

# Wgłobienie jelita – trudności diagnostyczne: obserwacje własne

Intussusception – diagnostic difficulties: own experience

Mirostaw Klukowski, Anna Kaniewska, Krzysztof Bielecki

Klinika Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego, CMKP, Warszawa

Przegląd Gastroenterologiczny 2006; 1 (3): 158–160

**Słowa kluczowe:** wgłobienie jelita, rozpoznawanie.

**Key words:** intussusception, diagnosis.

**Adres do korespondencji:** prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bielecki, Klinika Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego, CMKP, ul. Czerniakowska 231, 00-413 Warszawa, tel. +48 22 621 71 73, faks +48 22 622 78 33

## Streszczenie

Wgłobienie jest częstym zjawiskiem u dzieci, natomiast u dorosłych jest przyczyną niedrożności tylko w 1–5% przypadków. Objawy kliniczne u dorosłych są bardzo zróżnicowane, często słabo wyrażone, okresowe i zależą od lokalizacji wgłobienia. Z tego względu rozpoznanie przedoperacyjne u dorosłych jest trudnym problemem klinicznym. Przedstawione przypadki pacjentów z wgłobieniem jelita wskazują konkretne problemy diagnostyczne, które mogą stać się przyczyną fałszywie dodatnich oraz fałszywie ujemnych rozpoznań, a w konsekwencji nawet błędów terapeutycznych. Opisane przypadki są jednocześnie unikalne. Przedstawiono rzadko obserwowane podwójne wgłobienie i wgłobienie spowodowane dużym tłuszczakiem jelita grubego.

Wgłobienie jest częstym zjawiskiem u dzieci, natomiast u dorosłych jest przyczyną niedrożności tylko w 1–5% przypadków [1–4]. Istnieją duże różnice w etiologii, obrazie klinicznym i leczeniu wgłobienia u dorosłych i dzieci. Objawy kliniczne u dorosłych są bardzo zróżnicowane, często słabo wyrażone, okresowe i zależą od lokalizacji wgłobienia. Z tego względu rozpoznanie przedoperacyjne u dorosłych jest trudnym problemem klinicznym, zwykle 10–30% rozpoznań przedoperacyjnych jest prawdziwych [1]. CT i USG okazały się użytecznymi badaniami w przedoperacyjnym rozpoznawaniu wgłobienia [1, 3, 5]. W porównaniu z tzw. idiopatyczną etiologią u dzieci u dorosłych aż do 90% przypadków wgłobienia ma przyczynę organiczną. Najistotniejszym jednak problemem jest to, że przyczyną wgłobienia u dorosłych w istotnym odsetku są złośliwe zmiany nowotworowe, w 2/3 przypadków wgłobienia jelita grubego, w 1/3 przypadków wgłobienia jelita cienkiego [6]. Ten fakt jest przyczyną kontrowersji co do prób leczenia zachowawczego wgłobienia u dorosłych, tj. wlewu doodbytniczego

## Abstract

Intussusception is quite common in children, but in adults is a cause of ileus in only 1–5% of cases. Clinical manifestation in adults can be widely diverse, vague and recurrent, and depends on the location of intussusception. Preoperative recognition in adults can become a difficult diagnostic problem. Presented cases of our patients with intussusception point out particular diagnostic problems: false positive and false negative misinterpretation of clinical manifestation and additional visual examination may cause misdiagnosis and even mistreatment. Presented cases are at the same time unique. Double intussusception and colonic intussusception caused by a lipoma are rarely reported.

lub metod endoskopowych. Większość autorów uważa, że leczenie chirurgiczne (resekcja) jest konieczne, a leczenie zachowawcze nie jest metodą z wyboru [3, 6, 7].

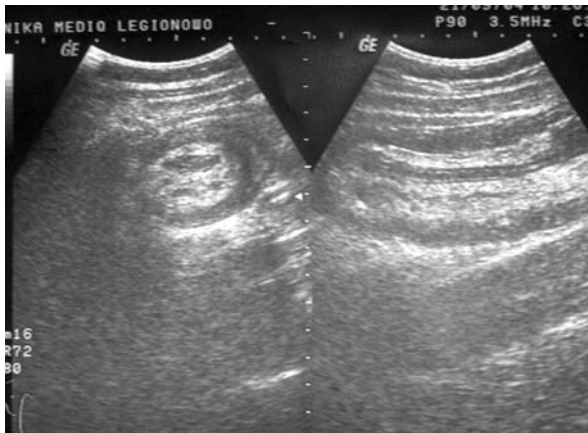
Celem pracy jest przeanalizowanie na podstawie wybranych pacjentów z wgłobieniem jelita problemów diagnostycznych, które mogą stać się przyczyną fałszywie dodatnich oraz fałszywie ujemnych rozpoznań, a w konsekwencji prowadzić do błędów terapeutycznych.

## Przypadek 1.

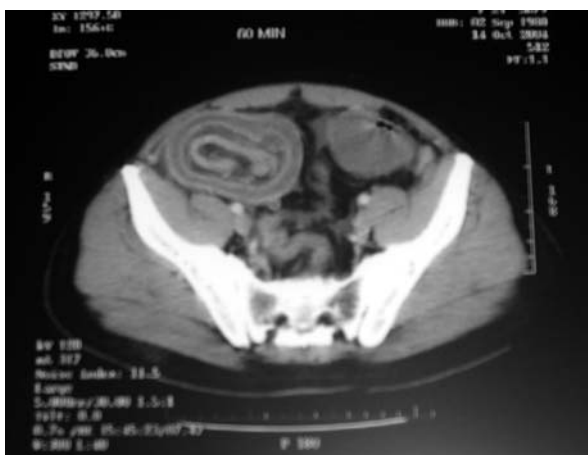
24-letni chory skarżył się na nawracające biegunki od roku, okresowo z domieszką świeżej krwi w stolcu, utratę masy ciała – 10 kg w ciągu 2 mies. Półtora miesiąca przed przyjęciem rozpoczęto diagnostykę ambulatoryjną, wykonano 2-krotnie USG jamy brzusznej. W pierwszym badaniu opisano w okolicy zagięcia wątrobowego oraz w części poprzecznicy przy zagięciu pogrubiałe jelito grube, ze ścianą okrężnie do 9–13 mm średnicy. W kolejnym badaniu jelito grube od kątnicy do połowy poprzecznicy o pogrubiałych nieregularnych,

sztynnych ścianach (choroba Leśniowskiego-Crohna?) (ryc. 1.). W badaniach laboratoryjnych z odchyłen stwierdzono leukocytozę 13,6 tys./ $\mu$ l.

Dwa tygodnie przed przyjęciem do kliniki chory przebywał na oddziale chorób wewnętrznych. W rozpoznaniu brano pod uwagę IBD i chory otrzymywał sulfasalazynę. W wykonanej kolonoskopii – endoskopowo obraz końcowego odcinka jelita cienkiego i grubego prawidłowy, a w pobranych wycinkach z jelita cienkiego, kątnicy i odbytnicy błona śluzowa bez zmian patologicznych. W gastroskopii bez istotnych odchyłen, wysunięto podejrzenie



**Ryc. 1.** Charakterystyczny obraz wgłobienia w USG jamy brzusznej, mylnie zinterpretowany w prezentowanym przypadku jako pogrubienie ścian jelita  
**Fig. 1.** Characteristic features of intussusception in ultrasound imaging, misdiagnosed in the presented case as a thickened intestine wall



**Ryc. 2.** Charakterystyczny obraz wgłobienia w CT jamy brzusznej  
**Fig. 2.** Characteristic picture of intussusception in the CT scan

przepukliny rozworu przełykowego. W wykonanym CT jamy brzusznej znaczne pogrubienie ściany kątnicy, wstępnicy części poprzecznicy (obraz wielowarstwowych, koncentrycznych tworów), obraz może odpowiadać chorobie Leśniowskiego-Crohna, poszerzone pętle jelita cienkiego, niewielka ilość wolnego płynu w jamie otrzewnowej (ryc. 2.). W wykonanym RTG jamy brzusznej na stojąco masywne, rozdęte gazem pętle jelita cienkiego z poziomami płynu, jelito grube spadnięte, obraz odpowiada niedrożności jelita cienkiego. Wobec utrzymujących się nudności, wymiotów, zatrzymania gazów, radiologicznych cech niedrożności jelita cienkiego, braku pasażu kontrastu do jelita grubego oraz narastającej leukocytozy 23 tys./ $\mu$ l chory został przeniesiony do kliniki chirurgii.

Przy przyjęciu chory zgłaszał oprócz wymienionych objawów falowe bóle brzucha, głównie w śródbrzuszu i po stronie prawej w nadbrzuszu. W badaniu przedmiotowym HR 90/min, brzuch uwypuklony powyżej poziomu klatki piersiowej, wzdęty, bolesny palpacyjnie, objaw Blumberga (-), perystaltyka przeszkodowa. Chory był operowany w trybie pilnym z powodu niedrożności jelita grubego. Śródoperacyjnie poszerzone pętle jelita cienkiego z zalegającą treścią oraz płyn mętny, surowiczy, w prawym dole biodrowym duży guz, obejmujący kątnicę i część wstępnicy, będący skutkiem wgłobienia części dystalnej jelita krętego. Wobec niemożności odprowadzenia wgłobionego jelita wykonano resekcję części jelita krętego i okrężnicy oraz zespolenie krętniczno-okrężnicze bok do boku. Po rozcięciu preparatu stwierdzono polip o średnicy 1,5 cm w obrębie jelita krętego w odległości 20 cm od miejsca wgłobienia. W rozciętym preparacie resekowanego jelita stwierdzono w obrębie kątnicy wgłobione jelito cienkie, a w nim dodatkowo wgłobiony kolejny fragment jelita. Mikroskopowo w wycinkach z jelita cienkiego w części wgłobionej błona śluzowa z owrzodzeniami, z ziarniną zapalną i częściowo zmieniona martwiczo. Chory wypisany w 8. dobie po operacji w stanie ogólnym dobrym.

## Przypadek 2.

Pacjentka, lat 53, przyjęta w sierpniu 2002 r. do kliniki w ramach ostrego dyżuru.

Skarżyła się na okresowo pojawiające się silne bóle brzucha o charakterze kolkowym, głównie w lewym podżebrzu. Dolegliwościom bólowym towarzyszyły nudności i wymioty oraz zatrzymanie gazów i stolca od dwóch godzin. Bóle o powyższym charakterze po raz pierwszy pojawiły się 7 dni przed przyjęciem. Początkowo ustępowały samoistnie, następnie pacjentka kilkakrotnie zgłaszała się do izby przyjęć, gdzie podawano typowe leki rozkurczowe, po których następowała poprawa. Nie ustalono przyczyny występowania dolegliwości. W dniu przyję-

cia do kliniki bóle nie ustępowały po lekach rozkurczowych. W badaniu przedmiotowym w lewym podżebrzu zaznaczona obrona mięśniowa bez wyczuwalnego oporu, wzmożona perystaltyka. Badanie *per rectum* bez zmian. Nie stwierdzono obecności krwi w kale.

Na przeglądowym zdjęciu jamy brzusznej widoczne poziomy płynów. W badaniu USG – podejrzenie wgłobienia jelita. Rozpoznanie – niedrożność jelit, podejrzenie wgłobienia.

Wykonano zabieg operacyjny. Jamę otrzewnej otworzono z cięcia pośrodkowego. Po lewej stronie okrężnicy, poniżej zagięcia śledzionowego stwierdzono wgłobienie jelita z wyczuwalnym twardym guzem. Wycięto ok. 20 cm jelita. Usunięty fragment jelita rozcięto i w jego środkowej części stwierdzono gładki guz na szypule o średnicy 5 cm. Jelito zespolono koniec do końca. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Wynik badania histopatologicznego: polip – *lipoma intestini crassi*. Tłuszczak o wymiarach 5 cm na 3 cm i średnicy szypuły 1,5 cm. U podścieliska polipa obrzęk, przekrwienie oraz ogniskowo nacieki zapalne z komórek jednojądrowych. Śluzówka miejscami owrzodziła.

## Omówienie

USG i CT są przydatnymi badaniami dodatkowymi w rozpoznawaniu wgłobienia. Jednak w pierwszym przedstawionym przypadku fałszywie dodatnie wyniki badania USG jamy brzusznej i CT jamy brzusznej sugerowały chorobę Leśniowskiego-Crohna. Było to przyczyną błędów terapeutycznych (włączono leczenie farmakologiczne z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna, pomimo prawidłowej kolonoskopii) i opóźniło właściwe leczenie chirurgiczne.

W drugim przypadku opóźnienie rozpoczęcia właściwego postępowania terapeutycznego, czyli leczenia operacyjnego, było spowodowane trudnościami w interpretacji niespecyficznych objawów.

Przedstawione przypadki są unikalne wśród opisywanych w piśmiennictwie.

Pierwszy przypadek należy do rzadko obserwowanych wgłobień podwójnych [5, 7]. W drugim przyczyną wgłobienia okrężniczo-okrężniczego był tłuszczak jelita grubego. Do 2002 r. opisano tylko 32 analogiczne przypadki. Z piśmiennictwa wiadomo, że pojedyncze tłuszczaki są drugim co do częstości występowania nowotworem łagodnym w obrębie jelita grubego. Powierzchnię guza pokrywa niezmienniona śluzówka. Tłuszczaki charakteryzują się egzofitycznym wzrostem. Występują one 1,5–2 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Nie ma w piśmiennictwie doniesień o przemianie tłuszczaka w nowotwór złośliwy. Zmiany o średnicy poniżej 2 cm nie dają żadnych objawów, jednakże gdy urosną powyżej 4 cm pojawiają się bóle brzucha, zaparcia lub objawy

krwawienia z przewodu pokarmowego. Wgłobienie jelita grubego wywołane obecnością tłuszczaka może być przemijające, z okresowo występującymi kolkowymi bólami brzucha. W USG tłuszczak daje echo hiperechogeniczne, a wgłobione jelito – hipoechogeniczne [8, 9].

## Wnioski

1. Przedoperacyjne rozpoznanie wgłobienia jako przyczyny niedrożności nastręcza nadal dużo trudności.
2. Fałszywie dodatni lub fałszywie ujemny wynik dodatkowych badań wizualizacyjnych opóźnia właściwe leczenie chirurgiczne lub jest przyczyną niewłaściwego postępowania terapeutycznego.
3. W określeniu rozpoznania i wskazań do operacji zasadnicze jest kryterium kliniczne (dolegliwości i objawy przedmiotowe).

## Piśmiennictwo

1. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226: 134-8.
2. Grosfeld JL. Intussusception then and now: historical vignette. *J Am Coll Surg* 2005; 201: 830-3.
3. Omori H, Asahi H, Inoue Y i wsp. Intussusception in adults: 21 years experience in the university – affiliated emergency center and indications for nonoperation reduction. *Dig Sug* 2003; 20: 433-9.
4. Szmytkowska K, Szmytkowski J, Śpiotek S. Wgłobienie jelit u dzieci. *Gastroenterologia Polska* 2001; 8: 283-6.
5. Zissin R, Gayer G, Konen O i wsp. Transient colonic intussusception. *Clin Imaging* 2000; 24: 8-9.
6. Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH. Intussusception in adults: institutional review. *J Am Coll Surg* 1999; 188: 390-5.
7. Wałaszewski J. Niedrożność jelit. Wyd. 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 1993: 83-5.
8. Jacobson BC, Carr-Locke DL. *Medscape Gastroenterology*. 2002; 4 (1) – wersja internetowa.
9. Melcher ML, Safadi B. Ileocolonic intussusception in an adult. *J Am Coll Surg* 2003; 197: 518.