

© Borgis

# Skręt esicy z następową martwicą esicy – opis przypadku

**\*Anna Kosim, Małgorzata Kołodziejczak**

Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii, Szpital na Solcu, Warszawa  
Ordynator Oddziału: dr hab. n. med. Jacek Sobocki  
Kierownik Pododdziału Proktologii: dr hab. n. med. Małgorzata Kołodziejczak

## SIGMOIDAL TORSION RESULTING IN NECROSIS – CASE REPORT

### Summary

Sigmoid volvulus occurs, when the intestine is twisted around the axis of its mesentery. It results in partial or total obstruction of the intestine, it can also lead to various levels of disturbance of blood flow in the organ.

This article presents a case of 76-year-old male, who experienced sigmoid volvulus. Patient was admitted to the hospital with symptoms of alimentary canal obstruction since about a week. Patient was in severe condition, in septic shock and was dehydrated. Abdominal x-ray showed dilated sigmoid, characteristic picture of 'coffee bean'. Patient then was assessed for laparotomy. During the procedure, significantly enlarged sigmoid was already presenting with signs of necrosis. Hartman method sigmoid resection was performed. Patient was discharged 24 days after surgery in a satisfying condition, with the suture healed, with proper renal and haematological laboratory results.

Rapid surgical treatment, multidirectional postsurgical treatment and early rehabilitation can lead to better treatment results. In case of sigmoid volvulus with necrosis of the intestines Hartman method resection is the best treatment option. When the sigmoid volvulus is with no blood flow disturbances – then resection with primary colorectal anastomosis should be done.

Key words: sigmoid volvulus, sigmoid necrosis, obstruction, Hartman method surgery

### WSTĘP

Skręt jelita oznacza sytuację, w której jelito zostaje skręcone wokół osi swojej krezki. Powoduje to częściowe lub całkowite zamknięcie światła jelita, może też w różnym stopniu prowadzić do upośledzenia ukrwienia jelita. Najczęściej skrętowi ulega okrężnica, przy czym anatomia jelita grubego powoduje, że ponad 80% przypadków wszystkich skręceń okrężnicy dotyczy esicy. Do skrętu esicy łatwiej dochodzi w przypadku jej wydłużenia i obecności długiej krezki. Czynnikiem sprzyjającymi są zaparcia i podeszły wiek, a szczyt zachorowalności przypada między 7. a 8. dekadą życia, z podobną częstotliwością u obu płci. Zwiększoną częstość występowania skrętu esicy stwierdzano u pacjentów z chorobami neuropsychicznymi i leczonymi środkami psychotropowymi, mającymi wpływ na motorykę jelit. Poniżej przedstawiono przypadek skrętu esicy u 76-letniego pacjenta.

### OPIS PRZYPADKU

#### Wywiad

76-letni mężczyzna został przyjęty do szpitala w trybie ostrego dyżuru z objawami niedrożności przewodu pokarmowego. Chory zgłaszał rozlane bóle brzucha utrzymujące się od tygodnia, zatrzymanie gazów i stolca bez wymiotów i bez podwyższonej temperatury. W wywiadzie: choroba wieńcowa, udar mózgu przed laty z przetrwałym osłabieniem siły mięśniowej po stronie prawej, niedosłuch oraz depresja leczona stale lekami przeciwdepresyjnymi.

#### Badanie przedmiotowe

Pacjent w stanie ogólnym ciężkim, przytomny, z zachowanym kontaktem słowno-logicznym, ale okresowo podśpiający, odwodniony. Skóra blada, sucha. RR 100/50 mm Hg, tętno 120/min.

Klatka piersiowa w badaniu bez odchyłań od normy.

Jama brzuszna: brzuch wzdęty, ból w obszarze całej jamy brzusznej, z wyczuwalnym oporem po stronie lewej. Perystaltyka niesłyszalna. Objawy otrzewnowe (+).

#### Badania dodatkowe

W badaniach laboratoryjnych wykazano: zaburzenie równowagi płynowej, kwasowo-zasadowej i elektrolitowej, podwyższone wykładniki stanu zapalnego.

Na – 132 mEq/L, K – 2,95 mEq/L, kreatynina – 3,9 mg%, bilirubina – 1,7 mg%, L – 12,7 K/UI, CRP – 236 mg/L.

Na przeglądowym zdjęciu rtg jamy brzusznej, wykonanym w pozycji na boku poziomym promieniem (ze względu na ogólny ciężki stan chorego), stwierdzono znacznie rozdęte jelita, zwłaszcza jelito grube, z poziomami płynu (ryc. 1).

#### LECZENIE

Chorego zakwalifikowano do laparotomii. Jamę otrzewną otworzono z cięcia pośrodkowego. Śródoperacyjnie stwierdzono martwicę esicy spowodowaną jej skrętem. Esica wydłużona, monstrialnie rozdęta (średnica około 15 cm) (ryc. 2).

Jelito grube powyżej przeszkody rozdęte, z prawidłową żywotnością ściany.

Wykonano resekcję esicy sposobem Hartmana. Wycięty preparat posłano do badania histopatologicznego. Jamę otrzewną wielokrotnie wypłukano, a następnie po kontroli hemostazy i założeniu drenu zamknięto warstwowo.

W trakcie zabiegu operacyjnego prowadzono terapię wstrząsu i wyrównywanie niedoborów płynowo-elektrolitowych. Po operacji chory został przyjęty do Oddziału Intensywnej Terapii w stanie skrajnie ciężkim, niewydolny oddechowo. W OIT wdrożono elementy stosownej terapii intensywnej: antybiotykoterapię empiryczną, płynoterapię, sterydoterapię, respiratoroterapię, wlewy norepinefryny oraz dobutaminy, forsowanie diurezy, żywienie parenteralne, leczenie przeciwwkrzepliwe i analgezję. Uzyskano stopniową poprawę stanu ogólnego chorego, stabilizację układu oddechowego i krążenia.

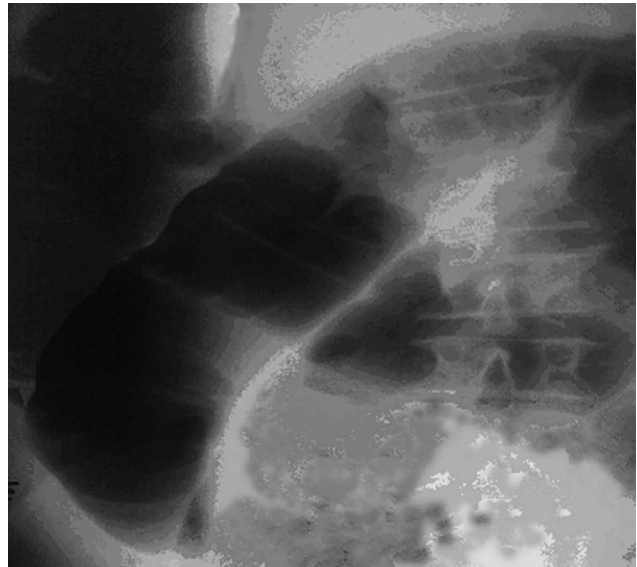
W 5 dobie po operacji, w celu kontynuacji leczenia, chorego przekazano z Oddziału Intensywnej Terapii do Oddziału Chirurgii Ogólnej w stanie ogólnym zadowalającym. W badaniu przedmiotowym: brzuch miękki z dobrą perystaltyką jelit i prawidłowo odbierającą stomią. Gojenie rany pooperacyjnej przebiegało prawidłowo, bez cech infekcji (ryc. 3).

W okresie pooperacyjnym chory rehabilitowany ruchowo.

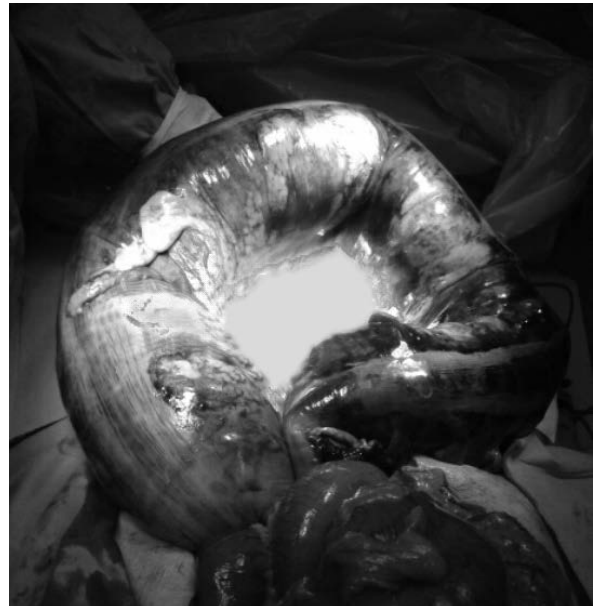
Wypisany do domu w 24 dobie po operacji w stanie ogólnym zadowalającym, z prawidłowymi parametrami nerkowymi i morfotycznymi, bez objawów dyspeptycznych.

#### OMÓWIENIE

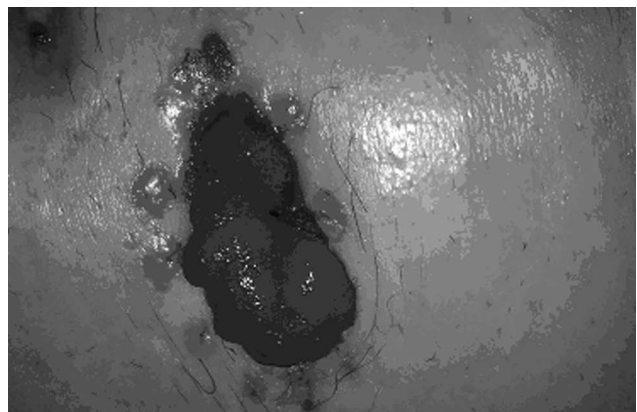
Skręt esicy jest, obok powikłań choroby uchyłkowej, najczęstszą nienowotworową przyczyną niedrożności (1-3). Objawy kliniczne to: nagły silny ból brzucha, wymioty i zatrzymanie stolca. Zawsze istnieje ryzyko niedokrwienia i martwicy jelita. U omawianego pacjenta doszło



Ryc. 1. RTG przeglądowe jamy brzusznej – poszerzona esica o wyglądzie „ziarna kawy”.



Ryc. 2. Monstrialnie rozdęta esica. Martwica esicy spowodowana skrętem (zdjęcie śródoperacyjne).



Ryc. 3. Stan po operacji metodą Hartmana. Stomia.

do pełnej martwicy esicy, gdyż wywiad chorobowy był kilkudniowy i czas ucisku krezki i niedokrwienia długi.

U pacjenta wystąpiły czynniki ryzyka skrętu esicy: przewlekłe przyjmowanie leków antydepresyjnych, które spowalniają perystaltykę jelit, wiek między 7. a 8. dekadą życia oraz przebyta choroba neurologiczna (udar mózgu), co, jak wiadomo, może dodatkowo hamować prawidłową funkcję jelit (4).

Rozpoznanie skrętu esicy można postawić na podstawie objawów podmiotowych i przedmiotowych oraz przeglądowego zdjęcia RTG jamy brzusznej. Na zdjęciach RTG jamy brzusznej widać poszerzoną esicę o wyglądzie „zagiętej dętki”, „ziarna kawy”.

W początkowym okresie choroby niekiedy możliwe jest uwolnienie skrętu za pomocą endoskopu i wlewu doodbytniczego. Jeżeli niemożliwe jest przeprowadzenie dekompresji esicy przy pomocy kolonoskopu lub gdy nastąpiła zgorzel esicy, konieczna jest laparotomia z resekcją esicy (najczęściej wykonuje się operację metodą Hartmana). Przywoływany pacjent zgłosił się w późnym okresie trwania dolegliwości, kiedy wystąpiły już brzuszne objawy otrzewnowe i laparotomia zwiadowcza była konieczna. Resekcję esicy wykonuje się również w razie nawrotów choroby. W materiale Bieleckiego i Kamińskiego (5) ze 130 pacjentów leczonych z powodu niedrożności, u 13 chorych przyczyną był skręt okrężnicy, w tym skręt esicy wystąpił u 12 chorych, a kątnicy – u 1 chorego.

Retrospektywna, 9-letnia obserwacja Tana i wsp. (6) wykazała, że aż 75% pacjentów ze skrętem esicy nie ma w momencie przyjęcia do szpitala objawów niedokrwienia jelita i może być skutecznie leczona zachowawczo. W analizowanej w grupie operowanych pacjentów śmiertelność wyniosła 17,6%. U operowanych chorych autorzy zalecają postępowanie resekcyjne, z powodu nawrotowości skrętu przekraczającego 60%.

Większość autorów jest zdania, że – jeśli pacjent jest w dobrym stanie ogólnym i nie ma objawów martwicy jelita – najlepszą opcją operacyjną wydaje się resekcja esicy z pierwotnym zespoleniem (7, 8).

Należy jednak nadmienić, że publikowane są pojedyncze, kontrowersyjne doniesienia zalecające resekcję esicy z pierwotnym zespoleniem nawet w sytuacji martwicy esicy, gdzie wykazuje się brak różnicy w długości hospitalizacji, nieszczelności zespolenia oraz śmiertelności między grupą pacjentów z niedokrwieniem jelita i bez zaburzeń ukrwienia (9). Autorzy cytowanej pracy podają większy odsetek powikłań infekcyjnych dotyczących rany pooperacyjnej w grupie pacjentów z martwicą esicy. Dla

odmiany badania wskazują na aż 5-krotnie wyższą śmiertelność w przypadku wykonania pierwotnego zespolenia u pacjenta z martwą esicą (10). U naszego pacjenta, który znajdował się w stanie wstrząsu septycznego, operacja resekcyjna sposobem Hartmana wydała się najbardziej bezpiecznym wariantem operacyjnym. Operacje sposobem Hartmana w sytuacji skrętu esicy z martwicą jelita zaleca większość chirurgów. Potwierdza to również obszerna analiza retrospektywna oparta aż na 239 przypadkach pacjentów leczonych z powodu skrętu esicy opublikowana przez Samuela i wsp. (11). Objawy martwicy odnotowano w 36,7%. W 36% wykonano mesosigmoidopexię, w 33% operację sposobem Hartmana, a w 23% resekcję esicy z pierwotnym zespoleniem. Najwięcej nawrotów w analizowanej grupie pacjentów wystąpiło po mesosigmoidopexii. Autorzy stwierdzają, że w przypadku skrętu esicy z martwicą jelita najlepszą metodą operacyjną jest operacja sposobem Hartmana, a w sytuacji skręconej esicy bez zaburzeń ukrwienia – pierwotna resekcja z zespoleniem.

Przedstawiony przypadek pacjenta w stanie septycznym ze skrętem i zgorzelą esicy wykazuje, że pilne leczenie operacyjne, wielokierunkowa terapia pooperacyjna i wczesna rehabilitacja pozwalają uzyskać sukces terapeutyczny. □

#### Piśmiennictwo

1. Biondo S, Pares D, Frago R et al.: Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1889-1897.
2. Buechter KJ, Boustany C, Caillouette R, Colm I: Surgical management of the acutely obstructed colon. A review of 127 cases. *Am J Surg* 1988; 156: 163-168.
3. Isbister WH, Prasad J: The management of left-sided large bowel obstruction: an audit. *Aust N Z J Surg* 1996; 66: 602-604.
4. Chirurgia Sabistona. Tom 4. Tadeusz Popiela (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2013: 259-261.
5. Bielecki K, Kamiński K: Postępowanie w niedrożności jelita grubego – obserwacje własne. *Wiad Lek* 2007; 60(7-8): 312-320.
6. Tan KK, Chong CS, Sim R: Management of acute sigmoid volvulus: an institution's experience over 9 years. *World J Surg* 2010; 34(8): 1943-1948.
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.
8. Nuhu A, Jah A: Acute sigmoid volvulus in a West African population. *West Afr J Med* 2010; 29(2): 109-112.
9. Raveenthiran V: Restorative resection of unprepared left-colon in gangrenous vs. viable sigmoid volvulus. *Int J Colorectal Dis* 2004; 19(3): 258-263.
10. Bhuiyan MM, Linyama BS, Modiba MC: Management of sigmoid volvulus in Polokwane-Mankweng Hospital. *S Afr J Surg* 2005; 43(1): 17-19.
11. Samuel JC, Akinkuotu A, Msiska N et al.: Re-examining treatment strategies for sigmoid volvulus: An analysis of treatment and outcomes in Lilongwe, Malawi. *Glob J Surg* 2010; 1(2): 149-153.

nadesłano: 14.04.2014

zaakceptowano do druku: 08.05.2014

Adres do korespondencji:

\*Anna Kosim

Oddział Chirurgii Ogólnej z Oddziałem Proktologii

Szpital na Solcu

ul. Solec 93, 00-382 Warszawa

tel.: +48 (22) 506-22-16

e-mail: annakosim@wp.pl