

Acta Chir Croat 2015; 12: 47–49

NEKROTIZIRAJUĆI SOLITARNI DIVERTIKULITIS CEKUMA

Necrotizing solitary cecal diverticulitis

Zrinka Sudar Magaš¹, Saša Magaš², Branko Fila¹

Sažetak

Nekrotizirajući divertikulitis cekuma vrlo je rijetko stanje koje se klinički prezentira bolnošću u desnom donjem kvadrantu trbuha, slični akutnoj upali crvuljka, a liječi se kirurški.

Prikazan je slučaj 40-godišnjeg muškarca s kliničkom slikom bolova u desnom donjem kvadrantu trbuha, visokim upalnim parametrima i ultrazvučno dokazanom kolekcijom tekućeg sadržaja ileocekalno uz uredan crvuljak. Intraoperativno je pronađen sekundarno upaljen crvuljak i nekrotična tvorba cekuma. Nakon *ex tempore* patohistološke dijagnoze koja je isključila malignitet, napravljene su divertikulektomija i apendektomija. Naknadna patohistološka dijagnostika verificira nekrotizirajući divertikulitis cekuma. Ultrazvučne i endoskopske kontrole pokazuju uredan nalaz.

Ključne riječi

akutni abdomen, nekrotizirajući divertikulitis cekuma, divertikulektomija

Abstract

Necrotizing cecal diverticulitis is an extremely rare condition. Its clinical presentation involves pain in the right lower abdominal quadrant, it is similar to acute appendicitis and should be treated surgically.

We present a case of a 40-year-old male with clinical presentation of pain in the right lower abdominal quadrant, high inflammatory parameters and collection of liquid content ileocecally visible by ultrasound, with non-symptomatic appendix. Intraoperatively, secondary inflammation of the appendix was found along with necrotic cecum. Following *ex tempore* pathohistological diagnosis, which excluded the possibility of malignancy, diverticulectomy and appendectomy were performed. Subsequent pathohistological diagnosis verified necrotizing cecal diverticulitis. Follow up included ultrasound and

endoscopic check ups resulting in an uneventful postoperative course.

Keywords

acute abdomen, necrotizing cecal diverticulitis, diverticulectomy

Uvod

Solitarni divertikulitis cekuma prvi je opisao Potier 1912. godine [1]. Etiologija ovog stanja nije posve jasna, no uglavnom se smatra kongenitalnim stanjem. Smatra se da je učestalost divertikulitisa cekuma 1:300 apendektomija, odnosno da se među divertikulima kolona 3,6% nalazi na cekumu [1–2]. Divertikuloza desnog kolona je rijetka. Američka i europska literatura navode učestalost 1–2%. S druge strane, u azijskoj populaciji izvješćuje se o učestalosti koja iznosi 43–50% [3]. Pojavnost cecalnog divertikulitisa češće se javlja u mlađim dobnim skupinama. Mnogobrojni dokazi navode na zaključak da ove razlike imaju svoje porijeklo u nasljeđivanju [3]. Problematično je što ovo stanje pokazuje jake kliničke sličnosti s akutnom upalom crvuljka te ga je vrlo teško dijagnosticirati preoperativno. Zato se i vrlo često pogrešno dijagnosticira kao akutna upala crvuljka [1]. Kod većine se pacijenata javlja tupa bol u donjem desnom abdominalnom kvadrantu dužeg trajanja uz rjeđu pojavu mučnine i povraćanja [3]. Većina opisanih slučajeva u literaturi naglašava problematičnu preoperativnu dijagnozu ovog stanja kod pacijenata koji se prezentiraju ovakvom kliničkom slikom [3]. Divertikulitis cekuma ponekad se pogrešno dijagnosticira i kao tumor cekuma, naročito ako se prezentira masom u desnoj ilijačnoj fosi, pogotovo kod starijih pacijenata [4]. U literaturi postoje dvojbe o metodi optimalnog liječenja simptomatskog solitarnog divertikulitisa cekuma. Neke studije predlažu i konzervativni pristup, dok se drugi zalažu za divertikulektomiju ili desnostranu hemikolektomiju [4]. Naročito je teško dijagnostičkim metodama utvrditi radi li se o nekrotizirajućem divertikulitisu koji se obilgatno mora rješavati kirurškim zahvatom.

¹ Odjel kirurgije, OB Bjelovar

² Interni odjel, OB Bjelovar

Prikaz slučaja

Pacijent star 40 godina primljen je u hitnu službu zbog tupih bolova u trbuhu koji su započeli dan ranije. U statusu abdomena zamijećena je bolnost i defans trbušne stijenke u ileocekalnom području. Napravljeni hitni laboratorijski nalazi ukazuju na leukocitozu ($11,21 \times 10^9/L$ sa 67% segmentiranih granulocita). Ultrazvučni pregled abdomena u ileocekalnoj regiji verificira interintestinalnu slobodnu tekuću kolekciju veličine 25x11 mm, dok se sigurnih znakova samog zadržavanja apendiksa nije uspjelo izdiferencirati. Zbog anemnostičke i kliničke sumnje na akutnu upalu crvuljka pristupi se operativnom zahvatu. U općoj anesteziji naizmjeničnim rezom uđe se u trbušnu šupljinu. Nađe se sekundarno upaljen crvuljak koji je fiksiran uz nekrotičnu tvorbu cekuma koja se nalazi oko 1,5 cm od ileocealnog ušća te dosta zamućenog eksudata. Napravi se hitna biopsija tvorbe. Nalaz biopsije *ex tempore* opisuje mekani sivkasto crveni uzorak tkiva. Histološki se na dijelu površine uzorka nalazi sluznica debelog crijeva urednog izgleda, a u podležem rastrganom vezivnom i masnom tkivu žarišta nekroze i svježeg krvarenja, te vrlo gusti miješani upalni infiltrat mono- i polimorfonukleara. Budući da je nalaz ukazivao na benignu tvorbu, napravi se ekscizija tvorbe koja klinički djeluje kao nekrotični divertikul cekuma. Cekum se zatvori dvoslojno uz provjeru prohodnosti ileocealnog ušća. Napravi se i tipična apendektomija. Uzet je bris iz trbušne šupljine, a preparat se pošalje na patohistološku dijagnostiku. Postoperativni tijek protiče uredno. Od drugog je dana čujna peristaltika, a rana cijeli *per primam*. Naknadno pristigli patohistološki nalaz ukazuje na sluznicu debelog crijeva uredne strukture, žlijezde su s održanom produkcijom sluzi, a na više mjesta vidljivi su invaginati sluznice u podležem masno tkivo okruženi tankim slojem mišićnog tkiva. Žarišno je sluznica nekrotična, prožeta krvlju i vrlo gustim miješanim upalnim infiltratom mono- i polimorfonukleara koji prožimaju i okolno masno tkivo, dok se granuloma nije našlo. Histološka slika diferencijalno dijagnostički najprije upućuje na nekrotizirajući divertikulitis.

Ultrazvuk abdomena napravljen četiri mjeseca nakon operacije bio je uredan. Šest mjeseci nakon operacije napravljena je kolonoskopija koja pokazuje uredan nalaz cijelom dužinom kolona do ulaza u terminalni ileum.

Rasprava

U prikazanom slučaju radilo se o nekrotizirajućem solitarnom divertikulitisu cekuma. Nekrotizirajući divertikulitis cekuma još je rjeđi oblik divertikulitisa, stoga se u literaturi vrlo rijetko navodi. U radu Uwechua i suradnika prikazan je slučaj staplerske laparoskopske operacije solitarnog, upaljenog i gangrenoznog cekalnog divertikula [5]. Jednako kao i u našem slučaju, zbog kliničke slike postavljena je radna dijagnoza

apendicitisa, a konačna dijagnoza postavljena je intraoperativno. Ultrazvuk i kompjuterizirana tomografija (CT) dokazano su korisne metode za dijagnozu desnostranog, stoga i cekalnog divertikulitisa [6–7]. U radu Choua i suradnika prikazana su 934 pacijenta s povremenim bolovima u desnom donjem abdominalnom kvadrantu, koji su bili podvrgnuti ultrazvuku trbuha. Osnovna sonografska karakteristika upaljenog divertikula okrugla je hipoehogena struktura, a osjetljivost i specifičnost metode je gotovo apsolutna (91,3%, odnosno 99,8%) [6]. I u prikazanom slučaju napravljen je ultrazvuk trbuha koji verificira interintestinalnu slobodnu tekućinu u ileocekalnoj regiji bez zadržavanja crvuljka.

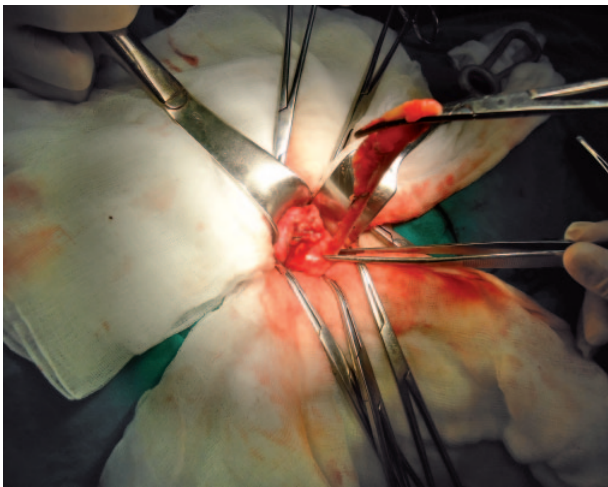
U literaturi se navode kontroverzni stavovi operativne strategije te ne postoji široko prihvaćen konsenzus [5]. Navode se opcije od divertikulektomije do desnostrane hemikolektomije [8]. U radu Altuna i suradnika navedena je i mogućnost preoperativne dijagnostičke laparoskopije kojoj je slijedila laparoskopska desnostrana hemikolektomija zbog sumnje na tumorsku bolest [8]. Fang i suradnici obradili su 85 pacijenata sa sigurnom dijagnozom cekalnog divertikulitisa. Samo medikamentozno je tretirano 18 pacijenata, a od toga je troje imalo relaps bolesti koji je ponovno u remisiju doveden medikamentoznim postupcima. Laparotomija je napravljena kod 67 pacijenata, a kod njih 47 (70%) akutni apendicitis je bio radna preoperativna dijagnoza. Kod 24 pacijenta učinjena je apendektomija, kod devet pacijenata divertikulektomija, a kod 14 desnostrana hemikolektomija [9]. Kod ostalih 20 pacijenata učinjena je desnostrana hemikolektomija zbog ponovljenih ataka divertikulitisa, zbog CT-om dokazane perforacije cekalnog divertikula ili sumnje na tumor [9]. U zaključku autori preporučuju agresivnu kiruršku resekciju za pacijente s definitivnom dijagnozom [9]. Iako se u navedenoj literaturi govori i o medikamentoznom liječenju pacijenata s cekalnim divertikulitisom, većina autora ipak smatra da se izolirani cekalni divertikulitis može liječiti samo kirurški jer je cekalni divertikulitis rijetko stanje koje se rijetko može dijagnosticirati preoperativno, rijetko se poboljšava samo na medikamentoznu terapiju i ima visoku stopu komplikacija kada se liječi na taj način [10]. Opsežnost zahvata (divertikulektomija, divertikulektomija s cekostomijom, desna hemikolektomija) ovisi o veličini i smještaju divertikula, stupnju upale i prisutnosti nekroze stijenke [10]. U našem slučaju nekrotizirajućeg divertikulitisa cekuma bilo je moguće napraviti navedeni operativni zahvat zbog dovoljne udaljenosti od ileocealnog ušća te *ex tempore* potvrđene benignosti.

Zaključak

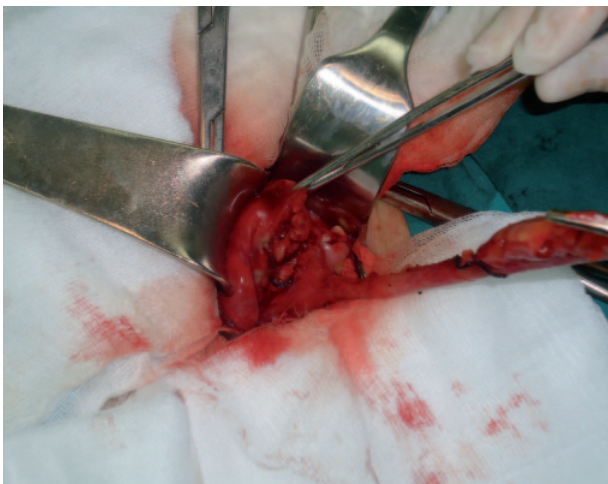
Iako je divertikulitis cekuma rijedak, a nekrotizirajući divertikulitis cekuma još rjeđi uzrok kliničke slike

akutnog abdomena, kirurg mora imati na umu da je to jedna od mogućih diferencijalnih dijagnoza bolova u desnom donjem kvadrantu trbuha te da mu je klinička slika vrlo slična akutnom apendicitisu. Uz rutinske laboratorijske nalaze, ultrazvuk i CT abdomena metode su koje mogu prije operacije s dovoljnom osjetljivošću i specifičnošću pomoći u dijagnostičkom postupku. Definitivna dijagnoza se postavlja intraoperativno, a opsežnost kirurške resekcije ovisi o intraoperativnom nalazu.

Slika 1. Divertikul cekuma te na pean podignut crvuljak.



Slika 2. Pincetom podignut divertikul s nekrozom na vrhu te udaljenost prema bazi crvuljka.



Literatura

1. Yildar M, Ozkan OF, Caglayan K, et al. An unusual cause of right lower quadrant pain: the caecum diverticulitis. *Case Rep Surg* 2012;2012: 789397.
2. Paramythiotis D, Papadopoulos VN, Michalopoulos A, et al. Inflammation of solitary caecal diverticula: a rare aetiology of acute abdominal pain. *Tech Coloproctol* 2011;15 Suppl 1: S43–45.
3. Radhi JM, Ramsay JA, Boutross-Tadross O. Diverticular disease of the right colon. *BMC Res Notes* 2011;4: 383.
4. Cole M, Ayantunde AA, Payne J. Caecal diverticulitis presenting as acute appendicitis: a case report. *World J Emerg Surg* 2009;4: 29.
5. Uwechue RU, Richards ER, Kurer M. Stapled diverticulectomy for solitary caecal diverticulitis. *Ann R Coll Surg Engl* 2012;94(8): 235–236.
6. Chou YH, Chiou HJ, Tiu CM, et al. Sonography of acute right sided colonic diverticulitis. *Am J Surg* 2001;181(2): 122–127.
7. Jhaveri KS, Harisinghani MG, Wittenberg J, et al. Right-sided colonic diverticulitis: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 2002;26(1): 84–89.
8. Altun H, Mantoglu B, Okuducu M, et al. Therapy of solitary cecal diverticulitis in a young patient with laparoscopic right hemicolectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Techn* 2011;21(4): 176–178.
9. Fang JF, Chen RJ, Lin BC, Hsu YB, Kao JL, Chen MF. Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. *J Surg* 2003;185(2): 135–140.
10. Telem DA, Buch KE, Nguyen SQ, Chin EH, Weber KJ, Divino CM. Current recommendations on diagnosis and management of right-sided diverticulitis. *Gastroenterol Res Pract* 2009;2009: 359485.