

Kazuistika pravostrannej perforovanej divertikulitídy

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

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

Prevalencia pravostrannej divertikulitídy je v našej populácii pomerne nízka. V uvedenej kazuistike referujeme prípad urgentného stavu perforovanej pravostrannej divertikulitídy so sterkorálnou peritonitídou riešeného vykonaním priečnej sutúry s inverziou perforovaného divertikula s predradenou axiálnou ileostómiou.

Kľúčové slová: pravostranná divertikulitída, sterkorálna peritonitída

Case report of right-sided perforated diverticulitis

The prevalence of right-sided diverticulitis is relatively low in our population. In this case we report an urgent state of perforated right-side diverticulitis with stercoral peritonitis solved by transverse suture with inverted perforated diverticulum with diverting axial ileostomy.

Key words: right diverticulitis, stercoral peritonitis

Slov. chir., 2020;17(3):89-91

Úvod

Pravostranná divertikulitída sa nie len z hľadiska anatomickej lokalizácie, ale podľa niektorých prác aj etiopatogenézou odlišuje od ľavostrannej. Pravostranná divertikulitída sa vyskytuje predominantne v ázijských krajinách, kde tvorí podiel asi v 60 % prípadov akútnej divertikulitídy (1), zatiaľ čo v západných krajinách je to menej ako 4 % (2) podielu z celkového počtu ošetrovaných divertikulitíd. V západnej populácii sa akútna divertikulitída pravého kolónu prezentuje vo väčšom počte v mladších vekových kategóriách (3,4). Divertikulová choroba céka bola prvýkrát popísaná Potierom v 1912 roku (5). Klasifikácia pravostrannej divertikulitídy v súčasnosti využívaná v klinickej praxi je identická ako ľavostrannej. Na našom pracovisku aktuálne používame Wasvaryho modifikáciu pôvodnej Hincheyho klasifikácie komplikovanej divertikulitídy publikovanej už v roku 1978 (6).

Kazuistika

62-ročný pacient s anamnézou náhle vzniknutých bolestí brucha, trva-

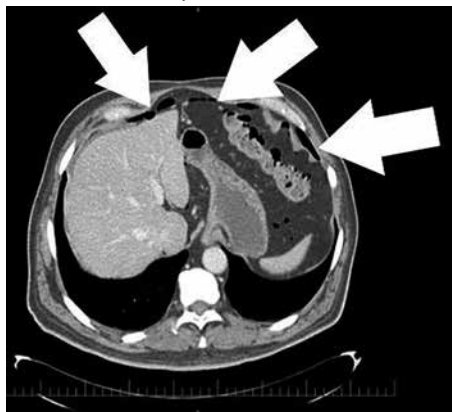
júcich asi 2 hodiny bol privezený SRZP na Oddelenie urgentnej medicíny nemocnice sv. Cyrila a Metoda v Petržalke. Po prijatí na ambulanciu boli pri fyzikálnom vyšetrení zistené známky peritoneálneho dráždenia s maximom palpačnej a poklopovej bolestivosti v epigastriu a v pravom mezogastriu. Laboratórne vyšetrenia boli bez leukocytózy a CRP 5,36. USG opisovalo menšie množstvo voľnej tekutiny v pravom hypogastriu medzi kľúčkami čreva; v tejto oblasti zároveň prítomná relatívne výrazná bolestivosť na tlak; oblasť však horšie prehľadná, pričom jednoznačné USG-známky akútnej apendicitídy nebolo možné potvrdiť. Bolo doplnené CT vyšetrenie s opisom pneumoperitonea, známkami divertikulitídy v proximálnej oblasti colon transversum, s pravdepodobnou perforáciou divertikula, s okolitým zápalovo zmeneným tukom a voľnou tekutinou intraperitoneálne v malej panve, interanzálne, parakolicky vpravo a perihepatálne. Pacient bol prijatý na II. chirurgickú kliniku LFUK a UNB. Bola indikovaná operačná revízia.

Po nevyhnutnej predoperačnej príprave a vyšetreniach bol pacient operovaný s nálezom difúznej sterkorálnej peritonitídy, ktorej príčinou bol perforovaný divertikul na rozhraní orálnej a strednej tretiny colon transversum. Bola vykonaná priečna sutúra s inverziou divertikula. Potom bola vykonaná dôkladná laváž peritoneálnej dutiny a drenáž, predradená axiálna ileostómia. Po operácii bol pacient hospitalizovaný na chirurgickej JIS, kde mu bola podávaná parenterálna ATB liečba v trojkombinácii (cefuroxim, gentamicin a metronidazol). Bol vylúčený perorálny príjem a podávaná totálna parenterálna výživa. Po stabilizácii bol pacient preložený na bežné oddelenie chirurgickej kliniky. Po obnovení pasáže cez ileostómiu bola pacientov postupne zavedená strava, ktorú toleroval. Operačná rana sa zhojila per primam intentionem. Po prepustení bol pacient sledovaný ambulantne. Oklúzia ileostómie bola realizovaná päť mesiacov od primárnej operácie vzhľadom na to, že musela byť postponovaná pre opako-

Tabuľka 1. Hincheyho klasifikácia akútnej divertikulitídy modifikovaná podľa Wasvaryho s priradenými CT nálezmi podľa Kaisera (5).

Modifikovaná Hincheyho klasifikácia podľa Wasvaryho	CT nálezy podľa Kaisera	
0	Mierna divertikulitída	Divertikuly s/bez zhrubnutia steny kolónu
Ia	Perikolický zápal alebo flegmóna	Zhrubnutie steny kolónu so zápalovou reakciou perikolického tuku
Ib	Perikolický alebo mezokolický absces	Ia zmeny+ perikolický alebo mezokolický absces
II	Pelvicný, vzdialený intraabdominálny, alebo retroperitoneálny absces	Ia zmeny + vzdialený absces (medzikľúčkový, pelvicný, retroperitoneálny)
III	Generalizovaná purulentná peritonitída	Voľný vzduch asociovaný s generalizovanou tekutinovou kolekciovou alebo lokalizovanou tekutinovou kolekciovou, možné zhrubnutie nástenného peritonea
IV	Generalizovaná sterkorálna peritonitída	Rovnaké zmeny ako pri III

Obrázok 1. Axiálny CT sken, šípky ukazujú na pneumoperitoneum pod prednou brušnou stenou lokalizované v horných kvadrantoch brucha.



vané infekty dýchacích ciest. V päťročnom období po primárnej operácii bol pacient opakovane operovaný pre herniu v jazve po strednej laparotómii aj v jazve po oklúzii ileostómie. V tomto intervale bol jedenkrát liečený ambulantne antibiotikami pre recidívu ataky akútnej divertikulitídy.

Diskusia

Častým problémom v klinickej praxi pri diagnostike akútnej pravostrannej divertikulitídy je odlišenie od akútnej apendicitídy (7). Často sa stáva, že pacienti urgentne operovaní pre podozrenie na akútnu apendicitídu majú peroperačný nález akútnej divertikulitídy céka, prípadne colon ascendens. Veľkým prínosom v diferenciálnej diagnostike akútnej apendicitídy a pravostrannej divertikulitídy je realizácia CT vyšetrenia (8), ktoré zároveň umožní zaradenie divertikulitídy do Hicheyho – Wasvaryho klasifikácie s následnou adekvátnou liečbou. Niektorými autormi odporúčané použitie „triple contrast“ CT vyšetrenia, zahŕňajúce intravenózne, orálne a rektálnou klyzmou podanie kontrastnej látky, na presnú identifikáciu patologického procesu kolónu pri urgentných stavoch nie je odporúčané vzhľadom k zníženiu komfortu, zvýšeniu rizika pre pacienta a tiež zbytočné zvyšovanie nákladov (9). Čo sa týka liečby pravostrannej divertikulitídy, pacienti s nekomplikovanou formou a vybrané prípady aj komplikovanej divertikulitídy môžu byť bezpečne liečení konzervatívne. Chirurgická liečba je vyhradená pre nestabilných pacientov a ťažšie formy komplikovanej divertikulitídy (10). Konzervatívna liečba

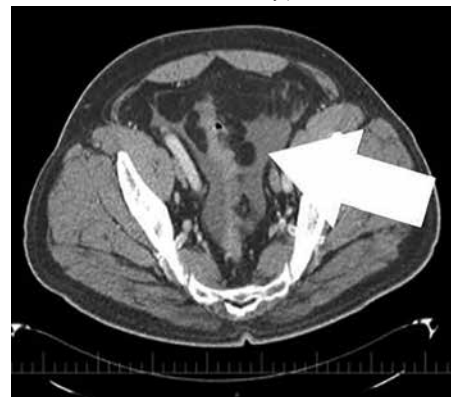
Obrázok 2. Axiálny CT sken, šípka ukazuje na pravdepodobnú zónu perforácie divertikula v oblasti proximálneho colon transversum so zápalovo zmeneným tukovým tkanivom a voľným vzduchom v okolí



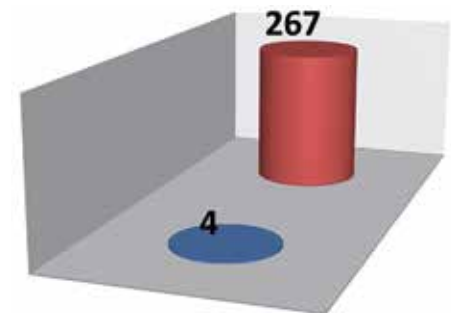
akútnej divertikulitídy zahŕňa zavedenie diétnych opatrení v zmysle „bowel rest“ s adekvátnou hydratáciou a ATB liečbou (11). Akcesibilné abscesy priemeru nad 4 cm je vhodné riešiť perkutánou drenážou v spolupráci s intervenčným rádiológom pod CT alebo USG navigáciou. Pri perforovanej divertikulitíde s difúznou peritonitídou a potrebným operačným riešením je vhodné vykonať lokálne ošetrenie miesta perforácie (sutúra defektu alebo inverzia perforovaného divertikula) s dôkladnou lavážou a drenážou peritoneálnej dutiny eventuálne s predradenou derivačnou ileostómiou. Operáciu je možné urobiť laparoskopickým (12,13), alebo otvoreným spôsobom. Pri rozsiahlejšom poškodení pravého kolónu je potrebné vykonať ileocekálnu resekciu, alebo pravostrannú hemikolektómiu (14,15), ktoré sú vzhľadom na anatomické pomery v danej lokalite technicky oveľa jednoduchšie ako rozsiahlejšie resekcie pri ľavostrannom postihnutí.

Na II. chirurgickej klinike LFUK a UNB bolo za 10 rokov pre akútnu divertikulitídu hospitalizovaných 267 pacientov a z tohto počtu boli 4 pacienti s pravostrannou divertikulitídou, čo predstavuje asi 1,4 %. Všetci uvedení hospitalizovaní pacienti s akútnou divertikulitídou boli liečení v súlade s Hincheyho – Wasvaryho klasifikáciou konzervatívne, alebo operačne. Hospitalizovaní pacienti s pravostrannou divertikulitídou boli všetci operovaní. Dva prípady pri predoperačne suponovanej akútnej apendicitíde bez chirurgického ošetrenia divertikulitídy. Jedenkrát bola vykona-

Obrázok 3. Axiálny CT sken, šípka ukazuje voľnú tekutinu lokalizovanú v dolných kvadrantoch brucha interanzálne a v malej panve



Obrázok 4. Pomer počtu všetkých hospitalizovaných pacientov pre akútnu divertikulitídu celkovo a počtu pacientov hospitalizovaných pre pravostrannú akútnu divertikulitídu na II. chirurgickej klinike LFUK a UNB v rokoch 2008 -2018



ná inverzia perforovaného divertikula s drenážou a jedenkrát priečna sutúra perforovaného divertikula s predradenou ileostómiou a drenážou.

Literatúra

- Lee IK. Right Colonic Diverticulitis. J Korean Soc Coloproctology. 2010; 26: 241-245.
- Hildebrand P, Birth M, Bruch HP, Schwandner O. Surgicaltherapy in right-sided diverticulitis. Zentralbl Chir. 2005; 130:123-127.
- Fenoglio-Preiser CM. Gastrointestinal Pathology an atlas and text. 2008; Philadelphia, Lippincott Williams.
- Law W, Lo C, Chu K. Int J Colorectal Dis. 2001;16:280. <https://doi.org/10.1007/s003840100339>
- Stollman N, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. The Lancet. 2004; 363: 631-638. 10.1016/S0140-6736(04)15597-9.
- Klarenbeek BR, de Korte N, van der Peet DL, Cuesta MA. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. Int J Colorectal Dis. 2012;27(2):207-214. doi:10.1007/s00384-011-1314-5
- Yang HR, Huang HH, Wang YC, Hsieh CH, Chung PK, Jeng LB, Chen RJ. Management of right colon diverticulitis: a 10-year experience. World J Surg. 2006;30:1929-1934.
- Kauff DW, Kloeckner R, Frogh S, et al. Int J Colorectal Dis. 2019; 34: 1333.
- Hill BC, Johnson SC, Owen EK, et al. CT Scan for Suspected Acute Abdominal Process: Impact of Combinations of IV, Oral, and Rectal Contrast. World J Surg. 2010; 34: 699-703. doi:10.1007/s00268-009-0379-6
- Courtot L, Bridoux V, Lakkis Z, Piessen G, Manceau G, et al. Long-term outcome and management of right colonic diverticulitis in western countries: Multicentric Retrospective Study Journal of Visceral Surgery. 2019; 156 (4):296-304.

11. Komuta K, Yamanaka S, Okada K, et al. Toward therapeutic guidelines for patients with acute right colonic diverticulitis. *Am J Surg*. 2004;187:233–237.
12. Schwandner O, Farke S, Bruch HP. Laparoscopic colectomy for diverticulitis is not associated with increased morbidity when compared with non-diverticular disease. *Int J Colorectal Dis*. 2005;20:165. <https://doi.org/10.1007/s00384-004-0649-6>
13. Katsuno G, Fukunaga M, Nagakari K, et al. Laparoscopic one-stage resection of right and left colon complicated diverticulitis equivalent to hinchey stage I–II. *Surg Today*. 2011; 41: 647. <https://doi.org/10.1007/s00595-010-4349-2>
14. Fang JF, Chen RJ, Lin BC, et al. Aggressive resections indicated for cecal diverticulitis. *Am J Surg*. 2003;185(2):135–140.
15. Hildebrand P, Kropp M, Stellmacher F, et al. Surgery for right-sided colonic diverticulitis: results of a 10-year-observation period. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392: 143. <https://doi.org/10.1007/s00423-006-0109-6>

MUDr. Martin Ježovít

II. chirurgická klinika LF UK a UNB,
Nemocnica sv. Cyrila a Metoda,
Bratislava-Petržalka
jezovit.martin@gmail.com

