616.341/.344-007.64:616.381-002-008.843.5

# SPONTÁNNÍ PERFORACE MECKELOVA DIVERTIKLU JAKO PŘÍČINA STERKORÁLNÍ PERITONITIDY

MUDr. Emil JAROŠ
II. chirurgická klinika FN KÚNZ, Hradec Králové
(přednosta: prof. MUDr. Bohumil Konečný, CSc.)

*Věnováno plk. prof. MUDr. Bohumilu Konečnému, CSc. k jeho 60. narozeninám*

Meckelův divertikl, dále jen M. d., se vyskytuje asi u 2 % populace, častěji je u mužů. Rapand udává poměr 2 : 1, Gross 3 : 1 a Grab 4 : 1 (21). Nejčastěji se M. d. nalézá ve vzdálenosti asi 20–100 cm od Bauhinské chlopně. Anatomickou a histologickou skladbou nejvíce odpovídá ileu, ale často bývá vystlán žaludeční sliznicí, vzácně pak sliznicí duodena, tlustého střeva (3, 4, 6, 10, 11, 15, 19, 20, 21).

Jeho vznik z ductus omphaloentericus poprvé popsal anatom Johann Fridrich Meckel mladší v r. 1808. V převážné většině případů nečiní M. d. žádné potíže a bývá pouze pitevním nálezem u zemřelých. Chirurg se setkává s M. d. buď jako s náhodným nálezem, anebo jako s příčinou chirurgického onemocnění břicha.

Z komplikací, ve kterých je příčinou M. d., bývá velmi vzácná jeho perforace, která bývá nejčastěji způsobena cizím tělesem, než která vznikne spontánně. Perforace M. d. cizím tělesem je zřejmá, pokud se cizí těleso najde v operačním materiále. V ostatních případech je možno uvažovat o spontánní perforaci na podkladě vředové léze v ektopické žaludeční sliznici M. d. (1, 2, 4, 5, 7, 13, 16).

V našem písemnictví se setkáváme s perforací M. d. zcela ojediněle v kasuistikách. Jiní autoři ji ani ve svých souborných pracích neuvádějí (18, 19). Jiní se zmiňují ve svých pracích o perforaci M. d. pouze cizím tělesem. První případ perforace M. d. popsal roku 1899 Blanc (19) a po něm pak další – Alhadeff, Rosell, Savčuk, Zemljanoj, u nás Pavlík a Štepita (1, 2, 4, 5, 7, 13, 16, 17).

Předoperační diagnóza NPB způsobená patologií M. d. je velmi vzácná. Ať se jedná o krvácení do GIT, ileózní stavy, záněty anebo perforace. Vždy se bude jednat o překvapivý operační nález. Chirurg je k laparotomii nucen pod diagnózou NPB (2, 4, 5, 7, 10, 13, 16).

## Kasuistika

Pacient V. H., nar. 11. 5. 1930, byl přijatý na II. chirurgickou kliniku v Hradci Králové 1. 7. 1988 pro organickou stenózu v místě anastomózy po předchozí resekci rektosigmoidea pro adenokarcinom. V srpnu 1987 operován na naší klinice pro infiltrativně rostoucí adenokarcinom rektosigmatu. Provedena paliativní resekce podle Dixona. Peroperačně a později i lymfografií prokázáno postižení juxta-regionálních uzlin. Poslední 3 měsíce před nynější ho-

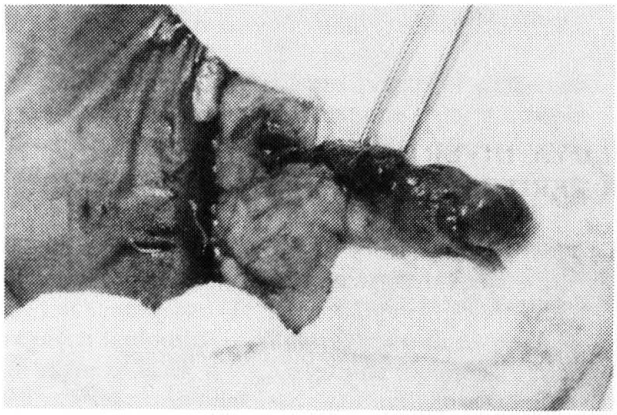
spitalizací opět vyprazdňovací potíže. Musí užívat projímadla, ale uspokojivého pocitu vyprázdnění není dosaženo. Na irigografii je organická stenóza ve 13–15 cm.

Po předoperační přípravě 11. 7. 1988 provedena kolostomie podle Maydla. Při operačním výkonu prokázána generalizace nádorového onemocnění s postižením jater, která jsou prostoupena velkouzlovými metastázami. V pooperační době došlo k dihiscenci laparotomie a 20. 7. 1988 provedena v celkové anestézii resutura. Od 8. pooperačního dne teploty septického charakteru. Zahájena konzervativní léčba antiobiotiky Cafamezinem a Gentamycinem. KO opakovaně v mezích normy, nebyla ani výrazná leukocytóza, hodnoty od 9,0 do 13,6. Mineralogram i hodnoty kreatininu a močoviny byly v mezích normy při opakovaných vyšetřeních. Dne 8. 8. 1988 byla částečně rozpuštěna operační rána pro zánětlivou infiltraci. Vzorek sekrece z operační rány odeslán na mikrobiologické vyšetření. Byly vykultivovány koliformní mikroby a pseudomonády citlivé na STM, Collistin, Gentamycin. Dne 9. 8. 1988 při ranním převazu pozorujeme sterkorální obsah v operační ráně a je rozhodnuto o chirurgické revizi.

Rozpuštěna laparotomická rána, na její spodině je píštěl se sterkorální sekrecí. Postupná izolace perforačního otvoru střeva. Po uvolnění ze zánětlivého infiltrátu zjišťujeme, že se jedná o M. d., který je při své bázi perforován (obr. 1). Klínovitá resekce divertiklu. Toileta, drenáž dutiny břišní včetně Douglasova prostoru...

Histologický nález: č. 516 931 No Meckelův divertikl je vystlán sliznicí typickou pro tenké střevo, na vrcholu resekátu zastižen tenký kanál píštělového traktu.

Další pooperační průběh byl afebrilní a operační rána se hojila per secundam. Při propuštění rána zhojena, bez sekrece.



*Obr. 1. Operační nález Meckelova divertiklu s perforačním otvorem při bázi (označené pinzetou)*

## Diskuse

Přestože byl pacient opakovaně laparotomován, nikdy nebylo důkladněji revidováno terminální ileum. V našem případě se jednalo o nádorové onemocnění rektosigmoidea a také o určitý stupeň plastické peritonitidy bránil důkladně revizi. M. d. zůstával utajen, teprve komplikace v podobě sterkorální píštěle vede k jeho identifikaci.

M. d. může být příčinou mnohých komplikací i akutních onemocnění břicha. Symptomatologie není specifická a v praxi lze diagnózu stavět až při laparotomii. Paušálně je kladen požadavek při laparotomii, a zvláště při laparotomii z titulu NPB, revidovat terminální ileum od Bauhinské chlopně do vzdálenosti 120 cm orálním směrem. V případě nálezu M. d. pak vždy provést profylaktickou resekci jako prevenci fatálních komplikací v budoucnu (19).


## Souhrn

Autor se stručně zmiňuje ve své práci o výskytu, histologickém složení a komplikacích Meckelova divertiklu. Z komplikací se hlavně zaměřuje na perforaci M. d. Uvádí kasuistiku vzácné spontánní perforace M. d. s následnou sterkorální píštělí. V diskusi doporučuje při každé laparotomii, pokud to okolnosti dovolí, revidovat terminální ileum a případný M. d. profylakticky resekovat.


### Literatura


1. AKŽIGITOV, G. N.: Ošibki i opasnosti pri ostrych zabolevanijach devertikula Mekkelja. Chirurgija (Moskva), 51, 1975, č. 8, s. 101–106.
2. ČUVILKIN, A. V.: O perforacijach divertikula Mekkelja rybej kosťju. Sovetsk. Med., 35, 1972, č. 1, s. 145.
3. FRANCILLON, J. et al.: Accidents dus à la presence du diverticule de Meckel. Journal Medical Lyon. 1155, 1968, č. 3, s. 2005–9.
4. GREGORIE, H. B. et al.: Foreign Body Perforation of Meckel's Diverticulum. Amer. Surg., 33, 1967, č. 3, s. 231–233.
5. CHARITONOV, N. P.: Perforacija divertikula Mekkelja rybej kosťju. Vestn. Chir., 115, 1975, č. 10, s. 132–133.
6. KAGANOV et al.: Ošibki v diagnostike i lečenii ostrych zabolevanij i traum života. Kiev, Zdorovje 1975. 344 s.
7. KOBEC, I. S.: K patologii divertikula Mekkelja. Chirurgija, 45, 1969, č. 1, s. 78–81.
8. KORČEK, J. et al.: Neobvyklý prípad akutne krvácajuceho Meckelovho diverticlu u 9-mesačného dieťaťa. Rozhl. Chir., 66, 1987, č. 10, s. 694–697.
9. LEGER, L. et al.: Chirurgische Diagnostik. Berlin, Springer-Verlag 1974. 385 s.
10. LYNNEN, K. L. et al.: Zur symptomatik des nicht komplizierten Meckelschen Divertikels. Actuelle Chir., 6, 1971, č. 3, s. 177–184.
11. MOHL, H.: Divertikulosis des Meckelschen Divertikels. Zbl. Chir., 83, 1958, s. 2280–3381.
12. NESTERENKO, J. A. et al.: Zabolevanija Vyznannyje divertikulom Mekkelja. Chirurgija, 52, 1976, č. 10, s. 50–54.
13. PASSARO, E., Jr. et al.: Surgery for Meckel's Diverticulum in the Adult. Arch. Surg., 93, 1966, č. 2, s. 315–318.
14. PAVLÍK, V.: Meckelovo diverticulum a jeho komplikace. Prakt. Lék., 56, 1976, č. 6, s. 220–221.
15. PONCAROVÁ, Z. et al.: Příspěvek k otázce Meckelova divertiklu u dospělých. Rozhl. Chir., 39, 1960, č. 10, s. 708–715.
16. SÁTORI, Ö. et al.: Meckel-diverticulum idegentest okozta perforatiója. Orvosi Hetilap., 108, 1967, č. 4, s. 177–178.
17. SAVČUK, B. D. et al.: K voprosam chirurgii Mekkeleva divertikula. Chirurgija, 45, 1969, č. 1, s. 71–78.
18. STEFAN, H. et al.: Komplikace z ductus omphalo-entericus a jeho zbytků u dětí. Rozhl. Chir., 54, 1975, č. 9, s. 609–616.
19. ŠTEPITA, J.: Perforácia Meckelovho divertiklu cudzím telesom. Rozhl. Chir., 58, 1979, č. 4, s. 231–234.
20. TANEJA, O. P.: Diseases of Mackel's Diverticulum. Arch. Surg., 90, 1965, s. 349–357.
21. TOŠOVSKÝ, V.: Náhlé příhody břišní u dětí. Praha, Avicenum 1970. 428 s.
22. ZEMLJANOJ, A. G.: Divertikuly želudočno-kišečnogo trakta. Leningrad, Medicina 1970. 238 s.


Klíčová slova: Spontánní perforace Meckelova divertiklu; Sterkorální peritonitida; Sterkorální píštěl.