

Karolina DZIDZIUL  
Maciej MIERNIK  
Piotr PROWANS  
Marek ŁOKAJ

Oddział Kliniczny Chirurgii Plastycznej,  
Endokrynologicznej i Ogólnej  
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Szczecinie  
Kierownik:  
dr hab. n. med. Piotr Prowans prof. nadzw. PUM.

**Słowa kluczowe:**  
niedrożność jelita  
włóbnienie jelita  
guz jelita cienkiego

**Key words:**  
intestinal obstruction  
enteric intussusception  
tumor of small bowel

Adres do korespondencji:  
Oddział Kliniczny Chirurgii Plastycznej,  
Endokrynologicznej i Ogólnej PUM. SPSK-1  
ul. Siedlecka 2, 72-010 Police  
Adres e-mail: pprowans@wp.pl

## **Włóbnienie jelita czczego spowodowane pierwotnym złośliwym guzem jelita cienkiego - opis przypadku**

### **Small bowel intussusception caused by leiomyosarcoma - case report**

**W pracy przedstawiono przypadek włóbnienia jelita cienkiego spowodowanego pierwotnym nowotworem jelita cienkiego – leiomyosarcoma, gdzie dominującym objawem było nawracające krwawienie z przewodu pokarmowego. Na podstawie piśmiennictwa opisano przyczyny, diagnostykę i leczenie włóbnień u osób dorosłych.**

**In this study was presented a case of small bowel intussusception caused by leiomyosarcoma where dominated manifestation was recurrent gastrointestinal bleeding. Based on literature there are presented causes, diagnosis and surgical treatment of intussusception in adult.**

#### **Wstęp**

Włóbnienie polega na wpukleniu jelita do jego dalszej obwodowej części. Powoduje to zwężenie a następnie całkowite zamknięcie światła w wyniku narastającego obrzęku ściany jelita. W dalszym przebiegu choroby na skutek narastającego obrzęku dochodzi do ucisku naczyń, niedokrwienia i ostatecznie do martwicy ściany jelita. Dokładny mechanizm powstawania włóbnienia nie jest znany, przyczynami mogą być: skurcz ściany, infekcja lub zmiany organiczne w ścianie jelita. Przebieg kliniczny włóbnienia może być ostry, przewlekły lub nawrotowy. Ostra postać włóbnienia stanowi 85% przypadków i dotyczy głównie dzieci, występuje najczęściej pomiędzy 4 a 10 miesiącem życia, częściej u chłopców, w trakcie lub po przebyciu infekcji dróg oddechowych [1]. Tylko 5% wszystkich włóbnień występuje u dorosłych, najczęściej przyjmując postać przewlekłą lub nawracającą. Stanowią one 1% wszystkich przyczyn niedrożności przewodu pokarmowego [2-5]. Do chwili pełnego włóbnienia objawy są bardzo niecharakterystyczne i właściwe rozpoznanie stawiane jest dopiero podczas laparotomii. Właściwie rozpoznanie udaje się ustalić przed operacją tylko u jednej trzeciej chorych. Poniżej przedstawiono przypadek włóbnienia jelita cienkiego spowodowanego guzem ściany jelita cienkiego.

#### **Opis przypadku**

Chory H. S. lat 77 został przyjęty do Oddziału Klinicznego Chirurgii Plastycznej, Endokrynologicznej i Ogólnej PUM w Szczecinie z powodu bólów brzucha

i objawów niedrożności przepuszczającej przewodu pokarmowego. Przed przyjęciem do kliniki był trzykrotnie hospitalizowany w odstępach 3-4 tygodniowych w oddziale wewnętrznym z powodu ciężkiej niedokrwistości i objawów krwawienia z przewodu pokarmowego pod postacią okresowo występujących smolistych stolców. Wykonana gastroskopia i kolonoskopia nie wykazały miejsca krwawienia, stwierdzono jedynie liczne uchyłki jelita grubego oraz polip esicy, który usunięto. Wykonana enterokliza TK wykazała w świetle jednej z pierwszych pętli jelita czczego litą masę guzową o średnicy 37 mm i długości około 8 cm obwodowo od opisanej zmiany stwierdzono włóbnienie jelita cienkiego na długości około 10 cm. W odcinku bliższym pętli jelita cienkiego były poszerzone do 4,1 cm. W związku z narastaniem klinicznych objawów wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego chorego zakwalifikowano do laparotomii. Operację poprzedziło przygotowanie w postaci całkowitego żywienia pozajelitowego i wyrównania niedoborów płynowo elektrolitowych. Cięciem pośrodkowym otworzono jamę brzuszną. W odległości około 50 cm od więzadła wieszadłowego dwunastnicy, stwierdzono włóbnienie jelita czczego na długości 20 cm. oraz powiększone węzły chłonne krezki jelita cienkiego (rycina 1). Narządy mięśniowe jamy brzusznej były niezmienione, w jelicie grubym stwierdzono liczne uchyłki. Po odprowadzeniu włóbnienia stwierdzono na jego czole uwypuklający się guz średnicy 4 cm (rycina 2). Ściana jelita nie była zmieniona martwiczo. Wykonano odcinkową resekcję jelita czczego około 20 cm. wraz z guzem i przyległym fragmentem



**Rycina 1**  
Wgnieciony odcinek jelita cienkiego.



**Rycina 2**  
Jelito cienkie po odprowadzeniu wgniecionego odcinka ukrytego z zachowaną perystaltyką.

krezki obejmującym powiększone węzły chłonne. Jelito zespolono koniec do końca dwoma warstwami szwów. Zszyto krezkę, a następnie zamknięto warstwowo powłoki jamy brzusznej. Po rozcięciu preparatu stwierdzono w ścianie jelita sino-czerwony guz o wymiarach 4 x 3 cm z owrzodzeniem na szczycie, uwypuklający błonę śluzową (rycina 3). Badanie histopatologiczne wykazało nowotwór jelita czczego o typie leiomyosarcoma i zaawansowaniu G2, w węzłach chłonnych nie stwierdzono przerzutów nowotworu. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, chorego wypisano do domu w 10 dobie w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem dalszego leczenia w Poradni Onkologicznej.

## Dyskusja

Około 70-90% wgniebień u dorosłych



**Rycina 3**  
Odcinek wyciętego jelita cienkiego z guzem rosnącym do światła jelita.

powstaje na podłożu zmian organicznych ściany jelita, z czego 50-65% stanowią guzy łagodne lub złośliwe, 15-25% procesy nienowotworowe, a w 10% nie udaje się wyjaśnić przyczyny wgniebień. Pierwotne złośliwe guzy częściej występują w jelicie grubym i stanowią 33-56% przyczyn wgniebień. W jelicie cienkim zmiany nowotworowe stanowią 13-24% przypadków i częściej są to zmiany przerzutowe [2,3,5]. U dorosłych objawy wgniebień jelita są zwykle niespecyficzne. Najczęściej, w 60-75% przypadków występują nawracające bóle kolkowe brzucha oraz nudności i wymioty. Krwawienie z przewodu pokarmowego występuje w 25-30%. Ubytek masy ciała, biegunka i zaparcia obserwuje się u 10% chorych [4,6]. Charakterystyczna u dzieci triada objaw ostrego wgniebień w postaci stolców z domieszką krwi (malinowe stolce), kolkowego bólu brzucha i badanego oporu w jamie brzusznej, jest bardzo rzadka u dorosłych. Przebieg choroby zwykle wskazuje na proces przewlekły [2,4,7]. Większość dorosłych pacjentów zgłasza objawy trwające dłużej niż miesiąc przed zgłoszeniem się do szpitala. W badaniu klinicznym najczęstszym objawem jest wyczuwalny opór w jamie brzusznej. Diagnostykę brzucha podejrzanego o ostrą chorobę chirurgiczną rozpoczyna się od zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej, które pozwala rozpoznać niedrożność przewodu pokarmowego. W przypadku niejasnego obrazu wykonuje się badanie z kontrastem. Zdjęcie kontrastowe jelita grubego pozwala ustalić rozpoznanie w przypadku wgniebień w tym odcinku. USG jamy brzusznej jest małoinwazyjne, łatwo dostępne i pozwala na stwierdzenie klasycznych objawów wgniebień, opisywanych jako obraz tarczy strzelniczej w przekrojach poprzecznych i pseudo-nerki w przekrojach podłużnych. Interpretacja obrazu wymaga dużego doświadczenia radiologicznego. W wielu przypadkach duża ilość gazów w jelitach uniemożliwia ustalenie rozpoznania [7]. Tomografia komputerowa wymaga przygotowania przewodu pokarmowego i podania kontrastu, ale uzyskany obraz jest najbardziej specyficzny. Stwierdzenie obrazu masy „kielbaso-podobnej” i obrazu tarczy strzelniczej pozwala jednoznacznie rozpoznać wgniebień jelita przed operacją [7,8]. Badanie umożliwia również uwidocznienie guzów jelita jako przyczyny wgniebień. Kolonoskopia ma zastosowanie tylko w przypadkach, gdy dolegliwości wskazują na patologię w obrębie jelita grubego.

Leczenie wgniebień jelita u osób

dorosłych jest z wyboru operacyjne i polega na resekcji zmienionego odcinka [2,4,6,7,9]. W przypadku jelita cienkiego część autorów zaleca, o ile nie ma objawów perforacji lub niedokrwienia odprowadzenie wgniebień, i resekcję jelita w granicach zdrowych tkanek [6,7,9]. Zapobiega to nadmiernie rozległym resekcjom jelita cienkiego. Ponieważ zmiany złośliwe jelita cienkiego są rzadkie pogląd taki wydaje się uzasadniony. Część autorów zaleca resekcję bez odprowadzenia wgniebień [4]. Natomiast w przypadku patologii jelita grubego, wskazane jest wycięcie w jednym bloku całego wgniecionego odcinka [2,4,6,7,9]. Ma to zapobiec rozsianiu w jamie brzusznej procesu potencjalnie złośliwego. Zabiegi nieoperacyjne jak odprowadzenie wgniebień za pomocą wlewki nie mają zastosowania u pacjentów dorosłych ze względu na przewlekły przebieg choroby i duże ryzyko perforacji jelita.

W przedstawionym przypadku dominujący niecharakterystyczny objaw w postaci krwawienia z przewodu pokarmowego znacznie wydłużył diagnostykę i właściwie rozpoznanie choroby. Zaplanowana enterokliza TK miała na celu wykrycie miejsca krwawienia. Stwierdzenie wgniebień jelita cienkiego, z uwagi na niezwykłą rzadkość, było zaskakującym odkryciem. Wykonywane wcześniej USG jamy brzusznej nie pozwoliło na ustalenie rozpoznania z powodu dużej ilości gazów jelitowych i trudności w interpretacji obrazu. Objawy kliniczne niedrożności wystąpiły późno. W przedstawionym przypadku guz jelita cienkiego okazał się zmianą złośliwą, co zdarza się rzadko. Zastosowane leczenie operacyjne jest w takich przypadkach jedynym postępowaniem umożliwiającym wyleczenie.

## Piśmiennictwo

1. Wojciechowski P, Bysiek A, Górecki W. Leczenie dzieci z wgniebień jelit i nawracającym wgniebień jelit. *Chir Dzieci* 2000; 1: 11-13.
2. Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D, Ogden W. Intussusception In adults: review of 160 cases. *Am J Surg* 1971; 121: 531-535.
3. Donhauser JL, Kelly EC. Intussusception in the adult. *Am J Surg* 1950; 79: 673-677.
4. Azar T, Berger DL. Adult intussusceptions. *Ann Surg* 1997; 226: 134-138.
5. Roper A. Intussusception in adults. *Arch Surg* 1956; 103: 267-278.
6. Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical Management of intussusceptions in the adult. *Ann Surg* 1981; 193: 230-236.
7. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997; 173: 88-94.
8. Gayer G, Apter S, Hofmann C, Nass S, Amitai M, Zissin R, Hertz M. Intussusception in adults: CT diagnosis. *Clin Radiol* 1998; 53: 53-57.
9. Hanan B, Diniz TR, da Luz MM, Conceicao SA, da Silva RG, Lacerada-Filho A. Intussusception in adult: a retrospective study. *Colorectal Dis* 2010; 12: 574-578.