



# Neįprastos etiologijos žarnų nepraeinamumas

Parengė: 2 m. gastroenterologijos gyd. rezidentė

Julija Šarnelytė

Pranešimo kuratorė: gyd. Ilona Savlan

VUL Santaros klinikos

2019



# Pacientė



Moteris, 46 m.

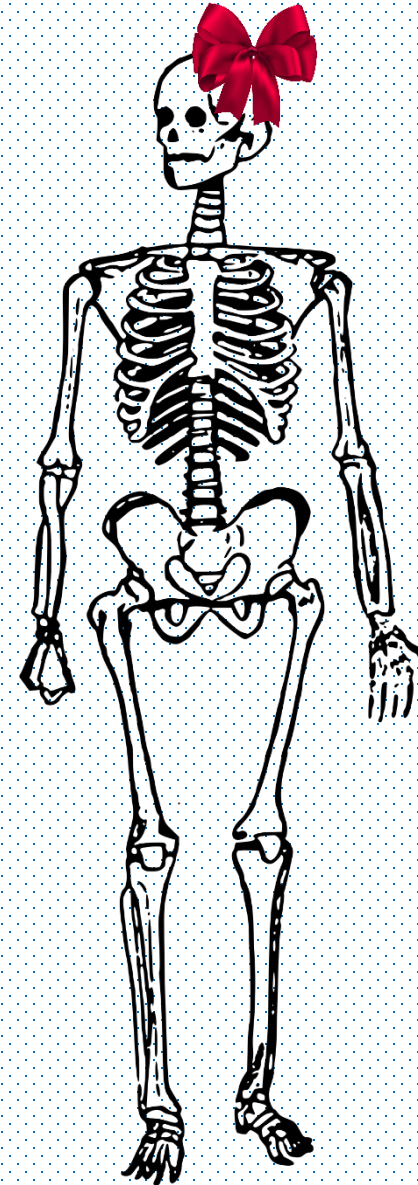


Hospitalizuota į VUL SK Hepatologijos ir gastroenterologijos skyrių



Nusiskundimai:

- ▶ Spazminio pobūdžio pilvo skausmas
- ▶ Pilvo gurguliavimas, pūtimas
- ▶ Pykinimas
- ▶ Vėmimas
- ▶ Nepastovūs viduriai



# Ligos anamnezė (1)

~ 6 MĖNESIUS VARGINA MINĖTI SKUNDAI



- ▶ Pilvo skausmas pavalgius.
- ▶ Pilnumo jausmas skrandyje.
- ▶ Pakeitus kūno padėtį simptomai šiek tiek sumažėja.

- ▶ Po pilvo skausmų pacientė atžymi „nepastovius vidurius“.

- ▶ Iš pradžių pučia pilvą, pykina, vemia, nesituština, po to staiga ir gausiai tuština skystomis išmatomis.



# Ligos anamnezė (2)

## AMBULATORIŠKAI ATLIKTI TYRIMAI



▶ EFGDS - paviršinis gastritas, taikytas H. pylori eradikacinis gydymas.

▶ Kolonoskopija - netipiniai riestinės žarnos pakitimai, labiau panašūs į antrinius (peraugimas iš proceso kiaušidėse ar kitų organų?). Tačiau gali būti ir pirminis neoplastinis procesas.

▶ Histologija - žarnos gleivinės fragmentai su tubulinėmis struktūromis, suderinama su adenomomis.

▶ Dėl įtariamo kiaušidžių naviko atlikta dubens KT - patologinių pakitimų žarnoje nenustatyta, kiaušidėse folikulinės cistos.

▶ Ginekologo konsultacija - patologijos nenustatyta.

▶ Pilvo apžvalginė Ro - žarnų nepraeinamumo požymių, laisvo oro požymių pilvo ertmėje nematyti.



T

Qscan  
86  
DR  
55

► VOE - sustorėjusios žarnų sienelės kairėje klubinėje srityje, nedidelis kiekis laisvo skysčio tarp žarnų kilpų (panašu, uždegiminė žarnų liga).





**Būklei negerėjant, pacientė planine tvarka hospitalizuota į VUL SK Hepatologijos ir gastroenterologijos skyrių tolimesniam ištyrimui ir gydymui**



# Gyvenimo anamnezė ir objektyvi apžiūra

- ▶ Hemorojus.
- ▶ Kitas lėtines ligas neigia.
- ▶ Alergiją vaistams neigia.
- ▶ Jokių vaistų pastoviai nevartoja.

- ▶ T-N.
- ▶ Oda ir gleivinės be matomų pakitimų.
- ▶ AKS - 120/60 mmHg, ŠSD - 74 k./min., širdies veikla ritmiška.
- ▶ Plaučiuose vezikulinis alsavimas, be karkalų.
- ▶ Pilvas minkštas, neskausmingas. Pilvaplėvės dirginimo požymių nėra. Peristaltika išklausoma.
- ▶ Kepenys, blužnis nepadidėjusios.
- ▶ Periferinių edemų nėra.



# Tyrimų planas

- ▶ BKT
- ▶ SPA, INR
- ▶ CEA, CA - 125, CA - 19.9
- ▶ Koprograma
- ▶ Išmatų pasėlis
- ▶ Išmatų tyrimas dėl C. Difficile
- ▶ Kolonoskopija
- ▶ Pilvo ir dubens KT
- ▶ Onkologo - ginekologo konsultacija
- ▶ Skubi pilvo apžvalginė Ro - esant pilvo skausmui





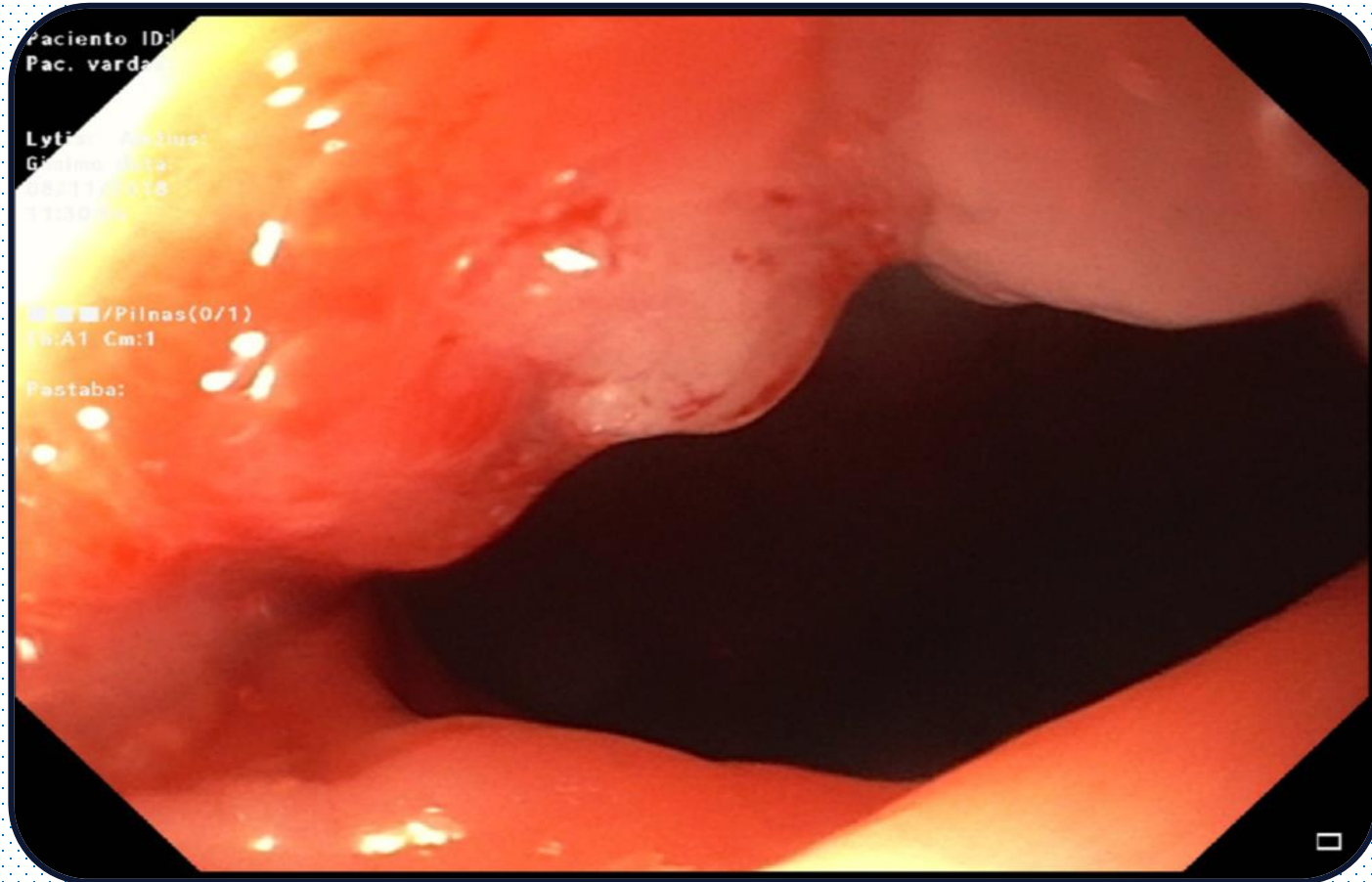
# Tyrimuose

- ▶ SPA, INR – norma.
- ▶ CEA, CA 19.9 ir CA 125 vėžio žymenys – nepadidėję.
- ▶ Išmatų pasėlyje – augimo nėra.
- ▶ Clostridium difficile toksinas A/B – neigiamas

				Išmatų tyrimas		
				rūgštys	2	0-1
				riebalai	0	0
					0	0
				skaidulos	0	0-1
				intės		
				skaidulos	0	0-1
				os		
				s ląstelėse	0	0
				s ne ląstelėse	0	0
				a suvirškinamoji	0	0
				a nesuvirškinamoji	3	1-4
				ai	0	0
				telis	0	0
					1-0-3	PAVIENIAI PREPARATE
HgB (g/l)	159	Mot. 117-145	Leukocitai			
Hct (l/l)	0,469	Mot. 0,36-0,42	Eritrocitai	0	0	
MCV (fl)	95,0	78-96	Gleivės	0	0	
MCH (pg)	32,2	26-31	Jodofilinė flora	0	0	
MCHC (g/l)	339	310-370	Grybai	PAVIENĖS SPOROS	Nerasta	
Plt (x10 <sup>9</sup> /l)	341	140-450	Kristalai	0	0	

# Kolonoskopija

- ▶ Apžiūrėta storoji žarna iki lienalinio linkio.
- ▶ ~20cm nuo išangės riestinė žarna lyg suspausta ar daro linkį, pro kurį kolonoskopas nepraeina.
- ▶ Gastroskopu matosi lokaliai nežymiai pakitusi gleivinė. Aukščiau pataloginių darinių nėra.
- ▶ Išvada: Iki lienalinio linkio - antriniai pakitimai riestinėje žarnoje.



# VALSTYBINIS PATOLOGIJOS CENTRAS

viešosios įstaigos Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas

P. Baublio 5, Vilnius LT-08406 tel. 85 247 73 50 faks. 85 272 00 44 www.vpc.lt



Tyrimo Nr.:  
B18-40637

Siunčianti įstaiga:  
Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos  
HEPATOLOGIJOS, GASTROENTEROLOGIJOS IR DIETOLOGIJOS CENTRAS

Ligos istorijos Nr.:  
18-38670

Lytis:  
M

Amžius:  
46m. 6mėn. 20d.

Gimimo data:  
1972-04-19

Siuntimo data:  
2018-11-08 10:29

Gavimo data:  
2018-11-08 15:30

Galutinė patologijos diagnozė:

**Adenokarcinomos įtarimas (žr. pastabą).**

Pastaba:

Įtariamo naviko struktūros labai negausios tik 1ame bioptate. Atlikti papildomi pjūviai.

Įtariamo naviko struktūros labai negausios tik 1ame bioptate. Atlikti papildomi pjūviai.

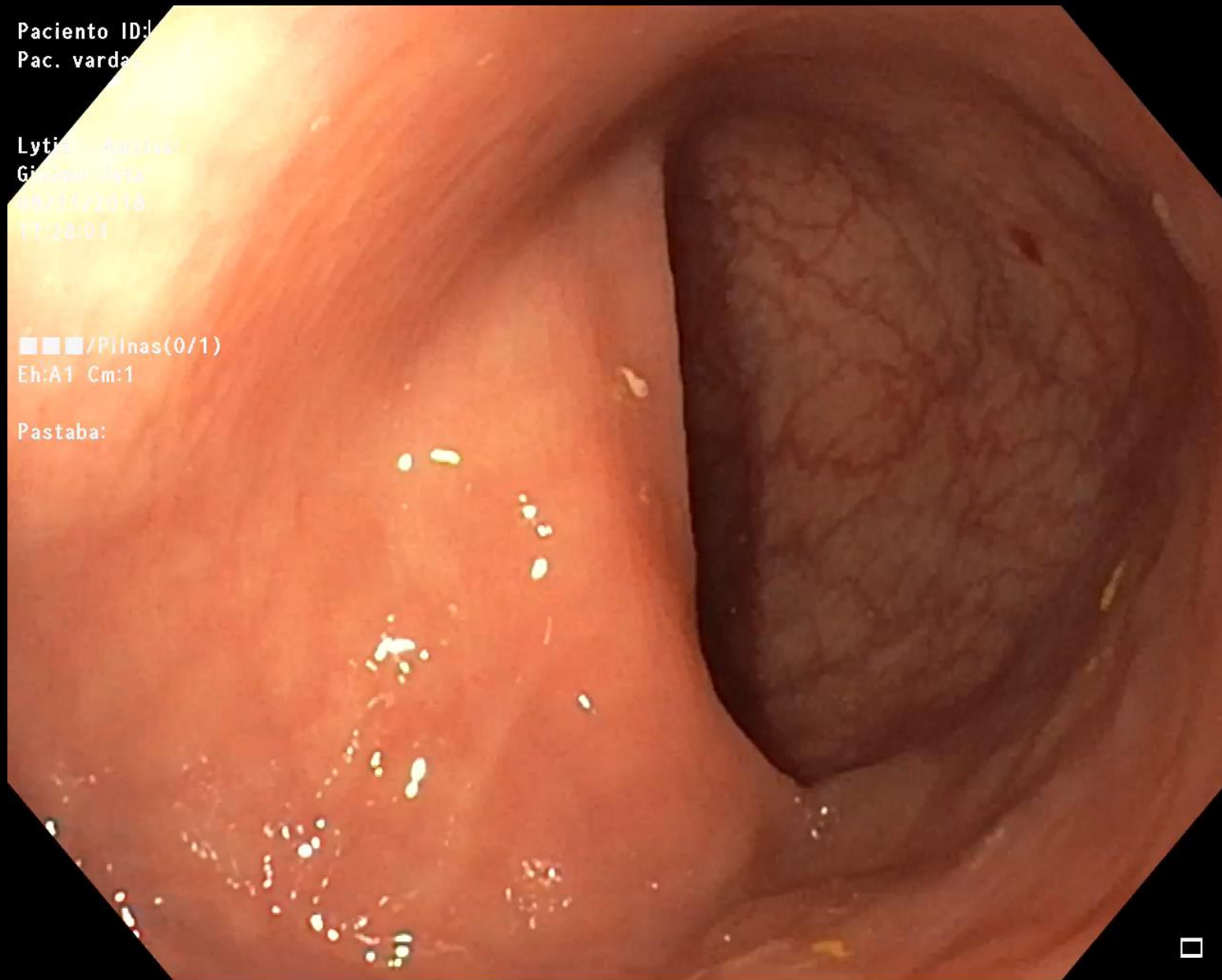
Pastaba:

Paciento ID:  
Pac. vardas:

Lytis:   
Gimimo data:  
03/11/2010  
11:28:01

■■■/Pilas(0/1)  
Eh:A1 Cm:1

Pastaba:





# Po keletos dienų... Pilvo + dubens KT belaukiant...

Pacientė pasiskundė spazminio pobūdžio pilvo skausmu, pykinimu, vėmimu.





# Tyrimuose

## DIAGNOSTINIS TYRIMAS Nr. 1 Pilvo apžvalginė rentgenografinė

Paslaugos kodas: 24999, Diagnostinis rentgenografinis tyrimas tarpk...

Aprašymo data: 2018-11-15 12:23

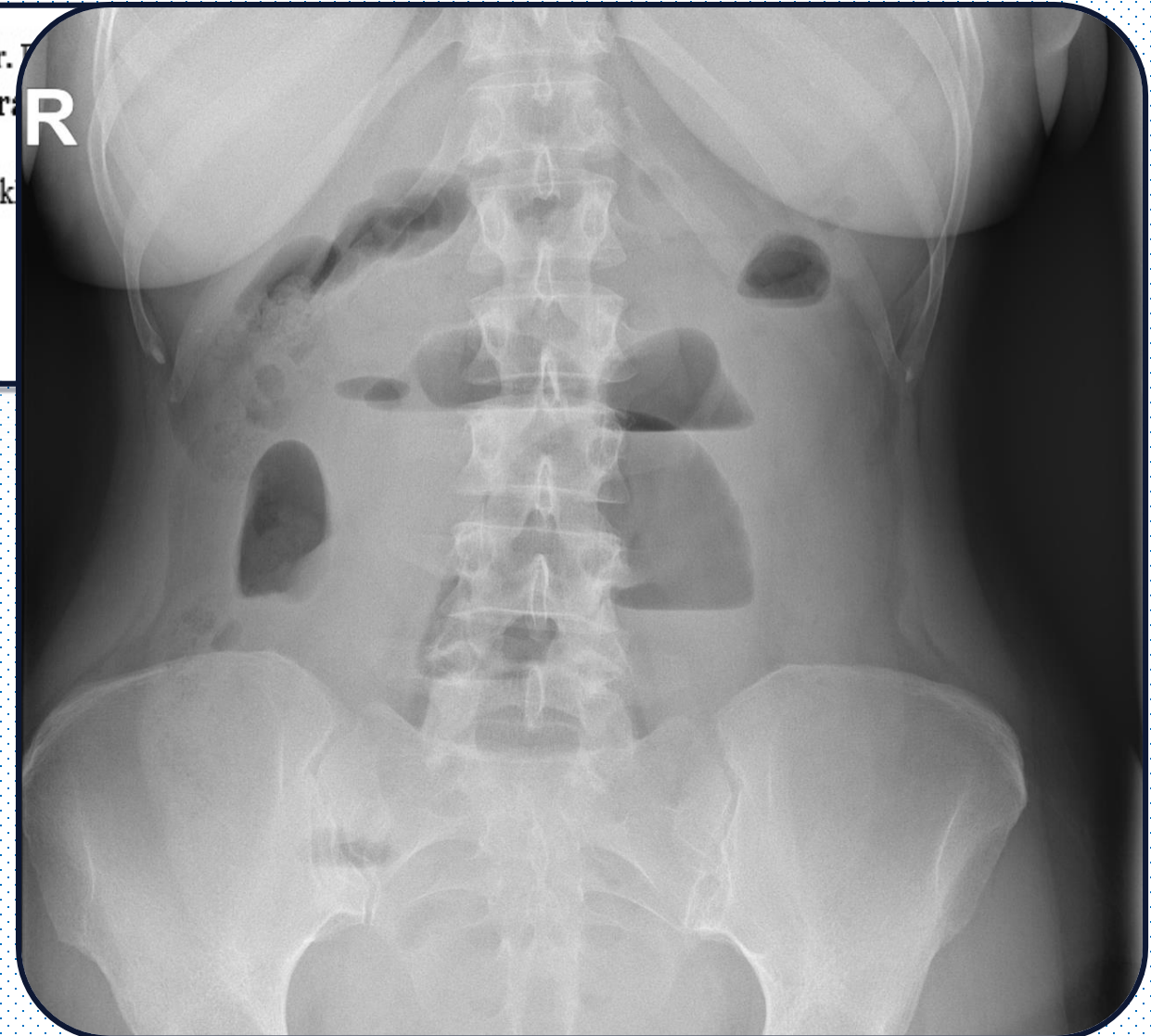
Tyrimo aprašymas:

Plonojoje žarnoje pavieniai skysčio-oro paviršiai.

Išvados: Nepraeinamumo požymiai plonojoje žarnoje.

Įvestas dekompresinis zondas.

- ▶ Pilvo chirurgo rekomenduota skubos tvarka atlikti pilvo ir dubens KT su p/os kontrastu kliūties įvertinimui.
- ▶ Įvestas dekompresinis zondas.

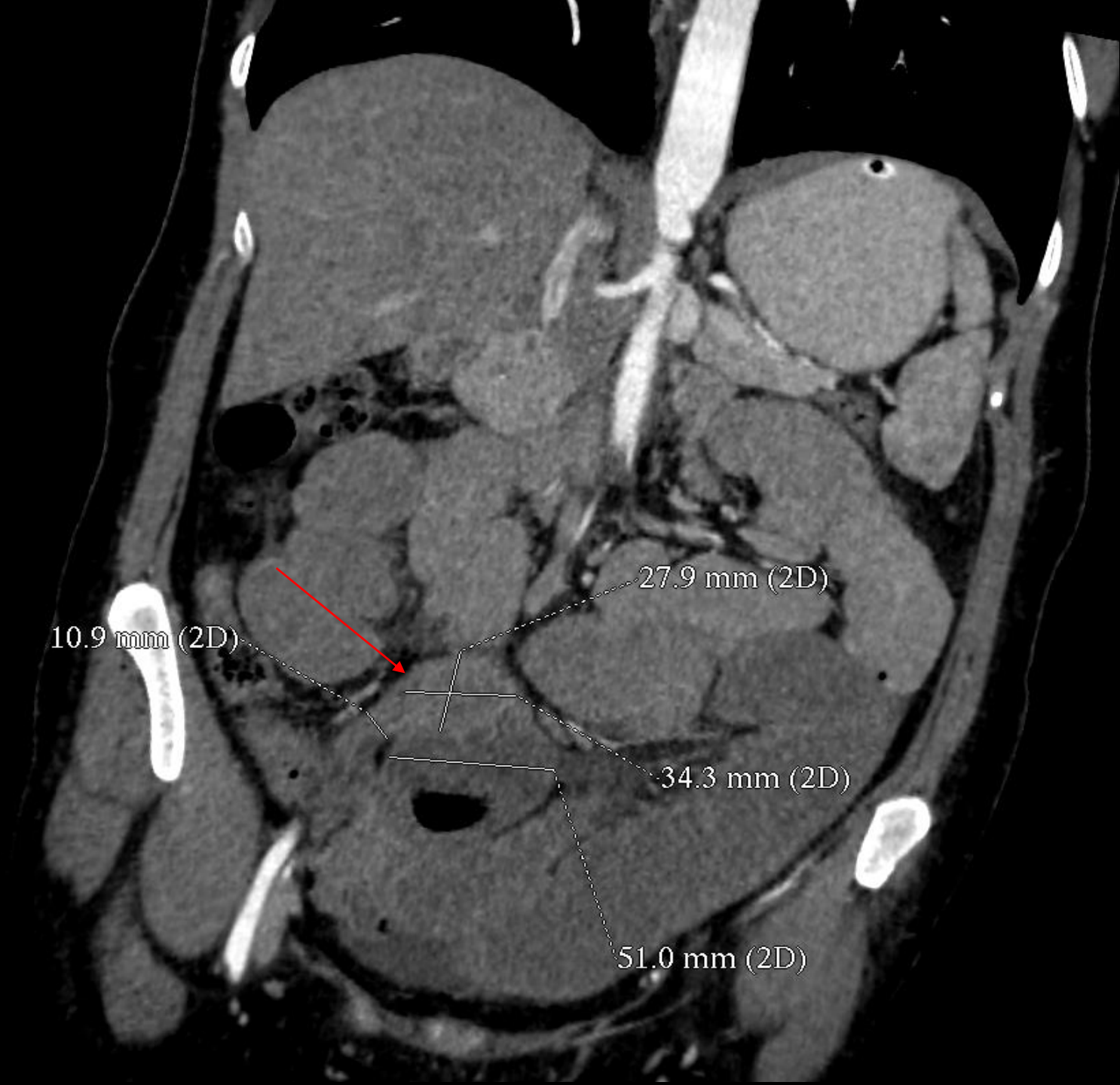


# Pilvo ir dubens KT

- ▶ Klubinės žarnos distalinės dalies sienoje, ~44 mm nuo ileocekalinės jungties, matyti iki 40 x 30 mm dydžio židiny, netolygiai kaupiantis k/m, obturuojantis žarnos spindį. Virš jo plonosios žarnos spindžiai prasiplėtę iki 64 mm su skysčio-oro pav. peroralinis kontrastinis preparatas iki šios srities nenutekėjo.

- ▶ Išvados: klubinės žarnos distalinės dalies navikas, obturuojantis spindį (karcinoidas dif. GIST-as). Plonųjų žarnų nepraeinamumo požymiai. Nedidelis kiekis laisvo skysčio pilvaplėvės ertmėje. Deš. inksto parenchimoje žemo tankio židiny, per smulkus diferencijuoti. Gimdos mioma. Kairiojo plaučio smulkus židinukas.





10.9 mm (2D)

27.9 mm (2D)

34.3 mm (2D)

51.0 mm (2D)



**Dėl žarnų nepraeinamumo pacientė skubos tvarka perkelta į I-ą Pilvo chirurgijos skyrių**





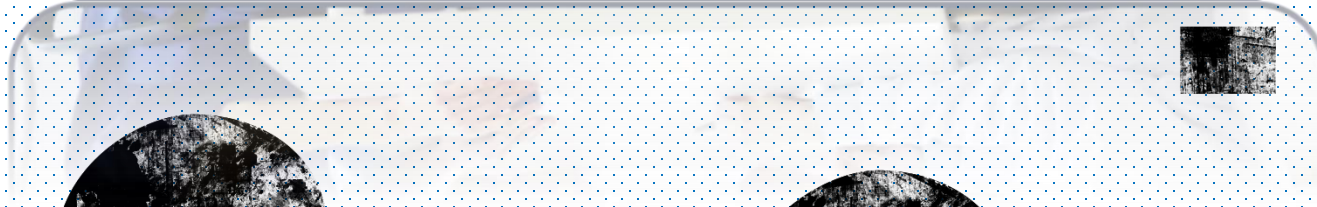
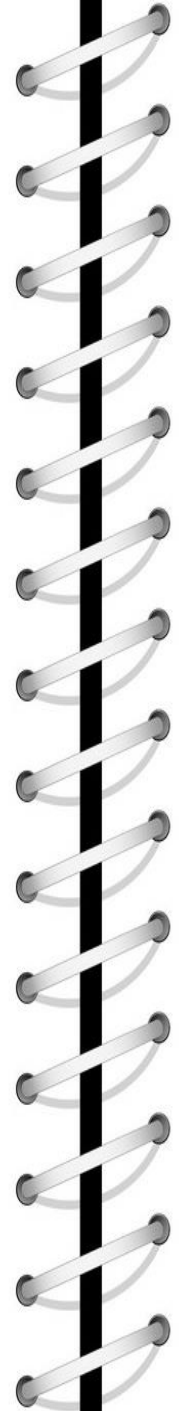
# OPERACIJA: Laparascopia. Laparatomia. Resectio anguli ileocaecalis.

- ▶ Operacija pradėta laparoskopija, navikas ileum terminale, 5 cm nuo caecum. Naviko dydis 3 x 3 x 2 cm. Jis paslankus, *serosa* neperaugta. Navikas nepenetravęs. Visame plonosios žarnos pasaite matomi iki 1 cm padidinti limfmazgiai, panašūs į reaktyvinius dėl ileus. Atokių metastazių nerasta.
- ▶ Įvertinus naviko padėtį ir rezekcijos apimtį, atlikta McBurnay laparatomija d. klubinėje srityje.

- ▶ Rezekuotas navikas, storoji ir plonoji žarna 15 cm proksimaliau ir distaliau naviko.
- ▶ Iš viso pašalinta storosios ir plonosios žarnos atkarpa 45 cm. ilgio.
- ▶ Diagnozė: Klubinės žarnos navikas. Žarnyno nepraeinamumas.

**Pacientė išrašyta į  
namus.  
Rekomenduota  
onkologo-  
chemoterapeuto  
konsultacija (po  
mėnesio).**







# Po savaitės...

## Histologijos atsakymas

Galutinė patologijos diagnozė:

**Klubinės žarnos ir pasaito endometriozė. Limfoidinė hiperplazija plonosios žarnos gleivinėje. Limfmazgių endosalpingiozė.**

TLK-10-AM:

N80.5

Makroskopinis aprašymas:

Ileocekalinis kompleksas: plonosios žarnos fragmentas 28 cm ilgio, aklosios žarnos fragmentas 4 cm ilgio, su kirmėline atauga 5x0,6 cm, storosios kylančiosios žarnos fragmentas 7 cm ilgio. Plonojoje žarnoje - pilkšvai rusvas, spindį stenozuojantis darinys 3x2,5x2 cm, nuo proksimalinio rezekcijos krašto nutolęs 25 cm, nuo distalinio - 11 cm, nuo pasaito - 1 cm. Greta darinio gleivinė rusvesnė, smulkiai gruoblėta 4x3 cm plote. Makroskopiškai plonosios žarnos sienelės sustorėjusi su rusvos spalvos zonomis, rusvos spalvos fibrozės zonos pasaito riebaliniame audinyje. Rasti 33 limfmazgiai iki 2,5 cm.

Mikroskopinis aprašymas:

Plonosios žarnos sienelėje, pogleivyje, raumeniniame sluoksnyje, pasaito matomi endometro stromos su vietomis dilatuotomis liaukomis židiniai. Storosios žarnos gleivinė be pakitimų. Limfoidinė hiperplazija plonosios žarnos gleivinėje. Žarnos rezekcijos galai be pataloginių pokyčių. Limfmazgiuose stebima endosalpingiozė.

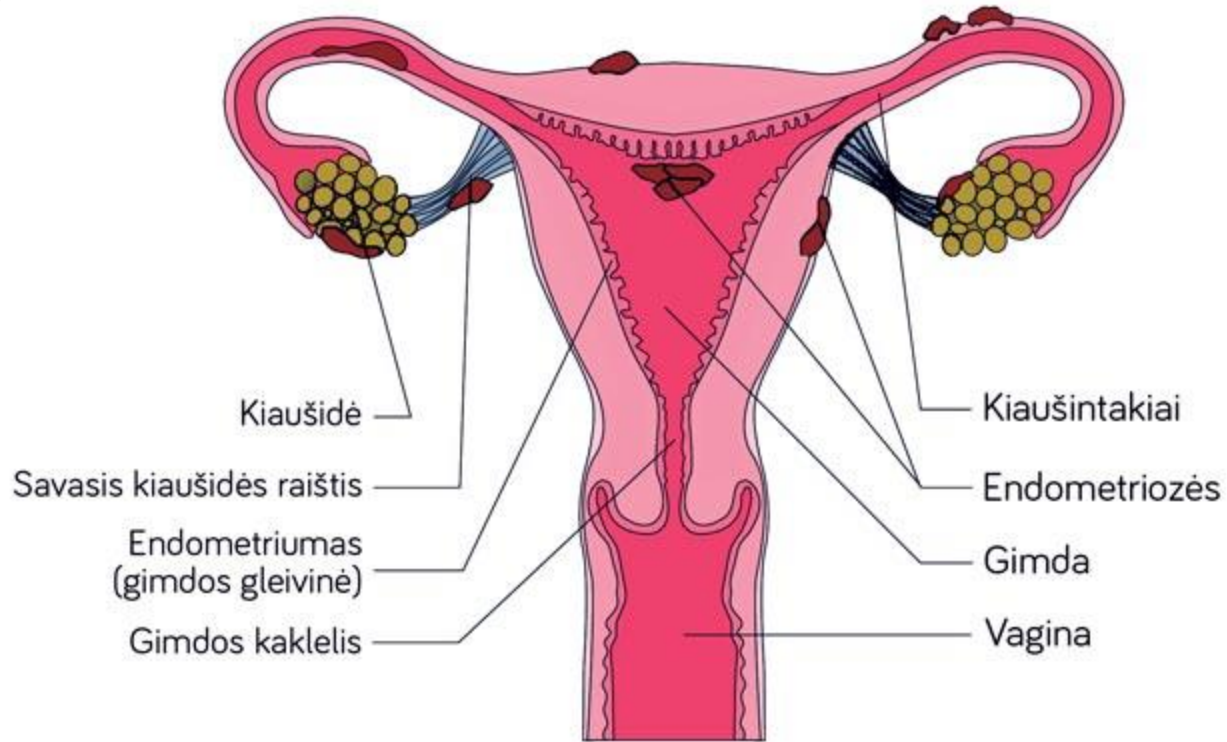
**Šiek tiek teorijos...**





# Endometriozė (1)

- ▶ Endometriozė – tai funkcionuojančio, į gimdos gleivinę panašaus audinio atsiradimas bei išvešėjimas už gimdos ribų [1-4].



# Endometriozė (2)

▶ Tokie židiniai susiformuoja ant įvairių moters vidaus organų – kiaušidžių, kiaušintakių, gimdos kaklelio ar jos paviršiaus, taip pat ant žarnų, šlapimo pūslės [1]. Kartais jie gali išplisti net už pilvo ribų, tačiau tokie atvejai itin reti. Endometriozė gali imituoti adenokarcinomą dėl vietos invazyvumo ir greito augimo [1,2].

▶ Limfmazgiai neretai įtraukiami dėl endometriumo ląstelių limfinės diseminacijos [3].

▶ Šie židiniai nėra piktybiniai [3].

▶ Etiologija nėra tiksliai žinoma [3].

▶ Būdinga 4-17 % reprodukcinio amžiaus moterų [1-4].

▶ 20-40 proc. susirgimo atvejų diagnozuojama tiriant dėl nevaisingumo [2,3].

# Endometriozė (3)

▶ Virškinamojo trakto endometriozės paplitimas literatūroje varijuoja tarp 3 ir 37 % dar menstruacijas turinčių moterų [9-11].

▶ Žarnyno endometriozė pasireiškia 3-12 % moterų, sergančių endometriozė [4-6].

▶ Dažniausiai žarnyne (85 %) endometriozė pažeidžia tiesiąją žarną ir rektosigmoidinę jungtį, rečiau akląją žarną [6-9].

▶ Tik 7 % atvejų būna pažeidžiama plonoji žarna. Literatūroje yra aprašyta nedaug atvejų, kai buvo pažeista būtent plonoji žarna. Visi atvejai reikalauja skubios chirurginės intervencijos [9-11].

# Endometriozė (4)

- ▶ Dažniausiai nesukelia žarnų obstrukcijos, ir tik 1 % atvejų reikalauja chirurginio išikišimo [7,8].
- ▶ Žarnyne išplitusi endometriozė gali simuliuoti Krono ligą, apendicitą, kiaušintakių ir kiaušidžių abscesą, piktybinius darinius[7,8,9].
- ▶ Klinikinis vaizdas nėra specifinis, todėl be duomenų apie endometriozę anamnezėje, dažniausiai ligos išplitimas žarnyne būna patvirtinamas operacijos metu gautą medžiagą histologiškai ištyrus [4,5,9].





# Klinika



Dažniausi endometriozės požymiai yra šie:

- ▶ skausmas prieš menstruacijas ir jų metu;
- ▶ tepimas rudomis, tirstomis išskyromis prieš mėnesines bei po jų;
  - ▶ gausios, nereguliarios mėnesinės;
  - ▶ skausmingi lytiniai santykiai;
- ▶ skausmas tuštinantis arba šlapinantis menstruacijų metu;
  - ▶ lėtinis dubens ir pilvo skausmas;
  - ▶ spazminiai žarnyno skausmai;
  - ▶ lėtinis nuovargis bei išsekimas;
  - ▶ Nevaisingumas [9-11].

# Diagnostika

► Nurodoma, jog nuo pirmųjų simptomų pasireiškimo iki endometriozės diagnozės patvirtinimo praeina nuo 7 iki 12 metų [3,4,7].

► Laparoskopija - tai svarbiausias diagnostikos metodas, išskyrus atvejus, kai endometriozės židiniai matomi makštyje ar kur nors kitur (B lygio rekomendacija) [1,3,11].

► MRT pasižymi pakankamai aukštu jautrumu, norint diagnozuoti šią ligą [8].

► Endometriozės židinių nustatymas histologiniu tyrimu patvirtina ligos diagnozę, tačiau neigiamas histologinio tyrimo atsakymas endometriozės diagnozės nepaneigia [1,8,11].

# Gydymas

- ▶ **Asimptominė forma – gydymas neskiriamas.**
- ▶ **Chirurginis gydymas (pvz.: laparoskopija - židinių ekscizija, bipoliarinė koaguliacija).**

- ▶ **Sudėtinės kontraceptinės tabletės, geriamieji ir injekciniai progestinai yra pirmo pasirinkimo priemonės, gydant su endometriozė susijusį skausmą. Gonadotropinį hormoną atplaiduojantys agonistai yra antro pasirinkimo medikamentinis endometriozės gydymas.**

**Parengta pagal Lietuvos akušerių ginekologų draugijos (LAGD) valdybos sudarytą metodiką 2011 m.**



# Žarnų nepraeinamumas

- ▶ Sutrinka žarnyno turinio slinkimas link tiesiosios žarnos [12,13].
  - ▶ Mechaninis žarnų nepraeinamumas – kai žarnų turinys negali slinkti dėl žarnų spindžio užsikimšimo [8,12,13].
- 
- ▶ 70 proc. dėl plonųjų žarnų (dažniausia priežastis - sąaugos).
  - ▶ 30 proc. dėl storųjų žarnų.
  - ▶ Gali būti dinaminis nepraeinamumas: spastinis; paralyžinis (pirminis ir antrinis) [8,9,12-14].





# Diagnostika

- ▶ **Klinika**
- ▶ **Anamnezė**
- ▶ **Objektyvi apžiūra (peristaltika iš pradžių sustiprėjusi, vėliau silpnėja iki „kapų tylos“)**
- ▶ **Laboratoriniai tyrimai - nespecifiniai**
- ▶ **Pilvo apžvalginė Ro**
- ▶ **Pilvo organų echoskopija**
- ▶ **KT (papildoma informacija, padeda įvertinti priežastį)**
- ▶ **Žarnynas** indiku
  - pilna
  - ▶ **„Kloiberio dubenėliai“ - horizontalūs oro - skysčio paviršiai [12-14].**
- ▶ **Rektos**



# Gydymas

► **Konservatyvus gydymas:**

Infuzinė terapija

Elektrolitų korekcija

Žarnyno dekompresija

Mikrofloros translokacijos  
profilaktika

► **Operacinis**

Skubu – progresavimas ar per 24-  
48 val. nėra būklės pagerėjimo  
[12,14].



**Ačiū už dėmesį!**



# Literatūros sąrašas

1. Chan, D. L., Chua, D., Ravindran, P., Cerdeira, M. P., & Mor, I. (2017). A case report of endometriosis presenting as an acute small bowel obstruction. *International journal of surgery case reports*, 41, 17-19.
2. Sali, P. A., Yadav, K. S., Desai, G. S., Bhole, B. P., George, A., Parikh, S. S., & Mehta, H. S. (2016). Small bowel obstruction due to an endometriotic ileal stricture with associated appendiceal endometriosis: A case report and systematic review of the literature. *International journal of surgery case reports*, 23, 163-168.
3. Agarwal, K., Sehgal, S., & Bargoutya, M. (2016). Incomplete Small Bowel Obstruction Due to Isolated Ileal Endometriosis: A Mimic of Tuberculosis. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 66(2), 642-644.
4. Berlanda, N., Vercellini, P., & Fedele, L. (2018). Endometriosis: Clinical manifestations and diagnosis of rectovaginal or bowel disease. *Up to date*, 2-19.
5. Izuishi, K., Sano, T., Shiota, A., Mori, H., & Ebara, K. (2015). Small bowel obstruction caused by endometriosis in a postmenopausal woman. *Asian journal of endoscopic surgery*, 8(2), 205-208.
6. Torralba-Morón, A., Urbanowicz, M., Ibarrola-De Andres, C., Lopez-Alonso, G., Colina-Ruizdelgado, F., & Guerra-Vales, J. M. (2016). Acute small bowel obstruction and small bowel perforation as a clinical debut of intestinal endometriosis: a report of four cases and review of the literature. *Internal Medicine*, 55(18), 2595-2599.
7. Agarwal, K., Sehgal, S., & Bargoutya, M. (2016). Incomplete Small Bowel Obstruction Due to Isolated Ileal Endometriosis: A Mimic of Tuberculosis. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 66(2), 642-644.
8. Molina, G. A., Ramos, D. R., Yu, A., Paute, P. A., Llerena, P. S., Alexandra Valencia, S., ... & Gutierrez, B. M. (2019). Endometriosis Mimicking a Cecum Mass with Complete Bowel Obstruction: An Infrequent Cause of Acute Abdomen. *Case reports in surgery*, 2019.
9. Orbuch I.K., Reich H., Orbuch M. et al. Laparoscopic treatment of recurrent small bowel obstruction secondary to ileal endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14: 113-115.
10. de Bree E., Schoretsanitis G., Melissas Jet al. Acute intestinal obstruction caused by endometriosis mimicking sigmoid carcinoma. *Acta Gastroenterol Belg* 1998;61: 376-368.
11. Popoutchi P., dos Reis Lemos C.R., Silva J. C. et al. Postmeno-pausal intestinal obstructive endometriosis: Case report and review of the literature. *Sao Paulo Med J* 2008;126: 190-193.
12. Paulson, E. K., & Thompson, W. M. (2015). Review of small-bowel obstruction: the diagnosis and when to worry. *Radiology*, 275(2), 332-342.
13. Reddy, S. R. R., & Cappell, M. S. (2017). A systematic review of the clinical presentation, diagnosis, and treatment of small bowel obstruction. *Current gastroenterology reports*, 19(6), 28.
14. Azagury, D., Liu, R. C., Morgan, A., & Spain, D. A. (2015). Small bowel obstruction: a practical step-by-step evidence-based approach to evaluation, decision making, and management. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 79(4), 661-668.