

**AKUTNA PSEUDOOPSTRUKCIJA KOLONA
S KOMPLIKACIJOM – PRIKAZ BOLESNIKA**

ACUTE COLONIC PSEUDO-OBSTRUCTION WITH COMPLICATION – CASE REPORT

TOMISLAV PEŠEK, KSENIJA PEŠEK, ZVONIMIR GLUMPAK,
CVJETKO LEŽ, MARIJA ZLOJTRO*

Deskriptori: Pseudo-opstrukcija kolona – kirurgija, komplikacije; Megakolon – kirurgija, komplikacije; Akutna bolest; Konstipacija – kirurgija; Kolorektalna kirurgija – metode

Sažetak. Prikazan je slučaj kirurškog liječenja megakolona i njegovih komplikacija kod sedamnaestogodišnjeg mladića. Dovezen je u hitni kirurški prijam zbog boli u trbuhu i izostanka stolice zadnjih 7 dana. Saznaje se da je mladić od rane mladosti imao problema sa stolicom. Sfinkter kontrolira od 5. godine. Hospitaliziran je kao dijete, te mu je isključena dijagnoza kongenitalnog megakolona (patohistološki pregled biopsije rektuma uredna je nalaza). Od tada je defecirao svaki 4. do 5. dan, uz povremeno primanje laksativa. Nakon hospitalizacije na našem odjelu konzervativnim se metodama pokušala uspostaviti normalna peristaltika. Kako se stanje bolesnika pogoršavalo, napravljena je operacija po Hartmannu (resekcija sigmoidnog kolona). Postoperacijski je oporavak uredan te se devet mjeseci nakon prve operacije uspostavlja kontinuitet debelog crijeva. Mladić se redovito kontrolira i nema tegoba pri defekaciji.

Descriptors: Colonic pseudo-obstruction – surgery, complications; Megacolon – surgery, complications; Acute disease; Constipation – surgery; Colorectal surgery – methods

Summary. This case report examines the surgical treatment of megacolon and its complications in a 17-year-old male patient. He was examined in the surgical emergency unit because of severe abdominal pain and absence of stool for one week. Detailed history revealed that the patient had difficulties in defecation from the early childhood. Sphincter control was not established by the age of five. During hospitalization as a child, the diagnosis of congenital megacolon was excluded (pathohistological examination of rectal biopsy material showed normal findings). He was followed-up regularly, had stool every four to five days and few times received laxatives to relieve constipation. The patient was hospitalized at the Department of Abdominal Surgery and primarily treated with conservative methods trying to induce intestinal peristaltics. As the patient's condition worsened, Hartmann's procedure was performed (sigmoid colon resection). Postoperative recovery was successful and after nine months we established colon continuity. The patient reports for check-ups without any difficulty in defecation.

Liječ Vjesn 2010;132:18–21

Megakolon^{1–3} je opisni pojam koji se odnosi na kronične promjene debelog crijeva na nativnom radiološkom nalazu kada je cekum proširen na više od 12 centimetara (cm), ascendentni kolon više od 8 cm, a silazni i rektosigmoidni kolon više od 6,5 cm. Kod megakolona debelo je crijevo sklono dilatiranju zbog kroničnih mehaničkih, nemehaničkih ili upalnih uzroka. Dijeli se na kongenitalni i stečeni. Kongenitalni megakolon, Hirschsprungova bolest,² uzrokovan je manjkom intramuralnih živčanih plexusa (Stohrov, Auerbachov, Meissnerov, Henleov, Cajalov plexus). U 75% zahvaća rektum i sigmoidni kolon, dok je cijelo debelo crijevo uz dio ileuma zahvaćeno u 3% bolesnika. Zahvaćeni segment crijeva stalno je kontrahiran, bez peristaltike te uzrokuje funkcionalnu opstrukciju. U proksimalnom, zdravom dijelu crijeva nagomilava se stolica i dolazi do dilatacije. O duljini zahvaćenog segmenta ovisi izgled kliničke slike. Uredna manometrija anorektuma, uz urednu biopsiju rektuma, isključuje kongenitalni megakolon.^{4,5} Kongenitalni aganglionarni kolon se otkriva kod novorođenčadi u 50–90% slučajeva, jer nema pražnjenja mekonija. Nakon prve godine života otkriva se još u 10–15% bolesnika. Liječenje je kirurško i sastoji se u resekciji aganglionarnog dijela crijeva, uz uspostavljanje spontane defekacije kod kontinuitetnog bolesnika.⁶

Stečeni megakolon može biti uzrokovan kroničnom opstipacijom⁷ ili upalom. Klinički se može pojaviti kao akutno ili kronično stanje.

Akutni megakolon može biti netoksični, Ogilvieov sindrom⁸ ili akutni toksični megakolon,⁹ kao posljedica ulceroznog kolitisa.

Kronični megakolon može se javiti kao idiopatski megakolon kod djece starije od 10 godina ili kod odraslih najčešće u sedmom desetljeću i kasnije. Klinički kod djece, osim boli i neugode prilikom defekacije, javlja se i njezin izostanak, odnosno opstipacija. Prema III. rimskim kriterijima opstipacija označava dvije ili manje defekacije na tjedan, uz najmanje jednom na tjedan epizodu fekalne inkontinencije. Anamnestički postoji svjesno dugotrajno zadržavanje stolice uz povremenu bolnu peristaltiku te prisutnost velike količine fecesa u rektumu. Prilikom defekacije stolica ima velik dijametar.^{7,10} Sve se to javlja tijekom određenog razdoblja.

* **Opća bolnica Zabok** (Tomislav Pešek, dr. med.; Ksenija Pešek, dr. med.; Zvonimir Glumpak, dr. med.; mr. sc. Cvjetko Lež, dr. med.; Marija Zlojtro, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. T. Pešek, Opća bolnica Zabok, Bračak 8, 49210 Zabok, e-mail: ksenija.pesek@krt.com.hr

Primljeno 18. listopada 2007., prihvaćeno 7. listopada 2009.

Kod starijih bolesnika mentalna konfuzija, nepokretnost te neadekvatna mogućnost obavljanja nužde pridonosi nakupljanju fecesa u rektumu i širenju kolona.

Idiopatska pseudoopstrukcija označuje hipomotilitet probavne crijevi. Nepoznati su uzroci, ali postoje faktori rizika kao što su dugotrajno ležanje, uzimanje narkotika, cerebralna paraliza ili druge neurološke bolesti.¹¹

Psihogeni opstipacija pojavljuje se u neurozi ili psihozi, ali može biti uzrokovana i medikamentima, zbog liječenja bolesti. Neke neurološke bolesti, kao Parkinsonova bolest, dijabetička neuropatija, ozljede leđne moždine, amiloidoza, mogu biti praćene megakolonom. Chagasova bolest,¹² degeneracija mienteričkog plexusa uzrokovana infekcijom *Trypanosomom cruzi*, praćena je megakolonom. Sklerodermija, hipotireoidizam, hipoparatiroidizam, porfirija, trovanje olovom, bolesti anorektalne regije te abuzus laksativa i dugotrajno uzimanje antikonvulziva, opijata, trankvilizatora, antiparkinsonika može izazvati megakolon.

Diferencijalnodijagnostički potrebno je kod djece isključiti kongenitalne malformacije kao što su stenoza anusa, neperforirana analna membrana i ageneza anorektuma. Kod odraslih je potrebno isključiti mehaničku opstrukciju.

Dragocjeni su anamnestički podaci o početku opstipacije. Već u novorođenčeta može doći do otežanog ili zakasnelog pražnjenja mekonija, što upućuje na organski uzrok opstipacije.

Djeca s funkcionalnom opstipacijom često imaju i funkcionalnu inkontinenciju fecesa. Stolica im izostaje i po više dana. Povremeno izbacuju velike količine stolice. Pri tome su u dobrom općeg stanja i dobro se razvijaju.

Kliničkim pregledom djeteta s funkcionalnom opstipacijom mogu se palpirati skibala suprapubično ili u donjem lijevom kvadrantu trbuha. Trbuh može biti meteorističan, vidljive peristaltike.

Digitorektalnim pregledom kod kongenitalnog megakolona nađe se prazna ampula, dok je kod stečenog megakolona puna impaktirane stolice.

Irigografijom se prikazuje dužina aganglionarnog dijela kolona.

Biopsija rektuma radi se kod sumnje na kongenitalni megakolon.²

Potrebna je i psihološka obrada djece.

Liječenje idiopatskog megakolona kod djece i odraslih je konzervativno. Sastoji se u digitalnoj dezimpakciji fekaloma, davanju laksativa, glicerinskih čepića, klizma i biofeedback vježbi.^{13,14} Davanje laksativa i klizma mora biti dugotrajno da bi se uspostavilo normalno pražnjenje crijeva i spriječila reakumulacija stolice, koja se kod male djece lako dogodi.¹⁵ Djeca defekaciju doživljavaju kao neugodu te ih je potrebno potaknuti na redovito defeciranje u određeno vrijeme, po mogućnosti nakon većeg obroka. Prehrana mora biti uravnotežena i s adekvatnom količinom ostatnih tvari. Moraju se uključiti i roditelji, a u težim slučajevima psiholog i psihijatar.

Liječenje kongenitalnog megakolona je u pravilu kirurško.⁶

Kod akutnog megakolona^{16,17} obustavi se prehrana na usta, postavlja se nazogastrična sonda, nadoknađuje tekućina i korigira elektrolitski i acido-bazni status. Bolesnik se oksigenira. Daju se visoke intravenske doze neostigmina.¹⁸ Sljedeći je korak u liječenju akutnog megakolona kolonoskopija. Kolonoskopom je potrebno ući u prošireni dio crijeva te evakuirati zaostalu stolicu i zrak. Katkad je potrebno ponoviti proceduru. Radi sprječavanja recidiva potrebno je postaviti fleksibilni tubus u debelo crijevo, uz povremenu

sukciju. Sve promjene u kliničkoj slici radiološki se verificiraju. Perforacija kod kolonoskopije je rijetka, opasna, ali moguća komplikacija u oko 3%. U slučaju pogoršanja kliničke slike te sumnje na perforaciju ili ishemiju oko 5% bolesnika je potrebno operirati. Kada je uzrok perforacije prekomjerna distenzija, mjesto perforacije je cekum, a kada je uzrok perforacije sterkoralni ulkus, onda je mjesto perforacije rektosigmoidni prijelaz. Kirurško liječenje akutnog megakolona sastoji se od cektomije ili suptotalne kolektomije s ileostomijom. Kod kroničnog megakolona može se resecirati cijeli kolon i napraviti ileorektalna anastomoza ili se resecira samo zahvaćeni dio kolona. Kirurško liječenje Hirschsprungove bolesti sastoji se u Soave-Duhamel-Swensonovoj pull-through proceduri.⁶ Dobri postoperacijski rezultati kod suptotalne kolektomije postignuti su u 71% bolesnika, a kod parcijalne resekcije u 49% bolesnika. Recidiv simptoma kod suptotalne kolektomije je 14%, a kod parcijalne kolektomije 24%.^{19,20}

Prikaz bolesnika

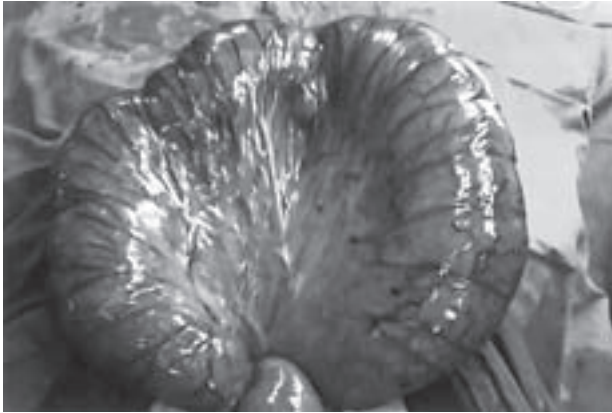
Mladić u dobi od sedamnaest godina dolazi u hitnu kiruršku ambulantu zbog boli u trbuhu koje traju sedam dana, a praćene su povećanjem opsega trbuha te izostankom stolice od sedam dana. Kliničkim pregledom nađe se izrazito distendiran trbuh, meteorističan, difuzno bolan na palpaciju, auskultatorno bez peristaltike. U ampuli se nađe malo stolice. Svi laboratorijski parametri upale su povišeni (C-reaktivni protein, leukociti i sedimentacija). Heteroanamnestički saznajemo da od svoje treće godine ima problema sa stolicom. Dvaput je hospitaliziran u dobi od pete i dvanaeste godine u drugim ustanovama. Nativna snimka abdomena pokazuje distendirane vijuge debelog crijeva s aerolikvidnim nivoima, uz veliku količinu zaostalih fekalnih masa. U predjelu sigmoidnog kolona distenzija je veća od 15 cm (slika 1). Bolesnik se prima u Jedinicu intenzivnog liječenja. Ordinirane su koloidne otopine, neostigmin, oksigenacija i klizme. U daljnjem tijeku bolesti postaje dispoičan, tahikardan, pogoršava se acido-bazni status, laboratorijski parametri upale u porastu, dilatacija debelog crijeva je i dalje prisutna te se indicira kirurški zahvat.

Učini se srednja i donja medijana laparotomija. U abdominalnoj šupljini nađe se oko 500 mililitara zamućenog sadržaja. Kompletno debelo crijevo je izrazito dilatirano, a najjače sigmoidni kolon i proksimalni dio rektuma, tako da je praktički nemoguće ući u malu zdjelicu pored dilatiranog

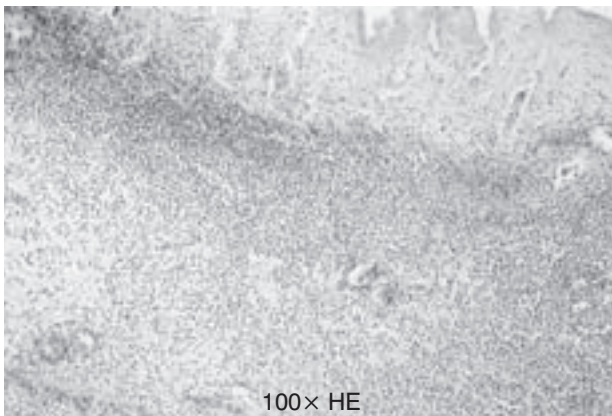


Slika 1. Proširene vijuge kolona s aerolikvidnim razinama i zaostalim stolicom

Figure 1. Increase in colon loop diameter with signs of obstruction and stool stasis



Slika 2. Resecirani sigmoidni kolon
Figure 2. Resected sigmoid colon



Slika 3. Nekroza stijenke kolona
Figure 3. Necrosis of the large bowel-full thickness

crijeva. Veći dio sigmoidnog kolona prošaran je kao tigrova koža, s arealima nekrotične stijenke. Napravi se kolotomija i evakuira zrak te šest litara crijevnog sadržaja. U daljnjem tijeku operacije napravi se zahvat po Hartmannu uz resekciju vitalno ugroženog dijela crijeva (slika 2). Distalni dio ekstraperitonealnog rektuma se slijepo zatvori. Postoperacijski tijek protječe bez komplikacija. Bolesnik je nakon uspostave peristaltike svakodnevno na stomu imao stolicu.

Patohistološki nalaz (PHD) – u zaprimljenom materijalu dio debelog crijeva duljine oko 50 cm, širine do 15 cm, većinom stanjene stijenke crijeva. Uz jedan resekcijski rub stijenka crijeva je zadebljana u segmentu od oko 20 cm. Patohistološki se u uzorcima stanjene stijenke crijeva nalazi nekroza sluznice, a stijenka je prožeta granulocitima. U uzorcima segmenta crijeva zadebljane stijenke vidljiv je zadebljani mišićni sloj. PHD nalaz – nekroza stijenke sigmoidnog kolona (slika 3). Četrnaesti postoperacijski dan bolesnik se otpušta na daljnju kućnu njegu.

Zbog sumnje na kongenitalni megakolon bolesnik je upućen na obradu u drugu ustanovu. Napravljena je biopsija rektuma koja je uredna PHD nalaza. Manometrija anorektuma je u granicama normale, osim nešto višeg praga percepcije sadržaja u rektumu. U bataljku rektuma nađen je jedan golemi fekalom veličine 10x12 cm, konzistencije tvrdog drveta i evakuiran je. Preporučena je uspostava kontinuiteta debelog crijeva, s time da se resecira ekstraperitonealni dio rektuma. Deset mjeseci nakon prvog zahvata bolesnik do-

lazi na operaciju radi uspostavljanja kontinuiteta debelog crijeva. Napravi se termino-terminalna anastomoza. Postoperacijski tijek uredan. Dvanaesti postoperacijski dan bolesnik se otpušta na daljnju kućnu njegu. Kontrolni pregledi pokazuju uredno opće stanje bolesnika, bez prisutne opstipacije.

Rasprava

Akutna pseudoopstrukcija kolona ozbiljno je kliničko stanje, koje u 5% slučajeva može završiti perforacijom ili ishemijom kolona. Najčešća komplikacija je perforacija kolona s 50%-tnim mortalitetom. Kod dijametra cekuma do 12 cm postotak perforacije iznosi 0%, od 12 do 14 cm 7%, a kod dijametra većeg od 14 cm 23%.^{21,22} U hitnoj službi primljen je mladić u dobi od sedamnaest godina s kliničkom slikom moguće komplikacije akutne pseudoopstrukcije kolona. Bolesnik povremeno obrađivan i liječen u drugoj ustanovi. Zbog težine kliničke slike dolazi u našu ustanovu, koja je bliža od ustanove u kojoj je obrađivan. Započeto je liječenje infuzijama i neostigminom. Bolesnik je oksigeniran, dobio je klizme. Nije došlo do poboljšanja lokalnog statusa bolesnika, već se još pogoršao, pa je indiciran kirurški zahvat. Resecirana je sigma u dužini od oko 50 cm s makroskopski vidljivim nekrotičnim promjenama stijenke. Odlučili smo se na parcijalnu resekciju kolona, koja je jedna od metoda kirurškog liječenja megakolona. Daljnjom obradom bolesnika, u drugoj ustanovi isključen je kongenitalni megakolon. Preporučena je resekcija ekstraperitonealnog dijela rektuma prije uspostavljanja kontinuiteta. Bolesnik osamnaest mjeseci nakon druge operacije nema nikakve tegobe s defekacijom. Kod stečenog megakolona kirurško se liječenje sastoji u kolektomiji i ileorektalnoj anastomozi. Mi smo se odlučili za pošteniju operaciju, parcijalnu resekciju nekrotično promijenjenog kolona. U drugom aktu kod uspostavljanja kontinuiteta reseciran je ekstraperitonealni dio rektuma. Činjenica da bolesnik osamnaest mjeseci nakon druge operacije nije imao problema s defekacijom pokazuje da je izbor operacijske metode bio dobar.

LITERATURA

1. Phillips SF. The large intestine. Physiology, pathophysiology and diseases. U: Phillips SF, Pemberton JH, Shorter, RG, ur. New York: Raven press; 1991, str. 579–592.
2. Kapur RP. Hirschsprung's disease and other enteric dysganglinoes. Critical Rev Clin Lab Sci 1999;36:225–73.
3. Phillips SF, Pemberton JH. Megacolon congenital and acquired. U: Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF, Klein S, ur. Sleisenger and Fordtran Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia: Saunders, 1998, str. 1810–1819.
4. Hosie S, Wessel L, Loff S, Rhein D, Waag KL. Value of anorectal manometry in assessment of constipation in childhood. Langensbeck Arch Chir Supp Kong 1997;114:1333–6.
5. Andrassy RJ, Isaacs H, Weitman JJ. Rectal suction biopsy for the diagnosis of Hirschsprung's disease. Ann Surg 1991;193(4):419–24.
6. de Lagacisic P, Bruneau B, Besnard M, Jaby O, Aigrain Y. Definitive treatment of Hirschsprung's disease with laparoscopic Duhamel pull-through procedure in childhood. Surg Laparosc Endosc 1998;8(1):55–7.
7. Kamm MA. Constipation and its management. Br Med J 2006;327:459–60.
8. Ogilvie WH. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation, a new clinical syndrome. Br Med J 1948;2:671–3.
9. Sheth SG. Toxic megacolon. Lancet 1998;351:509–13.
10. Bening M, Candy DCA, Catto-Smith AG i sur. The Paris consensus on childhood constipation terminology (PACCT) group. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;40:273–5.
11. Batke M, Cappell MS. Adynamic ileus and acute colonic pseudo-obstruction. Med Clin North Am 2008;92:649–70.
12. Scholifield CJ, Jamin J, Salvatella R. The future of Chagas disease control. Trends Parasitol Dec 2006;22(12):583–8.
13. Manson HJ, Serrano-Ikkas E, Kamm MA. Psychological state and quality of life in patients treated behavioral treatment (biofeedback) for intractable constipation. M J Gastroenterol 2002;97:3154–59.