

Przewlekłe wgłobienie krętniczno-kątnicze u 58-letniego mężczyzny – opis przypadku

58-year-old patient with ileo-caecal intussusception – a case report

Piotr Jurałowicz¹, Piotr Daniel², Artur Palczak¹, Beata Woźniak², Bogdan Modzelewski¹, Ewa Małecka-Panas²

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny, Łódź

²Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny, Łódź

Przegląd Gastroenterologiczny 2006; 1 (3): 129–132

Słowa kluczowe: wgłobienie, chłoniak jelita grubego.

Key words: intussusception, B-cell lymphoma.

Adres do korespondencji: lek. Piotr Daniel, Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny, ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź, tel. +48 42 677 66 64, faks +48 42 678 64 80, e-mail: p.daniel@interia.pl

Streszczenie

Wgłobienie jelita u dorosłych jest bardzo rzadką przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego. Autorzy przedstawiają przypadek 58-letniego pacjenta z przewlekłą niedrożnością przewodu pokarmowego, której przyczyną był rozrastający się chłoniak jelita grubego.

Abstract

Intussusception is very rare cause of ileus in adult patients. The authors present the case of a 58-year-old patient with chronic ileus, which was observed as a result of infiltration of B-cell lymphoma.

Wprowadzenie

Wgłobienie jest to teleskopowe wpuklenie jelita w odcinek sąsiedni, najczęściej położony dystalnie. Sporadycznie spotyka się wpuklenie dystalnego odcinka jelita w proksymalny, tzw. wgłobienie wsteczne. Wgłobiona część jelita, czyli głowa wgłobienia, tworzy mechaniczną przeszkodę, prowadząc do utrudnienia lub zatrzymania pasażu treści pokarmowej. Postępujący ucisk na krewkę doprowadza do zamknięcia naczyń, obrzęku, a następnie do martwicy wgłobionego odcinka jelita.

Najczęściej, bo w 85% przypadków, wgłobienie dotyczy końcowego odcinka jelita krętego do kątnicy. Znacznie rzadziej występują wgłobienia jelita cienkiego do jelita cienkiego, okrężniczo-okrężnicze, jelita cienkiego do żołądka po zespoleniach żołądkowo-jelitowych [1, 2]. Sporadycznie obserwowano przypadki jednoczesnego wielomiejscowego wgłobienia [3, 4].

Wgłobienie jest najczęstszą przyczyną niedrożności u dzieci poniżej 5. roku życia, a zwłaszcza u noworodków [5]. Wyjątkowo rzadko występuje u ludzi dorosłych.

Często w czasie operacji nie znajdujemy przyczyny wgłobienia, tzw. patologicznego punktu prowadzącego. Mówi się wtedy o wgłobieniu idiopatycznym. U 1/3 cho-

rych stwierdza się w głowie wgłobienia guz nowotworowy (często w postaci polipa), przerzuty raka, polipy zapalne jelit [6, 7], powiększone grudki chłonne, krwiak śródścienny, uchyłek jelita.

Wśród nowotworów znajdujących jako przyczyna wgłobienia u dorosłych opisywane były:

- chłoniaki jelita cienkiego [8],
- przerzuty czerniaka [1],
- przerzuty raka jasnokomórkowego z nerki [3],
- tłuszczaki [2],
- GIST [1].

Większość autorów podkreśla, że objawy wgłobienia u dorosłych mogą mieć charakter ostry, ale także często podostry i przewlekły, co utrudnia diagnostykę przedoperacyjną [2, 5, 7, 8]. Klasyczna triada ostrych objawów wgłobienia obejmuje: ból brzucha, wyczuwalny przez powłoki tkliwy guz i krwisty stolec (29–33% chorych) [5]. Do ww. objawów dołączają się cechy mechanicznej niedrożności przewodu pokarmowego.

U wielu chorych objawy są mało charakterystyczne i mogą trwać wiele miesięcy. Należą do nich: niecharakterystyczne, przewlekłe bóle brzucha, okresowe wzdęcia, biegunki i zaparcia, nawracające nudności i wymio-

ty, ubytek masy ciała. W badaniu *per rectum* wyczuwa się niekiedy głowę wgniotenia, a 1/3 chorych zgłasza obecność krwi w stolcu. Autorzy większości prac uważają, że najskuteczniejszymi metodami diagnostycznymi wgniotenia są kolonoskopia i CT [8].

W początkowym okresie wgniotenia (ok. 12 godz.) przy braku objawów zapalenia otrzewnej można podjąć próbę odgniotenia jelita zachowawczo poprzez wlew pod kontrolą radiologiczną lub w razie niepowodzenia zastosować odgniotenie operacyjne. Dotyczy to przypadków ostrych, idiopatycznych, w których nie stwierdza się patologicznego punktu prowadzącego. Ryzyko nawrotu wgniotenia wynosi ok. 30%. McGuire i wsp. przedstawili nową metodę wykonania odgniotenia poprzez wstrzyknięcie śródoperacyjnie w okolicę szyi wgniotenia hialuronidazy, co ułatwiło ręczne odprowadzenie jelita [9].

Jeżeli wgniotenie przebiega w sposób podostry lub przewlekły, to zmiany wsteczne w jelicie są zaawansowane (obrzęk, krwiak, zakrzepica, włóknienie) lub stwierdza się anatomiczną przyczynę wgniotenia (guz). Wówczas za wskazaną metodę leczenia uważa się resekcję jelita [1–3, 8].

Opis przypadku

Pacjent, 58 lat, przyjęty do Kliniki Chorób Przewodu Pokarmowego UM w Łodzi 8 grudnia 2005 r. w celu rozpoznania dolegliwości bólowych brzucha.

Kolkowe bóle brzucha o niewielkim nasileniu, zlokalizowane w prawym dole biodrowym i śródbrzuszu pojawiły się ok. 6 mies. wcześniej. Dolegliwości nasiliły się miesiąc przed przyjęciem do kliniki. Silnym, kolkowym bólem towarzyszyły nudności bez wymiotów, wzdęcia, przelewania w jamie brzusznej. Oddanie luźnego stolca przynosiło wyraźną ulgę. Nie było patologicznych domieszek w stolcu. W czasie trwania choroby masa ciała chorego zmniejszyła się o ok. 15 kg.

Przed przyjęciem do szpitala chory był leczony ambulatoryjnie lekami przeciwbólowymi i rozkurczowymi, które przynosiły krótkotrwałą poprawę.

Podczas wstępnego badania chory był w stanie ogólnym dobrym. Przy dokładnej, głębokiej palpacji zwracał uwagę niewielki opór zlokalizowany w prawym śródbrzuszu o średnicy ok. 3 cm oraz tkliwość w tej okolicy. Poza tym brzuch był miękki, niebolesny, bez patologicznych oporów i objawów.

Nie stwierdzono nieprawidłowości w dodatkowych badaniach laboratoryjnych.

Gastroskopia ujawniła obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej opuszki dwunastnicy. Poza tym przetyk, wpust, żołądek, odźwiernik i część pozaopuszkowa bez zmian w badaniu. Test ureazowy ujemny.

W badaniu USG jamy brzusznej w rzucie zagięcia wątrobowego okrężnicy opisano litą hipoechogeniczną zmianę ogniskową o wymiarach 23 mm x 24 mm, złóg (7 mm) w środkowym kielichu nerki lewej. Poza tym bez odchyłań od stanu prawidłowego.

U pacjenta wykonano kolonoskopię w trybie pilnym po uprzednim przygotowaniu preparatem Fortrans (oczyszczenie jelita przebiegło bez komplikacji). W badaniu od dna kątnicy do zagięcia wątrobowego (ok. 15 cm długości) stwierdzono obły twór, rozpoczynający się w okolicy zastawki Bauhina z kałafiorowatym naciekiem na szczycie – prawdopodobnie wgniotone jelito (ryc. 1.). Pobrano wycinki do badania histopatologicznego, uzyskując wynik wskazujący na rozrost nowotworu złośliwego.

Po konsultacji chirurgicznej (nie czekając na wynik badania mikroskopowego wycinków) zdecydowano o przeniesieniu pacjenta do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej UM w Łodzi w celu dalszego leczenia.

Chorego operowano 16 grudnia 2005 r. Jamę otrzewnej otworzono cięciem przypośrodkowym prawym z odsunięciem mięśnia prostego brzucha do boku. Stwierdzono wgniotenie dystalnej części jelita krętego poprzez zastawkę Bauhina do wstępnicy. W obrębie okrężnicy wstępującej wyczuwalna była pętla wgniotonego jelita cienkiego długości ok. 15 cm, ciągnąca się do okolicy zagięcia wątrobowego. Na jej szczycie wyczuwalny był twardy guz o średnicy ok. 3 cm. Jelito cienkie przed wgnioteniem miało prawidłową średnicę o niezmienionej ścianie. Ponadto stwierdzono liczne powiększone węzły chłonne krezki wstępnicy. Innych zmian patologicznych w obrębie jamy brzusznej nie znaleziono.

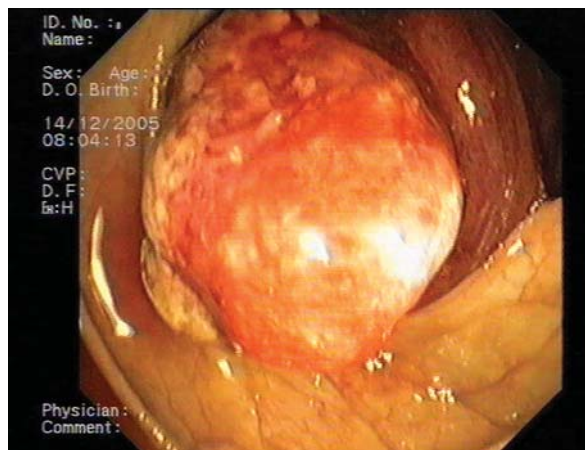
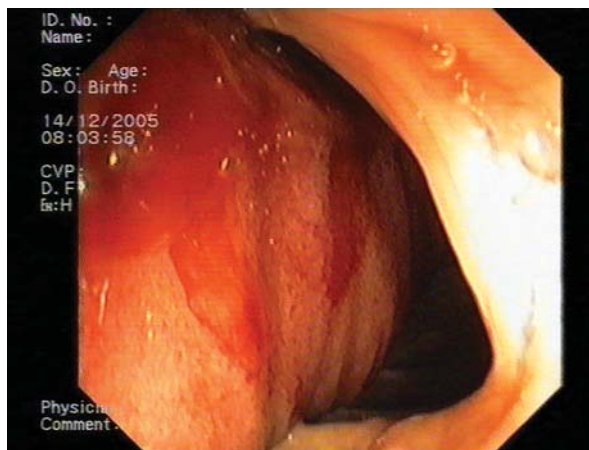
Wykonano hemikolektomię prawostronną z szerokim wycięciem krezki wstępnicy wraz z powiększonymi węzłami chłonnymi (ryc. 2.), zespolenie bok do boku krętniczopoprzecznicze, drenaż jamy otrzewnej, warstwowy szew powłok.

Po zakończeniu operacji rozcięto preparat i uwidoczniło w całości wgniotenie krętniczopoprzecznicze, którego czoło stanowił niewielki, twardy, kałafiorowaty guz (ryc. 3.).

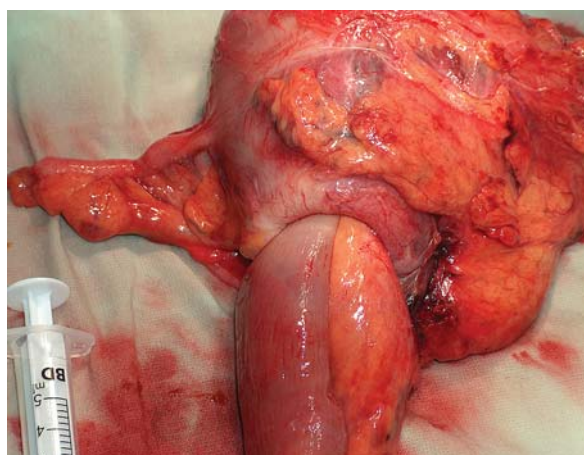
Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Rana zagoiła się przez rychłozrost.

W badaniu histopatologicznym wycinków z czoła wgniotenia w rozpoznaniu końcowym stwierdzono, że komórki nacieku ze szczytu zmiany w obrębie błony śluzowej jelita są immunopoztywne z przeciwciałami LCA i CD 20 i nie wykazują reakcji z przeciwciałem CD3. Obraz mikroskopowy odpowiada *Lymphoma malignum* z komórek B.

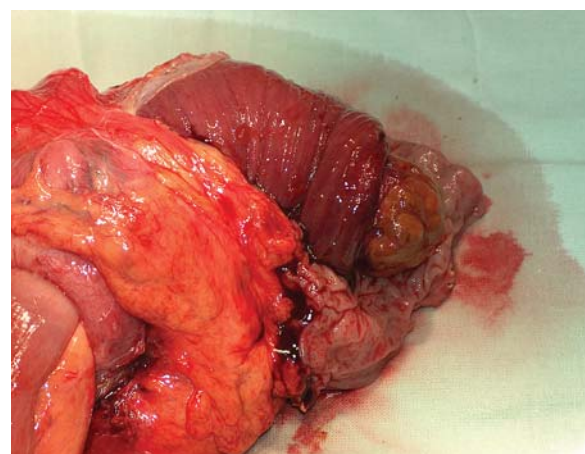
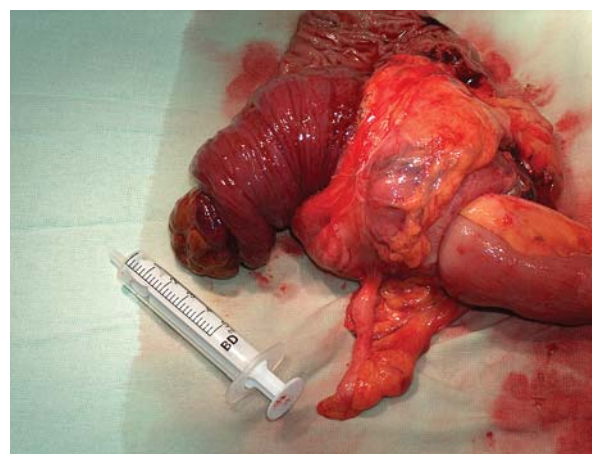
W zbadanym materiale znaleziono 19 węzłów chłonnych z cechami odczynowego pobudzenia.



Ryc. 1. Obraz endoskopowy wgłobionego jelita cienkiego
Fig. 1. Endoscopic picture of the intussuscepted ileum



Ryc. 2. Obraz makroskopowy usuniętego jelita
Fig. 2. Macroscopic view of resected bowel



Ryc. 3. Obraz makroskopowy głowy wgłobienia krętniczno-kątniczego
Fig. 3. Macroscopic view of the head of the ileo-caecal intussusception

Wobec powyższego rozpoznania histopatologicznego po konsultacji chorego skierowano w celu dalszego leczenia do Kliniki Chemioterapii UM w Łodzi.

Omówienie

Dolegliwości zgłaszane przez naszego pacjenta wskazywały na istnienie przeszkody w pasażu treści jelitowej w okolicy zastawki Bauhina. Kolejne etapy postępowania diagnostycznego doprowadziły do postawienia prawidłowego, nieoczekiwanego rozpoznania. Bardzo rzadkie występowanie wgłobienia jelit u ludzi dorosłych skłoniło nas do przedstawienia powyższego przypadku.

Piśmiennictwo

1. Catena F, Ansaloni L, Gazzotti F i wsp. Taffurelli M. Small bowel tumours in emergency surgery: specificity of clinical presentation. *ANZ J Surg* 2005; 75: 997-9.
2. Ghidirim G, Mishin I, Gutsu E i wsp. Giant submucosal lipoma of the cecum: report of a case and review of literature. *Rom J Gastroenterol* 2005; 14: 393-6.
3. Isasaki M, Murakami Y, Takesue Y i wsp. Double intussusceptions in the small intestine caused by metastatic renal cell carcinoma: report of case. *Surg Today* 2006; 36: 85-8.
4. Marino F, Lobascio P, Martines G i wsp. Double jejunal intussusception in an adult with chronic subileus due to a giant lipoma: a case report. *Chir Ital* 2005; 57: 239-42.
5. Huppertz HI, Rosiano-Gabarro M, Grimpel F i wsp. Intussusception among young children in Europe. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25: S22-9.
6. Malik KA, Pande GK, Aftab Z i wsp. Inflammatory fibroid polyp of the ileum causing intussusception. *Saudi Med J* 2005; 26: 995-8.
7. Bogner B, Peter S, Hegedus G. Inflammatory fibroid polyp of the ileum causing intestinal invagination. *Magy Seb* 2005; 58: 237-40.
8. Aydede H, Sakarya A, Erhan Y i wsp. Ileocolic intussusception due to ileal lymphoma (Case report). *Turk J Gastroenterol* 2002; 13: 236-8.
9. McGuire B, Brannigan AE, O'Connell PR. Hyaluronidase assisted reduction of intestinal intussusception; a novel application. *Ir Med J* 2005; 98: 146-7.