

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E  
*położnictwo*Powikłane zapalenie uchyłka jelita grubego  
u pacjentki w 34 tygodniu ciąży

## Complicated colonic diverticulitis at 34 weeks gestation

Milczarek-Łukowiak Maria, Pyziak Andrzej, Kocemba Wojciech, Płusajska Justyna

Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Tomaszowskie Centrum Zdrowia, Tomaszów Mazowiecki, Polska

**Streszczenie**

Jedną z najczęstszych przyczyn zapalenia otrzewnej są choroby jelita grubego, a szczególnie jego perforacja. Pacjentka lat 38 w 34 tygodniu ciąży była hospitalizowana w oddziale położniczo-ginekologicznym. Rozpoczynające się u niej lokalne zapalenie otrzewnej spowodowane mikroperforacją uchyłka jelita grubego miało utajony przebieg i było maskowane zarówno przez ciążę, jak i objawy kolki nerkowej. W konsekwencji doszło do rozlanego zapalenia otrzewnej. Ze względu na nasilające się objawy otrzewnowe ciążę zakończono drogą cięcia cesarskiego.

Po leczeniu operacyjnym i farmakologicznym pacjentka w 22 dobie po zabiegu wraz z dzieckiem została wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. Badanie kobiety w ciąży jest trudne, a objawy nie są charakterystyczne dlatego też opisujący przypadek podkreśla wagę problemu szerokiej i starannej diagnostyki różnicowej.

Słowa kluczowe: **ciąża / zapalenie otrzewnej / uchyłkowatość /****Summary**

Peritonitis is a set of symptoms of varying etiology, usually with an accompanying infection, systemic and local changes within the peritoneal cavity. Colonic diseases, especially colon perforation, are one of the most common causes of peritonitis. The course of the disease may be turbulent due to sudden perforation. In case of limited peritonitis the disease is not as acute as the perforation hole is small and it can be sealed by the omentum and internal organs. Abdominal pain is usually located around the source of infection and is less severe.

A 38-year-old patient at 34 weeks gestation was hospitalized in the obstetric-gynecological ward of the Health Care Center with a diagnosis of preterm delivery, urinary infection and renal colic. Due to increasing peritoneal symptoms and deteriorating general condition of the patient, a decision to perform immediately exploratory laparotomy combined with the Cesarean section was made. The surgeon indicated a place in the left mesogastrium that could correspond with a drained interintestinal abscess and also found a large amount of fibrin in the lower floor of the peritoneal cavity.

**Corresponding Author:**

Wojciech Kocemba  
Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Tomaszowskie Centrum Zdrowia  
Polska, 97-200 Tomaszów Mazowiecki ul. Jana Pawła II 35  
tel. 447257142 fax. 447257251  
e-mail: drkocemba@o2.pl

Otrzymano: 20.11.2011  
Zaakceptowano do druku: 10.10.2012

Milczarek-Lukowiak M, et al. Powikłane zapalenie uchyłka jelita grubego u pacjentki w 34 tygodniu ciąży.

*The initial point of the abscess remained unknown and the patient received total parenteral nutrition for 10 days. On 5 postoperative day the drain was removed from the peritoneal cavity and since day 10 patient health was steadily improving. Bacteriological cultures revealed abundant growth of E. coli that showed sensitivity to the used antibiotics. On 22 postoperative day the patient and her child were discharged home in good condition. Five months later, the patient was admitted to the surgical ward with acute abdominal pain with the diagnosis of an abscess in her left mesogastric and subgastric area, perforation of sigmoid diverticulum and fecal fistula.*

*Our case illustrates great difficulties in diagnosing diseases of the abdominal cavity during pregnancy because causes and symptoms may be typical of this condition, as well as of unrelated diseases, including: kidney problems, appendicitis, cholecystitis and bowel disease. Examination of the pregnant patient presents a challenge and the symptoms are uncharacteristic. Tension of the abdominal wall, as well as the muscles of the digestive and urinary tract are reduced and the topography of the internal organs changes during pregnancy. The interpretation of laboratory tests becomes more difficult. In our case, the initial local peritonitis, caused by microperforation of the diverticulum, ran a latent course and was masked by both pregnancy and renal colic symptoms, consequently leading to diffuse peritonitis.*

*The presented case demonstrates the importance of the problem and forces obstetricians to be more vigilant in determining the diagnosis and decision-making, because of its meaning for the health and even the life of the patient and her child.*

Key words: **pregnancy / peritonitis / diverticulitis /**

## Wstęp

Zapalenie otrzewnej to zespół objawów chorobowych o różnej etiologii przebiegających najczęściej z zakażeniem, zmianami miejscowymi w obrębie jamy otrzewnej oraz zmianami ogólnoustrojowymi. Do zmian pierwotnych dołączają szybko niedrożność porażenna, zaburzenia metaboliczne, zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, posocznica, wstrząs oraz zespół dysfunkcji wielonarządowej [1, 2, 3].

Posocznicę rozpoznaje się, gdy spełnione są kryteria rozpoznania ogólnoustrojowej reakcji zapalnej i zostanie potwierdzone zakażenie. Do biochemicznych markerów zakażenia należy m.in. białko C-reaktywne, którego wzrost stężenia powyżej 100 mg/L wskazuje zazwyczaj na rozwój zakażenia. Prokalcytonina uważana jest za znacznie dokładniejszy marker zakażenia i wykazuje silną korelację z nasileniem posocznicy. Poziom prokalcytoniny powyżej 10 ng/mL świadczy o poważnej układowej odpowiedzi zapalnej [1, 3, 4, 5].

Jedną z najczęstszych przyczyn zapalenia otrzewnej są choroby jelita grubego. Groźnym powikłaniem bywa perforacja uchyłka do jamy otrzewnej. Przy nagłej perforacji przebieg choroby jest burzliwy. Jeżeli otwór perforacji jest mały, to może on zostać oklejony przez sieć i narządy wewnętrzne. W sytuacji takiej dochodzi do ograniczonego zapalenia otrzewnej, a przebieg choroby nie jest już tak gwałtowny. Ból brzucha jest mniej nasilony i umiejscowiony zwykle w okolicy źródła zakażenia [6, 7, 8, 9, 10].

## Opis przypadku

Pacjentka, lat 38, będąca w 34 tygodniu pierwszej ciąży, została przyjęta do oddziału położniczo-ginekologicznego w dniu 02.06.2010 r. Stan ogólny ciężarnej był dobry, RR 110/70 mm Hg, tętno 88 x/min., podstawowa temperatura ciała 36,8 °C.

Główną dolegliwością był ból o charakterze kolkowym, zlokalizowany w lewym śródbrzuszu i promieniujący do pachwiny. W badaniu przedmiotowym brzuch był miękki, objawów otrzewnowych nie stwierdzono, perystaltyka była leniwa, objaw

Goldflama był lewostronnie dodatni. Mięsień macicy wykazywał wzmoczone napięcie. W badaniu wewnętrznym pęcherz płodowy był zachowany, szyjka macicy walcowata, kanał zamknięty.

Rozpoznano zagrożenie porodem przedwczesnym, infekcję w drogach moczowych i kolkę nerkową. Pobrano mocz na posiew i włączono leki rozkurczowe oraz antybiotykoterapię. W badaniach laboratoryjnych: leukocytoza wynosiła 12 500/ $\mu$ L, białko C-reaktywne (CRP) 51 mg/L, cechy infekcji w badaniu ogólnym moczu. Ultrasonografia wykazała obecność 10 mm złożu w nerce lewej. Konsultacja urologiczna potwierdziła kamicę nerkową, utrzymano uprzednio wdrożone leczenie. Posiew moczu wykazał obfity wzrost *E. coli* i *Enterococcus faecalis*, wrażliwych na zastosowany antybiotyk. Pacjentkę wypisano do domu 10.06.2010 r.

Tego samego dnia ciężarna ponownie została przyjęta do oddziału. Zgłaszała silny ból o charakterze kolkowym w lewym śródbrzuszu promieniujący do lewej okolicy lędźwiowej i pachwiny. Stan ogólny pacjentki był dobry, w badaniu przedmiotowym brzuch nieco wzdęty bez objawów otrzewnowych, perystaltyka słyszalna, objaw Goldflama lewostronnie dodatni. Po włączeniu leczenia rozkurczowego dolegliwości bólowe stopniowo ustąpiły. Przez cały okres tego pobytu pacjentka znajdowała się w stanie ogólnym dobrym, nie gorączkowała, a występowały jedynie zaparcia.

W późniejszych godzinach dnia wypisu doszło do ponownego zaostrzenia choroby. Chora ponownie zgłaszała silny ból brzucha, który był wzdęty, tkliwy, a perystaltyka słabo słyszalna. Mięsień macicy – o wybitnie wzmoczonej napięciu, pacjentka przestała czuć ruchy płodu, liczne zapisy kardiograficzne były prawidłowe. Ze względu na nasilające się objawy otrzewnowe i pogarszający się stan ogólny chorej zdecydowano o natychmiastowym wykonaniu laparotomii zwiadowczej połączonej z cięciem cesarskim. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono odczynowo zmienioną otrzewną. Z jamy brzusznej odesano około 500 ml treści ropnej. Macica na całej powierzchni pokryta była warstwą włókniaka.

Milczarek-Lukowiak M, et al. Powiklane zapalenie uchyłka jelita grubego u pacjentki w 34 tygodniu ciąży.

Mięsień macicy otwarty w sposób typowy w dolnym odcinku i wydobyto płód płci żeńskiej o masie ciała 2800 g, w stanie ogólnym dobrym. Łożysko urodziło się w całości. Mięsień macicy zeszyto szwami pojedynczymi. Obecny przy zabiegu chirurg wskazał w lewym śródbrzuchu miejsce mogące odpowiadać opróżnionemu ropniowi międzyjelitowemu oraz stwierdził dużą ilość włókniaka w dolnym piętrze jamy otrzewnej. Nie udało się znaleźć punktu wyjścia ropnia. Po założeniu drenażu do jamy otrzewnej zeszyto powłoki jamy brzusznej.

Chorą przeniesiono do sali intensywnego nadzoru w oddziale ginekologicznym. Stan położnicy był ciężki: RR 150/100 mm Hg, temperatura ciała 38,0°C, tętno > 110x/min, tachypnoe. Pojawiły się zaburzenia w badaniach koagulologicznych: D-Dimery osiągnęły poziom >10000 ng/mL, CRP 350,2 mg/L, poziom leukocytów 7900/μL, w tym w rozmazie formy pałeczkowate stanowiły 41%, prokalcytonina 24,48 ng/mL. U chorej zastosowano antybiotykoterapię (klindamycyna, gentamycyna), metronidazol i heparynę drobnocząsteczkową. Stan chorej pozostawał dość ciężki, a w 2 dobie pooperacyjnej prokalcytonina osiągnęła stężenie 43,07 ng/mL. Chorej przetoczono osocze i albuminy. Ze względu na brak identyfikacji punktu wyjścia ropnia chora przez 10 dni pozostawała na całkowitym żywieniu pozajelitowym. W 5 dobie pooperacyjnej usunięto drenaż z jamy otrzewnej, a od 10 doby stan zdrowia pacjentki systematycznie się poprawiał. W posiewach bakteriologicznych uzyskano obfity wzrost *E. coli* wrazliwej na zastosowane antybiotyki. Monitorowane ultrasonograficznie przestrzenie płynowe między pętlami jelit systematycznie zmniejszały się, a ich całkowita resorpcja nastąpiła dwa miesiące po zabiegu operacyjnym. W 22 dobie pooperacyjnej położnicę wraz z dzieckiem wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.

W 5 miesięcy później – w listoпадzie 2010 r. – pacjentka została przyjęta do oddziału chirurgicznego z silnymi dolegliwościami bólowymi brzucha. U chorej rozpoznano ropień okolicy lewego śródbrzucha i podbrzusza, perforację uchyłka esicy i przetokę kałową.

## Omówienie

Przyczyną dolegliwości u kobiet w ciąży mogą być objawy i schorzenia typowe dla tego okresu, jak i choroby od niego niezależne, m.in.: schorzenia nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego oraz choroby jelit. Badanie ciężarnej jest trudne, a objawy są niecharakterystyczne. W ciąży zmniejsza się napięcie powłok brzusznych oraz mięśni układu pokarmowego i moczowego, zmienia się także topografia narządów wewnętrznych. Trudniejsza staje się również interpretacja badań laboratoryjnych [11, 12, 13, 14].

Opisywany przypadek chorej obrazuje ogromne trudności występujące przy diagnozowaniu schorzeń jamy brzusznej w przebiegu ciąży. U ciężarnej rozpoczynające się lokalne zapalenie otrzewnej spowodowane mikroperforacją uchyłka jelita grubego miało przebieg utajony i było maskowane zarówno przez ciążę, jak i objawy kolki nerkowej. Spowodowało to w konsekwencji rozlane zapalenie otrzewnej. Sytuacja ta podkreśla wagę problemu i zmusza położnicę do zwiększonej czujności przy ustalaniu rozpoznania i podejmowaniu decyzji, gdyż ma to kluczowe znaczenie dla stanu zdrowia, a nawet życia chorej i jej dziecka [3, 12].

## Piśmiennictwo

1. Harry W, Foley M. Leczenie wstrząsu septycznego u pacjentek oddziałów położniczo-ginekologicznych. *Ginekologia po Dyplomie*. 2006, 3, 54-59.
2. Szymański W, Styga M. Wstrząs septyczny w położnictwie i ginekologii. *Medipress Ginekologia* 1996, 2, 6-11.
3. Kruszyński Z. Wstrząs septyczny. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*. 2003, 38, 14-42.
4. Bodner J, Windisch J, Bale R, [et al.]. Perforated right colonic diverticulitis complicating pregnancy at 37 weeks' gestation. *Int J Colorectal Dis* 2005, 20, 381-382.
5. Yahchouchy E, Marano A, Etienne J, [et al.]. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg*. 2001, 192, 658-662.
6. Chanrachakul B, Tangtrakul S, Herabutya Y, [et al.]. Meckel's diverticulitis: an uncommon complication during pregnancy. *BJOG*. 2001, 108, 1199-1200.
7. Stollman N, Raskin J. Diverticular disease of the colon. *Lancet*. 2004, 21, 363-369.
8. Huerta S, Barleben A, Peck M, [et al.]. Meckel's diverticulitis: a rare etiology of an acute abdomen during pregnancy. *Curr Surg*. 2006, 4, 290-293.
9. Rudloff U, Jobanputra S, Smith-Levitin M, [et al.]. Meckel's diverticulum complicating pregnancy. Case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2005, 271, 89-93.
10. Castro M. Diagnosis and management of diverticulitis in women. *Prim Care Update Obstet Gynecol*. 2003, 10, 220-223.
11. Gambala C, Levine D, Kilpatrick S. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w czasie ciąży. Zgadywanka? *Ginekologia po Dyplomie*. 2008, 3, 75-82.
12. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007, 131, 4-12.
13. Gutkowski K, Hartleb M. Nieswoiste choroby zapalne jelit u ciężarnych. *Ginekol Pol*. 2009, 80, 379-382.
14. Wong Y, Liu S, Ng S, [et al.]. Giant Meckel's diverticulitis: a rare condition complicating pregnancy. *Am J Surg*. 2010, 200, 184-185.