

Uchyłkowatość jelita grubego

Colonic diverticula

Ewa Płachecka

Pododdział Proktologiczny Chirurgii Ogólnej Śródmiejskiego, Szpital na Solcu w Warszawie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Ewa Płachecka

ul. Teodora 5 m 21

92-236 Łódź

e-mail: roza1955@tlen.pl

STRESZCZENIE

Uchyłkowatość jelita grubego

Uchyłki jelita grubego są to przepukliny błony śluzowej, które wypuklając się w ścianę mięśniową jelita prowadzą do zmian anatomicznych i czynnościowych w przewodzie pokarmowym. Jest to dolegliwość ludzi starszych. Uchyłki najczęściej występują w lewej połowie okrężnicy. Nigdy nie przenikają przez taśmy, umiejscawiają się zwykle między taśmą krezkową a taśmami przeciwnymi, często po dwa symetrycznie. Wielkość uchyłków waha się od zaznaczonego wypuklenia błony surowiczej do zwisających „wisiorów” długości do 2 cm, ciemno przeświecających z powodu obecności kału. Miejsca wypuklenia się uchyłków odpowiadają przenikaniu naczyń krwionośnych przez ścianę jelita. Zwykle równocześnie krwawi kilka uchyłków. Intensywność krwawienia może być różna - od jedynie stwierdzonego w badaniach laboratoryjnych do widocznego krwistego stolca. Uchyłki mogą występować też na całej długości okrężnicy. Najczęściej występują w odcinku okrężnicy esowatej (70-90%). Występuje także uchyłkowatość prawostronna, ale tylko w 14% przypadkach. Uchyłki mogą występować pojedynczo, ale najczęściej są mnogie.

Słowa kluczowe: uchyłki jelita grubego, krwotok z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, przewlekłe zaparcia

ABSTRACT

Colonic diverticula

Colonic diverticulum is a mucosa enterocyte which protruding into the muscle wall of the intestine leads to anatomic and functional changes in the digestive tract. It mostly affects elderly people. Diverticula frequently occur in the left part of the colon. They never penetrate bands and are usually located between the mesenteric and opposite bands, often appearing in symmetrically placed pairs. The size of diverticulum ranges from a slight bulge of the serous membrane to hanging sacs that are 2cm long and dark translucent due to the presence of stool. The sites of diverticulum protrusion correspond to the places of penetration of blood vessels through the intestinal wall. Usually, a few diverticula bleed at the same time. Bleeding intensity varies as bleeding can be detected only via laboratory tests or can be well visible in the stool. Diverticula may appear along the entire length of the colon, although they are most frequently observed in the segment of the sigmoid colon (70-90%). Moreover, right sided diverticular disease may also occur but only in 14% of cases. Diverticula can be single or multiple.

Key words: colonic diverticula, bleeding from the lower segment of the digestive tract, chronic constipations

WPROWADZENIE

Uchyłkowatość jelita grubego polega na powstawaniu zagłębień w jelicie grubym przypominające „kieszonki”. Na skutek częstych zaparć w tych „kieszonkach” zalegają resztki kałowe, które na skutek niesprzyjających warunków powodują stan zapalny co prowadzi do zapalenia uchyłków jelita grubego. Na uchyłki jelita grubego chorują najczęściej ludzie w wieku starszym. Choroba początkowo nie daje żadnych objawów. Jedyną dolegliwością są zaburzenia rytmu wypróżnień.

Uchyłki są to przepukliny błony śluzowej, które wpuklają się w ścianę mięśniową jelita. W sytuacji szybkiego powiększania się uchyłka jelita następuje rozerwanie naczyń krwionośnych przebiegających w łącznotkankowej

warstwie podśluzowej i krwawienie do światła jelita. Uchyłki najczęściej zlokalizowane są obwodowo od zagięcia śledzionowego okrężnicy. Krwawienie występuje z jednego lub z kilku uchyłków. Intensywność krwawienia może być różna - od stwierdzenia krwi w stolcu do obfitych krwotoków. Resztki kałowe gromadzą się w tych zagłębieniach, które powodują stan zapalny i zapalenie uchyłków jelita grubego. Uchyłki jelita grubego mogą występować na całej jego długości, najczęściej jednak, bo w 70-90% w lewej połowie okrężnicy, przede wszystkim w obrębie okrężnicy esowatej. Uchyłki nie przenikają przez taśmy, umiejscawiają się zwykle między taśmą krezkową a taśmami przeciwnymi, często po dwa symetrycznie. Wielkość uchyłków waha się od ledwie zaznaczonego wypuklenia błony surowiczej do zwisających „wisiorów”

długości do 2 cm o zabarwieniu ciemnym – obecność kału w wypukleniu. Miejsca wypuklenia się uchyłków odpowiadają przenikaniu naczyń krwionośnych przez ścianę jelita. Odcinek 2 okrężnicy zajętej przez uchyłki ma zgrubiałą błonę mięśniową, jest skrócony, często zwężony, sztywny, zygzakowato poskręcany, błona śluzowa układa się w szereg półksiężycowatych fałd, owrzodzeń nie znajduje się [1,2,3,4].

Uchyłki okrężnicy należą do kategorii uchyłków z wypychania. W miejscach, w których występują, ściana okrężnicy ulega osłabieniu wskutek przechodzenia naczyń krwionośnych lub nacieczenia tkanką tłuszczową. Wzmocnionemu ciśnieniu śródjelitowemu sprzyja przerost błony mięśniowej i jej skurcz. Najczęściej skurcze występują po spożyciu posiłków, w stanach emocjonalnych i po podaniu niektórych leków. W miarę starzenia się organizmu uchyłkowatość staje się coraz częstsza – w 6 dekadzie życia uchyłki występują u 30% chorych, a po 80 roku życia u 70% chorych. Częściej też stwierdza się uchyłkowatość u mężczyzn [5,6,7].

Przyczyny powstawania uchyłków jelita grubego:

1. złe przyzwyczajenia dietetyczne,
2. częste zaparcia,
3. brak aktywności fizycznej,
4. złe ukrwienie ściany jelita grubego,
5. czynniki genetyczne.

Choroba może przebiegać bezobjawowo. Najczęściej pacjent dowiaduje się o chorobie po wykonaniu badania – kolonoskopii. Objawy kliniczne wiążą się ze stanem zapalnym, którego powodem bywa zaleganie kału w uchyłku, powstaje odleżyna na błonie śluzowej i zakażenie. Zapalenie otrzewnej spowodowane przedziurawieniem uchyłka może mieć charakter ograniczony, ale często może dojść też do rozlanego zapalenia otrzewnej. Nacieczenie i usztywnienie jelita utrudnia okresowo drożność, czemu towarzyszą wzdęcia i bóle typu kolkowego.

Najczęściej występujące objawy:

- podwyższona leukocytoza,
- bóle brzucha umiejscowione po lewej stronie,
- czasami można wyczuć przez powłoki brzuszne guz w podbrzuszu po stronie lewej,
- silne zaparcia lub gwałtowne biegunki,
- zaburzenia defekacji,
- uczucie zalegania stolca w pochwie,
- w skrajnych przypadkach może dojść do masywnych krwotoków z dolnego odcinka,
- przewodu pokarmowego,
- perforacja uchyłka i w konsekwencji zapalenie otrzewnej [8,9,10].

Uchyłki odbytnicy

Długość odbytnicy wynosi od 13 do 15 cm a po całkowitym jej uwolnieniu z tkanek otaczających dochodzi do 18 cm. Najwyższa część odbytnicy ma kreskę i pełne pokrycie otrzewnowe, które ku dołowi stopniowo ogranicza się do ściany przedniej, a poniżej zagłębienia przyodbytniczego odbytnica leży już zaotrzewnowo. Od strony światła odby-

tnica pokryta jest półksiężycowatym fałdem błony śluzowej, obejmującej 1/2–3/4 obwodu, są to fałdy poprzeczne odbytnicy, zwane zastawkami Houstona, z których największy, środkowy (fałd Kohlrauscha) znajduje się na wysokości 6-8 cm.

Najczęściej występujący przedni uchyłek u kobiet jest przyczyną wypadania przedniej ściany odbytnicy do pochwy. Wypadanie to połączone jest ze zmianami w przegrodzie odbytniczo-pochwowej i obniżeniem tylnej ściany pochwy. Natomiast u mężczyzn przedni uchyłek odbytnicy występuje rzadko i prowadzi do uwypuklenia przedniej ściany odbytnicy, pomiędzy gruczołem krokowym a przeponą moczowo-płciową [11,12].

Do przyczyny powstawania uchyłków odbytnicy należy:

- opuszczenie narządu rodowego,
- stan po operacyjnym odjęciu macicy,
- wzmożone napięcie mięśnia łonowo-odbytniczego w czasie defekacji,
- zwiększone napięcie zwieraczy odbytu (prowadzą do podwyższenia ciśnienia w bańce odbytu).

Zapalenie uchyłków może dać powikłania w postaci:

- krwawienia,
- perforacji uchyłków,
- zapalenie otrzewnej,
- ropni w jamie brzusznej.

Masywne krwotoki u osób starszych są typowym objawem uchyłkowatości jelita grubego. Źródłem krwawienia jest nadżerka błony śluzowej w sąsiedztwie tętnicy. Krew ma barwę żywoczerwoną. W takich przypadkach wdraża się leczenie zachowawcze, stosując przetaczanie krwi, podawanie leków w postaci dożylniej. Dieta ścisła.

W przypadku perforacji uchyłka jelita grubego, stwierdza się ostre objawy otrzewnowe i chory powinien jak najszybciej znaleźć się na stole operacyjnym.

Wskazania do leczenia operacyjnego uchyłków odbytnicy dotyczą:

- dużych i bardzo dużych uchyłków, zwłaszcza ze znacznym wypadaniem przedniej ściany odbytnicy do pochwy,
- znaczne zmiany czynnościowe defekacji, połączone z uczuciem zalegania stolca w pochwie [12,13,14].

U niektórych chorych zaostrzenie procesu zapalnego prowadzi do powstania ropnia. Flora bakteryjna w ropniach jamy brzusznej jest bardzo złożona. Zwykle jest to zakażenie przez wiele rodzajów drobnoustrojów. Z ropnia hoduje się najczęściej od 2 do 5 szczepów bakteryjnych z przewagą beztlenowców. W ropniach trwających dłużej 65-94% flory bakteryjnej to beztlenowce.

Najczęściej występujące ropnie w jamie brzusznej:

- ropień podprzeponowy prawostronny,
- ropień podwątrobowy,
- ropień zaotrzewnowy,
- ropień okołokątniczy,
- ropień podprzeponowy lewostronny,
- ropień torby sieciowej,
- ropień międzypętlowy,

- ropień miednicy mniejszej.
- Leczenie ropni jest zawsze operacyjne. [15]

Badania diagnostyczne:

- kontrastowy wlew doodbytniczy,
- kolonoskopia.

Wyżej wymienionych badań nie powinno się wykonywać w ostrym okresie choroby, ponieważ podanie kontrastu lub powietrza może spowodować wzrost ciśnienia w jelicie i dojść do perforacji uchyłka.

Badania diagnostyczne wykonuje się po ustąpieniu ostrych objawów chorobowych.

Dlatego też w profilaktyce aby uniknąć powikłań należy:

- unikać zaparć,
- uświadamianie ludzi w starszym wieku o potrzebie spożycia błonnika,
- zalecanie diety bogatoreszkowej - pacjent powinien pić duże ilości wody (około 2 litrów na dobę), spożywać produkty zawierające błonnik (warzywa i owoce),
- u pacjentów sprawnych fizycznie zaleca się aktywność ruchową (marsze, spacer, gimnastyka, jazda na rowerze),
- wykonywanie profilaktycznego badania kolonoskopowego przy podejrzeniu uchyłkowatości.

PODSUMOWANIE

Uchyłkowatość jelita grubego jest chorobą, u części pacjentów, zwłaszcza w początkowej fazie, przebiega bezobjawowo. Pojawiające się objawy kliniczne są bardzo różnorodne, często zarówno przez chorego jak i lekarza bagatelizowane. Zwłaszcza, że najczęściej chorują osoby w wieku starszym, u których przewlekłe zaparcia nie bywają powodem do niepokoju. Brak regularnego oddawania stolca powoduje zaleganie w uchyłkach mas kałowych, co prowadzi do powstania stanu zapalnego uchyłka. Dopiero to zazwyczaj staje się przyczyną niecharakterystycznych bólów brzucha ale też często bezobjawowych krwawień, które można stwierdzić jedynie wykonując test na obecność krwi utajonej w kale.

Znacznie poważniejszym powikłaniem jest przedziurawienie uchyłka. Powoduje to miejscowy nacieki zapalny,

wytworzenie ropnia lub znacznie częściej rozlane zapalenie otrzewnej. Wymaga to pilnego leczenia operacyjnego, często z wytworzeniem czasowego sztucznego odbytu, co stanowi poważne obciążenie dla chorego, zwłaszcza w wieku podeszłym.

Dlatego też tak ważna jest odpowiednia profilaktyka. Polega ona na propagowaniu odpowiednich przyzwyczajeń żywieniowych, stosowanie odpowiedniej, bogato reszkowej, zawierającej błonnik diety. Ważnym jest uregulowanie częstości wypróżnień. Ponieważ początkowe objawy są mało charakterystyczne, a niezwykle ważną rolę lekarza rodzinnego jest przy podejrzeniu, że przyczyną dolegliwości mogą być uchyłki jelita grubego jest skierowanie chorego na badanie kolonoskopowe, które częściej zastępuje wlew doodbytniczy. Pozwala to na wcześnie ustalenie właściwego rozpoznania i zastosowania odpowiedniego postępowania profilaktycznego. W krajach, w których występuje wysokie spożycie błonnika choroba uchyłkowa występuje rzadko.

PIŚMIENNICTWO

1. Tylicki M. Zarys proktologii. Warszawa: PZWL; 1972: 125-129.
2. Bielecki K, Dziński A. Proktologia. Warszawa: PZWL; 2000: 17-23, 275-278.
3. Rowiński W, Dzińska A. Chirurgia dla pielęgniarek. Warszawa: PZWL; 1991: 335-352.
4. Grochowicz P, Kołodziejczak M, Ziembikiewicz A. Choroby odbytu, odbytnicy i jelita grubego. Warszawa: WM „Borgis”; 2004: 160-167.
5. Gryglewski A. Podstawy proktologii praktycznej. Gdańsk: WM VIA „Medica”; 2001: 13-17.
6. Ciesielski L. Wczesne powtórne otwarcie jamy brzusznej. Warszawa: PZWL 1987: 76-116.
7. Tylicki M. Zarys proktologii klinicznej. Warszawa: PZWL; 1984: 100-105.
8. Dyer NH, Dawson AM, Smith BF et al. Obstruction of bowel due to lesion in the myenteric plexus.
9. Read NW, Timm JM, Barfield LJ. Impairment of defecation in young women with severe constipation. Gastroenterology. 1986; 90: 53-60.
10. Tylicki M, Grochowicz M. Wskazania operacyjne w chorobach proktologicznych. Polski Tygodnik Lekarski. 1976; 31: 1337-1340.
11. Góral R. Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. Warszawa: PZWL; 1993: 352-356.
12. Kołodziejczak M, Kosim A, Stefański R. Co nowego w proktologii? Medycyna Rodzinna 2001 6(16): 258-260.
13. Ziembikiewicz A, Grochowicz P. Choroby odbytu, odbytnicy i jelita grubego. Poradnik dla lekarzy i pacjentów. Warszawa: WM „Borgis”; 2003: 51-55.
14. Machicado GA, Jensen DM. Acute and chronic management of lower gastro-intestinal bleeding: cost-effective approaches. Gastroenterologist. 1997; 5: 189.
15. Rosen AM. Gastrointestinal bleeding in the elderly. Clin. Geriatr. Med. 1999; 15: 511.
16. Tylicki M. Operacje proktologiczne. Warszawa: PZWL; 1973.

Praca przyjęta do druku: 02.07.2012

Praca zaakceptowana do druku: 04.07.2012