

Mariusz SZAJEWSKI
Wiesław Janusz KRUSZEWSKI
Maciej CIESIELSKI
Paweł PIKIEL

Okreźnica olbrzymia leczona operacyjnie – spostrzeżenie własne

Surgical treatment of megacolon – case report

Oddział Chirurgii Onkologicznej
Gdyńskie Centrum Onkologii
Szpital Morski w Gdyni
Ordynator: Dr hab. med.
Wiesław Janusz Kruszewski,
prof. nzw. AM w Gdańsku

Dodatkowe słowa kluczowe:
okreźnica olbrzymia
leczenie chirurgiczne

Additional key words:
megacolon
operative treatment

Okreźnica olbrzymia (megacolon) określa stan jelita grubego, w którym dochodzi do patologicznego poszerzenia jego światła. W pracy autorzy opisują przebieg diagnostyki i leczenia, zarówno zachowawczego jak i operacyjnego, 76-letniej pacjentki, u której rozpoznano okreźnicę olbrzymią. Przyczyną choroby były najprawdopodobniej przewlekłe zaparcia, cukrzyca oraz obciążenia ze strony układu krążenia. W podsumowaniu opisano metody leczenia różnych postaci okreźnicy olbrzymiej w zależności od etiologii wywołującej ten stan.

Okreźnica olbrzymia (*megacolon*) określa stan jelita grubego, w którym dochodzi do poszerzenia jego światła powyżej 12 centymetrów w obszarze kątnicy i odpowiednio powyżej 6,5 centymetra na poziomie esicy [1]. Tak określana okreźnica olbrzymia może występować w postaci ostrej lub przewlekłej. Postać ostra towarzyszy chorobom zapalnym jelita grubego (np. *colitis ulcerosa*, zakażenie *Clostridium difficile*) i jest znana jako *megacolon toxicum* [2]. Występowanie objawów niedrożności jelit przebiegających z radiologicznymi objawami jak w okreźnicy olbrzymiej, kiedy nie rozpoznajemy choroby jelita grubego tłumaczącej stan poszerzenia jego światła, nazywamy zespołem *Ogilviego* (ostra rzekoma niedrożność jelita grubego). Występuje on zazwyczaj u ludzi starszych z niewydolnością w układzie krążenia i oddychania z towarzyszącymi zaburzeniami o charakterze metabolicznym, u osób cierpiących na choroby neurologiczne. Zespół ten może także wystąpić po rozległych operacjach, urazach, ale też u chorych bez poprzedzającej choroby [2-4]. Obserwowana przewlekła okreźnica olbrzymia może występować w postaci wrodzonej (choroba Hirschprunga), idiopatycznej oraz jako następstwo przewlekłych zaparć [1].

Spostrzeżenie własne

Pacjentka R. H. lat 76 przyjęta została do Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Morskiego w Gdyni w trybie ostrym z powodu bólów brzucha, nudności i wymiotów, zatrzymania gazów i stolca. Powyższe objawy nasilały się od kilku tygodni. Stwierdzono objawy demencji starszej znacznego stopnia. W wywiadzie cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, udar niedokrwieny mózgu, jaskra. Chora od kilku lat cierpiała na zaparcia trudno poddające się leczeniu środkami przeczyszczającymi i dietą. W przeszłości przeszła dwie operacje. W wieku 58 lat wykonano u pacjentki appendektomię, a w 74 roku życia operowano ją z powodu niedrożności zrostowej przewo-

Megacolon is a state of pathological extension of the large bowel. In this paper diagnostic process and both: conservative and operative treatment of 76 years old female patient suffering from megacolon were described. The main causes of the disease were probably in this patient: chronic constipation, diabetes, and cardiovascular problems. In summary, methods of treatment of different forms of megacolon were discussed.

du pokarmowego. W badaniu przedmiotowym stwierdzono olbrzymie wzdęcie brzucha, z tkliwością na całej powierzchni, ale bez objawów otrzewnowych, bez oporów patologicznych. Perystaltyka była żywa z tonami metalicznymi. W badaniu *per rectum* – wzmoczone napięcie zwieraczy, w zasięgu palca bez oporów patologicznych, bez cech krwawienia. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono prawidłowe wartości morfologii z rozmazem, mocznika i kreatyniny, elektrolitów, prawidłowe wartości wskaźników układu krzepnięcia krwi. Na zdjęciu przeglądowym jamy brzusznej uwidoczono znaczne stopnia poszerzenie okreźnicy z poziomem płynu, co wskazywało zdaniem radiologa na niedrożność przewodu pokarmowego. Wdrożono leczenie zachowawcze, w ramach którego założono sondę do żołądka, wykonano kilka wlewów doodbytniczych, przez odbył wprowadzono dren do odbytnicy. Wprowadzono żywienie pozajelitowe oraz terapię metronidazolem. Kontrolowano poziom elektrolitów, morfologię z rozmazem, glikemię. Wykonywano kilkakrotnie w czasie obserwacji zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej. W trzeciej dobie leczenia stan pacjentki poprawił się. Objawy wzdęcia się zmniejszyły, perystaltyka powróciła do normy. Zaobserwowano poprawę na radiogramie jamy brzusznej. W czwartej dobie objawy ponownie się nasiliły. Podano pacjentce distyngminę (Ubretilid), oraz podjęto próbę odbarczenia jelita na drodze kolonoskopii, co spowodowało tylko nieznaczna poprawę jej stanu. W szóstej dobie pobytu, przy utrzymujących się objawach klinicznych niedrożności, dołączyły się odchylenia w badaniach laboratoryjnych. Leukocytoza wzrosła do 20 tys/mL, pojawiły się zaburzenia elektrolitowe. Pacjentce zaproponowano leczenie operacyjne, na które wyraziła zgodę. Operacji dokonano w szóstej dobie hospitalizacji. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono w niej obecność niewielkiej ilości płynu surowiczego, niezmięnione i nieposzerzone jelito cienkie, jelito grube monstrialnie rozdęte od kątnicy do odbytnicy (średnica pętli na całej długości ok. 15 cm), bez perforacji. Wykonano kolektomię oraz wyłoniono ileostomię nad powłoki brzuszne. W przebiegu pooperacyjnym obserwowano przez kilka dni niedomogę oddechową wymagającą wspomaganie oddechu respiratorem. Pacjentkę wypisano do domu w 21 dobie po zabiegu operacyjnym w dobrym stanie ogólnym. Długi pobyt w oddziale uwarunkowany był kłopotami ze znalezieniem dla niej miejsca w domu opieki społecznej. W makroskopowej

Adres do korespondencji:
Dr Mariusz Szajewski
Oddział Chirurgii Onkologicznej
Gdyńskie Centrum Onkologii
Szpital Morski w Gdyni
81-519 Gdynia, ul. Powstania Styczniowego 1
Tel.: 0 58 6998251; Fax: 0 58 6618413
e-mail: szajus@poczta.onet.pl



Rycina 1
Usunięty preparat.
Surgical specimen.

ocenie usuniętej okrężnicy oceniono jej długość na 110 cm, przy szerokości światła 10 cm. Mikroskopowo nie rozpoznano zapalnej choroby jelita. Stwierdzono prawidłową strukturę zwojów autonomicznych.

Sposób leczenia i taktyka postępowania operacyjnego w przypadku okrężnicy olbrzymiej zależy od etiologii choroby, od czasu trwania objawów, stanu klinicznego pacjenta, oraz od odpowiedzi na leczenie zachowawcze. W przypadku megacolon toxicum leczenie obejmuje zastosowanie sondy żołądkowej, drenu doodbytniczego, podawanie kortykosteroidów, antybiotyków szerokospektralnych, uzupełnianie niedoborów elektrolitowych, kontrolę morfologii, kontrolę radiologiczną jamy brzusznej. Leczenie operacyjne jest wskazane jeżeli po 24-72 godzinach leczenia zachowawczego następuje pogorszenie stanu klinicznego pacjenta lub jeżeli występują ewidentne objawy perforacji przewodu pokarmowego. W tych przypadkach poleca się wykonanie kolektomii z ileostomią [2,5]. U chorych z zespołem *Ogilviego* postępowanie nieoperacyjne obejmuje zastosowanie sondy żołądkowej, drenu doodbytniczego, odstawienie leków mogących wywołać ten zespół, kontrolę poziomu elektrolitów, morfologii, kontrolne zdjęcia jamy brzusznej. Kolonoskopowe odbarczenie jelita grubego w przypadku chorych z zespołem *Ogilviego* jest skuteczne w 80-90% przypadków, należy je wykonywać jednak bardzo ostrożnie, ograniczając insuflację powietrza do minimum, aby nie nasilać rozdęcia i nie doprowadzić do perforacji [4,6]. Leczenie operacyjne stosuje się u tych chorych, jeżeli przy nawrocie dolegliwości, po skutecznym wcześniej leczeniu zachowawczym, dochodzi do rozdęcia kątnicy powyżej 12 cm, gdy pojawiają się objawy perforacji przewodu pokarmowego, lub gdy narasta przekonanie oparte na doświadczeniu klinicznym, że chore-

mu zagraża perforacja przewodu pokarmowego. W przypadkach bez perforacji wskazane jest w czasie operacji wykonanie przetoki kątnicznej. Jeżeli doszło do przedziurawienia jelita poleca się wykonanie prawostronnej hemikolektomii lub resekcji kątnicy z wylonieniem ileostomii i przetoki śluzowej na okrężnicy [3,4,6]. W leczeniu zachowawczym okrężnicy olbrzymiej stosuje się neostygmine i jej pochodne, przy czym u wielu chorych istnieją przeciwwskazania do podawania tych leków. Zawsze należy pamiętać o możliwości złagodzenia objawów choroby na drodze wziernikowania lub przy użyciu drenu, rozdętej okrężnicy olbrzymiej [2,4,7]. Przy braku skuteczności leczenia zachowawczego, takiego jak opisane w przypadku zespołu *Ogilviego*, w idiopatycznej postaci megacolon, leczenie operacyjne powinno polegać na kolektomii z zespoleniem krętniczo odbytniczym [1,4,8-10]. Leczenie okrężnicy olbrzymiej na podłożu choroby *Hirschsprunga*, poza nielicznymi przypadkami, pozostaje domeną chirurgii dziecięcej i polega na resekcji bezzwajowego jelita i osłabieniu spastycznego zwieracza (operacje sposobem *Swensona*, *Duhamela*, *Rehbeina*, *Soave'a*) [11].

Pośród przyczyn wystąpienia okrężnicy olbrzymiej u opisanej w pracy chorej należy rozważyć: wiek, obciążenie układu krążeniowo-oddechowego, przebyty udar niedokrwienny mózgu, występowanie przewlekłych zaparć i cukrzycę. Zastosowano u niej postępowanie chirurgiczne zgodne z powszechnie ustalonymi wskazaniami, które polegało na wykonaniu kolektomii z wylonieniem ileostomii. Oceniono, że to postępowanie szybciej doprowadzi do wyleczenia mocno obciążonej pacjentki zaburzeniami pacjentki i zminimalizuje u niej ryzyko potencjalnie poważnych rokowniczo powikłań.

Piśmiennictwo

1. **Bharucha A.E., Phillips S.F.:** Megacolon: acute, toxic and chronic. *Curr. Treat. Options Gastroenterol.* 1999, 2, 517.
2. **Hanauer S.B., Wald A.:** Acute and chronic megacolon. *Curr. Treat. Options Gastroenterol.* 2007, 10, 237.
3. **Gedliczka O., Szczerba J., Wysocki A.:** Ostre choroby jamy brzusznej. [W:] *Podstawy chirurgii tom I.* Red. Szmidt J. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2003, 329.
4. **Saunders M.D.:** Acute colonic pseudo-obstruction. *Best Pract and Res Clin Gastroent* 2007; 4: 671-87.
5. **Ausch C., Madoff R.D., Gnat M. et al.:** Aethiology and surgical management of toxic megacolon. *Colorectal. Disease* 2005, 8, 195.
6. **Fink A.S., Branum G.D.:** Zespół *Ogilviego*. *Med. Prakt. Chir.* 1998, 4, 103.
7. **Ponec R.J., Saunders M.D., Kimmey M.B.:** Neostygmine for treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *N. Engl. J. Med.* 1999, 341, 137.
8. **Gladman M.A., Scott S.M., Lunnis P.J. et al.:** Systematic review of surgical options for idiopathic megarectum and megacolon. *Ann. Surg.* 2005, 241, 562.
9. **Szarka L.A., Pemberton J.H.:** Treatment of megacolon and megarectum. *Curr Treat. Options Gastroenterol.* 2006, 9, 343.
10. **Tuszewski M., Kiersz A., Góral R., Szmeja A.:** Surgical treatment of idiopathic megacolon. *Pol Tyg Lek* 1991; 46: 882-5.
11. **Bielowicz-Hilgier A.:** Choroba *Hirschsprunga*. [W:] *Chirurgia wieku dziecięcego - wybrane zagadnienia.* Red. Poradowska W. PZWL, Warszawa 1992, 580.