

Komplikace divertikulitidy – kolokutánní a kolovezikální píštěl

MUDr. Zuzana Adamová, Ph.D., MUDr. Radim Slováček, MUDr. Dalibor Dvořák, MUDr. Tomáš Bár, MUDr. Rostislav Čureček, MUDr. Petr Rohlík
Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice a.s.

Divertikulóza je ve vyspělých zemích časté onemocnění, jehož prevalence narůstá se zvyšujícím se věkem. Většina postižených je asymptomatická, asi u třetiny se objeví zánětlivé komplikace. Představujeme kazuistiku pacientky se vzácnou kolokutánní a kolovezikální píštělí při divertikulitidě sigmatu. Pacientka byla indikovaná k resekci sigmatu, léčba byla úspěšná.

Klíčová slova: divertikulóza, kolovezikální píštěl, kolokutánní píštěl.

Complications of the diverticular disease – colocutaneous and colovesical fistula

Colonic diverticular disease is common in developed countries, and its prevalence increases with age. Most affected individuals remain asymptomatic throughout their lives. We herein report a rare case of a spontaneous colocutaneous and colovesical fistula due to diverticulitis of the sigmoid colon. The condition was successfully treated by resection.

Key words: diverticulosis, colovesical fistula, colocutaneous fistula.

Úvod

Divertikulóza označuje nález mnohočetných divertiklů na tlustém střevě. Ty jsou následkem periodicky či trvale zvýšeného intraluminálního tlaku, který způsobuje vyhrězávání sliznice skrze střevní stěnu (jedná se o nepravé divertikly). Prevalence v západním světě se udává 5–10 % u populace mladší 50 let, 30 % u populace starší 50 let, 50 % u starších 70 let a přes 66 % u lidí starších 80 let (1).

Divertikulózu bychom mohli označit za civilizační chorobu, v západních zemích se vyskytuje daleko častěji, u přistěhovalců je její výskyt nižší, ale v relativně krátké době po usazení i u nich její výskyt narůstá (2).

Závislost na stravě chudé na balastní látky byla dokumentována epidemiologickými studiemi, většina však byla retrospektivního charakteru. Hypotéza je postavena zejména na průkazu zvýšení incidence divertikulární nemoci tračníku (DNT) během 20. století a současném

trendu poklesu konzumace vlákniny. Prudký nárůst četnosti této choroby je zaznamenán asi 40 let po začátku průmyslové revoluce, tzn. u osob, které vyrostly na rafinovaném cukru a bílé mouce (3). U vegetariánů je nižší výskyt DNT než u zbylé populace (4). Vlákna z ovoce a zeleniny by měla mít vyšší protektivní účinek než z cereálií. Za další rizikové faktory jsou dále považovány alkoholismus a nikotinismus. Vyšší incidence divertikulózy u kuřáků sice nebyla prokázána, ale popisuje se více komplikací, pokud se u nich tato choroba vyskytne.

Dalším uváděným rizikovým faktorem je účinek farmakoterapie – kortikoidů, chemoterapeutik, nesteroidních antiflogistik, které se podílí zejména na komplikovaném průběhu divertikulitidy (5). Nedostatek pohybu může taktéž přispět ke vzniku divertiklů (6).

Rakovina tlustého střeva se nachází společně s DNT poměrně často. Názory jednotlivých autorů na procentuální výskyt obou chorob

současně se však liší (5–30 %) (7). Je otázkou, zda je současný výskyt dán podobnými rizikovými faktory, či zda DNT zvyšuje pravděpodobnost vzniku nádorového onemocnění střeva. Přesto neexistuje dostatek validních důkazů, které by zdůvodnily aktivnější prevenci kolorektálního karcinomu u pacientů s DNT. Je poukazováno na současný výskyt civilizačních chorob jako diabetes mellitus, obezita, cholelitiáza, hypercholesterolemie, ateroskleróza. Jako Saintovo trias je nazýván současný výskyt axiální diafragmatické kýly, DNT a cholelitiázy (8).

Divertikulitida se objeví u 10–30 % nemocných (9). Komplikovaná divertikulitida je považována za nejčastější příčinu tvorby píštělí (před m. Crohn a nádorovým postižením střeva či močového měchýře). U 4–20 % hospitalizovaných pacientů pro divertikulární nemoc tračníku se nalezne píštěl (10). Ta vznikne perforací zaníceného divertiklu do přilehlého orgánu. Kolovezikální píštěl je nejčastější (cca 65 %) (11),

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Zuzana Adamová Ph.D., adamovaz@gmail.com

Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice a.s., Nemocniční 955, 755 01 Vsetín

Cit. zkr: Med. praxi 2017; 14(3): 147–149

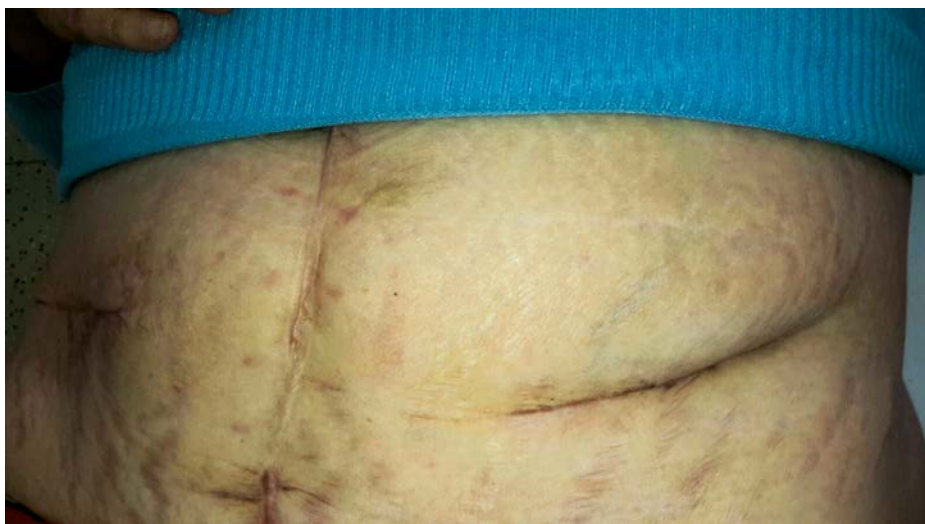
Článek přijat redakcí: 13. 1. 2017

Článek přijat k publikaci: 26. 1. 2017

Obr. 1. Defekt po incizi abscesu po týdnu, stp sejmutí podtlakové terapie



Obr. 3. Tři měsíce po resekci sigmatu



dále se můžeme setkat s kolovaginální (25 %) (12), kolouterinní (3 %) (13), koloenterickou píštělí. Kolokutánní patří k vzácným píštělím, která se nalezne jen u 1–4 % pacientů s fistulou (14).

Kazuistika

66letá pacientka, která v anamnéze uváděla hypotyreózu, hypertenzi a divertikulózu sigmatu, byla odeslána na naše pracoviště praktickým lékařem pro náhle vzniklou bolest v oblasti levého mesogastria, která se objevila při čištění koberce. V minulosti prodělala hysterektomii s adnexektomií (v r. 1993) a příčnou myotomii dle Hodgsona po prodělané divertikulitidě (v r. 2000). Od té doby byla bez potíží.

Pro hmatnou, bolestivou rezistenci, náhlý vznik potíží při námaze, absenci úrazu, bylo pomýšleno na ireponibilní Spiegelovu hernii. Pacientka jiné potíže neudávala, průjmy neměla, stolice byla bez příměsí, pravidelná, bolesti břicha doposud neměla, váha byla stabilní.

Rentgenové vyšetření břicha neprokázalo poruchu pasáže, sonografické vyšetření bylo nejednoznačné (zvažován hematoma, inkarcovaná kýla). V laboratorních výsledcích dominovala leukocytóza, vyšší CRP.

Pacientku jsme indikovali k operační revizi pro podezření na ireponibilní hernii, CT vzhledem k vcelku jednoznačným anamnestickým a klinickým údajům indikováno nebylo. Po incizi kůže byl však nalezen absces v podkoží, komunikace s dutinou břišní zjištěna nebyla.

Abscesová dutina byla zprvu denně převazována, poté bylo krytí nahrazeno podtlakovou terapií (obrázek 1). Po částečném vyčištění rány se objevilo na její spodině ústí drobné píštěle. Vzhledem k anamnéze DNT, nabývala se tato etiologie potíží. Na CT, které následovalo, byl patrný zánětlivý infiltrát v oblasti sigmatu, se kterým souvisela dutina vzniklá vyprázdněním abscesu, divertikly jednoznačně patrné nebyly. Po podání kontrastní látky do píštěle se ukázala nejen ko-

Obr. 2. Kolokutánní píštěl na CT



munikace s tračníkem (obrázek 2), ale kontrastní látka pronikala i do močového měchýře. Až na opakovaný dotaz si pacientka vzpomněla, že posledního půl roku trpěla na opakované cystitidy. Doplnili jsme CT cystografii, byl učiněn pokus o kolonoskopické vyšetření s cílem získat biopsii – diferenciálně diagnosticky byla zvažována i malignita. Při kolonoskopii bylo možné proniknout pouze do 30 cm, pak pro špatnou přípravu a nepřehledný terén bylo vyšetření ukončeno. Patolog popsal pouze katarální kolitidu. Po nutriční přípravě jsme provedli otevřenou resekci sigmatu (v terénu tuhého, špatně přehledného infiltrátu, který fixoval střevo jak ke stěně břišní, tak k močovému měchýři). Peroperačně píštěle patrné nebyly, ponechali jsme tudíž jak stěnu močového měchýře, tak břišní stěnu neošetřenou. Rozhodli jsme se pro descendantorektální anastomózu end-to-end s protektivní ileostomií.

Pooperačně přechodně pacientku trápila atonie žaludku, jinak byl průběh bez komplikací. Rány se zhojily per primam, jen v oblasti původního abscesu byla rána ponechána k sekundárnímu zhojení. Za 3 týdny byla ileostomie uzavřena.

Na kontrole po 3 měsících (obrázek 3) pacientka udává ještě únavnost, ale stolice je pravidelná, bolesti břicha nejsou, močovými infekcemi již netrpí, bez teplot, váha je stabilní.

Diskuze

Ač je DNT nejčastější příčinou střevních píštěl a současně je DNT chorobou ve starší populaci značně rozšířenou, není nález fistulace střeva do okolních orgánů rozhodně běžný. Jen asi polovina pacientů uvádí DNT v anamnéze, u druhé poloviny se jedná o první projev nemoci.

Nejčastější typ střevní píštěle je kolovezikální. Pacienti si mohou stěžovat na pneumaturii, fekalurii, časté infekce močových cest, bolesti břicha, průjmy, ale i odchod moči konečníkem. Diagnostika nemusí být jednoduchá, dle Kwona

je úspěšnost detekce jednotlivých vyšetření relativně nízká – cystoskopie 42,4 %; cystografie 41,3 %; bariová kaše 35,3 %; kolonoskopie 6,4 %; CT 30,8 % (15). Dle jiných autorů je výtěžnost CT s jodovou kontrastní látkou 70–100 % (16, 17). V korejské práci se osvědčila maková semínka k průkazu patologické komunikace mezi střevem a močovým měchýřem (18). Ne vždy se podaří nalézt jednoznačnou píštěl, ale na její přítomnost můžeme usuzovat z perivezikálního infiltrátu a přítomnosti plynu v močovém měchýři, což je společně s klinickými symptomy jistě dostatečný důvod k operaci. Naše pacientka trpěla sice opakujícími se cystitidami, ale to nevedlo k žádnému dalšímu došetřování. Sama pacientka zprvu potíže s močením popírala, až na opakované dotazy při zjištění komunikace na CT si vzpomněla, že posledního půl roku užívala opakovaně antibiotika, právě pro recidivující infekce močového měchýře.

Kolokutánní píštěle jsou vzácné, pokud se objeví, pak nejčastěji po operaci pro divertikulitidu, zvláště, pokud se resekovalo sigma v terénu abscesu či sterkorální peritonitidy, event. se píštěl

může objevit po drenáži perikolického abscesu. Ve Faziově souboru 93 pacientů s kolokutánní píštělí se jednalo pouze u 5 pacientů o spon-tánní píštěl, u zbytku se jednalo o pooperační komplikaci (19). Píštěl v této lokalizaci neunikne pozornosti, ale je zapotřebí vyloučit, stejně jako u ostatních, jinou etiologii jejího vzniku.

Terapie spočívá v obou případech v resekci tračníku, pokud se podaří nalézt ústí píštěle do močového měchýře, může být přešito, pokud je příliš drobné a nedaří se je vizualizovat, je močový měchýř ponechán ke spontánnímu zhojení (20). O tom, jak dlouho ponechat močový katétr, se vedou spory, většinou jsou doporučovány 1–2 týdny (21). Píštěl kolokutánní se řeší resekci sigmatu, defekt ve stěně břišní je ponechán ke spontánnímu zhojení. Některé menší studie poukazují i na možný konzervativní postup u vybraných, zejména rizikových pacientů (22). Další alternativou, která je nově zkoumána, je endoskopie, zejména s využitím ovseco (over-the-scope) klipů.

Rozsah resekce je vždy na zvážení operatéra. Panuje vcelku jednotný názor na vedení

distální linie resekce, anastomóza by měla být na rektum. Kritéria pro rozsah proximální resekce jsou méně jednoznačná. Často je postižení divertikly směrem proximálním mnohem rozsáhlejší než úsek zánětem změněného střeva. Zde je nutno myslet nejen na snížení rizika dalších atak, ale i na rizika extenzivnějších výkonů, hledat kompromis. Většinou se snažíme resekovat zejména část postiženou zánětem (23, 24). Další otázkou je nutnost protektivní ileostomie. Neexistuje jednoznačný konsenzus, některá pracoviště indikují protektivní ileostomii při určitých typech operací paušálně. U nás se rozhodujeme vždy individuálně, někdy až na operačním sále. U této pacientky jsme ileostomii plánovali již předoperačně vzhledem k rozsahu zánětlivých změn patrných na CT.

Závěr

Touto kazuistikou jsme chtěli připomenout jednu z možných komplikací divertikulitidy, která je spolu se stenózou a imunosupresí jednoznačnou indikací k elektivní resekci tračníku.

LITERATURA

1. Zonča P, Jacobi CA, Meyer GP. Současný pohled na chirurgickou léčbu divertikulární choroby. *Rozhl Chir* 2009; 88: 568–576.
2. Hjert F, Johansson C, Mellgren A, et al. Diverticular disease and migration—the influence of acculturation to a Western lifestyle on diverticular disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006; 23: 797–805.
3. Painter NS, Burkitt DP. Diverticular disease of the colon: a deficiency disease of Western civilization. *Br Med J*. 1971; 2(5759): 450–454.
4. Gear JS, Ware A, Fursdon P, et al. Symptomless diverticular disease and intake of dietary fibre. *Lancet*. 1979; 1: 511–514.
5. Mpofu S, Mpofu CM, Hutchinson D, et al. Steroids, non-steroidal anti-inflammatory drugs, and sigmoid diverticular abscess perforation in rheumatic conditions. *Ann Rheum Dis*. 2004; 63(5): 588–590.
6. Heaton KW, Thompson WG. Exercise and diverticular disease. *BMJ*. 1995; 310(6990): 1332.
7. Soran A, Harlak A, Wilson JW, et al. Diverticular disease in patients with coloncancer: subgroup analysis of national surgical adjuvant breast and bowel project protocol C-06. *Clin Colorectal Cancer*. 2006; 6(2): 140–145.
8. Kazil P, Kazilová MA. Divertikulární nemoc tračníku. *Grada*. 2007.
9. Adamová Z. Divertikulární nemoc tračníku. *Rozhl Chir* 2011; 90: 463–477.
10. Charalabopoulos A, Misiakos E, Macheras A. Colocutaneous fistula complicating sigmoid diverticulitis. *Int J Surg Case Rep* 2011; 2: 68–70.
11. Carvajal Balaguera J, Camuñas Segovia J, Oliart Delgado de Torres S, et al. Colovesical fistula complicating diverticular disease: one-stage resection. *Int Surg* 2006; 91: 17–23.
12. Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW, et al. Internal fistulas in diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 591–596.
13. Pankaja S, Rukaj A, Bathula U. Diverticular disease of the colon presenting as pyometra: a case report. *J Med Case Rep* 2014; 4: 135.
14. Bahadursingh AM, Virgo KS, Kaminski DL, et al. Spectrum of disease and outcome of complicated diverticular disease. *Am J Surg* 2003; 186: 696–701.
15. Kwon EO, Armenakis NA, Scharf SC, et al. The poppy seed test for colovesical fistula: big bang, little bucks! *J Urol* 2008; 179: 1425–1427.
16. Chinchure DD, Rayudu B, Prasad V. Colo-vesical and colo-enteric fistulae in sigmoid diverticular disease – a case report. *Indian J Radiol Imaging* 2004; 14: 409–412.
17. Jarrett TW, Vaughan ED. Accuracy of computerized tomography in the diagnosis of colovesical fistula secondary to diverticular disease. *J Urol* 1995; 153: 44–46.
18. Yang HW, Sun WY, Lee TE, et al. A case of colovesical fistula induced by sigmoid diverticulitis. *J Korean Soc Coloproctol* 2011; 27: 94–98.
19. Fazio VW, Church JM, Jagelman DG, et al. Colocutaneous fistulas complicating diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 89–94.
20. Ferguson GG, Lee EW, Hunt SR, et al. Management of the bladder during surgical treatment of enterovesical fistulas from benign bowel disease. *J Am Coll Surg* 2008; 207: 569–572.
21. de Moya MA, Zacharias N, Osbourne A, et al. Colovesical fistula repair: is early Foley catheter removal safe? *J Surg Res* 2009; 156: 274–277.
22. Radwan R1, Saeed ZM, Phull JS, et al. How safe is it to manage diverticular colovesical fistulation non-operatively? *Colorectal Dis*. 2013; 15: 448–450.
23. Ryska O. Divertikulární choroba tlustého střeva – nové trendy v léčbě. *Kardiol Rev Int Med* 2014; 16: 229–234.
24. Levý M, Herdegen P, Sutoris K, et al. Divertikulární choroba tračníku – chirurgická léčba. *Rozhl Chir* 2013; 92: 408–413.