

Nienowotworowe choroby jelita cienkiego i grubego



**II Klinika Chirurgii Ogólnej
i Gastroenterologicznej
AM w Białymstoku**

Nienowotworowe choroby jelita cienkiego i grubego

- **Nieswoiste choroby zapalne jelit**
- **Choroba uchyłkowa jelit**

Nieswoiste choroby zapalne jelit

- choroba Leśniowskiego-Crohna
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego
/colitis ulcerosa/
- zapalenia niesklasyfikowane (do 15%)

Choroba Crohna

1904r - Leśniowski – pierwszy opis

1932r – Crohn, Ginzberg, Oppenheimer
zmiana w jelicie

1954r – Pugh – jelito grube

1969r – Madden - przełyk

1970r – Fielding – żołądek i XII-ca

1972r – Croft, Wilkinson – jama ustna

Występowanie

**Częstość - 5-6 nowych zachorowań
rocznie na 100 000 ludność**

**Szczyt zachorowań -
2-4 dekada życia**

Etiologia

- **czynniki genetyczne (ok. 20%)**
- **czynniki infekcyjne- mycobacterium pseudotuberculosis oraz virus odry w chorobie Crohna**
- **autoimmunologiczne**
- **środowiskowe**

Umiejscowienie

Choroba Crohna

- Cały przewód pokarmowy od ust do odbytu
- Najczęściej okolica krętniczo-kątnicza
- Zajęcie odbytnicy u około 20%

Colitis ulcerosa

zajęta okrężnica

prawie zawsze
odbytnica >95%

Patologia

Choroba Crohna

odcinkowe

Makroskopowo:

- zajęcie całej grubości ściany jelita
- obrzęk zgrubienia włókniste ściany jelita z odcinkowymi zwężeniami

Colitis ulcerosa

rozlane

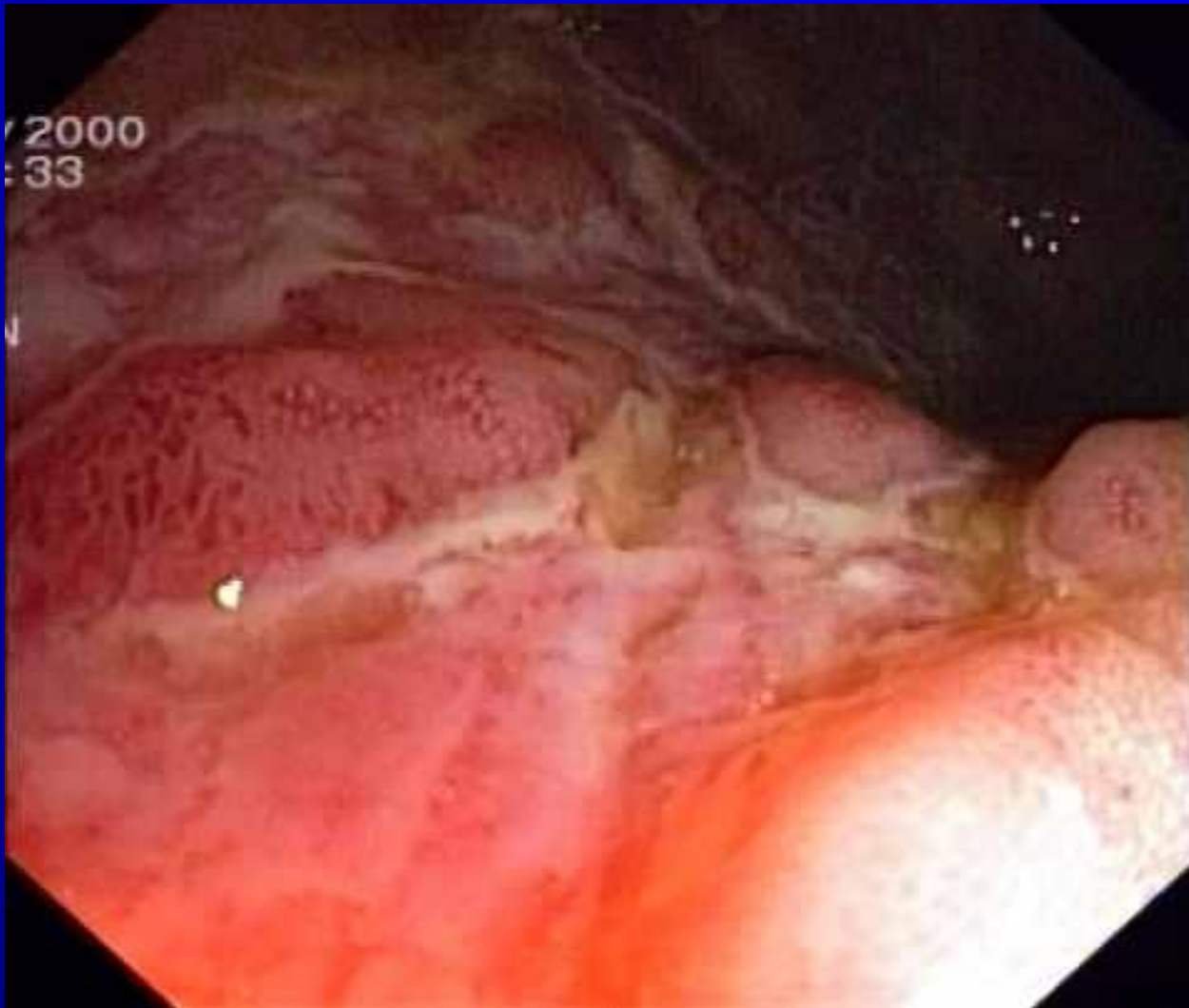
Makroskopowo:

- dotyczą tkanki śluzowej i podśluzowej
- Zaczerwieniona , obrzęknięta błona śluzowa, krwawiąca przy dotyku,
- nawracające owrzodzenia,
- Pseudopolipy

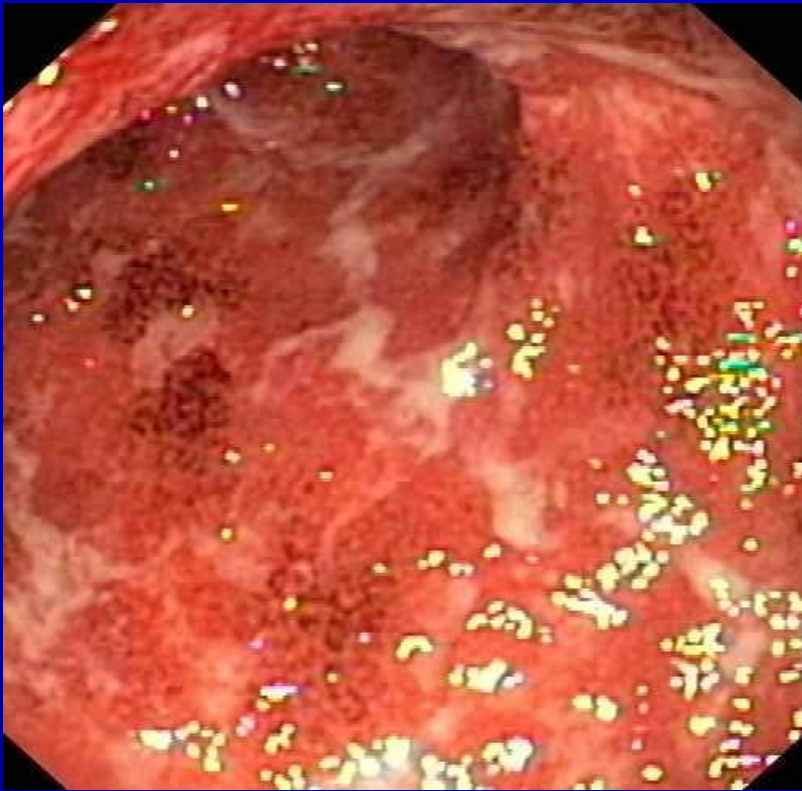
Obraz endoskopowy



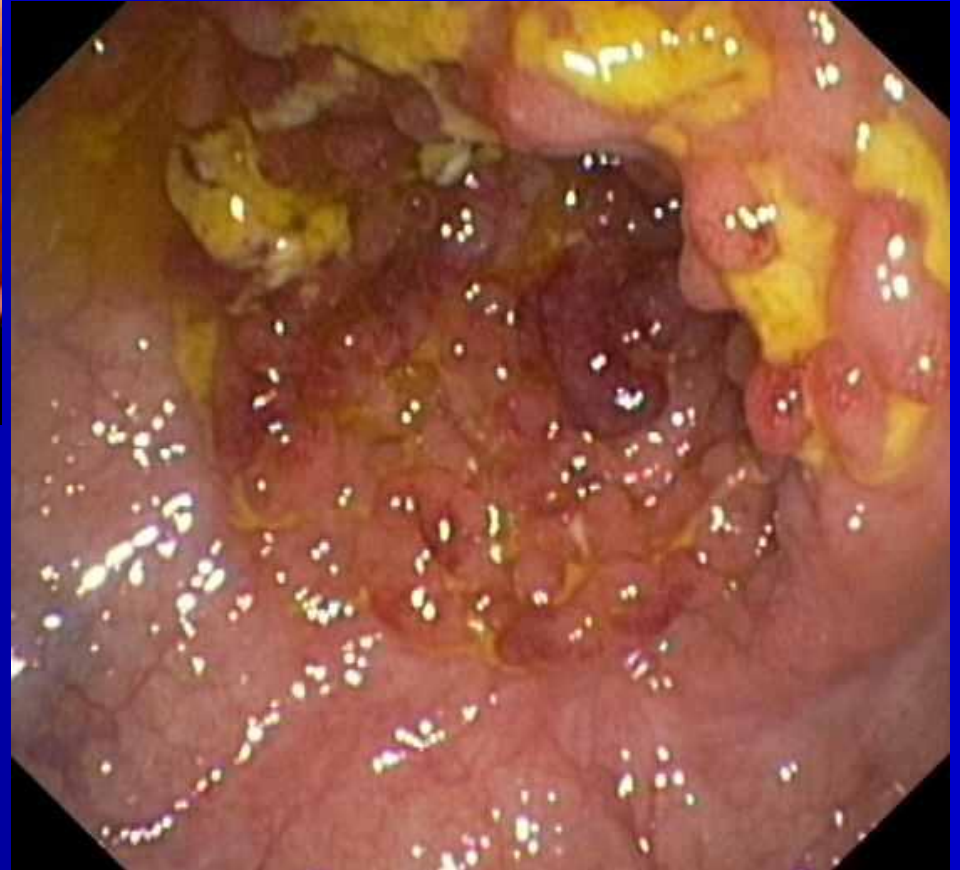
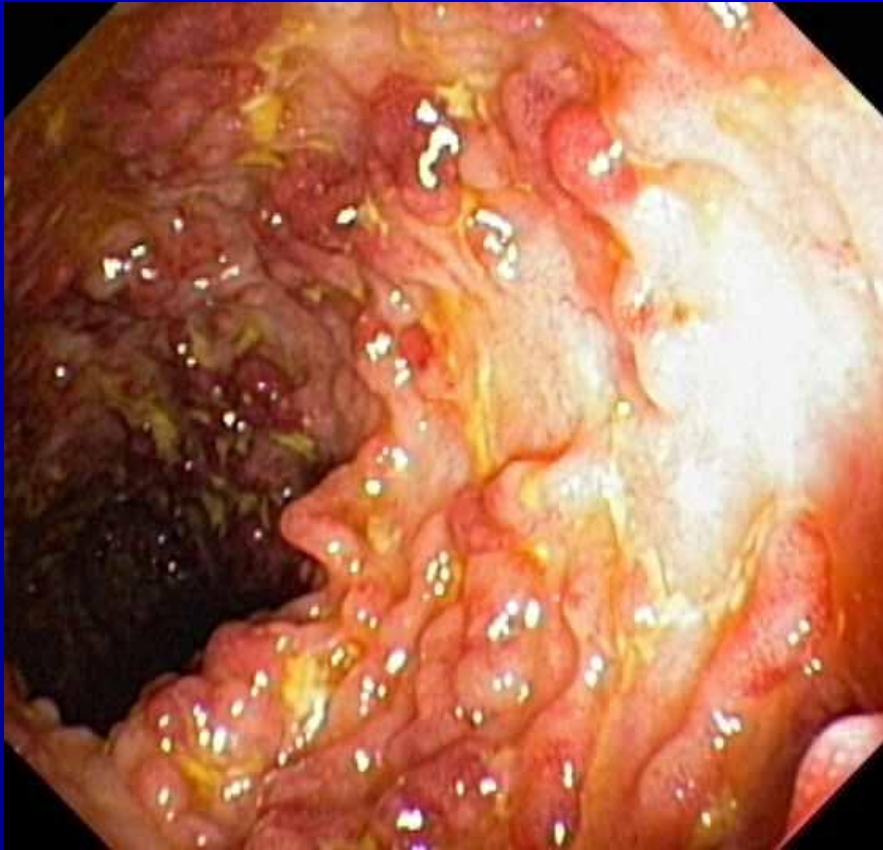
Obraz endoskopowy



Obraz endoskopowy



Obraz endoskopowy



Obraz endoskopowy



Obraz histologiczny

Choroba Crohna

ziarniniaki
przerost węzłów chłonnych
szczeliny i przetoki

Colitis ulcerosa

ropnie kryptowe
nacieczenie błony
limfocytami i histiocytami
dysplazja nabłonka
zwyrodnienie rakowe

Objawy kliniczne

• Choroba Crohna

- biegunki
- bóle brzucha, gorączka
- zmiany okołodbytnicze /szczeliny, przetoki, zwężenie odbytu/ - 40%
- pod/niedrożność
- guz/ropień w brzuchu
- przetoki wewnętrzne i zewnętrzne

• Colitis ulcerosa

- biegunki /często z domieszką krwi, ropy i śluzu/
- bóle brzucha, gorączka

Powikłania

- zaburzenia wzrostu
- objawy pozajelitowe: rumień guzowaty, zapalenie tęczówki, twardówki, zapalenie stawów, ZZSK, zapalenie dróg żółciowych
- zespół upośledzonego wchłaniania(vit. B12, kwasów tłuszczowych).

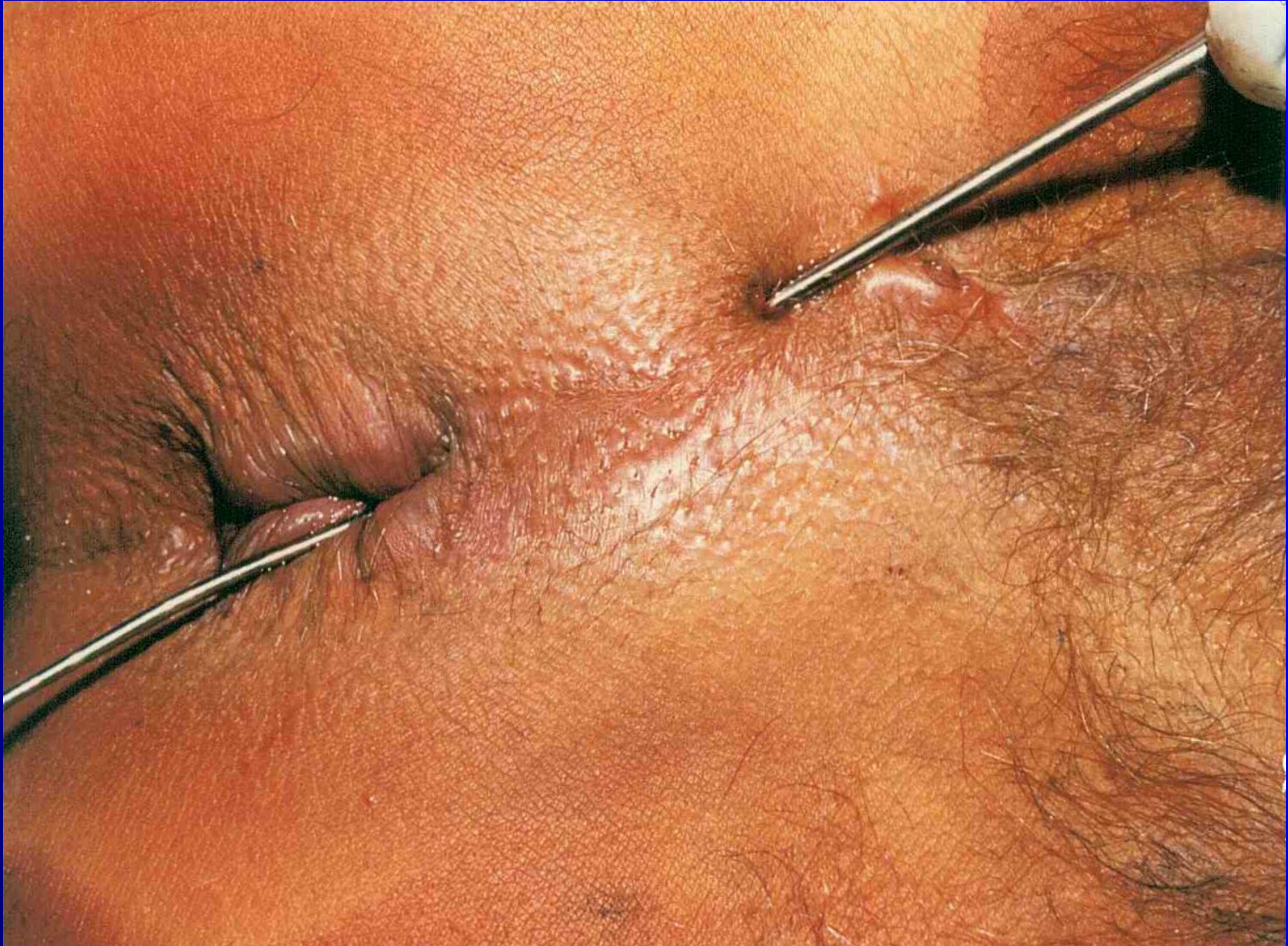
Choroba Crohna

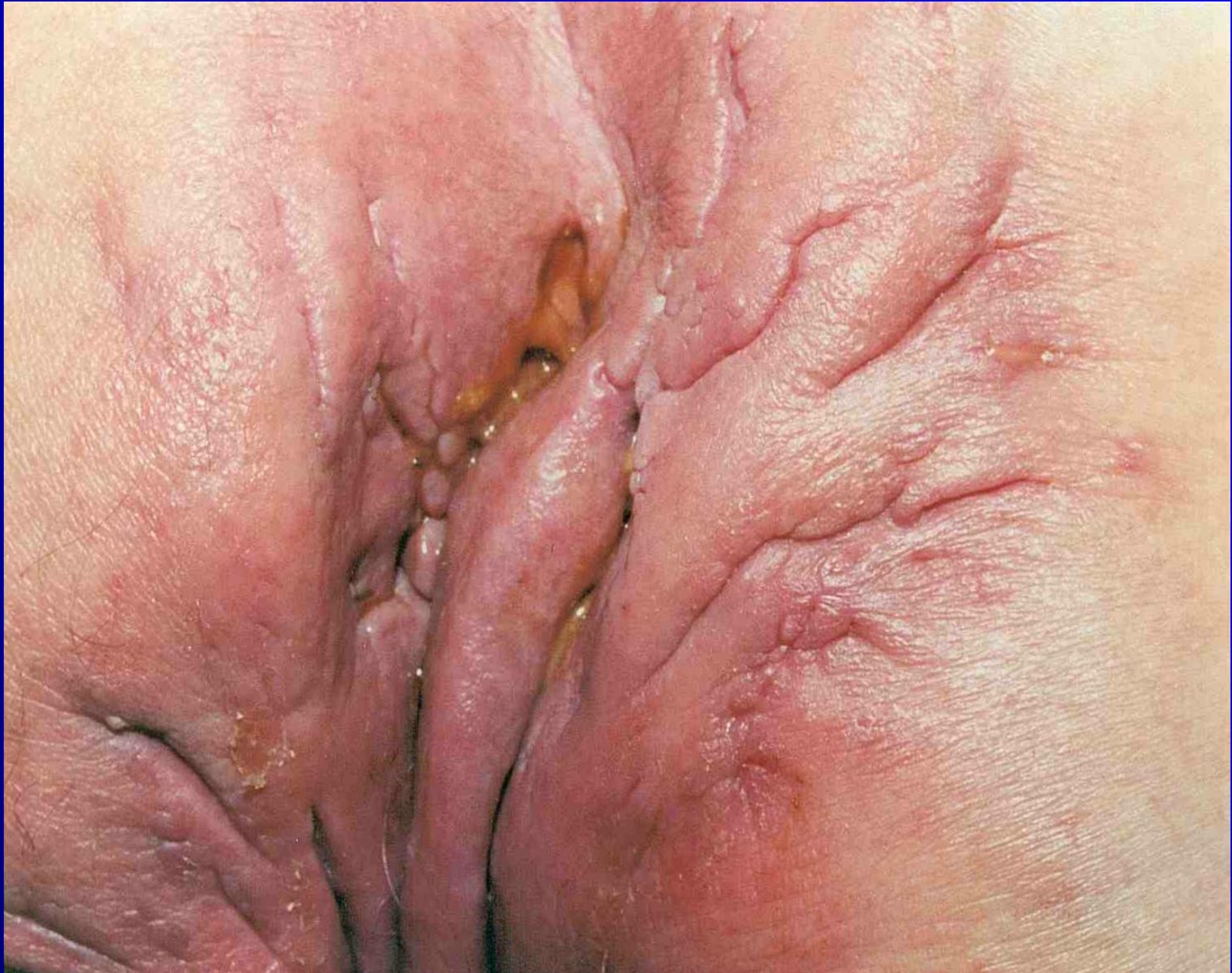
Przetoki i ropnie okołodbytnicze,
szczeliny, zwężenia

Colitis ulcerosa

toksyczny megacolon,
krwawienia
rak









Diagnostyka

Badania radiologiczne :

- wlew doodbytniczy
- pasaż przewodu pokarmowego
- spiralna TK

Badania endoskopowe – rektoskopia,
kolonoskopia pwsk w megacolon tox.!

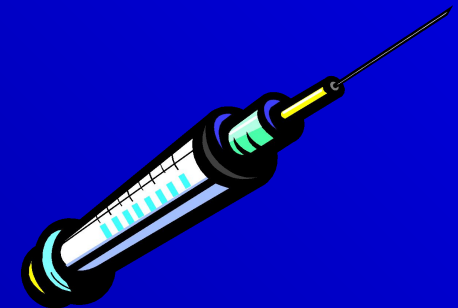
Badanie mikroskopowe - rozstrzygające

USG endorektalne, manometria odbytu

Leczenie zachowawcze

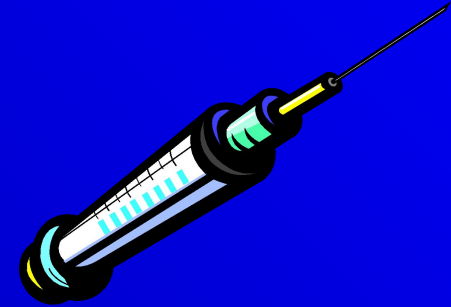
- **Choroba Crohna**

- **Sterydy – najbardziej efektywne w ostrej fazie choroby (Budesonid)**
- **Sulfasalazyna – najczęściej stosowane w podtrzymaniu remisji (Pentasa)**
- **Metronidazol / Ciprofloxacyna**
- **AZT / 6-MP lub MTX**
- **P-ciała monoklonalne p-TNF α (Infliximab)**



Leczenie zachowawcze

- **Colitis ulcerosa**
 - **postać łagodna, odcinkowa :**
 - miejscowo sterydy i/lub 5-ASA
 - **postać średnia, zmiany rozległe :**
 - doustnie sterydy i/lub 5-ASA + terapia miejscowa
 - **postać ciężka, zmiany rozległe :**
 - sterydy doustnie lub dożylnie, Cyklosporyna A, Tacrolimus



Wskazania do kolektomii w *colitis ulcerosa* :

- *Megacolon toxicum*
- **Oporność na leczenie farmakologiczne (po trzech dniach podawania GCS, CsA i.v.) :**
 - **> 8 stolców / d**
 - **4-5 wypróżnień + CRP > 45 mg/l**
- **Czas trwania choroby > 8 lat + średnia lub duża dysplazja**

Wskazania do leczenia chirurgicznego

- **Choroba Crohna**

- powikłania:
- przetoki
- zaburzenia drożności przewodu pokarmowego
- ropień wewnątrzbrzuszny
- rak lub ryzyko rozwoju raka

- **Colitis ulcerosa**

- oporność na leczenie zachowawcze
- krwawienie
- piorunujący przebieg choroby (megacolon toxicum)
- rak lub ryzyko rozwoju raka (> 8 lat choroby)

Leczenie chirurgiczne

Choroba Crohna :

- Pierwsza operacja – wycięcie chorego fragmentu jelita i zespolenie pierwotne.
- Operacja resekcyjna i wytworzenie stomii /czasowej lub definitywnej/
 - Gdy powikłania miejscowe, zaawansowane zmiany w odbytnicy lub czynniki ryzyka /ileostomia oraz przetoka śluzówkowa jako I etap/
 - W II etapie odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego.

Leczenie chirurgiczne

Choroba Crohna

Operacje nieresekcyjne :

- plastyka zwężenia

- do 7 cm długości – sp. Heineke-Mikulicza

- od 7 -15 cm długości – sp. Finney'a

- powyżej 15 cm – zespolenie izoperystaltyczne sp. Michelassi'ego

- zespolenia omijające

- gdy zmiana zlokalizowana w XII-cy - gastrojejunostomia

- rozszerzanie balonem

- odbytnica, zastawka Bauhina

Leczenie chirurgiczne

Choroba Crohna

Zmiany okołodbytnicze:

- otwarcie lub przecięcie przetoki z częściowym przecięciem zwieracza wewnętrznego
- wycięcie przetoki z pokryciem ubytku „łatką” z błony śluzowej (advanced rectal flap)
- stomia czasowa (defunctioning ostomy)
- proktokelektomia + ostateczna ileostomia

Leczenie chirurgiczne

Choroba Crohna

Następstwa fizjologiczne usunięcia końcowego odcinka jelita krętego :

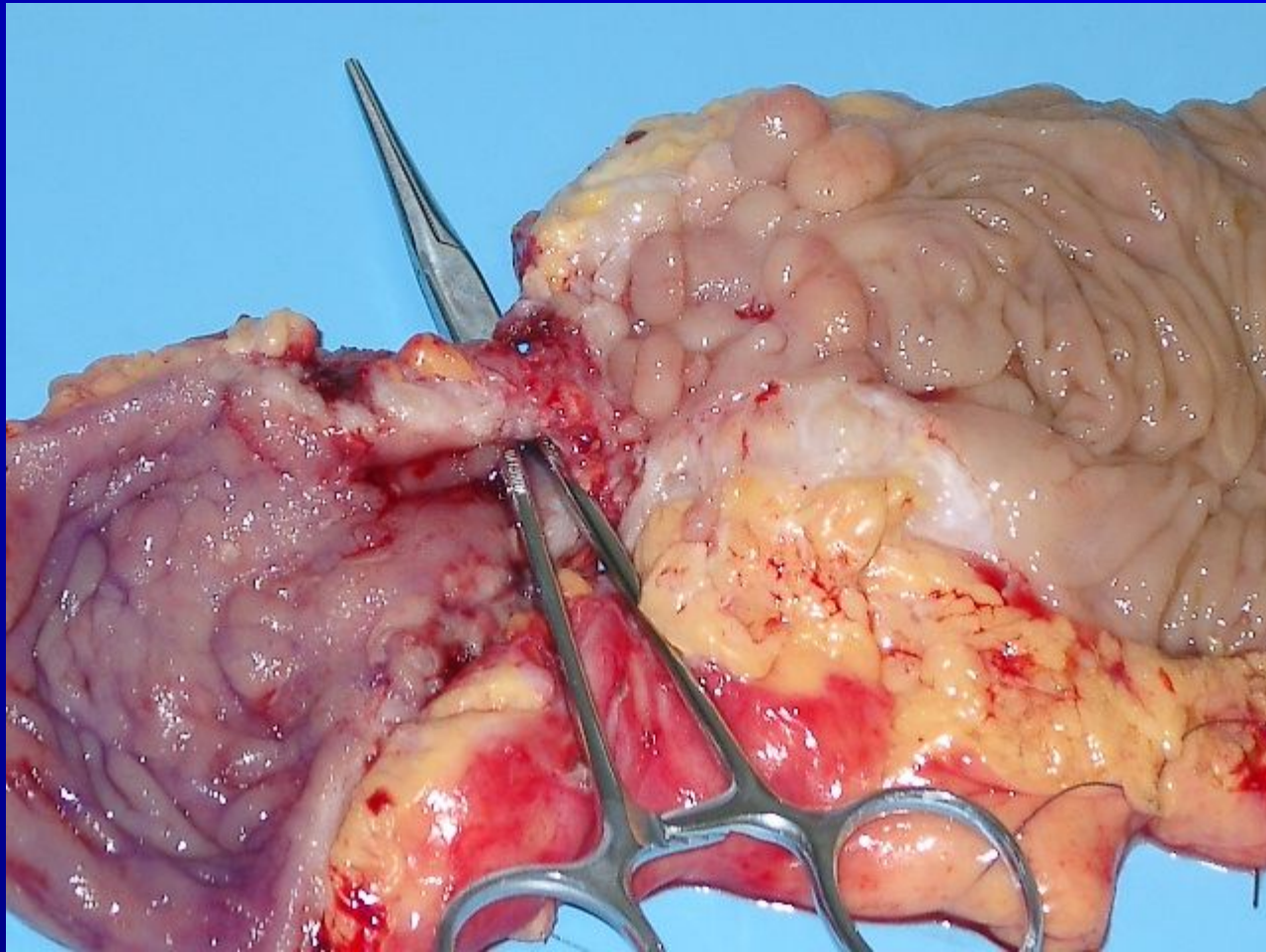
- zaburzenia wchłaniania vit.B12
- zaburzenia wchłaniania soli kwasów żółciowych – biegunki
- kamica żółciowa – 6%
- wzrost wchłaniania szczawianów – kamica moczowa – 3%

Leczenie chirurgiczne

Choroba Crohna

**PRZECIWWSKAZANE SĄ OPERACJE
Z WYTWARZANIEM ZBIORNIKÓW
JELITOWYCH !**

Choroba Crohna



Czynniki mogące mieć wpływ na nawrót w chorobie Crohna

- **Lokalizacja - częstsze nawroty w ok. krętniczo-kątniczej**
- **Doustne środki antykoncepcyjne !**
- **Palenie tytoniu !**
- **Typ choroby**
 - **Postać agresywna / łagodna**
 - **Postać „perforating/non-perforating - nie ma przekonywujących dowodów**

- **Wiek – nie ma wpływu**
- **Płeć – nie ma wpływu**

Czynniki chirurgiczne mogące mieć wpływ na nawrót choroby

- margines resekcji – obecność zmian aktywnych w linii cięcia niewpływa na częstość nawrotów
- technika zespolenia – nawrót zwykle występuje przed zespoleniem, sposób zespolenia nie wpływa na częstość nawrotów /szersze bok do boku, staplerowe/
- stolec – przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego przyspiesza nawrót /Winslet i Keighley/

Leczenie chirurgiczne

Colitis ulcerosa

- **Kolektomia + ileostomia sposobem Brook'a => operacja z wyboru na ostro**
- **Kolektomia + zespolenie krętniczo- odbytnicze => mało kandydatów**
- **Całkowita proktokolektomia + ostateczna ileostomia => nieodwracalna**
- **Odtwórcza proktokolektomia => planowo, jedno- lub wieloetapowa**

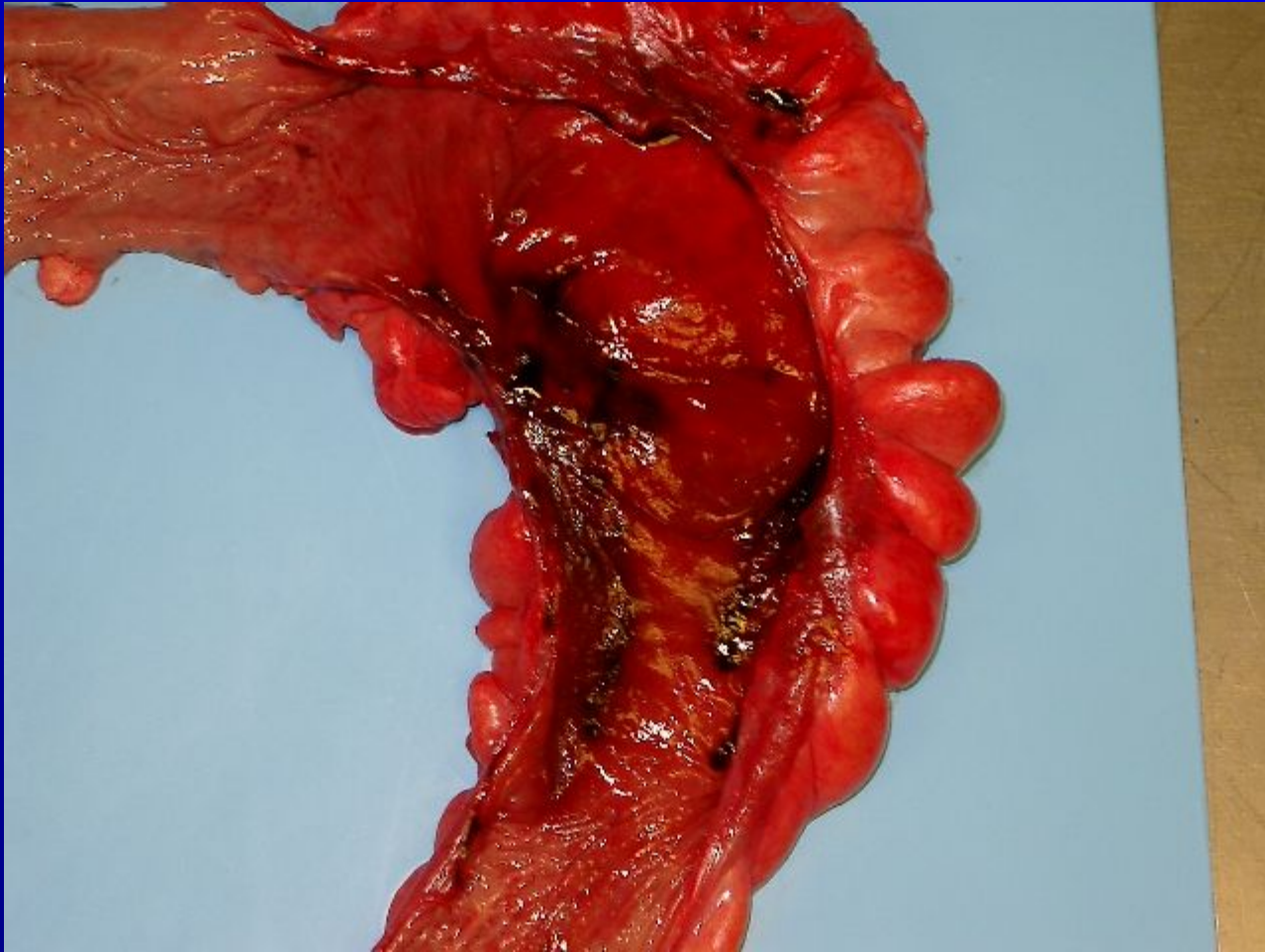
Colitis ulcerosa



Colitis ulcerosa



Colitis ulcerosa



Colitis ulcerosa



Nieswoiste choroby zapalne jelit

Colitis ulcerosa

Pwsk do odtwórczej proktokolektomii:

- **Leczenie dużymi dawkami sterydów przed operacją**
- **Głębokie niedożywienie, hypoalbuminemia**
- **Obecność patologii okołodbytniczej /względne/**
- **Operacje ze wskazań nagłych**

Leczenie operacyjne

Odtwórcza proktokolektomia /Restorative proctocolectomy - RP/

- Alternatywa dla ileostomii
- Powikłania 25-40% (śmiertelność 1%)
- Wyniki ileostomii i RP są podobnie akceptowane przez chorych
- 98% chorych z ileostomią i 94% po RP wraca do pracy

Leczenie operacyjne

Jaki pouch wytworzyć ?

- **Najprostszy => J-pouch**
- **Długość używanego jelita /2 x 15-18 cm/**
- **Sposób zespolenia z odbytem /anal transitional zone- 2 cm od odbytu, stapler vs. szycie ręczne/**
- **Pomimo 25-40% powikłań pooperacyjnych, QOL > 90%**

Leczenie operacyjne

Ocena czynnościowa RP:

- Ilość wypróżnień na dobę < 4
- Urgency $> 30'$
- Contenance – skala Wexnera
- Konieczność stosowania leków przeciwbiegunkowych
- Ilość wypróżnień w nocy - 0

Pouchitis

Objawy:

- **Biegunka, gorączka, zmiany śluzówkowe
ok. 50% chorych w ciągu 5 lat**
- **Zanik kosmków jelitowych => colonic metaplasia**
- **Leczenie : Metronidazol / Ciprofloksacyna
5-ASA
miejscowo działające sterydy**

Pouchitis

przyczyny :

- Kontakt błony śluzowej z zawartością jelitową
- Zastój i rozrost flory bakteryjnej
- Zaburzenia opróżniania
- Niedokrwienie błony śluzowej
- Zapalenie o podłożu autoimmunologicznym
- **CHOROBA CROHNA !**

Pouchitis

powikłania odległe :

- **Przewlekłe zmiany zapalne i zanik kosmków jelitowych => Colonic metaplasia => ca.**
- **Rozwój raka**
 - po 10 l : 0 – 0,7% rocznie
 - po 20 l : 5,0 – 7,2%
 - po 30 l : 13,0 – 16,5%

Megacolon toxicum

- **Narastanie wzdęcia oraz bólów brzucha sugeruje początek rozszerzania się jelita lub zagrożenie przedziurawieniem.**
- **Fermentacja bakteryjna powoduje rozdęcie gazem i upośledzenie ukrwienia okrężnicy, zwłaszcza błony śluzowej.**

Megacolon toxicum

Czynniki predysponujące:

- **Głębokie owrzodzenia /zniszczenie mięśniówki/**
- **Hipokaliemia**
- **Narkotyki**
- **Leki przeciwbiegunkowe**
- **Wlew doodbytniczy**

Nie potwierdzono związku ze stosowaniem sterydów.

Nieswoiste choroby zapalne jelit

25% w ch.Crohna i 75% w colitis ulcerosa

MEGACOLON TOXICUM

Jest to stan zagrażający życiu i powinien być rozwiązany w ciągu 72 godzin. Średnica okrężnicy > 8 cm.

Wskazania do pilnej kolektomii:

- **Pogarszanie się stanu chorego pomimo intensywnego leczenia zachowawczego (sterydy i.v., antybiotyki)**
- **Wstrząs endotoksyczny (CRP > 45 mg/l)**
- **Towarzyszący krwotok (> 8 wypróżnień/d)**
- **Objawy rozlanego zapalenia otrzewnej**

Nieswoiste choroby zapalne jelit a rak jelita :

- **Choroba Crohna**
 - **wzrost częstości raka jelita cienkiego /7x – Greenstein/ i grubego**
 - **zmiany dysplastyczne**
 - **rozwój raka wydziela-jącego śluz (3% wszystkich nowotworów jelita grubego)**
 - **szybki i niepomyślny przebieg**
- **Colitis ulcerosa**
 - **ryzyko wzrasta po 10-15 latach**
 - **35% po 35 latach**
 - **49% gdy chorobę rozpoznano przed 15 r.ż.**
 - **im mniejszy odcinek jelita zajęty tym ryzyko mniejsze**
 - **rak rozwija się na podłożu zmian dysplastycznych**

Acute Fulminating Ulcerative Colitis

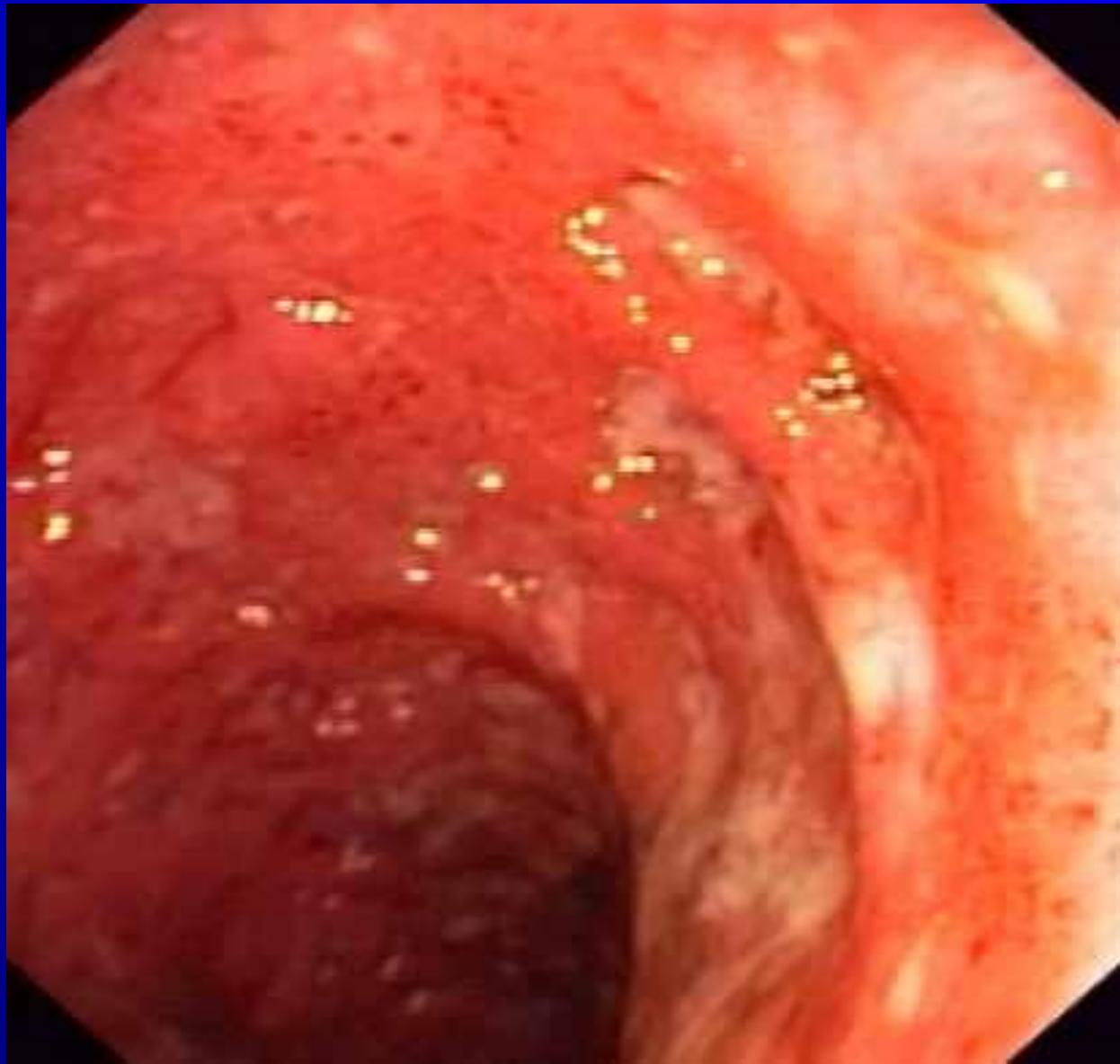
- Często początek bez wcześniejszych wywiadów *colitis ulcerosa*
- Gwałtowne krwiste wypróżnienia
- Skurczowe bóle brzucha
- Wyniszczający przebieg
- *Megacolon toxicum* lub przedziurawienie jelita często wśród początkowych objawów

Acute Fulminating Ulcerative Colitis

- Szybko postępująca anemia
- Odwodnienie / wstrząs
- Hyponatremia, hypokaliemia, hypoalbuminemia
- Gorączka, tachykardia, sepsa
- Wyprzenia okołoodbytnicze
- Objawy pozajelitowe : iritis, pyodermia, arthritis, erythema nodosum.

Diagnostyka AFUC

- FSS ocena makroskopowa (biopsja trudna do wykonania i oceny). **Kolonoskopia p-wskazana**
- RTG – poszerzenie okrężnicy (N : 5,5cm)
rzadziej esicy i zstępnicy (strona lewa)
 - obraz wysp śluzowych/pseudopolipów,
zanik fałdów półksiężycowatych
 - wlew kontrastowy p-wskazany !
- Badanie bakteriologiczne – pozwala wykluczyć tło bakteryjne lub amebowe.



Leczenie farmakologiczne

- **Sterydy i.v. (Hydrocortison 100mg/6h)**
- **Antybiotyki i.v.**
- **Uzupełnianie niedoboru krwi i elektrolitów (ale nie TPN)**
- **Monitorowanie parametrów krążeniowych i biochemicznych**
- **Codziennie monitorowanie rtg**

Wskazania do operacji w AFUC

- Operacji wymaga 20 – 25% chorych
- Jeśli leczenie farmakologiczne nie daje poprawy w ciągu 3 dni
- Jeśli po 3 dniach podawania sterydów i.v.
:
 - > 8 wypróżnień krwistych /d
 - 4-5 wypróżnień /d oraz CRP > 45 mg/l

Wskazania do natychmiastowej operacji w AFUC:

- Narastająca gorączka, tachykardia i krwawienie
- Rozszerzenie okężnicy > 8 cm
- Jakiegokolwiek pogorszenie w czasie leczenia farmakologicznego. Nie zasłaniając się tym, że chory jest zbyt ciężki, aby go operować.

Prognozowanie :

- W megacolon toxicum i perforacji
śmiertelność : 35 – 75 %
- W latach 80-tych – AFUC operowane po wyrównaniu zaburzeń =>
śmiertelność : 13 – 50 %
- Obecnie w wiodących ośrodkach =>
śmiertelność : 3 – 6 %
 - wczesna kolektomia najistotniejszym czynnikiem obniżającym śmiertelność

Opcje chirurgiczne :

- **Subtotalna kolektomia i ileostomia**
- **Subtotalna kolektomia i zespolenie krętniczo – odbytnicze**
- **Całkowita proktokolektomia i ileostomia**

Subtotalna kolektomia i ileostomia

- Metoda z wyboru, zwłaszcza gdy brak ostatecznego rozpoznania
- Krótsza - lepsza gdy ciężki stan ogólny (śmiertelność – 6% wg Keighleya)
- Daje możliwość rozważenia drugiego etapu operacji w zależności od stanu kikuta odbytnicy i zwieraczy odbytu

Subtotalna kolektomia i ileostomia

- Kikut odbytnicy zamknąć na poziomie załamka otrzewnej tak, aby ewentualnie móc go usunąć od strony krocza.
- Jeśli ściana odbytnicy zbyt słaba, aby ją zamknąć – wyłonić w postaci kolostomii śluzowej.

Subtotalna kolektomia i zespolenie krętniczo-odbytnicze

- **Trudno pierwotnie ocenić rozległość zmian w odbytnicy**
- **Ryzykowna u chorych z hypoalbuminemią, sepsą i sterydoterapią**
- **Konieczność monitorowania zmian w kikucie odbytnicy pod kątem ca.**

Całkowita proktokolektomia

- Wykonywana rzadko i tylko przez bardzo doświadczonych chirurgów
- Nie pozostawia dalszego wyboru
- Śmiertelność – 14% wg Keighleya

Choroba Crohna

- **Pilne wskazania do operacji = powikłania**
 - **przedziurawienie jelita**
 - **masywny krwotok**
 - **przebicie się ropnia**
 - **niedrożność**
 - **ileitis / appendicitis**
 - **Acute Fulminating Crohn's Colitis**

Pilne wskazania do operacji :

- **stwierdza się u 10 – 20 % chorych**
- **zazwyczaj są wywiady dotyczące wcześniej rozpoznanej choroby Crohna**
- **u 40% chorych zmiany okołodbytnicze**
- **oszczędne wycinanie jelita cienkiego**

Przedziurawienie jelita

- **Najczęściej końcowego odcinka j.krętego**
- **Dodatkowy wpływ leczenia sterydami lub NLPZ zapalenia stawów**
- **Z reguły przedziurawienie powyżej odcinka zwężonego**
- **Wyjątkowo – przedziurawienie nowotworu powstałego na bazie ch. Crohna (j.grube)**

Przedziurawienie jelita – leczenie chirurgiczne

- Resekcja zwężonego i przedziurawionego odcinka
- Dylemat : zespolić czy wyłonić oba końce ?
 - j.grube => wyłonić
 - j.cienkie + kałowe z.o., wyniszczenie, MOF, sterydoterapia => wyłonić
 - j.cienkie + niewielkie ryzyko => zespolić
- Nie zeszywać miejsca przedziurawienia !
 - skutki => ropień, przetoka, sepsa

Masywny krwotok

- **Rzadko z powodu choroby podstawowej !**
 - wykluczyć wrzód po np. sterydoterapii
- **Najczęściej owrzodzenie na brzegu krezkowym jelita cienkiego lub linijne owrzodzenie w okrężnicy**
- **Laparotomia + panendoskopia (transiluminacja) => odcinkowa resekcja**
- **Arteriografia z podaniem wazopresyny**

Przedziurawienie ropnia

- **Nagły ból + zapalenie otrzewnej + sepsa**
- **Większość w okolicy j.końcowego, ale też zstępnicy lub esicy**
- **Operacja : drenaż ropnia / otrzewnej
+ odcinkowa resekcja
+ wyłonienie obu końców**

Niedrożność jelit

- Podczas pierwszej laparotomii => resekcja odcinkowa, dla pewnego potwierdzenia rozpoznania.
- Podczas następnych laparotomii => techniki oszczędzające j.cienkie, aby uniknąć SBS :
 - do 7 cm => sp.Heineke-Mikulicza
 - 7 – 15 cm => sp.Finney'a (krytykowane)
 - > 15 cm => zespolenie izoperystaltyczne

Acute ileitis / appendicitis

- Do 50% chorych ma zmiany hist.pat. w wyrostku, ale ozwr – rzadkie
- Objawy zapalenia j.końcowego mogą sugerować ozwr i skłaniać do pilnej operacji
- Częściej objawy ileitis są dłuższe : bóle w prawym dole biodrowym od 1- 2 tyg., utrata apetytu i wagi, nudności itp.

Acute ileitis / appendicitis

- Najlepiej : wycięcie zmienionego odcinka + zespolenie krętniczo – wstępnicze (potwierdzenie dgn, uniknięcie ew.powikłań)
- Usunąć wyrostek robaczkowy, nawet jeśli nie zmieniony => uniknięcie nieporozumień w razie nawrotu dolegliwości

Acute Fulminating Crohn's Colitis

- Klinicznie nie do odróżnienia od AFUC, łącznie z objawami spoza p.pok.
- Statystycznie : 20 – 30% w ch.Crohna
70 – 80% w colitis ulcerosa
- U 40% chorych z ch.Crohna – zmiany okołoodbytnicze lub charakterystyczne wywiady

AFCC – objawy kliniczne :

- Nagły początek
- Krwiste biegunki
- Odwodnienie
- Postępujące wyniszczenie
- Gorączka, sepsa
- Ból brzucha z rozdęciem j. grubego

Megacolon toxicum w AFCC

- Częstość : 4,4 – 6,3 % w ch.Crohna
- Poprzedzone narastającym wzdęciem brzucha i spadkiem liczby wypróżnień
- Perforacja => zapalenie otrzewnej + ciężka niewydolność krążenia (śmiertelność 50%)
- Śródoperacyjnie : często zajęte również j.końcowe i pogrubienie (!) ściany j.grubego

Diagnostyka w AFCC :

- FSS - relatywnie małe zmiany w odbytnicy, nawet biopsja może być myląca !
- RTG z delikatną insuflacją powietrza :
 - zmiany odcinkowe, raczej po prawej stronie
 - linijne owrzodzenia => „kocie łby”
- USG/CT – pogrubienie ściany jelita
- Badania bakteriologiczne stolca
- Kolonoskopia i wlew kontrastowy p-wsk!

Leczenie farmakologiczne AFCC

- Jak w AFUC : Hydrocortison 100mg/6h i.v.
- Antybiotyki i.v.
- Płyny i.v., krew
- Odessanie jelita w FSS (gdy nie zmienione rectum). Ostrożnie z insuflacją !
- Immunomodulacja (?)

Podsumowanie - wrzodziejące zapalenie jelita gr.

- Choroba zapalna śluzówki jelita grubego
- Przyczyna ? autoimmunologiczna ?
genetyczna ? (10% z wywiadem rodzinnym)
- Zawsze obejmuje odbytnicę
- Objawy: biegunka + krew + śluz
- 25% chorych ma objawy z poza przewodu pokarmowego: zapalenie stawów, siatkówki

Podsumowanie - wrzodziejące zapalenie jelita gr.

- Leczenie zachowawcze - 5-ASA, steroidy
- ok. 50% wymaga operacji (15% doraźnie):
 - piorunujące zapalenie jelita grubego
 - znaczne krwawienie
 - perforacja
 - niedrożność z powodu zwężenia
 - megacolon toxicum
 - rak jelita grubego

Podsumowanie - choroba Leśniowskiego-Crohna

- Obejmuje całą grubość ściany jelita
- Może występować w każdym odcinku przewodu pokarmowego, najczęściej jelitach
- Wiek - młodzi dorośli ok. 20-30 lat
- Przyczyna nieznana (podłoże genetyczne)
- Objawy - napadowe bóle brzucha, biegunka

Podsumowanie - choroba Leśniowskiego-Crohna

- Leczenie przyczynowe - nieznane
- Leczenie zachowawcze - przeciwzapalne, immunosupresyjne
- Leczenie operacyjne w razie powikłań:
 - niedrożność
 - przetoki
 - krwotok
 - rak

Choroba uchyłkowa okreźnicy

Terminologia

- **Uchyłkowatość –Diverticulosis**
- **Zapalenie uchyłków jelita- Diverticulitis**
- **Choroba uchyłkowa**

Epidemiologia

- Obecnie częstość występowania w USA – 10% (30 mln), objawy kliniczne 1/3 populacji >60 rż., w 1983 – 200 tys. hospitalizacji i 50 tys. leczonych operacyjnie z powodu choroby uchyłkowej
- Wzrost częstości występowania wiąże się głównie ze zmianą czynników środowiskowych, szczególnie diety (ubogowłóknikowa z dużą zawartością produktów mięsnych)
- Uchyłki zlokalizowane są głównie w esicy – 95% w populacjach zachodnich, rasa żółta – głównie prawa połowa okrężnicy i kątnica (możliwy udział czynnika genetycznego)
- U potomków populacji migrujących częstość występowania i lokalizacji uchyłków upodabnia się do występującej w danym kraju

Epidemiologia a wiek

- Bardzo rzadko < 20 rż. (0,3%), <30 rż. (1,3%), u młodych pacjentów zwykle związane z kolagenozami (ch. Marfana lub Ehler – Danlos)
- U osób:
 - ✓ <40 rż. -mniej niż 5%
 - ✓ >50rż. -30%
 - ✓ >70 rż. -70%
- Podobna zależność występuje w prawej połowie okrężnicy, jednak do powstania uchyłków o tej lokalizacji dochodzi wcześniej (już po drugiej dekadzie) – do 40 rż. – 15%
- Całkowita częstość występowania uchyłków w prawej połowie okrężnicy wynosi 15-20%

Patofizjologia

Czynniki sprzyjające powstawaniu ch. uchyłkowej

Czynniki ogólne

Dieta - mała zawartość błonnika
Stresy psychiczne – colon irritabile
Brak aktywności fizycznej
Zaparcia
Wlewy doodbytnicze
Morfina, prostaglandyna

Zaburzenia motoryki i
wzrost ciśnienia
wewnątrzjelitowego

Czynniki miejscowe związane ze ścianą jelita

Zmiany starcze związane z wiekiem
Niedokrwienie ściany jelita
Stłuszczenie (otyłość)
Kolagenozy
Zmiany uwarunkowane genetycznie

Osłabienie ściany jelita

Uchyłkowatość okrężnicy

Patofizjologia

Dieta ubogoresztkowa



Zaleganie ubogoresztkowego kału



Wzmożone, nieskoordynowane ruchy perystaltyczne
Pogrubienie błony mięśniowej
Wzrost ciśnienia wewnątrzjelitowego



Uchyłki z wypychania

Zmiany morfologiczne: skrócenie, pogrubienie taśm, pogrubienie, skrócenie i skurcz mm. okrężnych.

Skrócenie, zwężenie i podział na segmenty j. grubego

Objawy

- Silne, napadowe bóle kolkowe w lewym dole biodrowym, nasilające się po posiłku, w stanie pobudzenia emocjonalnego, ustępują po oddaniu stolca i gazów
- Wzdęcia, zaparcia, bolesne biegunki
- Bolesność uciskowa w lewym podbrzuszu
- Niekiedy wyczuwalna twarda napięta esica
- W ostrym zapaleniu uchyłków dochodzi:
 - Gorączka
 - Obrona mięśniowa
 - Leukocytoza
- W ropniu okołookrężniczym:
 - Żywo bolesny guz
 - Wysoka gorączka
 - Leukocytoza

Różnicowanie

- Zapalenie wyrostka robaczkowego
- Przedziurawienie lub zwężenie nowotworowe okrężnicy
- Choroby zapalne jelit
- Niedokrwienie jelit
- Skręt esicy
- Zapalenie dolnego płata płuca lewego
- Pyelonephrit
- Schorzenia ginekologiczne

Powikłania

Choroba uchyłkowa okrężnicy

uchyłkowatość

zapalenie uchyłków ostre i przewlekłe

postać bezbólowa

postać z bólami

niewikłane

powikłane

Rozlane zapalenie otrzewnej
(przedziurawieni)

Ropne

Kałowe

Ograniczone zapalenie otrzewnej
(perforacja przykryta)

Naciek zapalny

Ropień

krwawienie

Przetoki

Okrężniczo-pęcherzowa

Okrężniczo-pochwowa

Okrężniczo-maciczna

Okrężniczo-jelitowa

Zewnętrzna

Na kroczu

Niedrożność

Zwężenie moczowodu

Uchylek olbrzymi

Choroba uchyłkowa okrężnicy – krwawienie

- Samoistnie zatrzymuje się w 80-90%
- Nawraca u 25% chorych
- 30% pts. wymaga przetoczenia 2j. krwi
- Trudne do ustalenia miejsce krwawienia
- Śmiertelność w przypadku krwawienia z uchyłków 9-30% i jest wyższa u chorych operowanych

Choroba uchyłkowa okrężnicy - krwawienie

Krwawienie przez odbyt

Sonda nosowo-żołądkowa

rektoskopia

scyntygrafia

angiografia

Nie zidentyfikowano miejsca krwawienia

Zidentyfikowano miejsce krwawienia

Selektywne podanie wazopresyny

Krwawienie się utrzymuje

Krwawienie zatrzymane

Krwawienie się utrzymuje

Doraźna subtotalna
kolektomia

Kolonoskopia

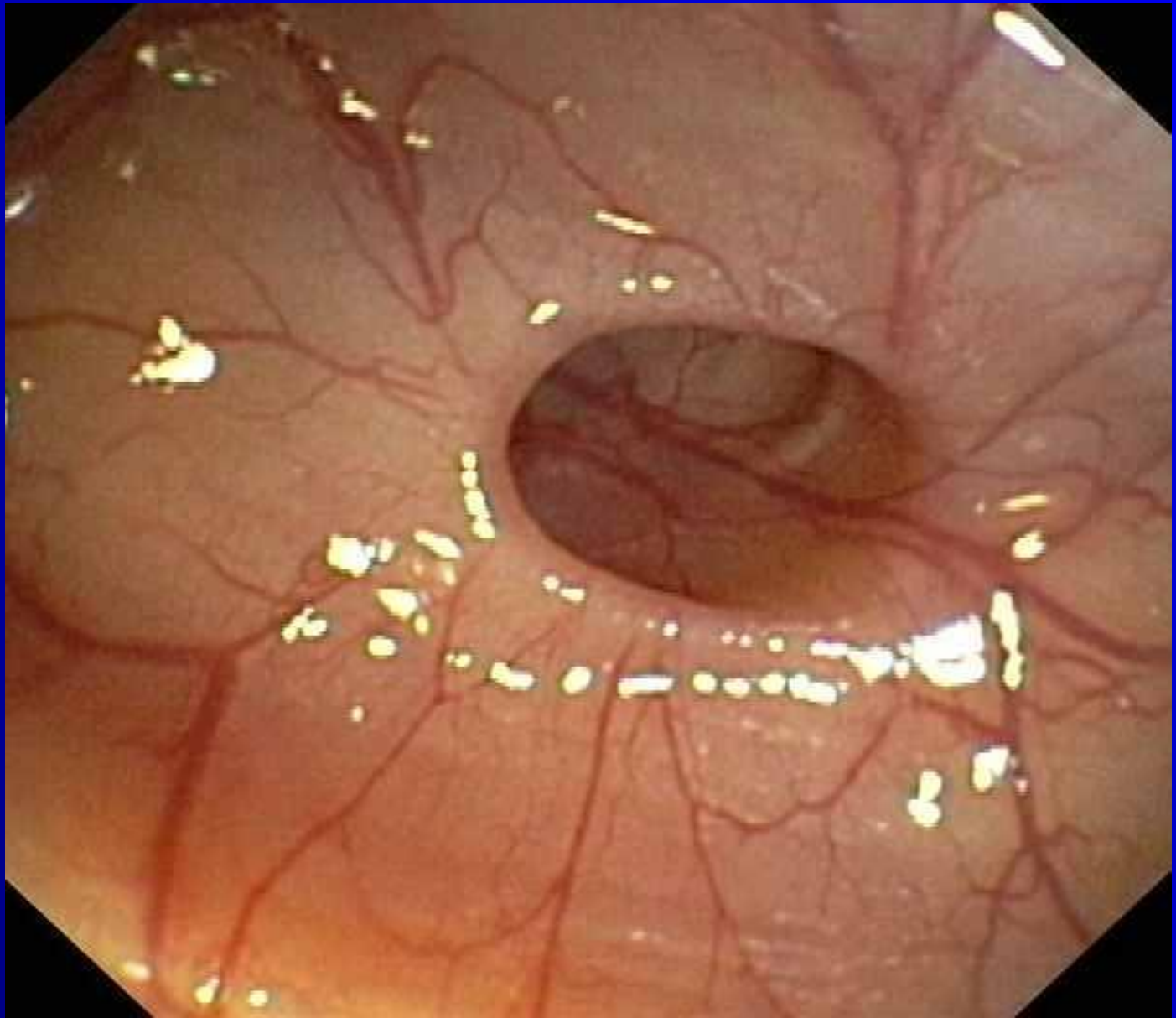
Odcinkowa resekcja okrężnicy

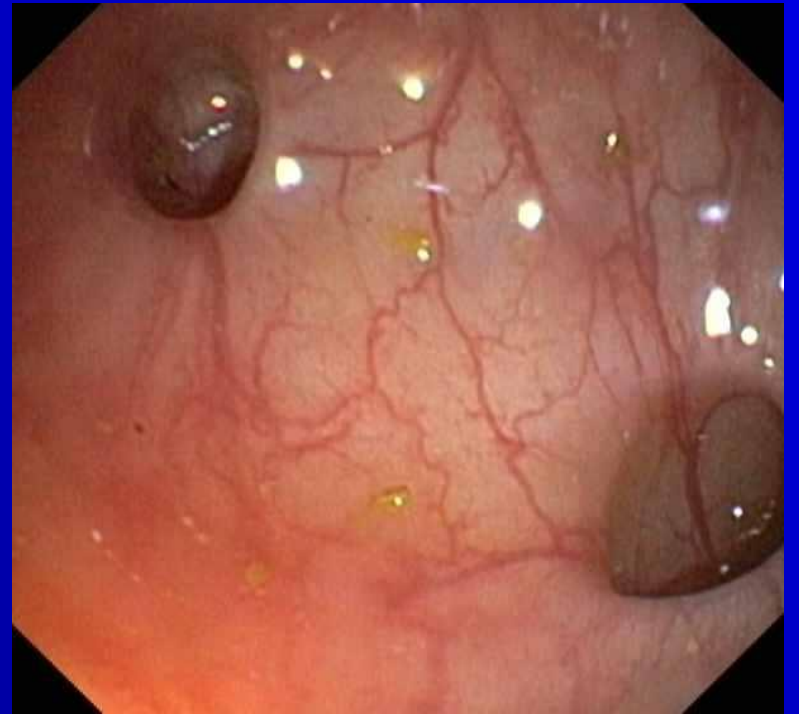
Diagnostyka

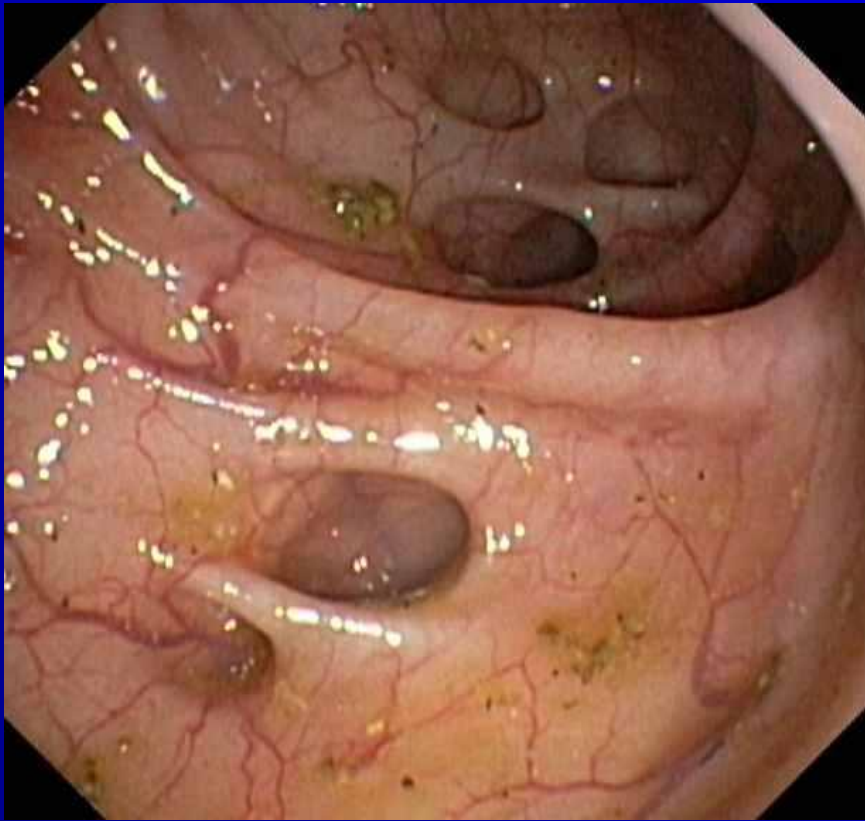
Badanie	Nieprawidłowości	Zalety	Wady
Rtg przeglądowe	Niedrożność, powietrze w przestrzeni zaotrzewnowej, wolny gaz w jamie otrzewnej	Proste, pozwalające na stwierdzenie innych patologii	Słaba wizualizacja ścian jelita
Usg	Pogrubienie ścian jelita, ropień	Nieinwazyjne, możliwe do wykonania przy łóżku chorego, ew. schorzenia ginekologiczne	Wynik zależny od doświadczenia wykonującego, duży wpływ gazów na widoczność
Wlew z kontrastem	Skurcz, zwężenie, przetoka, niedrożność, ucisk z zewnątrz	Pozwala na ogół na obejrzenie całego j. grubego	Możliwość pogorszenia przebiegu choroby, niemożność wizualizacji innych narządów, wymagany transport pacjenta
TK	Wolne powietrze, pogrubienie ścian jelita, zapalenie tkanek okołookrężniczych, ropień	Możliwość zobrazowania jelita zarówno w świetle jak i poza nim, możliwość uwidocznienia innych patologii	Wysoki koszt, wymagany kontrast, konieczny transport pacjenta.

Endoskopia w ostrym zapaleniu uchyłków

- Ograniczona rola ze względu na konieczność insuflacji
- Planowo 6-8 tygodni po ostrym epizodzie raczej w celu wykluczenia innych patologii (colitis, rak)







Klasyfikacja Hincheya

- Stopień 1 - ropień okołookrężniczy ograniczony przez kreskę
- Stopień 2 - ropień w miednicy spowodowany ograniczoną perforacją ropnia okołokrężniczego
- Stopień 3 - zapalenie otrzewnej spowodowane pęknięciem ropnia okołokrężniczego lub miednicznego do wolnej jamy otrzewnej
- Stopień 4 - kałowe zapalenie otrzewnej spowodowane przedziurawieniem uchyłka do wolnej jamy otrzewnej

Choroba uchyłkowa okrężnicy - leczenie zachowawcze

- Dieta bogatoresztkowa (owoce, warzywa, ziarna)
– uzmniejszenie nasilenia objawów, wolniejszy rozwój choroby
- Leki rozkurczowe, antycholinergiczne
- W przypadku zaparć łagodne środki przeczyszczające

Leczenie niepowikłanego zapalenie uchyłków

- Leczenie ambulatoryjne?, hospitalizacja?
- Dieta płynna lub dieta ścisła
- Nawodnienie chorego
- Sonda nosowo-żołądkowa, zwłaszcza w przypadku gdy współistnieją objawy niedrożności
- Antybiotyki o szerokim spektrum działania przez 7-10 dni, początkowo dożylnie, po wdrożeniu diety można przejść na doustne
- Unikać podawania morfiny bo powoduje wzrost ciśnienia w świetle jelita, nasila proces zapalny, odpowiedniejszym lekiem jest meperydyna (obniża ciśnienie w świetle jelita)
- U większości pacjentów dochodzi do poprawy po 48-72 godzinach prawidłowego leczenia
- Po ustąpieniu zapalenia dieta wysoką zawartością błonnika
- Do nawrotów dochodzi u 30% pts
- Po drugim epizodzie nawrót u 50% pts
- Nawrót zapalenia uchyłków leczy się tak jak pierwszy epizod, planowa operacja po 4-6 tygodniach od ustąpienia stanu zapalnego

Wskazania pilne do leczenia operacyjnego

- Niepowodzenie leczenia zachowawczego w ciągu 24-48 godzin
- Przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnej
- Rozlane zapalenie otrzewnej
- Ropień wewnątrzotrzewnowy
- Masywny krwotok

Wskazania do planowego leczenia operacyjnego

- Dwa lub więcej epizodów bólu w lewym dole biodrowym (bólu brzucha) z towarzyszącą gorączką, leukocytozą i radiologicznymi cechami uchyłkowatości
- Jeden epizod z klinicznymi lub radiologicznymi objawami zwężenia okrężnicy
- Jeden epizod z objawami zakażenia układu moczowego
- Jeden epizod ostrego zapalenia uchyłków u pacjenta młodszego niż 50 lat (40 lat)
- Niemożność wykluczenia nowotworu (6% raków uchyłku)
- Nieskuteczne leczenie zachowawcze
- Przetoki wewnętrzne i zewnętrzne

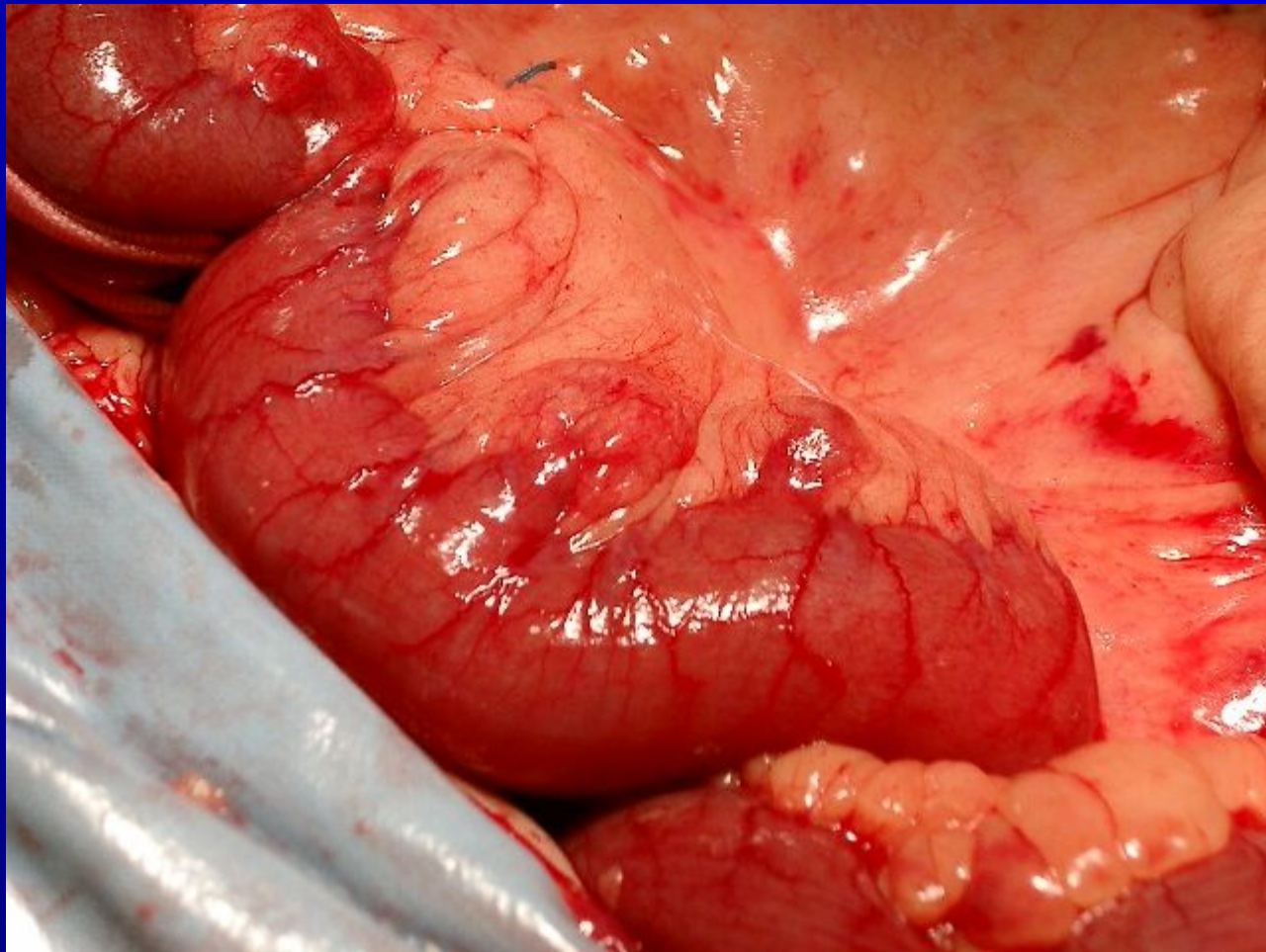
Wskazania względne do leczenia operacyjnego

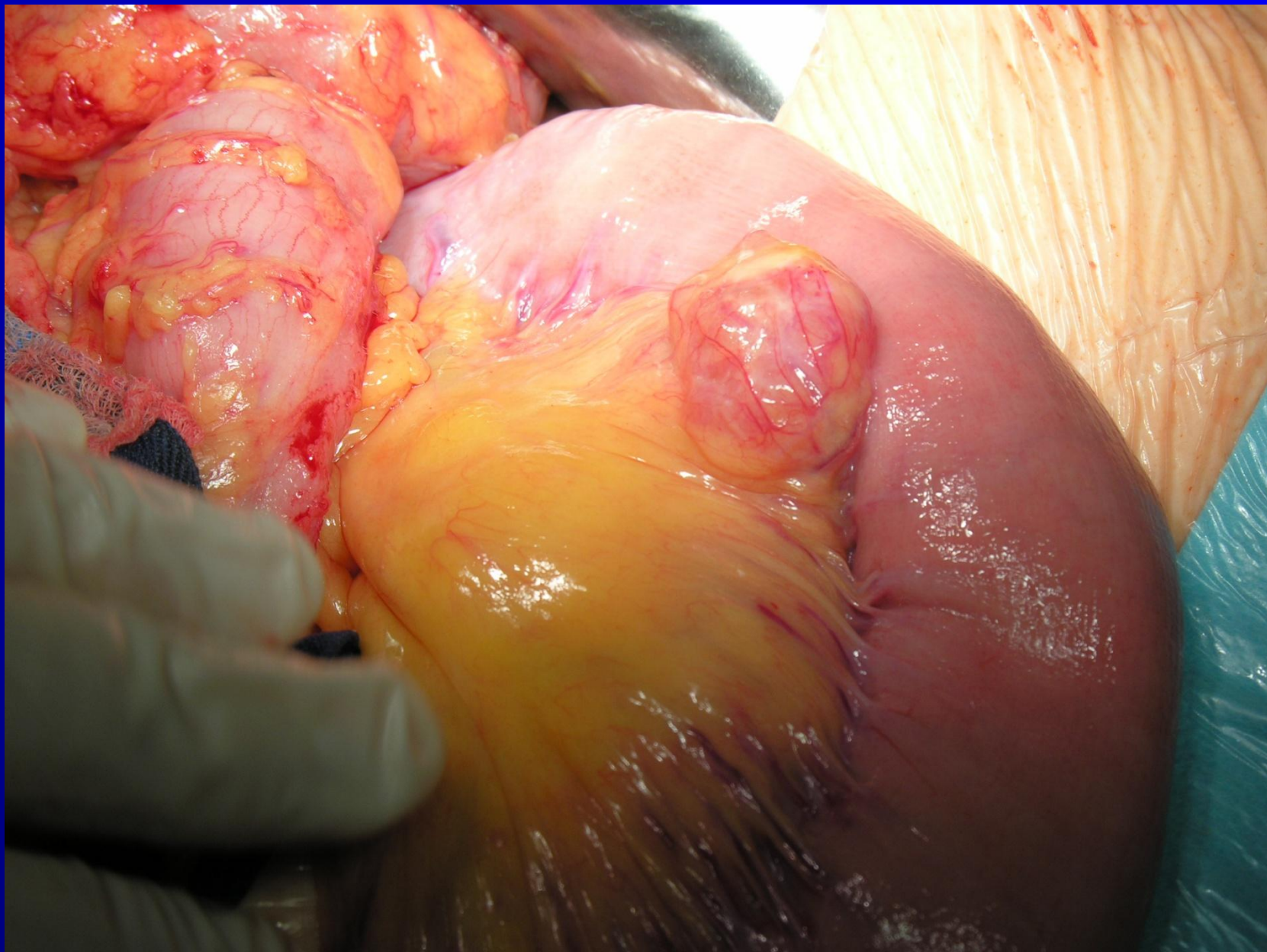
- Subkliniczne zwężenie
- Młody pacjent
- Przewlekła korytkoterapia
- Uchyłkowatość prawej połowy okrężnicy

Rodzaje zabiegów operacyjnych

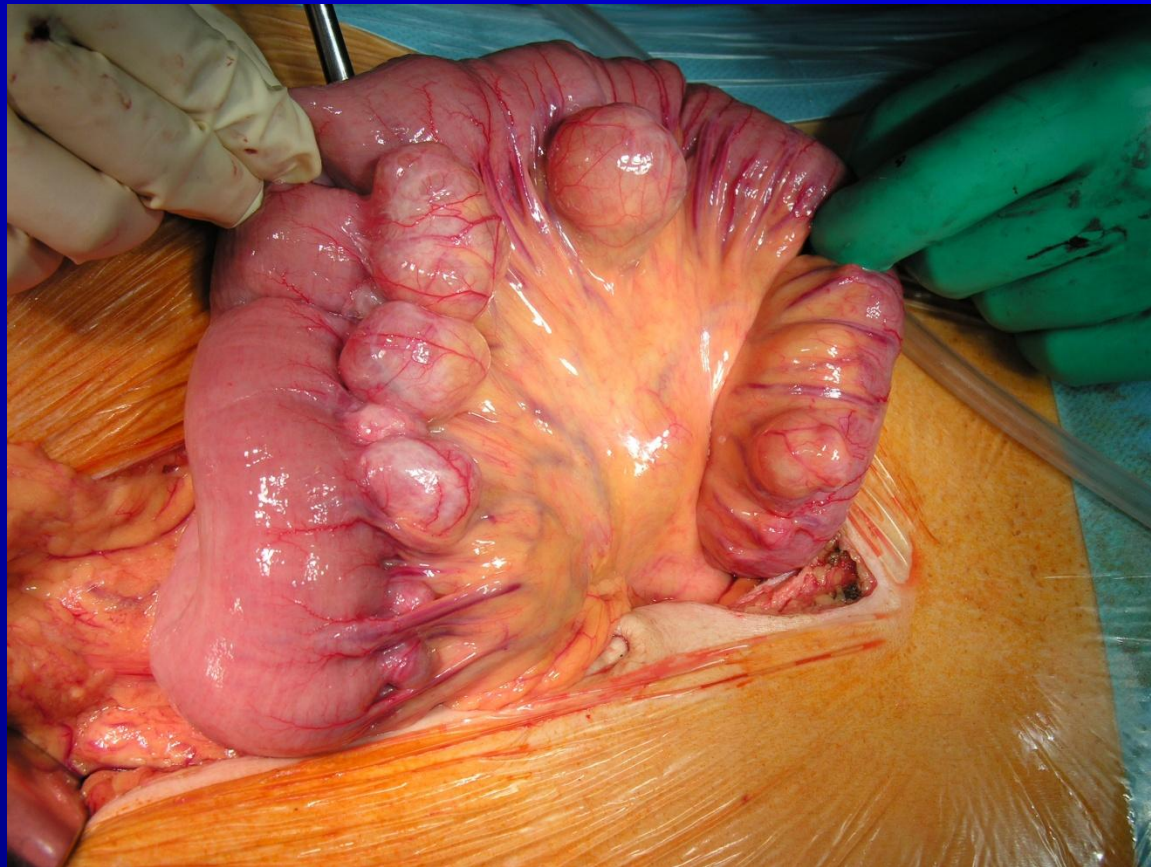
- Resekcja z zespoleniem pierwotnym śmiertelność 7%
- Operacja Hartmanna śmiertelność 5%
- Resekcja z zespoleniem pierwotnym i kolostomią odbarczającą
- Zeszycie miejsca przedziurawienia i proksymalna kolostomia śmiertelność 35%
- Zeszycie miejsca przedziurawienia i drenaż okolicy śmiertelność 38%
- Kolostomia odbarczająca
- Zespolenie omijające

Choroba uchyłkowa okrecznicy

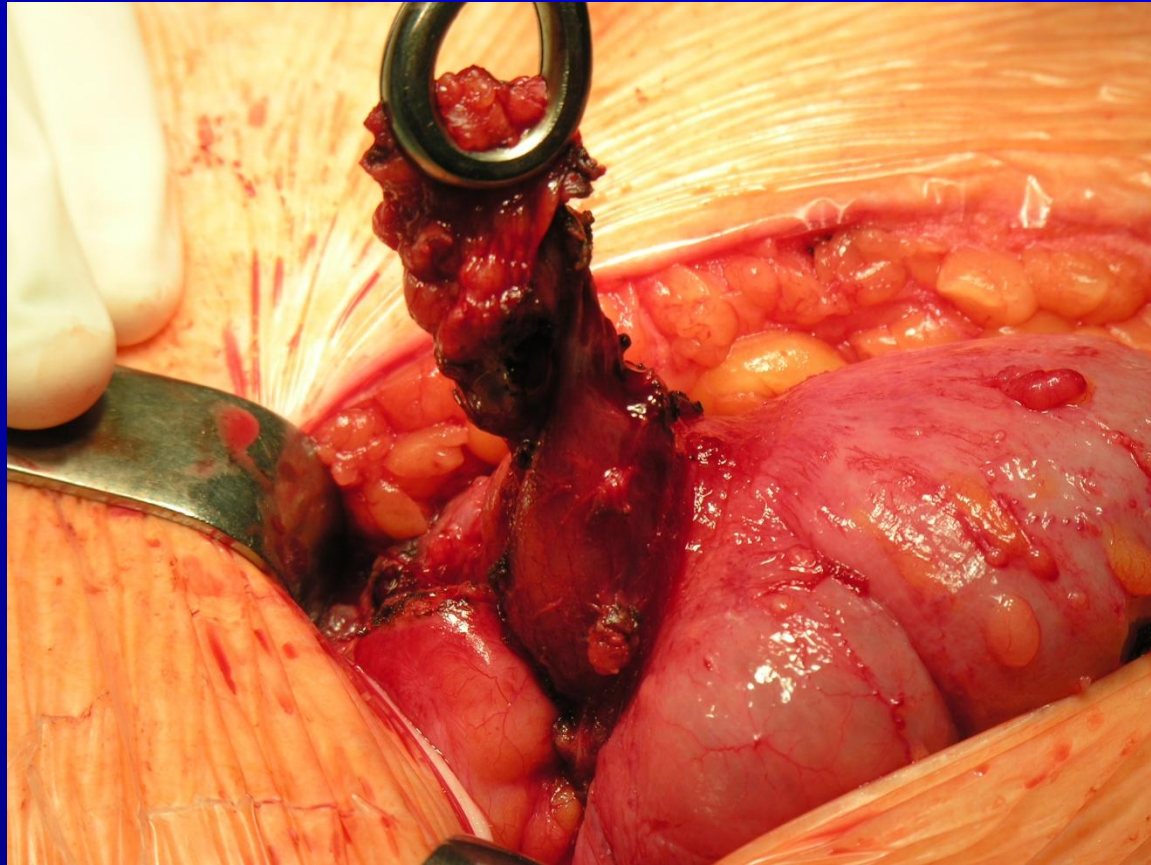




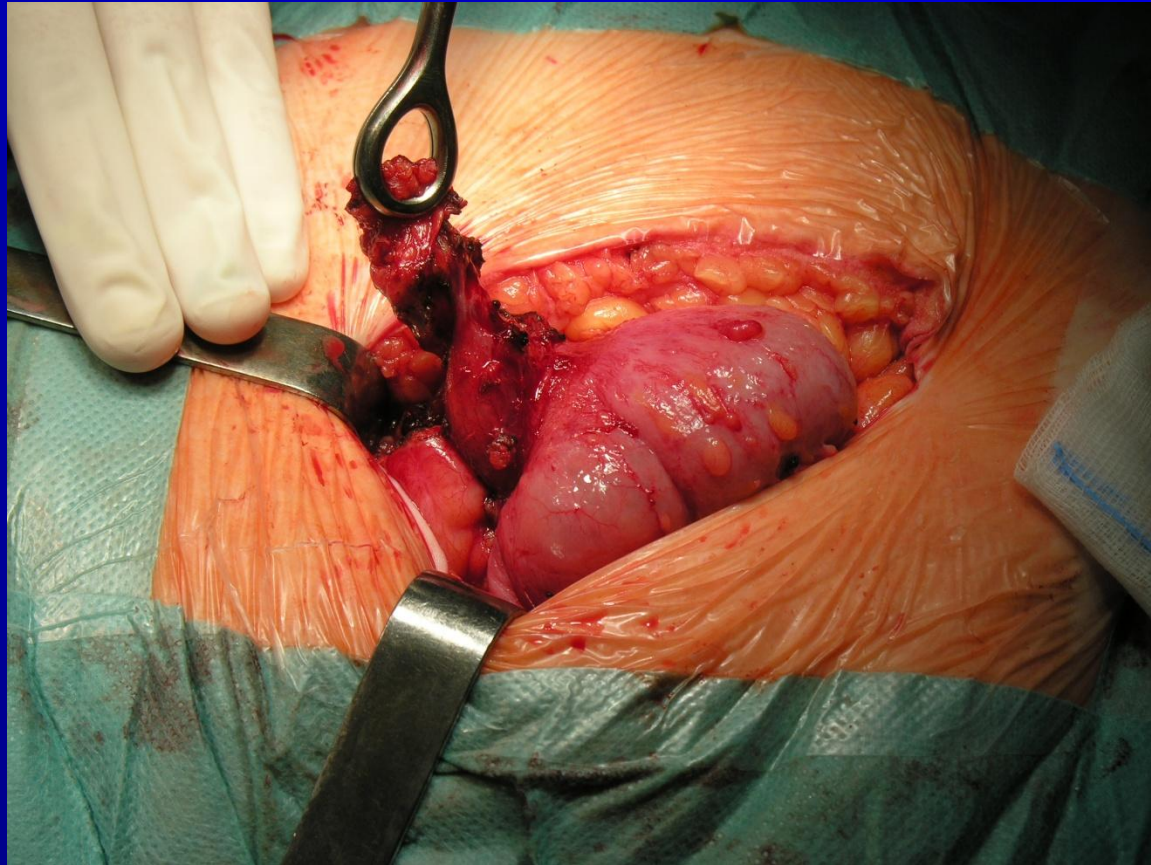
Uchyłki jelita cienkiego



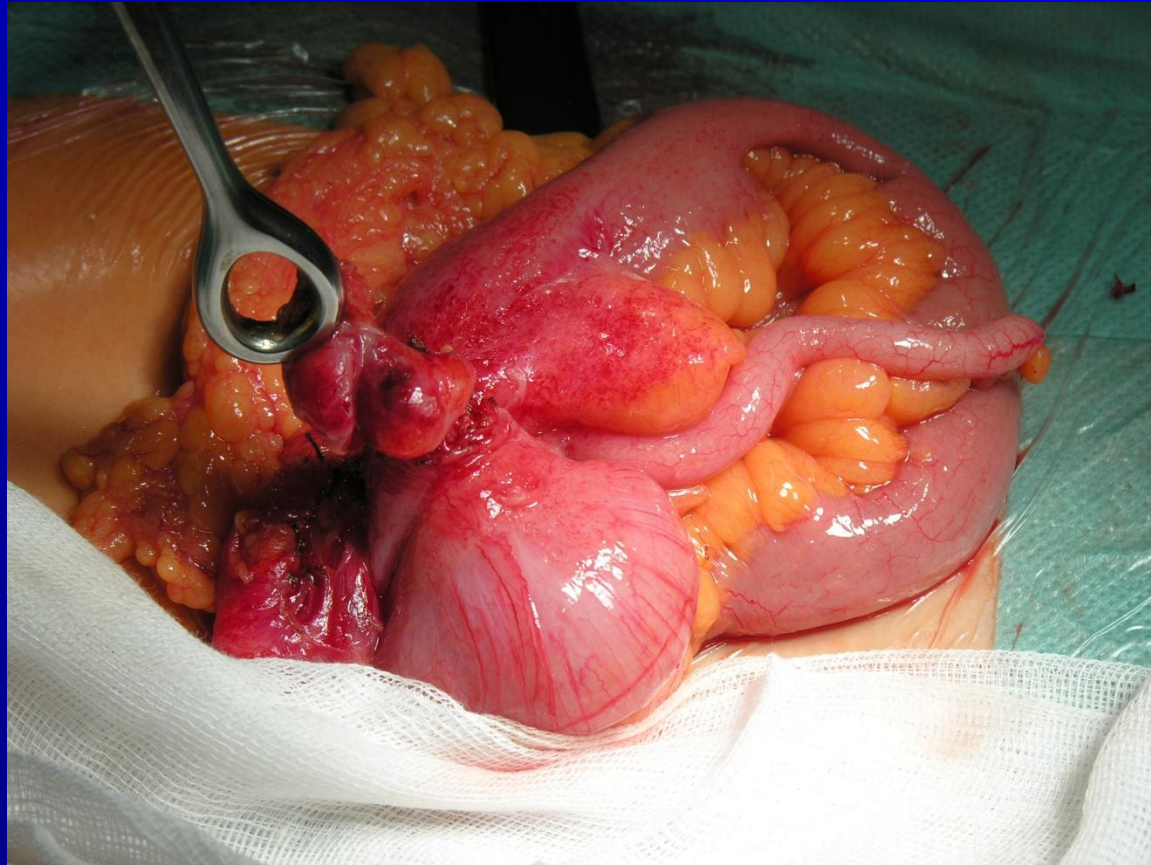
Uchylek okrężnicy



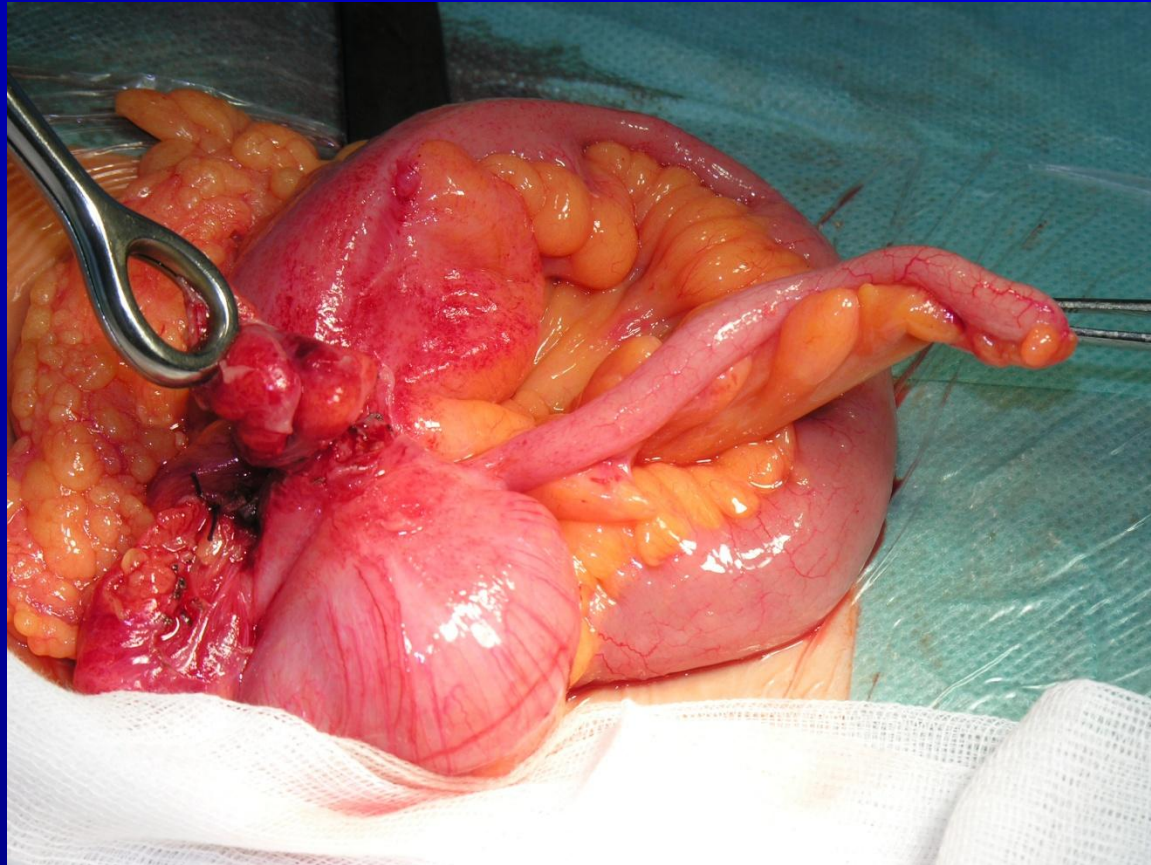
Uchylek okrężnicy



Uchylek wątnicy



Uchylek kątnicy



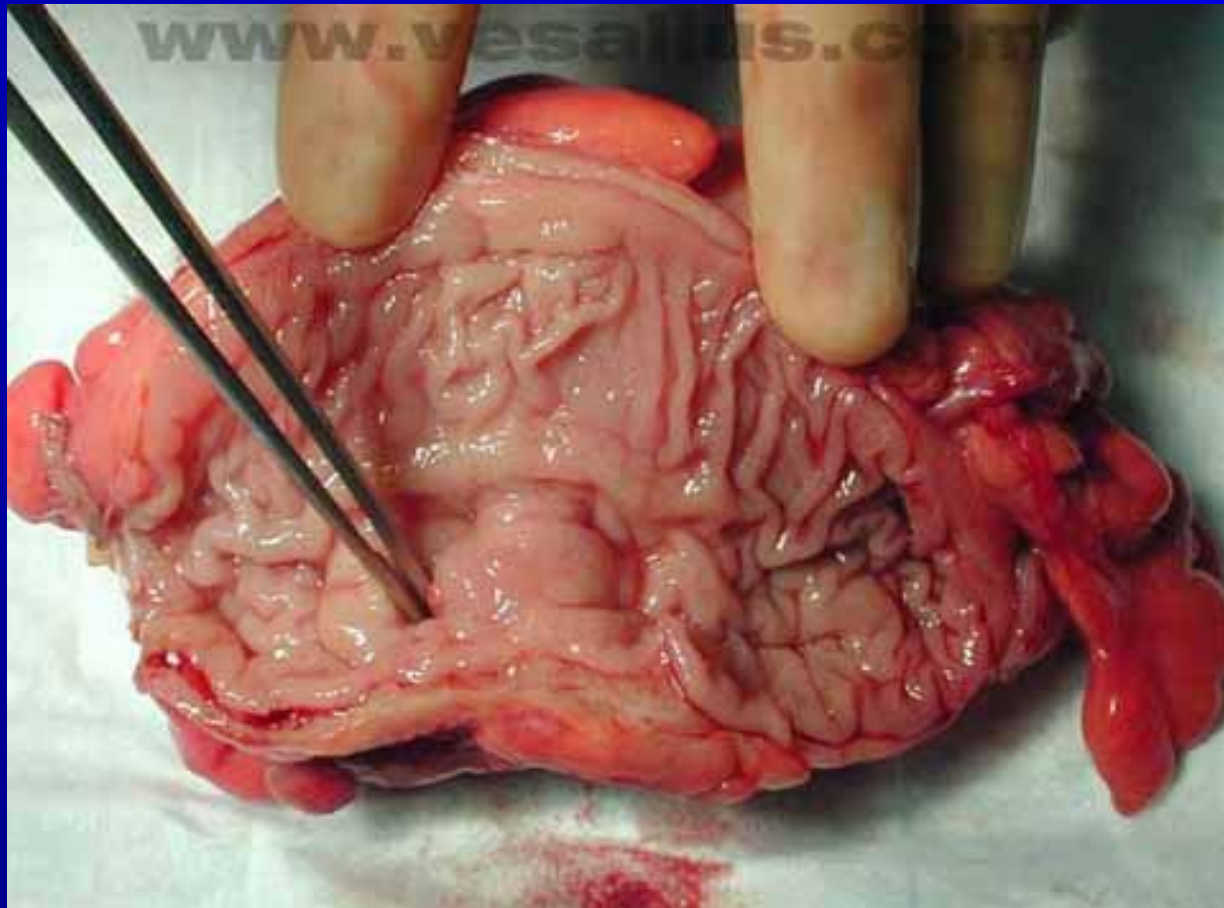
Leczenie operacyjne – czynniki uniemożliwiające zespolenie pierwotne

- Ropowica niemożliwa do operacyjnego usunięcia
- Przepętnienie jelita kałem
- Obrzęk jelita
- Znaczne zanieczyszczenie jelita kałem lub kałowe zapalenie otrzewnej
- Pierwotne zespolenie przeciwwskazane gdy pacjent niestabilny krążeniowo lub oddechowo, lub na przewlekłej sterydoterapii (inne przyczyny zaburzeń odporności)

Rozlane zapalenie otrzewnej – leczenie operacyjne

- Płyny i.v., antybiotykoterapia, sonda żołądkowa
- Doraźne wycięcie zmienionego odcinka okrężnicy z pierwotnym zespoleniem, gdy stan chorego dobry a chirurg doświadczony
- Doraźne wycięcie bez pierwotnego zespolenia (m. Hartmann), gdy stan chorego jest niezadawalający – przy tym postępowaniu likwidacja brzuszego odbytu i odtworzenie ciągłości j. grubego następuje w terminie późniejszym (za bez ryzyka rozejścia się zespolenia, dla mniej doświadczonego chirurga, przeciwko – 30-40% stomia na stałe)

Choroba uchyłkowa okężnicy



Leczenie operacyjne - nawroty

- Po zespoleniu okrężniczo-esicznym 12%
- Po zespoleniu okrężniczo odbytaniczym 6%

Leczenie operacyjne – czynniki zmniejszające ilość pooperacyjnych powikłań septycznych

- Antybiotyki i.v.
- Odpowiedni wybór poziomu zespolenia – zmniejszenie ryzyka wystąpienia nieszczelności zespolenia
- Usunięcie ognisk zapalnych
- Stosowanie w wybranych przypadkach drenażu płuczącego