

Volvulus colon sigmoideum u pacienta s m. Parkinson a chronickou obstipáciou vyriešený resekciou s primárnou anastomózou

MUDr. Martin Ježovít, doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc.

II. chirurgická klinika LF UK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava-Petržalka

Akútny volvulus colon sigmoideum je v našom regióne príznačnou diagnózou pre starších pacientov s neuropsychiatrickou komorbiditou. Cieľom algoritmu vyšetrení je nielen stanovenie samotnej diagnózy volvulu sigmy, ale aj určenie štádia ireverzibilných ischemických zmien tkanív postihnutého úseku hrubého čreva, od čoho závisí ďalšia stratégia liečby konkrétneho stavu. Diapazón možných zákrokov siaha od endoskopickéj derotácie až po urgentnú laparotómiu so subtotálnou kolektómiou. V našej kazuistike popisujeme akútny volvulus colon sigmoideum u 81-ročného pacienta s Parkinsonovou chorobou riešený resekciou časti sigmy s primárnou end to end anastomózou a dobrým efektom pre ďalší osud pacienta.

Kľúčové slová: akútny volvulus colon sigmoideum, primárna end to end anastomóza

Volvulus colon sigmoideum of the patient with m. Parkinson's disease and chronic obstipation resolved by resection with primary anastomosis - case report

Acute sigmoid volvulus is in our region typical diagnosis for elderly patients with neuropsychiatric comorbidities. The aim of diagnostic algorithm is not only determination of sigmoid volvulus, but also specification of irreversible ischemic injury of strangled colonic tissue, on which depends the treatment of current state. The scale of potential treatment varies from endoscopic derotation to emergent laparotomy with subtotal colectomy. In our case report we describe acute sigmoid volvulus of 81-years old patient with Parkinsonic disease, treated by sigmoid colectomy with primary end to end anastomosis, with feasible effect on current clinical state.

Key words: acute sigmoid volvulus, primary end to end anastomosis

Slov. chir., 2018;15(3-4):103-105

Úvod

Volvulus hrubého čreva je ochorením pacientov vyššieho veku s častejším výskytom pri neurologickej komorbidite (1). U pacientov s Parkinsonovou chorobou sa gastrointestinálne symptómy vyskytujú takmer bežne a volvulus sigmy môže u nich vyústiť až do ohrozenia života (2). Akútny volvulus sigmy je stav, keď elongované colon sigmoideum rotuje okolo osi mezokolonu, pričom dochádza k obštrukcii lúmenu hrubého čreva. Ak sa nelieči, dochádza k ischemii strangulovaného úseku s rizikom rozvoja gangrény, perforácie a sterkorálnej peritonitídy (3, 4). V anamnéze možno zaznamenať údaje chronických ťažkostí pasáže čreva spojených s meteorizmom. Pri akútnej príhode sa ťažkosti vystupňujú, dominujú kolikovití bolesti brucha s príznakmi ileózneho náhlej brušnej príhody.

V kazuistike prezentujeme pacienta vyššieho veku, ktorý sa dlhodobo liečil na Parkinsonovu chorobu. Volvulus sigmy sme u neho vyriešili resekciou čreva s primárnou anastomózou.

Kazuistika

Išlo o polymorbídneho 81-ročného pacienta astenického habitu, s anamnézou chronických ťažkostí v zmysle obstipácie, riešených pomocou diétnych opatrení a dlhodobým užívaním laxatív, postupným rozvojom nechutenstva a úbytkom hmotnosti. V osobnej anamnéze sme zaznamenali údaj o dispenzarizácii a liečbe neurológom pre Parkinsonovu chorobu.

Pre náhle vzniknutú a progredujúcu bolesť spojenú s extrémnym nafúknutím brucha, bol pacient prijatý cestou oddelenia urgentnej medicíny (OUM) našej nemocnice pre klinické známky ileózneho stavu s podozrením na volvulus colon sigmoideum. Pri fyzikálnom vyšetrení dominoval extrémny meteorizmus brucha s kontúrami dilatovanej črevnej kľučky, viditeľnej cez brušnú stenu v rozsahu ľavých kvadrantov brucha a s vystupňovanou palpačnou bolestivosťou v tejto lokalite. Auskultačne boli prítomné známky paralýzy čreva. Na RTG NSB (natívnom snímku brucha)

Obrázok 1. Natívny „scout“ snímok pri predoperačnom CT vyšetrení



postojáčky bol výrazný meteorizmus s dilatáciou hrubého čreva a tzv. coffee bean sign (príznak kávového zrna). Pri CT vyšetrení sa zobrazil volvulus colon sigmoideum v úrovni asi 15 cm orálne od rekta s dilatáciou rotovaného segmentu čreva na 86 mm a zasahovaním

až pod ľavú bránicu. Na CT skenoch bol prítomný tzv. whirl sign – spôsobený rotáciou mezosigmy a znova aj coffee bean sign – spôsobený charakteristickým zalomením dilatovanej kľučky sigmy. Obidva príznaky sú charakteristické pre volvulus sigmy.

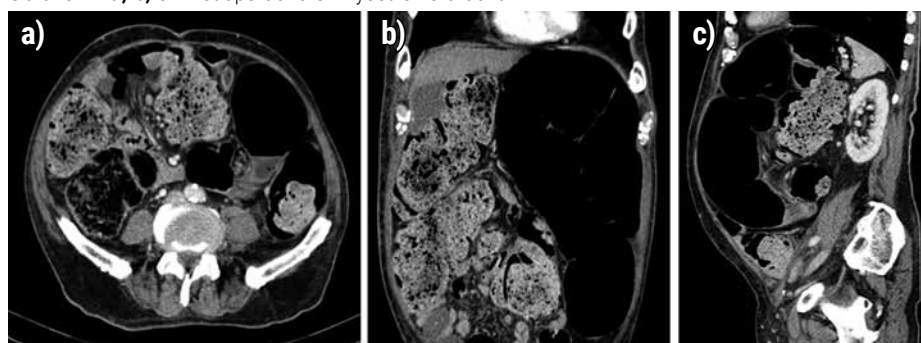
Po nevyhnutnej predoperačnej príprave sme urobili urgentne strednú laparotómiu, pri ktorej sme potvrdili volvulus dolichosigmy zasahujúcej až pod ľavú bránicu. Črevo bolo na mesosigme zrotované o viac ako 180 stupňov. Na povrchu zrotovanej kľučky boli prítomné zóny s belavým a aj livídny sfarbením, svedčiacie o ischemii. Po derotovaní kľučky, vzhľadom na pretrvávajúce ischemických zmien postihnutého segmentu, sme sa rozhodli pre resekciu postihnutého úseku čreva s primárnou end to end anastomózou manuálne konštruovanou v dvoch vrstvách.

V pooperačnom období po obnovení efektívnej peristaltiky došlo k masívnemu odchodu predoperačne stagnujúcej stolice. Nasledoval postupný prechod z totálnej parenterálnej výživy na perorálny príjem, ktorý pacient plne toleroval. Následne sme pacienta, pri známej neurologickej komorbidite, v kooperácii s rehabilitačnými pracovníkmi vertikalizovali a mobilizovali. Po odstránení drenáže brušnej dutiny sme pacienta v dobrom stave prepustili do ambulantnej starostlivosti. Operačná rana sa zhojila per primam intentionem, titánové kožné klipy sme vybrali. Na 21. pooperačný deň sme urobili kontrolné CT brucha s nálezom pretrvávajúceho meteorizmu hrubého čreva, ale bez stagnovania stolice v ňom.

Diskusia

V diagnostike volvulu sigmy, okrem typickej anamnézy a lokálneho nálezu na bruchu, sú dominantné zobrazovacie vyšetrenia ako sú RTG natívny snímok brucha (NSB) postojačky a/alebo CT vyšetrenie, s príznačným výskytom charakteristických znamení. Ide o znamenie kávového zrna – **coffee bean sign** – vytvorené plynom uzatvoreným v torkvovanej kľučke sigmy (5). Ďalším charakteristickým nálezom je prítomnosť znamenia víru – **whirl sign** – spôsobený charakteristickým prie-

Obrázok 2 a, b, c. Predoperačné CT vyšetrenie brucha

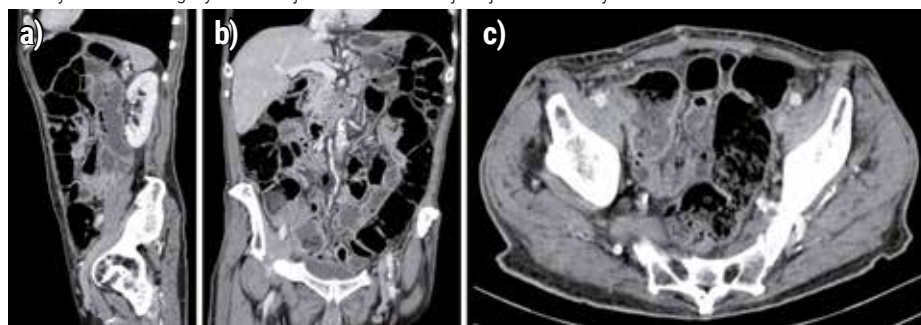


a) transverzálny sken s extrémnym meteorizmom v ľavom kolóne a stagnujúce feces v pravom kolóne

b) koronárny sken s viditeľným znamením kávového zrna (coffee bean sign) torkvovanej sigmy, zasahujúcej až pod ľavú bránicu

c) sagitálny sken s viditeľne torkvovanou mezosigmou (whirl sign) s meteoristickým segmentom sigmy lokalizovaným ventrálne od stagnujúceho feces

Obrázok 3 a,b,c. Kontrolné CT brucha 21 dní po operácii s viditeľným primeraným meteorizmom bez zmeny diametra sigmy orálne aj aborálne od zhojenej anastomózy



a) sagitálny sken

b) koronárny sken

c) transverzálny sken

behom ciev torkvovanej mezosigmy (6). Manažment pacienta s volvulom sigmy závisí od dĺžky trvania ischemie tkanív strangulovaného segmentu čreva a stupňa ich ireverzibilného postihnutia s rozvojom gangrény steny čreva. Preto pri diagnostike sledujeme známky peritoneálneho dráždenia a podľa toho sa rozhodujeme, či pristúpime ku kolonoskopii s možnosťou derotovania čreva, alebo k urgentnej chirurgickej intervencii. Urgentná operácia je nevyhnutne indikovaná u pacientov s difúznou peritonitídou, perforáciou črevnej steny alebo ischemickou nekrózou (8, 9). Kolonoskopia u pacientov s volvulom sigmy dáva okrem terapeutického významu aj možnosť zhodnotenia ischemických zmien sliznice (10). Všeobecný algoritmus manažmentu pacienta s akútnym volvulom sigmy podľa Zheng Lou a kol. (11) je uvedený v tabuľke 1.

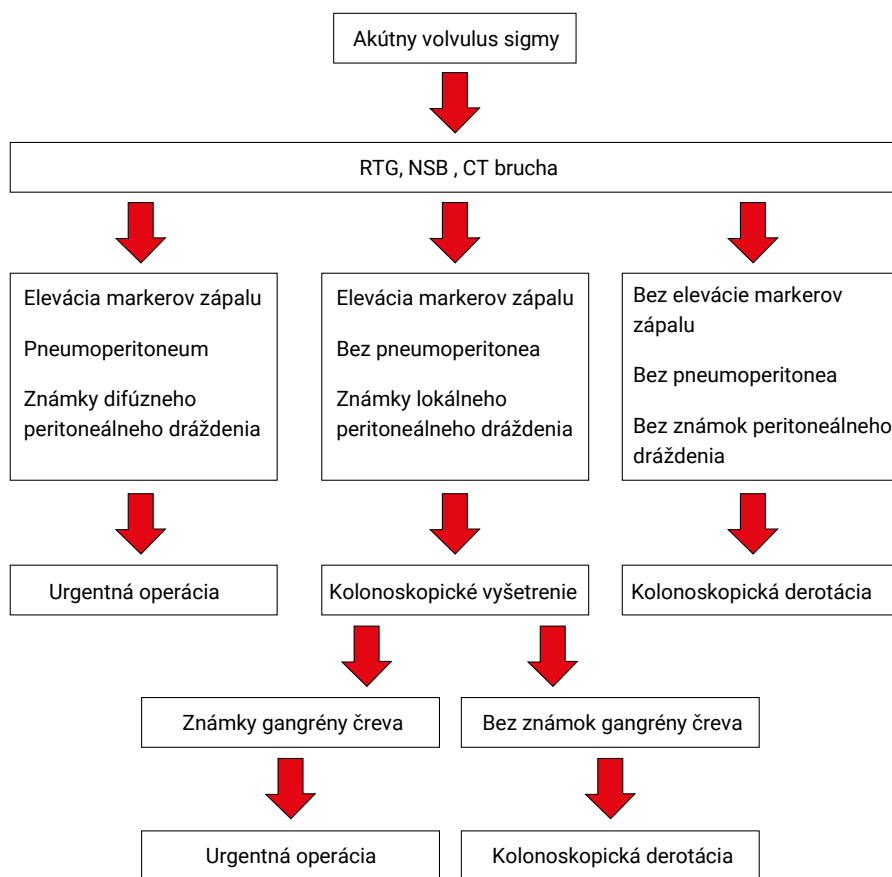
Najčastejšie operačné metódy pri urgentnej operácii akútneho volvulu colon sigmoideum sú: sigmoidopexia, resekcia s primárnou anastomó-

zou, Hartmannova operácia a niekedy aj subtotalná kolektómia.

Sigmoidopexia vykonaná **po derotácii** postihnutého úseku, ktorý musí byť bez známok ireverzibilných ischemických zmien. Pri otvorenom prístupe je technicky aj časovo najmenej náročnou operačnou procedúrou, preto sa hodí najmä pre pacientov s vážnou komorbiditou, obmedzujúcou dĺžku operačného výkonu. Alternatívou je **laparoskopická sigmoidopexia** po endoskopickej derotácii (12). Na druhej strane fakt, že elongovaný úsek čreva zostáva aj po operácii, môže viesť k pretrvávaniu porúch pasáže a tým aj ťažkostí pacienta.

Resekcia postihnutého úseku s primárnou anastomózou je z hľadiska perspektívy pacienta najlepšou voľbou. Ide o jednodobý výkon s elimináciou čo i len dočasnej stómie. Do úvahy však treba brať fakt, že primárna anastomóza môže byť pooperačne zaťažaná skorou pasážou, a to najmä u pacientov s anamnézou dlhotrvajúcej obstipácie s masívnou fekaloídnou náložou. Napriek tomu,

Tabuľka 1. Všeobecný algoritmus manažmentu pacienta s akútnym volvulom sigmy podľa Zheng Lou a kol.



aj podľa literárnych údajov, ju možno pomerne bezpečne u pacientov s volvulom sigmy využiť a to aj bez intraoperačnej laváže kolónu (13). Ďalšími faktormi, ktoré výrazne ovplyvňujú výsledky operácie sú viabilita suturovaných koncov hrubého čreva a konštrukcia beznapätovej – „tension free“ anastomózy.

Hartmannova procedúra, vzhľadom na vyššie uvedené fakty, sa považuje naďalej za bezpečnú alternatívu riešenia akútneho volvulu sigmy a využíva sa najmä v ťažších prípadoch, spojených s nemožnou dekompresiou čreva, pokročilou gangrénou, prípadne pri perforácii čreva so sterkorálnou peritonitídou (14).

Ak následkom ileózneho stavu dôjde k rozvoju megakolónu, alebo nie je možné cez orálnu časť hrubého čreva zabezpečiť účinnú pooperačnú pasáž, je namieste **subtotálna kolektómia** s primárnou **ileo-rektoanastomózou**

alebo dočasnou terminálnou ileostómiou. Obe tieto metódy majú svoje benefity a potenciálne riziká či nedostatky. Všetko však závisí nielen od zvyklostí a skúseností chirurga a konkrétneho pracoviska, ale predovšetkým aktuálneho nálezu v brušnej dutine, celkového stavu pacienta a jeho komorbidít.

Záver

Akútny volvulus sigmy zostáva naďalej vážnou výzvou najmä pre chirurga, ale potenciálne aj iných odborníkov, napr. gastroenterológov, ktorí môžu pozitívne zasiahnuť do liečby tejto náhlej brušnej príhody.

V prípade nášho pacienta sme akútny volvulus sigmy vyriešili resekciou postihnutého úseku čreva s primárnou end to end anastomózou. Toto rozhodnutie bolo správne, o čom svedčí nielen bezproblémový pooperačný priebeh,

ale aj výrazné zlepšenie kvality života pacienta v neskoršom pooperačnom období.

Domnievame sa, že adekvátna chirurgická intervencia, zohľadňujúca viaceré faktory uvedené v našom príspevku, je rozhodujúca pre výsledky urgentnej chirurgickej liečby a následnú kvalitu života pacientov.

Literatúra

- Moláček J, Křížan J, Třeška V. Volvulus lienální flexury tračníku. Rozhl. Chir. 2005; 84,(12):602-604.
- Toebosch S, Tudyka V, Masclee Ad, Ger Koek. Treatment of recurrent sigmoid volvulus in Parkinson's disease by percutaneous endoscopic colostomy. World J Gastroenterol. 2012;18(40):5812-5815.
- Katsikogiannis N, Machairiotis N, Zarogoulidis P, et al. Management of sigmoid volvulus avoiding sigmoid resection. Case Rep Gastroenterol. 2012;6(2):293-299.
- Raveenthiran V. Observations on the pattern of vomiting and morbidity in patients with acute sigmoid volvulus. J Postgrad Med. 2004; 50: 27-29.
- Lee YS, Lee WJ. Coffee-bean sign. CMAJ. 2008;178(13):1657.
- Macari M, Spieler B, Babb J, Pachter HL. Clin Radiol. 2011;66(2):112-7.
- Suleyman O, Kessaf AA, Ayhan KM. Sigmoid volvulus: long-term surgical outcomes and review of the literature. S Afr J Surg. 2012;50(1):9-15.
- Coban S, Yilmaz M, Terzi A, et al. Resection and primary anastomosis with or without modified blow-hole colostomy for sigmoid volvulus. World J Gastroenterol. 2008;14(36):5590-5594.
- Turan M, Sen M, Karadayi K, et al. Our sigmoid colon volvulus experience and benefits of colonoscope in detortion process. Rev Esp Enferm Dig. 2004; 96: 32-35.
- Mehendale VG, Chaudhari NC, Mulchandani MH. Laparoscopic sigmoidopexy by extraperitonealization of sigmoid colon for sigmoid volvulus: two cases. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2003;13(4):283-285.
- Lou Z, Yu ED, Zhang W, et al. Appropriate treatment of acute sigmoid volvulus in the emergency setting. World J Gastroenterol. 2013;19(30):4979-4983.
- De U, Ghosh S. Single stage primary anastomosis without colonic lavage for left-sided colonic obstruction due to acute sigmoid volvulus: a prospective study of one hundred and ninety-seven cases. ANZ J Surg. 2003;73(6):390-392.
- Pattanayak S, et al. Comparison of primary resection and anastomosis with hartmann's procedure in management of acute sigmoid volvulus. Int Surg J. 2016;3(4):2079-2082.
- Booij KAC, Tanis PJ, van Gulik TM, Gouma DJ. Recurrent volvulus of the transverse colon after sigmoid resection. International Journal of Colorectal Disease. 2009;24(4):471-472.

MUDr. Martin Ježovít

II. chirurgická klinika LF UK a UNB
Nemocnica sv. Cyrilla a Metoda
Antolská 11, 851 07 Bratislava
jezovit.martin@gmail.com

