

## Nietypowa manifestacja uchyłku Meckela u 85-letniej pacjentki – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

### *Unusual manifestation of Meckel's diverticulum in 85-year-old patient – case report and review of literature*

**Michał Lubszczyk, Kamil Kowalczyk, Aleksandra Makuch, Krzysztof Kaliszewski**

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

#### Streszczenie

Pacjentka, lat 85, została przyjęta na oddział chirurgiczny w trybie ostrodyżurowym z powodu dolegliwości bólowych brzucha trwających od 2. dni. Dnia poprzedniego pacjentka zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu bólu brzucha, lecz wobec ustąpienia dolegliwości po podaniu analgetyków i spazmolytyków została wypisana do domu. Wobec obecnych przy przyjęciu objawów otrzewnowych pacjentka została skierowana do leczenia operacyjnego w trybie pilnym. Wykonana laparotomia ujawniła wgłobienie zmienionego martwiczo uchyłku Meckela, który wycięto razem z torbielą obecną w okolicy lewych przydatków macicy. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, pacjentka została wypisana w stanie ogólnym i miejscowym dobrym w 11. dniu hospitalizacji. *Geriatrics 2015; 9: 3-7.*

*Słowa kluczowe: osoby starsze, ból brzucha, uchyłek Meckela*

#### Abstract

85 year old patient was admitted to the surgical ward because of abdominal pain lasting for 2 days. Previous day the patient went to the Hospital Emergency Department with abdominal pain, but to resolution of symptoms after administration of analgesics and spasmolytics she was discharged home. Because of present peritoneal signs on admission the patient was referred urgently for surgical treatment. Performed laparotomy revealed invagination of Meckel's diverticulum, which was excised together with the cyst present in the area of left ovarium. The postoperative period was uneventful, and the patient was discharged in good general and local condition in the 11th day of hospitalization. *Geriatrics 2015; 9: 3-7.*

*Keywords: elderly, abdominal pain, Meckel diverticulum*

#### Wstęp

Ból brzucha jest objawem nieswoistym, występującym w schorzeniach umiejscowionych w jamie brzusznej, a także poza nią. Silny, pojawiający się nagle bądź szybko narastający ból brzucha, któremu towarzyszą wymioty lub nagłe zatrzymanie gazów jest zwykle spowodowany przez ostry proces chorobowy toczący się w obrębie jamy brzusznej bądź miednicy mniejszej. Ten stan chorobowy nazywany potocznie „ostrym brzuchem” może stanowić bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia chorego, dlatego wymaga pilnej

diagnostyki i intensywnego leczenia, w tym nierzadko interwencji chirurgicznej [1].

Z uwagi na niską liczbę wyspecjalizowanych lekarzy geriatrów [2] diagnostyka ostrych schorzeń w obrębie jamy brzusznej u pacjentów w wieku podeszłym ciągle pozostaje dużym wyzwaniem dla lekarzy medycyny ratunkowej, internistów i chirurgów. Śmiertelność wśród starszych pacjentów z ostrymi objawami ze strony jamy brzusznej jest wyższa niż w populacji w wieku produkcyjnym [3]. Śmiertelność pacjentów w podeszłym wieku, którzy zostali poddani

zabiegowi operacyjnemu w trybie pilnym waha się między 2% a 13% [4-6]. Dla populacji ogólnej w krajach rozwiniętych wskaźnik ten wynosi poniżej 2%. Szybko zwiększająca się liczba osób po 65 roku życia spowoduje, iż omawiany problem kliniczny w przyszłości będzie występował znacznie częściej.

## Opis przypadku

85-letnia kobieta zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu trwających od dwóch dni bólów brzucha. Kontakt z pacjentką był znacznie utrudniony ze względu na otępienie starcze. Wywiad zebrany od członka rodziny wykazał stan po: udarze niedokrwiennym mózgu z porażeniem lewostronnym (1991 r.); kamiczym zapaleniu trzustki z papilotomią, cholecysektomii; nadciśnieniu tętnicze, chorobę niedokrwienną serca. Dodatkowo w przeszłości w badaniach obrazowych opisywano cystę w rzucie lewych przydatków.

Podczas badania fizykalnego brzuch pozostawał miękki, bez objawów otrzewnowych, tkliwy przy głębokiej palpacji na całej powierzchni. Po kilkugodzinnej obserwacji, wobec ustąpienia dolegliwości bólowych po podaniu leków rozkurczowych oraz braku nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych i w przeglądowym zdjęciu jamy brzusznej, pacjentka została wypisana do domu.

Następnego dnia w godzinach wieczornych pacjentka zgłosiła się do Izby Przyjęć Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 we Wrocławiu z powodu narastających od kilku godzin bólów brzucha, do których dołączyły się nudności i wymioty treścią pokarmową. Podczas badania fizykalnego stwierdzono tkiwość brzucha na całej powierzchni oraz objawy otrzewnowe w okolicy podbrzusza przy obecnej perystaltyce. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niewielką leukocytozę (10,97 tys/ $\mu$ l), podwyższony poziom CRP (10 mg/l) oraz nieznacznie podwyższony poziom bilirubiny (1,33 mg/dl).

Na przeglądowym zdjęciu radiologicznym jamy brzusznej wykonanym na stojąco oraz klatki piersiowej nie opisywano wolnego powietrza pod kopolami przepony ani poziomów płynu, które świadczyłyby o niedrożności przewodu pokarmowego. W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej nie udało się uwiocznnić opisywanej wcześniej zmiany w obrębie lewych przydatków, zaobserwowano natomiast dużą ilość płynnej treści w obrębie jamy otrzewnej. Pacjentkę przyjęto na oddział chirurgiczny z podejrzeniem

zapalenia otrzewnej oraz zakwalifikowano do pilnej interwencji chirurgicznej. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono surowiczo-miętny płyn, rozdęte pętle jelita krętego, liczne uchyłki esicy oraz dużą torbiel jajnika lewego. W okolicy krętniczo-kątniczej zaobserwowano liczne zrosty. W zakresie końcowego odcinka jelita krętego uwioczniono martwiczo zmieniony uchyłek Meckela, który wciągał pojedynczą pętlę jelita cienkiego z niemal całkowicie zaciśniętym światłem. Po wypreparowaniu zaciśniętej pętli resekowano u podstawy uchyłek Meckela zaopatrując miejsce po resekcji dwoma warstwami szwów. Torbiel jajnika lewego po uwolnieniu ze zrostów resekowano u podstawy. Płyn z jamy otrzewnej pobrano na posiew. Oba preparaty wysłano do badania histopatologicznego. Po wyprowadzeniu z okolicy usuniętego uchyłka oraz jamy Douglasa dwóch drenów asekuracyjnych powłoki zeszyto warstwowo.

Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, rana zagoiła się przez rychłozrost. W 1. dobie po zabiegu w badaniach laboratoryjnych zaobserwowano znaczny wzrost wykładników stanu zapalnego, które całkowicie wróciły do normy w 4. dobie pooperacyjnej. Antybiotykoterapię prowadzono według antybiogramu stosując cefuroxim i metronidazol w dawkach standardowych. Badanie histopatologiczne pobranych preparatów wykazało torbiel rzekomą okołojajnikową (*pseudocystis paraovarialis*) oraz martwiczo zmieniony uchyłek Meckela, bez obecności tkanki ektopowej. Pacjentkę w 12. dobie po operacji w stanie ogólnym dobrym przekazano do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, gdzie przebywa do tej pory.

## Dyskusja

Diagnostyka bólów brzucha u pacjentów po 65. roku życia wiąże się z wieloma problemami. Zaczynając od trudności w zbieraniu wywiadu ze względu na częste występowanie zespołów otępiennych, poprzez słabszą manifestację objawów chorobowych, a kończąc na współwystępowaniu licznych schorzenia internistycznych. Otępienie stanowi duży problem społeczny i medyczny. Częstość występowania zespołów otępiennych rośnie logarytmicznie wraz z wiekiem od 1% w populacji osób w 65. roku życia do nawet 40% po 90. roku życia [7].

Najczęstsze przyczyny bólu brzucha u osób starszych nie odbiegają zasadniczo od tych występujących w całej populacji [3]. Częstość występowania poszczególnych przyczyn jest jednak inna niż u ludzi

młodszych [8]. Choroby dróg żółciowych są najczęstszą przyczyną zabiegów operacyjnych u osób starszych. Wykazano, iż 33% pacjentów po 55. roku życia zgłaszających się do oddziałów medycyny ratunkowej ma dolegliwości bólowe związane właśnie z patologią dróg żółciowych [9]. Sprzyjają temu pewne zmiany związane ze starzeniem się organizmu jak np. zwiększona częstość występowania kamicy żółciowej, wzrost litogenności żółci oraz częstsze występowanie kamieni pigmentowych. Pacjentka w opisywanym przypadku przeszła wcześniej zabieg cholecystektomii. W przeciwnym wypadku diagnostyka różnicowa powinna obejmować przede wszystkim choroby dróg żółciowych, takie jak: objawowa kamica pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, kamicze zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych oraz wstępujące zapalenie dróg żółciowych. Spośród innych możliwych przyczyn bólu brzucha trzeba zwrócić uwagę na niedrożność jelita cienkiego, perforację jelit, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie uchyłków okrężnicy, zapalenie trzustki, zakażenie układu moczowego, zatrzymanie moczu, odmiedniczkowe zapalenie nerek, niewydolność układu krążenia z powiększeniem wątroby, zaparcia, uszkodzenie mięśni powłok jamy brzusznej oraz schorzenia ginekologiczne [8-10]. Ból brzucha może także być objawem niezwiązanym z narządami jamy brzusznej i pojawiać się np. w zawale serca, zwłaszcza ściany dolnej, zatorowości płucnej, zastoinowej niewydolności serca czy zapaleniu płuc. Mając na uwadze najczęściej występujące schorzenia w obrębie narządów jamy brzusznej warto też pamiętać o schorzeniach, których bardzo rzadko spodziewamy się u osób starszych, jak chociażby to zawarte w opisywanym przypadku.

Uchyłek Meckela to najczęściej występująca wrodzona wada przewodu pokarmowego. Jest on pozostałością przewodu żółtkowo-jelitowego, który nie uległ zamknięciu w życiu płodowym. Przetrwiał, stanowi jednostkę chorobową należąca do wad wrodzonych jelita cienkiego. Szacuje się, że występuje u 2-3% populacji [11]. Ryzyko wystąpienia powikłań jest najwyższe u dzieci między 6. miesiącem a 2. rokiem życia. U większości pacjentów uchyłek Meckela pozostaje bezobjawowy przez całe życie, jednak należy pamiętać, że także u dorosłych może być przyczyną bólów brzucha lub sugerować objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, choroby wrzodowej czy chorób zapalnych jelit [12]. W niektórych przypadkach może dawać objawy ostrego brzucha, zwykle wymagające wykonania laparotomii.

Yamaguchi i wsp. [13] w metaanalizie 600 przypadków przeanalizowali najczęściej występujące powikłania z powodu uchyłku Meckela u pacjentów powyżej 18 roku życia. Według nich powikłania związane z występowaniem tego schorzenia dotyczą 16% pacjentów. U osób dorosłych najczęściej występują powikłania spowodowane niedrożnością przewodu pokarmowego (36,5%) związane ze skrętem jelita wokół tkanki łącznej biegnącej pomiędzy pępkiem a uchyłkiem [12]. Kolejnymi powikłaniami są wgłobienie jelita (13,6%), wgłobienie uchyłku (12,7%), krwawienie do przewodu pokarmowego (11,8%) i perforacja uchyłku (7,3%). U chorych, u których występuje krwawienie do przewodu pokarmowego z uchyłku Meckela w około 90% przypadków stwierdza się ektopową błonę śluzową żołądka lub tkankę trzustki [12].

Wgłobienie jest patologicznym stanem, który bardzo rzadko występuje u osób dorosłych (około 5% wszystkich przypadków wgłobienia i 1% jako przyczyna wszystkich niedrożności przewodu pokarmowego) [14]. Dochodzi do niego wskutek zmian nowotworowych, polipów, zbyt długiej krezki jelita lub właśnie występowania uchyłku Meckela. Najczęstszą przyczyną wgłobienia pozostają procesy nowotworowe (47%) i zrosty pooperacyjne (25%) [15]. Odsetek wgłobień w przebiegu wpuklenia uchyłku Meckela do światła jelita szacuje się na 4% wszystkich niedrożności przewodu pokarmowego wywołanych wgłobieniem [16]. Stan ten prowadzi do obrzmienia ściany jelita, co skutkuje zaburzeniami żylnego odpływu krwi i w końcu może powodować niedotlenienie i martwicę ściany, która może ulec perforacji. Wgłobienie u osób dorosłych może manifestować się wieloma niespecyficznymi objawami [15]. Dwa najczęstsze objawy wgłobienia (nudności i ból brzucha) (tabela I) współistnieją z każdą niemalże patologią w obrębie

Tabela 1. Objawy wgłobienia u dorosłych  
Table 1. Intussusception symptoms In adults

Objawy	Częstość występowania (%)
Nudności/wymioty	78
Ból brzucha	78
Smoliste stolce	29
Spadek wagi	10
Gorączka	10
Zaparcie	9
Biegunka	7
Wyczuwalny guz w jamie brzusznej	7

jamy brzusznej. W opisywanym przypadku uchyłek o szerokiej podstawie wpuklił się do światła jelita i został pociągnięty dalej przez ruchy perystaltyczne. Patogeneza tego stanu nie jest jasna, istnieją hipotezy wskazujące na nadmierną perystaltykę spowodowaną owrzodzeniem lub tkanką ektopową [17].

Rozpoznanie wgłobienia opiera się przede wszystkim na badaniu USG i tomografii komputerowej jamy brzusznej [18,19]. Z powodu powszechnej dostępności częściej używa się badania USG jamy brzusznej. Obraz ultrasonograficzny zmienia się zależnie od czasu trwania dolegliwości, a także stopnia uciśnięcia oraz obrzęku błony śluzowej i surowiczej jelita. Ściany jelit są pogrubiałe, hipoechogenne, natomiast hiperechogeniczne centrum odpowiada światłu jelita. Obraz wgłobionej części jelita w przekrojach podłużnych daje objaw tzw. pseudonerki i charakteryzuje się potrójnym pierścieniem utworzonym przez ściany jelita; w przekrojach poprzecznych natomiast często można uwidocznic charakterystyczny obraz „tarczy strzelniczej” z licznymi ułożonymi współśrodkowo hipo- i hiperechogenicznymi pierścieniami. Bardzo pomocne jest badanie kolorowym Dopplerem, które wykazuje wyraźne zwiększenie sygnału w odcinku jelita tworzącym czoło wgłobienia, co jest spowodowane zastojem krwi w ścianie jelita [20].

Zrosty są efektem naturalnego procesu gojenia się uszkodzonych tkanek, do czego w mniejszym lub większym stopniu dochodzi w czasie operacji w wyniku różnego rodzaju urazów. Bezpośrednimi doprowadzającymi do ich wytworzenia mogą być m.in. czynniki termiczne, mechaniczne czy chemiczne. Przebyte operacje w obrębie jamy brzusznej i miednicy mniejszej prowadzą do powstawania zrostów w jamie otrzewnej [21]. Zrosty wewnątrztrzewnowe powstają po ponad połowie zabiegów chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej. Łączą ze sobą fizjologiczne rozdzielone narządy i mogą być przyczyną wielu dolegliwości: bólu brzucha, niedrożności jelita cienkiego, przewlekłego zespołu bólowego miednicy mniejszej, dyspareunii, niepłodności oraz większej ilości powikłań podczas następnych zabiegów [22]. U osób starszych liczba przebytych zabiegów jest większa, co naturalnie wiąże się z częstszym występowaniem zrostów niż w u populacji w wieku produkcyjnym.

Zrosty wewnątrztrzewnowe mogą być wrodzone lub nabyte. Wrodzone – powstające podczas fizjologicznej organogenezy zwykle są symptomatyczne i wykrywane przypadkowo. Badania sekcyjne

pacjentów, którzy nie przebyli w swoim życiu zabiegu operacyjnego w obrębie jamy brzusznej stwierdzają obecność zrostów pozapalnych w 28% przypadków [23]. Są one powodowane przez wewnątrzbrzuszny proces zapalny i mogą być związane z endometriozą, zapaleniem otrzewnej, radioterapią oraz długotrwałą dializą śródtrzewnową.

Leczeniem z wyboru objawowego uchyłku Meckela jest zabieg chirurgiczny. Można wykonać jego proste wycięcie lub odcinkową resekcję jelita wraz z uchyłkiem. Wydaje się jednak, że w przypadku krwawienia, stanu zapalnego czy guza odcinkowa resekcja jelita cienkiego wraz z patologicznie zmienionym uchyłkiem jest pewnym i bezpieczniejszym sposobem leczenia. Proste wycięcie jest zalecane jedynie podczas jego przypadkowego znalezienia w czasie innego zabiegu operacyjnego. Według większości autorów w sytuacji przypadkowego znalezienia uchyłku, powinien on zostać wycięty, ponieważ korzyści płynące z jego usunięcia są większe niż ryzyko spowodowane koniecznością wykonania ponownej operacji z powodu powikłań związanych z jego obecnością [21].

## Wnioski

Diagnostyka bólów brzucha u osób starszych jest wyzwaniem dla lekarzy wielu specjalności. Podczas diagnostyki różnicowej, mając na uwadze najczęściej występujące patologie w obrębie narządów jamy brzusznej warto też pamiętać o schorzeniach, których bardzo rzadko spodziewamy się u osób starszych. W przypadku wgłobienia czasem tylko wykonanie laparotomii pozwala na ustalenie przyczyny dolegliwości. Wobec zmiany struktury demograficznej społeczeństw w państwach rozwiniętych omawiany problem diagnostyczny będzie pojawiał się coraz częściej.

## Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krzysztof Kaliszewski

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej,  
Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

ul. Marii Curie-Skłodowskiej 66; 50-369 Wrocław

☎ (+48 71) 784 21 62

✉ [michal.lubszczyk@gmail.com](mailto:michal.lubszczyk@gmail.com)

**Piśmiennictwo**

1. Gajewski P (red.). Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych 2012. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012. ISBN: 978-83-7430-335-4.
2. Derejczyk J, Bień B, Kokozska-Paszkot J, et al. Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy - czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontol Pol.* 16;3:149-59.
3. Watters JM, Blakslee JM, March RJ, et al. The influence of age on the severity of peritonitis. *Can J Surg.* 1996;39:142-6.
4. Kauvar DR. The geriatric acute abdomen. *Clin Geriatr Med.* 1993;9:547-58.
5. Cooper GS, Shlaes DM, Salata RA. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis.* 1994;19:146-8.
6. Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, et al. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Acad Emerg Med.* 1998;5:1163-8.
7. Józwiak A. O tępienie u osób w wieku starszym. *Geriatria.* 2008;2:237-46.
8. Fagbohun CF, Toy EC, Baker B III. The evaluation of acute abdominal pain in the elderly patient. *Primary Care Update for OB/GYNs.* 6/6/1999; 181-5.
9. Lyon C, Clark D. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician.* 2006;74(9):1537-44.
10. Bielecki K (red.). Przyczyny ostrego bólu brzucha u chorych w podeszłym wieku. *Post Nauk Med.* 2008;11:722-5.
11. Park JJ, Wolff BJ, Tollefson MK, et al. Meckel's diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg.* 2005;241:529-33.
12. Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JCF, et al. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg.* 2001;192:658-62.
13. Yamaguchi M, Takeuchi S, Awazu S. Meckel's diverticulum. Investigation of 600 patients in Japanese literature. *Am J Surg.* 1978;136:247-9.
14. Azar T, Berger DL. Adult Intussusception. *Ann Surg.* 1997;226(2):134-8.
15. Taraneh A, Berger DL. Adult Intussusception. *Ann Surg.* 1997;226(2):134-8.
16. Bouassida M, Feidi B, Ben Ali M, et al. Intussusception caused by an inverted Meckel's diverticulum: a rare cause of small bowel obstruction in adults. *Pan Afr Med J.* 2011;10:57.
17. Blakeborough A, McWilliams RG, Raja U, et al. Pseudolipoma of inverted Meckel's diverticulum: clinical, radiological and pathological correlation. *Eur Radiol.* 1997;7:900-4.
18. Mayer D, et al. Sonographic measurement of thickened bowel wall segments as a quantitative parameter for activity in inflammatory bowel disease. *Z Gastroenterol.* 2000;38:295-300.
19. Daneman A, et al. Intussusception on small bowel examinations in children. *AJR* 1982;139:299-304.
20. Zaleska-Dorobisz U, Pytrus T. Diagnostyka ultrasonograficzna w chorobach zapalnych jelit u dzieci. *Nowa Pediatria.* 2002;2:192-8.
21. Arung W, Meurisse M, Detry O. Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions. *Br J Surg.* 2000;87(4):467-71.
22. Bruggmann D, Tchartchian G, Wallwiener M, et al. Intra-abdominal adhesions. definition, origin, significance in surgical practice and treatment options. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(44):769-75.
23. Weibel MA, Mayno G. Peritoneal adhesions and their relationship to abdominal surgery. A postmortem study. *Am J Surg.* 1973;126:345-53.
24. Wroński K, Bocian R, Tenderenda M. Surgical treatment of Meckel's diverticulitis – case report and review of literature. *Nowa Medycyna* 2012;3:59-61.