

616.345-007.64-079.4:617.55-002.1

## DIVERTIKULITIS PRAVÉ POLOVINY TRAČNÍKU - NEOBÝKLÁ PŘÍČINA ZÁNĚTLIVÉ NÁHLÉ PŘÍHODY BŘÍŠNÍ

Mjr. MUDr. Zdeněk HAJŽMAN  
Vojenská lékařská akademie JEP, Hradec Králové  
(rektor: plk. prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.)

### Úvod

Divertikulární choroba tračníku se stává závažným civilizačním onemocněním konce tohoto století. Její zvyšující se výskyt je mimo jiné v úzké souvislosti se změnou stravovacích zvyklostí, především s úbytkem vlákniny v potravě. Závažnost onemocnění je umocněna zjištěním, že u každého pátého pacienta s divertikulární chorobou dochází k rozvoji divertikulitidy, přičemž až u 30 procent těchto pacientů je indikován operační výkon, a to většinou urgentní (6).

Divertikl tlustého střeva je poměrně starou nozologickou jednotkou, kterou poprvé popsal Alexis Litree roku 1700 (6). Divertikl v oblasti céka byl poprvé pozorován v roce 1912 Potierem (3, 9). Od té doby rychle narůstá počet popsaných onemocnění (tab. 1).

Tabulka 1

#### Výskyt divertikulární choroby

1700 Litree - divertikl tračníku  
1870 Loomis - dif. peritonitis při divertikulitidě  
1912 Potier - divertikl céka:  
1955 Charvát - 132 případů  
1960 Výborný - 150 -"  
1961 Wágner - 345 -"  
1972 Příbaň - 400 -"  
1990 Antoň - 900 -"

Divertikly lokalizované v pravé polovině tračníku se vyskytují v 0,7 - 1,5 % onemocnění divertikulární chorobou. Extrémní je údaj o 31,7 % výskytu (14). Z pohledu základní klasifikace se jedná o adynamicko-regresivní typ divertiklů, které jsou charakterizovány fibrózou, atrofií všech vrstev stěny střevní, širokými a krátkými krčky divertiklů. Jedná se tedy většinou o pravé divertikly, kongenitálního původu a často solitárního výskytu (6). Nejčastější lokalizací je ileocekální oblast. Velmi závažným údajem je častá koincidence s karcinomem, udávaná až v 35 % (5).

Londýnští patologové Janet Whiteway a Morson přinesli svojí prací zásadní změnu v pohledu na etiopatogenezi divertikulární choroby. Základním principem jejich teorie je průkaz mnohonásobného zvýšení množství elastinu v oblasti teníí (až 200krát), což se projevuje jejich harmonikovitým zkrácením. Oproti jiným autorům popírají význam hypertrofie či hyperplazie svalových buněk (12). Jejich teorie vysvětluje však jen částečně etiopatogenezi některých divertiklů pravé poloviny tračníku. Plně však odpovídá dynamicko-progresivnímu typu onemocnění.

### Vlastní pozorování

Základní údaje o anamnéze a vyšetření naší pacientky jsou shrnuty v tabulce 2. Nemocná byla indikována

Tabulka 2

#### Vlastní pozorování

58letá žena

OA:

- endogenní deprese
- diabetes mellitus komp. při dietě
- týden před operací ukončena léčba TTC (bronchitis acuta)

NO:

- jeden týden trvající únava, nechutenství, subfebrilie
- jeden den náhlé, nestálé bolesti v pravém podbřišku
- bolesti nezávislé na pohybu
- nezvracela, neměla nauzeu
- stolice a pasáž střevní normální

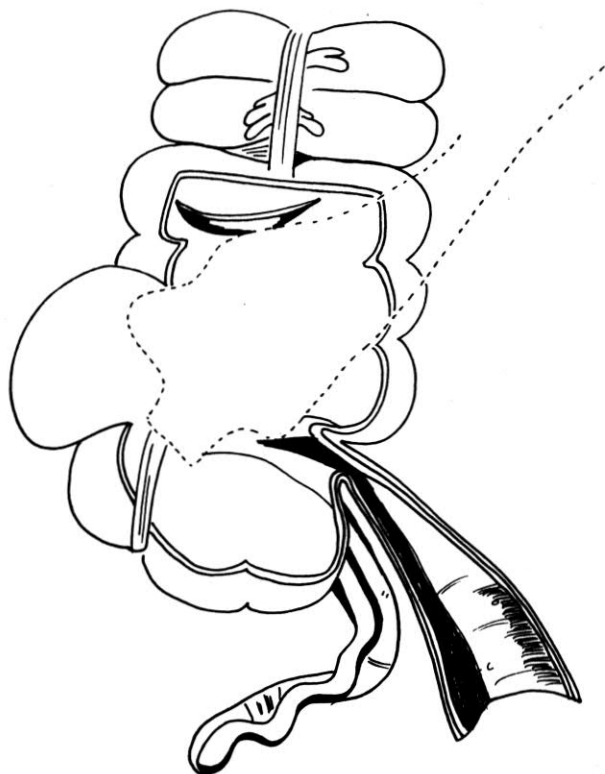
Vyš.:

- pozitivní peritoneální symptomatologie v pravém podbřišku
- Ta 37,2 °C, Tr 37,6 °C, P 100/min
- leukocyty 7,4 x 10<sup>9</sup>/l
- urologické a gynekologické vyšetření negativní

k urgentní laparotomii s diagnózou appendicitis acuta. Peroperačně byl nalezen cíp velkého omenta adheující na přední plochu céka. Po jeho odpreparování byl identifikován laterálně od tenia libera divertikl průměru asi 7 cm. Jeho stěna byla kompletně postižena gangrenózním zánětem, nebyla však nalezena perforace. V okolí céka bylo přítomno minimální množství zkalené serózní tekutiny, která však byla kulturačně negativní. Appendix byl uložen retrocekálně a subserózně, jen s reaktivní subserózní hyperémií a bez známek floridního zánětu. Peroperační nález ukazuje obrázek.

Provedena apendektomie a resekce divertiklu s uzávěrem stěny střevní ve dvou vrstvách. Pooperační průběh komplikován pouze hematodem v podkoží, po 19 dnech pacientka zhojena a propuštěna.

Patolog popsal výchlípek střeva o průměru 60 mm, s edematózní stěnou ve všech vrstvách a s histologickými známkami gangrenózního zánětu. Ve vyšetření appendixu nalezeno jen lehké prosáknutí subserózního prostoru.



Obr. Peroperační nález

## Diskuse

Diagnóza pravostranné divertikulitidy je velmi obtížná, předoperačně prakticky nemožná. V dostupné literatuře čítal nejpočetnější soubor pacientů 35 případů pravostranné divertikulitidy, autoři však uvádějí jen jednu správnou předoperační diagnózu (9). Nejobtížnější je pochopitelně diferenciální diagnóza oproti akutní apendicitidě a zánětlivé gynekologické afekci (tab. 3). I přes

Tabulka 3

## Diferenciální diagnóza pravostranné divertikulitidy

apendicitida  
gynekologická zánětlivá afekce  
tumor céka  
TBC granulom  
aktinomykóza  
karcinoid apendixu

zmíněné obtíže se dají však nalézt některé záchytné body pro správnou diagnózu (tab. 4). Některými autory doporučované irigografické vyšetření bude jistě limitováno stupněm vyprázdnění pacienta a asi jen málo chirurgů indikuje toto vyšetření při podezření na zánětlivou náhlou příhodu břišní.

Bohužel ani makroskopický peroperační nález nemusí být vždy jasný. Velmi obtížné může být rozlišení mezi zánětem a tumorem (2, 9). V úvahu přicházejí i další nozologické jednotky (tab. 5).

## Dif. dg. diverticulitis x appendicitis

Tabulka 4

- delší anamnéza, případně chronické potíže  
- méně často nauzea a zvracení  
- častěji hmatná rezistence  
- laboratorní vyšetření málo specifické  
- irigografie

Peroperační dif. dg. divertikulitidy  
(Magness, 1975)

Tabulka 5

maligní léze  
periapendikulární absces  
morbus Crohn  
amébový granulom  
TBC  
aktinomykóza  
karcinoid

Podle rozsahu postižení a charakteru makroskopického nálezu je určován i operační výkon. Invaginace divertiklu je indikována u náhodných nálezů a při minimálních zánětlivých změnách. Pro lokalizované záněty je vyhrazena resekce. U progresu do okolí ve smyslu perikolitidy nebo perikolického infiltrátu je doporučovaným výkonem ileocekální resekce, jedná-li se o nepochybný zánět. Při podezření na tumor je výkonem volby pravostranná hemikolektomie, případně po ověření diagnózy s pomocí rychlé biopsie. Abscesová dutina se řeší zadrénováním, definitivní výkon je poté indikován ve druhé době. Výjimečně je v literatuře uvedeno využití ileostomie v ošetření rozsáhlého zánětlivého postižení céka na podkladě divertikulitidy (tab. 6).

Tabulka 6

## Chirurgická léčba akutní divertikulitidy pr. tračníku

invaginace divertiklu  
resekce divertiklu  
ileocekální resekce (nepochybný zánět)  
pravostranná hemikolektomie (podezření na tumor)  
drenáž abscesu  
ileostomie (výjimečně)

Dle literatury se jako nesprávný jeví postup, kdy byla operace u divertikulitidy indikována až při perforaci s peritonitidou, abscesu nebo enterokutánní píštělí. Tento konzervativní přístup k indikaci operace je zatížen až 40% mortalitou (13).

Při urgentní laparotomii indikované pro akutní apendicitidu může být pro operátora překvapením nález pravostranné divertikulitidy. Znalost problematiky by měla usnadnit adekvátní ošetření.

### Souhrn

Uvedena kasuistika solitární divertikulitidy céka, která předoperačně imitovala akutní apendicitidu. Na základě literárních údajů je diskutováno o problematice předoperační a peroperační diferenciální diagnózy a operační léčby.

### Literatura

1. CHARVÁT, A.: Solitární divertikulitida caeca. Rozhl. Chir., 34, 1955, s. 371-374.
2. VÝBORNÝ, J. - PONCAROVÁ, Z.: Solitární divertikulitida céka. Rozhl. Chir., 40, 1961, s. 575-578.
3. PŘÍBAŇ, E.: Neobvyklý případ trakčního divertiklu céka. Rozhl. Chir., 51, 1972, č. 6, s. 310-312.
4. BERGER, T.: Kasuistiky náhlých příhod divertikulů střeva. Čas. Lék. čes., 120, 1981, č. 51, s. 1581-1582.
5. BUREŠ, Z. - HORÁK, L.: Diagnostika a léčba divertikulární choroby tlustého střeva. Čas. Lék. čes., 120, 1981, č. 51, s. 1582.
6. ANTOŠ, F.: Divertikulární choroba tlustého střeva. Praha, Avicenum 1990. 164 s.
7. RAO, D. D.: Solitary perforated diverticulum of ascending colon. Brit. med. J., 2, 1977, č. 6, s. 192.
8. NAHRWOLD, D. L. - DEMUTH, V. E.: Diverticulitis with Perforation into the Peritoneal Cavity. Ann. Surg., 185, 1977, č. 1, s. 80-83.
9. MAGNESS, L. J. et al.: Diverticular Disease of the Right Colon. Surg. Gynec. Obstet., 140, 1975, s. 30-32.
10. Leading Article: Perforating Diverticulitis. Brit. med. J., 2, 1977, s. 5.
11. NICHOLLS, J. C. - BURKITT, R.: Perforating diverticulitis. Brit. med. J., 2, 1977, s. 457.
12. WHITEWAY, J. - MORSON, C.: Elastosis in diverticular disease of the sigmoid colon. Gut, 1985, č. 26, s. 258-266.
13. MENNINGER, R. et al.: Kolondivertikulitis: Wann operieren? Wie operieren? Med. Welt, 41, 1990, č. 8, s. 721-725.
14. GRASSI, P. et al.: Diverticula of the right colon: Clinical and radiological consideration. Rays, 10, 1985, č. 1, s. 43-48.

Klíčová slova: Divertikly pravé poloviny tračniku; Diferenciální diagnóza divertikulitidy; Operační léčba divertikulitidy.

*Ve zkrácené podobě předneseno na odborném shromáždění vojenských chirurgů dne 17. 10. 1991 v Hradci Králové*