

616.341-007.64-089

PŘÍSPĚVEK K PATOLOGII A KOMPLIKACÍM MECKELOVA DIVERTIKLU

Mjr. MUDr. M. MATOUŠEK, MUDr. I. MALÝ, mjr. MUDr. J. VOŽENÍLEK
Oddělení hrudní a břišní chirurgie s kardiochirurgickým střediskem
Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(náčelník: plk. MUDr. Jiří Burda)

Nejčastější a chirurgicky nejvýznamnější poruchou obliterace ductus omphaloentericus je Meckelův divertikl (M. D.).

Vzniká perzistencí centrálního úseku ductus omphaloentericus v místě jeho spojení se zažívací trubicí. Zpravidla bývá M. D. volně uložený. Zřídka je spojený vazivovým pruhem s pup-

kem, vnitrobřišními orgány či s nástěnnou pobřišnicí. Poprvé popsal typicky uložený divertikl tenkého střeva 1598 Hildamus. Meckel 1809 dokázal jeho vznik z ductus omphaloentericus a podrobně se zabýval jeho embryologií, histologií a patologií. M. D. je uložen nejčastěji na antimesenteriální straně ilea, ve vzdálenosti 30

až 100 cm od Bauhinské chlopně. Délka divertiklu je variabilní a kolísá od malých výchlípek po útvary dlouhé desítky centimetrů. M. D. se vyskytuje asi u 2 % populace a častější výskyt je u mužů (Rapant 2 : 1). Nejčastěji mívá anatomickou a histologickou skladbu odpovídající ileu. Méně často (18 %) je vystlán žaludeční sliznicí, někdy lze zjistit ostrůvky pankreatické tkáně.

Přes poměrně častý výskyt M. D. jej nemůžeme považovat za fyziologickou variantu. Jeho přítomnost může být příčinou vážných komplikací, které nezářídka probíhají pod obrazem náhlé příhody břišní.

V dětské chirurgii je jeho význam v dif. dg. uznáván. U dospělých na možnost M. D. jako příčiny NPB prakticky nemyslíme a původ onemocnění je rozpoznán až při laparotomii.

V patogenezi náhlých příhod břišních je M. D. původcem

- zánětlivých příhod,
- ileosních stavů,
- krvácení do GIT či perforace na podkladě peptického vředu.

Akutní zánět M. D. probíhá pod obrazem akutní apendicitidy a pod touto dg. bývá nejčastěji operován. Předoperační rozpoznání zánětu M. D. je ojedinělé. Nekomplikovaný zánět M. D. vyřešíme prostou resekci divertiklu. U těžkých a pokračujících zánětů je někdy nutná i resekce střeva.

Náhlá neprůchodnost vznikne nejčastěji volvulem, tj. otočením M. D. okolo tenkého střeva, nebo invaginací. Dále může ileus vzniknout otočením tenkého střeva kolem pruhu — zbytku ductus omphaloentericus.

Krvácení do GIT či perforace peptického vředu na podkladě ulcerace heterotopické žaludeční sliznice v M. D. je méně častá. Zde uložená žaludeční sliznice svojí kyselou sekrecí vytváří na sliznici tenkého střeva ulcerace, které jsou jednak zdrojem neobvyklých obtíží, ale hlavně ohrožují nemocného prudkým krvácením do GIT nebo perforací vředu do volné dutiny břišní s následnou peritonitidou.

Vzácně jsou popisovány perforace M. D. cizím tělesem. Příčinou perforace je uváděna rybí kost, párátko či jiné náhodně spolknuté cizí těleso (jehla, hřebík apod.).

Vlastní pozorování

Na chirurgickém oddělení ÚVN Praha jsme provedli za posledních 5 let celkem 1023 apendektomií. Meckelův divertikl byl při revizi distálního ilea nalezen v 26 případech. Pouze 1krát byl příčinou náhlé příhody břišní.

Dne 25. 4. 1983 byl v 05.00 hodin přijat pacient J. F., narozen 1963, č. chorobopisu 4518/562. Nemocný udával od večera bolesti břicha, špatně spal, nezvracel. Bolesti byly spíše trvalého charakteru. Plyny mu neodcházely. Bolest byla převážně v pravém podbřišku.

Při přijetí: T 37,2 °C, TK 125/80, P 88/min, Leu: 20,6.

Nativní snímek břicha a podbráničních prostorů: volný vzduch v podbráničních prostorech neprokázán. Břicho lehce vzedmuté s vyznačenými známkami peritoneálního postižení.

Per rectum: normální nález. Stav svědčil pro akutní apendicitidu, proto bylo hned po přijetí přistoupeno k operaci.

Operace

Pararektálním řezem v pravém podbřišku otevřena dutina břišní, kde nacházíme větší množství nezkaleného jantarově zbarveného výpotku. Na apendixu jsou změny ve smyslu katarální apendicitidy. I když výpotek není v korelaci s operačním nálezem, provádíme nejdříve zvyklým způsobem AE. Pokračujeme revizí distálního ilea, kde ve vzdálenosti 60 cm od Bauhinské chlopně nacházíme Meckelův divertikl velikosti palce. M. D. je při basi perforován. Perforace je ostře ohraničena, velikosti špendlíkové hlavičky, bez větší zánětlivé reakce v okolí. Perforace má spíše charakter peptického proděravění.

Vzhledem k tomuto nálezu provádíme resekci divertiklu. Sutura střeva ve 2 vrstvách. Dále vysušena dutina břišní a operační rána uzavřena v anatomických vrstvách.

Pooperační průběh byl klidný, bez komplikací, zajištěn ATB (Chloramphenicol).

Histologické vyšetření (dr. Voženílek)

Sliznice divertiklu je v naprosté většině střevního typu. Při prokrájení nalezeno ložisko heterotopické sliznice žaludečního fundu. Na přechodu sliznice žaludeční do střevní je přítomna exulcerace, jejíž spodina je pokryta granulační tkání a okolí intenzívně smíšeně zánětlivě celulisované.

Závěr

I když M. D. u dospělých není zcela vzácnou příčinou náhlých příhod břišních, zůstává jeho předoperační rozpoznání velmi obtížné. Zánět či proděravění peptického vředu M. D. bude probíhat téměř pod stejným obrazem jako prudký zánět červu. Jedině krvácení či ileus se bude lišit od akutní apendicitidy. Na Meckelův divertikl je nutno pomyslet při nejasných břišních obtížích a pátrat po něm při laparotomii, zejména při negativním nálezu na apendixu.

Rovněž je nutné odstranit každý M. D. objevený náhodou při laparotomii a při každé AE revidovat distální ileum, pokud to operační nález dovolí.

Souhrn

Autoři stručně upozorňují na patologii a komplikace způsobené onemocněním Meckelova divertiklu.

Je zdůrazněna obtížná diferenciální diagnóza u náhlých příhod břišních, zejména v dospělém věku, kdy předoperační stanovení diagnózy je ojedinělé. Na základě vlastního pozorování uvádějí kazuistiku peptického proděravění M. D. s histologicky prokázanou heterotopickou žaludeční sliznicí v M. D.

Literatura

1. Barták, L.: Některé komplikace ze zbytku žloutkového vývodu u dospělých. Rozhl. Chir., 41, 1962, č. 12, s. 817—823.
2. Mohl, H.: Diverticulosis des Meckelschen Divertikels. Zbl. Chir., 83, 1958, s. 2280—81.
3. Pavko, P. - Bureš, Z.: Ileocoekální invaginace u dospělého podmíněna polypem v Meckelově divertiklu. Prakt. Lék., 54, 1974, č. 7, s. 257—259.
4. Pavlík, V. - Chromiak, M.: Meckelovo diverticulum a jeho komplikace. Prakt. Lék., 1976, č. 6, s. 220 až 221.
5. Poncarová, Z. - Výborný, J.: Příspěvek k otázce Meckelova divertiklu u dospělých. Rozhl. Chir., 39, 1960, č. 10, s. 708—715.
6. Shidhar, K. N. et al.: Perforated Meckel's diverticulum in an octogenarian. Br. J. Clin. Pract., 1981, 35, č. 11—12, s. 424.
7. Štepita, J.: Perforacia Meckelova divertiklu cudzím telesom. Rozhl. Chir., 58, 1979, č. 4, s. 231—234.
8. Taneja, O. P.: Diseases of Meckel's diverticulum. Arch. Surg., 90, 1965, s. 349—357.
9. Tošovský, V. - Vychytil, V.: Náhlé příhody břišní na podkladě vrozených úchylek u dětí. Praha, SZDN 1961.
10. Zemljanoj, A. G. - Lapidus, A. E. - Serenko, V. V.: Principy diagnostiki osložněnij divertikula Mekkelja. Vest. Chir., 1981, 127, č. 10, s. 52—54.

Klíčová slova: Meckelův divertikl; Peptické proděravění M. D.