενο εντός του ορθού. Από τη γενική εξέταση αίματος προέκυψαν οι εξής τιμές: λευκά αιμοσφαίρια: 8.200/μL με πολυμορφοπυρηνικό τύπο 80%, υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία με Ht: 31,2% και Hb: 10,7 g/dL, ουρία 152 mg/dL και κρεατινίνη 3,58 mg/dL, ενώ οι τιμές χολερυθρίνης, αλκαλικής φωσφατάσης, αμυλάσης, ηλεκτρολυτών (K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>) και γλυκόζης ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων.

Στην απλή ακτινογραφία θώρακα απεικονίστηκαν εμφυσηματικοί πνεύμονες, ενώ η ακτινογραφία κοιλίας ανέδειξε υδραερικά επίπεδα λεπτού εντέρου σε όρθια θέση και σε ύπτια διατεταμένη έλικα λεπτού εντέρου στην ελάσσονα πύελο. Η ασθενής υποβλήθηκε σε υπερηχοτομογραφικό έλεγχο κοιλίας, στον οποίο ανακαλύφθηκε έλικα ειλεού που παρουσίαζε περίσφιξη εντός οιδηματώδους κηλικού σάκου (εικ. 2). Ακολούθησε έλεγχος με ελικοειδή αξονική τομογραφία (spiral CT), όπου σαφώς απεικονίστηκε διάταση λεπτού εντέρου και ΣΚ στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα με εγκλωβισμένη έλικα ειλεού (εικ. 3). Τέθηκε η διάγνωση απόφραξης λεπτού εντέρου επί εδάφους σπιγγελίου κήλης, η ασθενής ενυδατώθηκε και υποβλήθηκε σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

Με δεξιά παράμεση τομή προσπελάστηκε και αναγνωρίστηκε κηλικός σάκος, ο οποίος έφθανε επιπολής της απονεύρωσης του έσω λοξού κοιλιακού μυός, με περιεχόμενο περιεσφιγμένη έλικα ειλεού (εικ. 4). Η έλικα ανατάχθηκε και κρίθηκε βιώσιμη μετά από έλεγχο της αιμάτωσης και της κινητικότητάς της. Ο κηλικός

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2012, 29(2):221–225  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2012, 29(2):221–225

Κ. Πάσχος,  
Κ. Μπουλάς,  
Ξ. Βρακάς

Β' Χειρουργική Κλινική, Γενικό  
Νοσοκομείο Δράμας, Δράμα

Intestinal obstruction in a Spigelian  
hernia with a concomitant jejunal  
diverticulum

Abstract at the end of the article

#### Λέξεις ευρετηρίου

Εκκόλπωμα  
Κήλη  
Κοιλιακό τοίχωμα  
Σπιγγέλιος κήλη

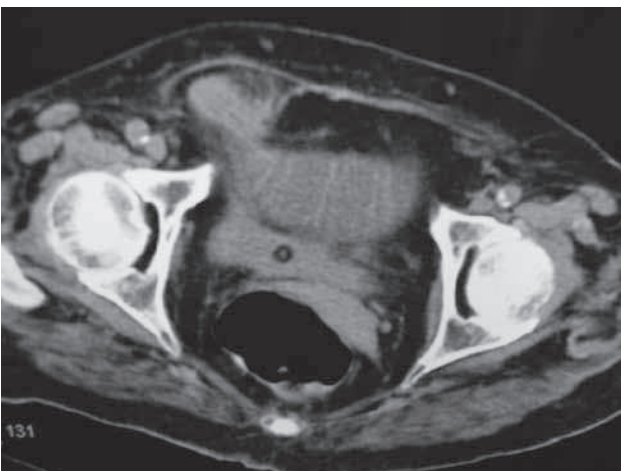
Υποβλήθηκε 16.6.2011  
Εγκρίθηκε 6.7.2011



**Εικόνα 1.** Σπιγγέλιος κήλη στο δεξιό κάτω κοιλιακό τεταρτημόριο.



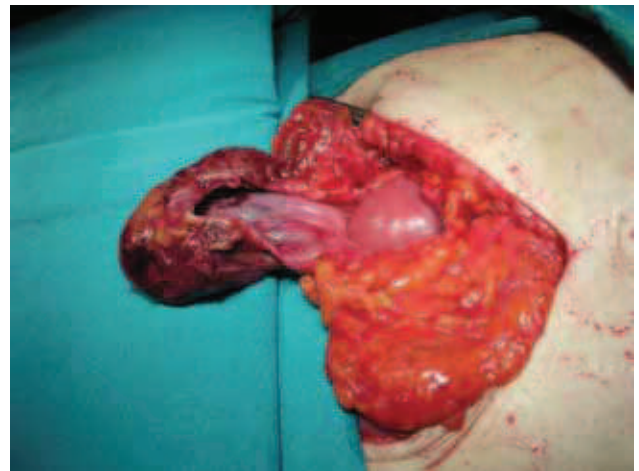
**Εικόνα 2.** Υπερηχοτομογράφημα που απεικονίζει σπιγγέλιο κήλη.



**Εικόνα 3.** Ελικοειδής αξονική τομογραφία που απεικονίζει σπιγγέλιο κήλη στο δεξιό ημιμόριο της πυέλου.

σάκος (περιτόναιο που παρουσίαζε έντονες ισχαιμικές αλλοιώσεις) απολινώθηκε και αφαιρέθηκε, ενώ το έλλειμμα του κοιλιακού τοιχώματος συγκλείστηκε με τοποθέτηση διακεκομμένων ραφών πολυπροπυλενίου 2/0 στην απονεύρωση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (σπιγγέλιος απονεύρωση) και του έσω λοξού κοιλιακού μυός. Ο έλεγχος της περιτοναϊκής κοιλότητας και των λοιπών κοιλιακών οργάνων ανέδειξε μονήρες, ευμέγεθες εκκόλπωμα νήστιδας, μήκους περίπου 5 cm και διαμέτρου 3 cm (εικ. 5), το οποίο αφαιρέθηκε με σφηνοειδή εκτομή.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς υπήρξε ομαλή. Την 4η μετεγχειρητική ημέρα οι τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων ομαλοποιήθηκαν (4.900/μL, πολυμορφοπύρηνα 66%), καθώς και οι τιμές ουρίας και κρεατινίνης (70 mg/dL και 1,27 mg/dL, αντίστοιχα). Η ασθενής παρακολουθήθηκε ανά εξάμηνο στα εξωτερικά ιατρεία και ένα έτος αργότερα δεν παρουσιάζει επιπλοκές.



**Εικόνα 4.** Κηλικός σάκος σπιγγέλιου κήλης (νεκρωμένο περιτόναιο, το οποίο αφαιρέθηκε χειρουργικά).



**Εικόνα 5.** Εκκόλπωμα στο αντιμεσεντερικό χείλος της νήστιδας (πάνω σε κομπρέσα), μεγέθους 5×3 cm περίπου. Συνυπήρχε με σπιγγέλιο κήλη που περιείχε τμήμα ειλεού (ερυθρό τμήμα νήστιδας πάνω σε πράσινο ύφασμα).

## ΣΧΟΛΙΟ

Το τμήμα της απονεύρωσης του εγκάρσιου κοιλιακού μυός, το οποίο εκτείνεται μεταξύ της ημισεληνοειδούς γραμμής και του έξω χείλους της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός, ονομάζεται σπιγγέλιος απονεύρωση. Οι περισσότερες ΣΚ συμβαίνουν σε επίπεδο κάτω από τον ομφαλό και κυρίως στο σημείο διασταύρωσης της ημισεληνοειδούς γραμμής με την ημικυκλική γραμμή του Douglas. Η συγκεκριμένη περιοχή ονομάζεται ζώνη της ΣΚ από τον Sprangen, εκτείνεται εγκάρσια 6 cm επάνω από τη γραμμή που συνδέει τις δύο πρόσθιες άνω λαγόνιες άκανθες και αποτελεί την ασθενέστερη περιοχή της σπιγγελίου απονεύρωσης.<sup>1,4-6</sup>

Οι ΣΚ παρουσιάζονται συνήθως σε ενήλικες γυναίκες, ηλικίας 40–80 ετών. Ωστόσο, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις και σε παιδιά.<sup>7-10</sup> Προδιαθεσικοί παράγοντες που προκαλούν αυξομείωση της ενδοκοιλιακής πίεσης σταθερά ή διαλειπόντως είναι η παχυσαρκία, οι πολλαπλές εγκυμοσύνες, η απότομη απώλεια βάρους, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και η χρόνια δυσκοιλιότητα.<sup>3,5</sup> Συσχέτιση με προηγηθείσες χειρουργικές τομές στο κοιλιακό τοίχωμα αναφέρεται στο 50% των περιπτώσεων. Παράλληλα, έχουν αναφερθεί και τραυματικές ΣΚ.<sup>3</sup>

Η κλινική εικόνα ποικίλλει, με συνηθέστερα συμπτώματα το άλγος (60%) και την ψηλαφητή μάζα (57%). Το άλγος στις περισσότερες περιπτώσεις είναι διαλείπον και επιδεινώνεται κατά τη δοκιμασία Valsalva και κατά την όρθια θέση. Μπορεί να ψηλαφάται μάζα στη ζώνη της ΣΚ, συνήθως αριστερά (55%), η οποία αυξάνει σε μέγεθος κατά τη δοκιμασία Valsalva. Άλγος και ψηλαφητή μάζα συνυπάρχουν σε ποσοστό 66% περίπου, ενώ μόνο ευαισθησία κατά την ψηλάφηση στη ζώνη της ΣΚ ανευρίσκεται στο 33%.<sup>1,2</sup>

Ο κληκός σάκος της ΣΚ συνήθως περιέχει μείζον επίπλουν (39%), όμως έχουν αναφερθεί και άλλα όργανα όπως το λεπτό έντερο (34%), το κόλον (13,5%),<sup>1</sup> ο στόμαχος, η χοληδόχος κύστη, η απόφυση Meckel, η σκωληκοειδής απόφυση, οι ωθήκες, οι όρχεις.<sup>9-11</sup> Διαφορική διάγνωση είναι δυνατόν να υπάρξει από αιμάτωμα της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός, απόστημα κοιλιακού τοιχώματος, ύγρωμα, ίνωμα, λίπωμα, σάρκωμα, αιμαγγείωμα ή εκκολπωματίτιδα.<sup>2,12,13</sup> Επιπλοκές συμβαίνουν σε ποσοστό 35% λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης και του μικρού μεγέθους του αυχένα της κήλης και περιλαμβάνουν την περίσφιξη (10,4%), το στραγγαλισμό (6,7%), την εντερική απόφραξη (12,9%) και τη μη πλήρη εντερική απόφραξη (5,5%).<sup>1,14</sup>

Η κλινική διάγνωση της ΣΚ είναι δύσκολη. Γι' αυτό, ο απεικονιστικός έλεγχος καθίσταται πολύ σημαντικός. Το υπερηχοτομογράφημα, η αξονική τομογραφία και η περιτοναιογραφία φαίνεται να έχουν τη μεγαλύτερη αξία.<sup>5,15</sup> Η

σπειροειδής αξονική τομογραφία είναι ιδιαίτερα ακριβής, ιδίως σε παχύσαρκους και σε ασθενείς με μετεγχειρητικές ουλές και επιτρέπει τη διαφορική διάγνωση από άλλες νόσους του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος. Ωστόσο, στους μισούς σχεδόν ασθενείς η διάγνωση τίθεται κατά την ερευνητική λαπαροτομία.<sup>13,16</sup>

Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την ανοικτή ή τη λαπαροσκοπική μέθοδο. Η λαπαροσκοπική μέθοδος μπορεί να πραγματοποιηθεί με ολική εξωπεριτοναϊκή ή ενδοπεριτοναϊκή προσπέλαση και χρήση πλέγματος.<sup>4,17-19</sup> Γενικά, για την επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση της επιπλεγμένης ΣΚ επιλέγεται η ανοικτή πρόσθια πλαστική αποκατάσταση.<sup>20</sup> Όσον αφορά στο ποσοστό υποτροπής της ΣΚ, δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αντιμετώπιση της νόσου με ή χωρίς τη χρήση πλέγματος.<sup>18,21,22</sup>

Η εκκολπωμάτωση λεπτού εντέρου αποτελεί σπάνια νόσο με επίπτωση 0,3–1,3% σε νεκροτομικές σειρές και έως 2,3% σε ακτινολογικές απεικονίσεις.<sup>23</sup> Τα μη μεκκέλεια εκκολπώματα του λεπτού εντέρου είναι ψευδή, δηλαδή προκύπτουν από την πρόπτωση του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα διά μέσου του πεπαχυμένου μυϊκού χιτώνα, στα σημεία όπου τα αγγεία διαπερνούν το εντερικό τοίχωμα.<sup>24,25</sup> Για το λόγο αυτόν εντοπίζονται στη μεσεντερική πλευρά του εντέρου, σε αντίθεση με την περίπτωση που παρουσιάζεται εδώ. Συνήθως, είναι πολλαπλά και η συχνότητά τους ελαττώνεται από το σύνδεσμο του Treitz προς την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Κλινικά, εκδηλώνονται με την εμφάνιση επιπλοκών, όπως η φλεγμονή στο 30% και σπανιότερα η αιμορραγία, η απόφραξη και η διάτρηση. Η αντιμετώπιση των επιπλοκών της εκκολπωμάτωσης του λεπτού εντέρου μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική με σφηνοειδή αφαίρεση ή εντερεκτομή και τελικοτελική αναστόμωση.<sup>26</sup>

Συμπερασματικά, η ΣΚ παρουσιάζεται στη διεθνή και στην ελληνική βιβλιογραφία συνήθως με τη μορφή του ενδιαφέροντος κλινικού περιστατικού, ενώ σειρές με αριθμό ασθενών >30 είναι περιορισμένες.<sup>6,27-29</sup> Παρά τη σπανιότητά τους, οι ΣΚ μπορούν να αποτελέσουν αιτία επειγόντων χειρουργείων σε ποσοστό μεγαλύτερο του 2%.<sup>5,6</sup> Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτής της μορφής κήλης, να προβαίνει σε λεπτομερή κλινική εξέταση και να χρησιμοποιεί τις κατάλληλες απεικονιστικές μεθόδους σε κάθε περίπτωση επίμονου άλγους ή ψηλαφητής μάζας στην κάτω κοιλία, επί τα εκτός της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός, ώστε να διαγνώσει έγκαιρα μια ΣΚ.

Η αντιμετώπιση γίνεται συνήθως με την καθιερωμένη ανοικτή μέθοδο, η οποία παρουσιάζει ελάχιστο ποσοστό υποτροπών, με τοποθέτηση ραφών ή χρήση πλέγματος. Ο

έλεγχος όλης της περιτοναϊκής κοιλότητας, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου η βλάβη είναι ακτινολογικά διαγνωσμένη και χειρουργικά προφανής, είναι επιβεβλημένη, γιατί είναι

δυνατόν να αποκαλύψει επί πλέον βλάβες. Αυτό παρατηρήθηκε και στην παρούσα περίπτωση, όπου εκκόλπωμα νήστιδας συνυπήρχε με την κυρίως χειρουργική νόσο.

## ABSTRACT

### Intestinal obstruction in a Spigelian hernia with a concomitant jejunal diverticulum

K. PASCHOS, K. MPOULAS, X. VRAKAS

Second Department of Surgery, General Hospital of Drama, Drama, Greece

*Archives of Hellenic Medicine* 2012, 29(2):221–225

Spigelian hernia (SH) is a rare type of hernia, usually of limited diameter, which commonly presents complications, including incarceration and strangulation of the major omentum and the small or large bowel. The clinical case refers of a 70 year-old woman with an incarcerated SH and intestinal obstruction and a concomitant jejunal diverticulum, treated successfully by open anterior hernioplasty and resection of the diverticulum. The principal anatomic and clinical features of the SH, its possible complications, the diagnostic difficulties and the current relevant radiological and therapeutic procedures are discussed, according to the recent international bibliography.

**Key words:** Abdominal wall, Diverticulum, Hernia, Spigelian hernia

## Βιβλιογραφία

- MOLES MORENILLA L, DOCOBO DURÁNTEZ F, MENA ROBLES J, DE QUINTA FRUTOS J. Spigelian hernia in Spain. An analysis of 162 cases. *Rev Esp Enferm Dig* 2005, 97:338–347
- RIBEIRO EA, CRUZ RJ Jr, MOREIRA SM. Intestinal obstruction induced by a giant incarcerated Spigelian hernia: Case report and review of the literature. *Sao Paulo Med J* 2005, 123:148–150
- BALTHAZAR ER, SUBRAMANYAM BR, MEGIBOW A. Spigelian hernia: CT and ultrasonography diagnosis. *Gastrointest Radiol* 1984, 9:81–84
- SHYAM S. Spigelian hernia. *Indian J Surg* 2002, 64:527–528
- LARSON DW, FARLEY DR. Spigelian hernias: Repair and outcome for 81 patients. *World J Surg* 2002, 26:1277–1281
- KING K, WOOD BS, ENOCHS PE, RODNING CB. Tensionless Spigelian herniorrhaphy using a bilayered prosthetic patch: Historical, anatomical, diagnostic, and operative perspectives. *Int Surg* 2004, 89:107–114
- HILGER T, BAGLAJ M. Rare abdominal hernias in children. *Adv Clin Exp Med* 2006, 15:733–740
- LOSANOFF JE, RICHMAN BW, JONES JW. Spigelian hernia in a child: Case report and review of the literature. *Hernia* 2002, 6:191–193
- SPANGEN L. Spigelian hernia. *World J Surg* 1989, 13:573–580
- SPANGEN L. Spigelian hernia. *Surg Clin North Am* 1984, 64:351–366
- ALLEWAERT S, DE MAN R, BLADT O, ROELENS J. Spigelian hernia with unusual content. *Abdom Imaging* 2005, 30:677–678
- HABIB E, ELHADAD A. Spigelian hernia long considered as diverticulitis: CT scan diagnosis and laparoscopic treatment. *Computed tomography. Surg Endosc* 2003, 17:159
- TORRES K, CHROŚCICKI A, TORRES A, MACIEJEWSKI R, PALCZAK R, STAŚKIEWICZ G ET AL. Spigelian hernia – anatomy, diagnosis and imaging difficulties: a report of 2 cases. *Folia Morphol (Warsz)* 2009, 68:179–183
- ONDO N'DONG F, LOROFI R, COMES G, BELLAMY J, DIANÉ C. Les hernies de Spiegel (A propos d'une série de 31 cas). *J Chir (Paris)* 1992, 129:210–212
- TORZILLI G, DEL FABRO D, FELISI R, LEONI P, GNOCCHI P, LUMACHI V ET AL. Ultrasound-guided reduction of an incarcerated Spigelian hernia. *Ultrasound Med Biol* 2001, 27:1133–1135
- SEN G, LOCHAN R, JOYPAUL BV. Herniography (peritoneography) for diagnosis of Spigelian hernia. *Scott Med J* 2005, 50:124–125
- VOS DI, SCHELTINGA MR. Incidence and outcome of surgical repair of Spigelian hernia. *Br J Surg* 2004, 91:640–644
- LARSON DW, FARLEY DR. Spigelian hernias: Repair and outcome for 81 patients. *World J Surg* 2002, 26:1277–1281
- BITTNER JG 4th, EDWARDS MA, SHAH MB, McFADYEN BV Jr, MEL-LINGER JD. Mesh-free laparoscopic Spigelian hernia repair. *Am Surg* 2008, 74:713–720
- MORENO-EGEA A, AGUAYO JL, GIRELA E. Treatment of Spigelian hernia using totally extraperitoneal laparoscopy ambulatory surgery. *Surg Endosc* 2002, 16:1806
- CELDRÁN A, SEÑARIS J, MAÑAS J, FRIEYRO O. The open mesh repair of Spigelian hernia. *Am J Surg* 2007, 193:111–113
- HSIEH HF, CHUANG CH, LIN CH, YU JC, HSIEH CB. Spigelian hernia: Mesh or not? *Rev Esp Enferm Dig* 2007, 99:502–504
- GARG N, KHULLAR R, SHARMA A, SONI V, BAIJAL M, CHOWBEY P. Total laparoscopic management of large complicated jejunal diverticulum. *J Minim Access Surg* 2009, 5:115–117
- HAMADA N, ISHIZAKI N, SHIRAHAMA K, NAKAMURA N, MURATA R, KADONO J ET AL. Multiple duodeno-jejunal diverticula causing



- massive intestinal bleeding. *J Gastroenterol* 2000, 35:159–162
25. LEMPINEN M, SALMELA K, KEMPPAINEN E. Jejunal diverticulosis: A potentially dangerous entity. *Scand J Gastroenterol* 2004, 39:905–909
26. KASSAHUN WT, FANGMANN J, HARMS J, BARTELS M, HAUSS J. Complicated small-bowel diverticulosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007, 13:2240–2242
27. MORENO-EGEA A, FLORES B, GIRELA E, MARTIN JG, AGUAYO JL, CANTERAS M. Spigelian hernia: Bibliographical study and presentation of a series of 28 patients. *Hernia* 2002, 6:167–170
28. ΜΥΣΤΑΚΙΔΗΣ Α, ΠΑΛΤΟΓΛΟΥ Ι, ΣΕΦΕΡΙΑΔΗΣ Φ, ΣΒΟΡΩΝΟΣ Γ, ΤΣΑ-ΝΤΗΛΑΣ Δ, ΒΕΛΜΑΧΟΣ Γ. Η κήλη του Spiegel επί 5 περιπτώσεων. *Γαληνός* 1985, 27
29. ΓΑΛΑΝΗΣ Ν, ΠΑΠΑΖΙΩΓΑΣ Θ, ΣΤΡΑΤΗΣ Ι. Κήλη της Σπιγγελίου γραμμής (Spiegelian hernia). *Γαληνός* 1983, 25:322–328

*Corresponding author:*

K. Paschos, Second Department of Surgery, General Hospital of Drama, GR-661 00 Drama, Greece  
e-mail: kostaspaschos@yahoo.gr