

Ostra niedrożność przewodu pokarmowego. Ocena zapadalności na podstawie analizy materiału własnego

Acute intestinal obstruction. Incidence estimation based
on own material analysis

Jacek Kostecki, Maciej Zaniewski, Dawid Hadasik, Zbigniew Smyła,
Eugeniusz Majewski, Tomasz Korzeniowski, Piotr Piekorz

STRESZCZENIE

WSTĘP

Niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego jest chorobą leczoną w oddziałach chirurgii. Pomimo szybkiego rozwoju alternatywnych endoskopowych metod leczenia, klasyczna chirurgia jest nadal podstawowym i najskuteczniejszym sposobem postępowania w przypadku niedrożności. Poza zatkaniem, którego najczęstszą przyczyną są nowotwory, innymi głównymi powodami niedrożności są uwięźnięcia przepuklina lub zrosty jelitowe (powstające głównie jako wynik poprzednich laparotomii). Celem pracy było porównanie częstości występowania poszczególnych typów ostrej niedrożności przewodu pokarmowego w dwóch odległych od siebie jednakowych okresach czasu.

MATERIAŁ I METODY

W latach 1980–1983 oraz 2006–2009 na Oddziale Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Tychach z powodu ostrej niedrożności jelit leczono operacyjnie 318 chorych. Dokonano retrospektywnej analizy historii chorób.

WYNIKI

Niedrożność z zadzierzgnięcia stwierdzono u 210 (66,1%), a z zatkania u 108 chorych (33,9%). U chorych z niedrożnością z zadzierzgnięcia dominowała niedrożność spowodowana uwięźnięciem przepukliny (53,6%). Główną przyczyną niedrożności z zatkania była zmiana nowotworowa (93%).

Stwierdzono istotne różnice w częstości występowania ostrych niedrożności w obydwu okresach czasowych. Porównując lata 2006–2009 z okresem wcześniejszym stwierdzono istotny wzrost przypadków (200 vs 118) niedrożności. Analizując poszczególne typy niedrożności, poza znacząco

Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii
Wydziału Opieki Zdrowotnej Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ADRES

DO KORESPONDENCJI:

Dr n. med. Tomasz Korzeniowski
Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii
Wydziału Opieki Zdrowotnej
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w
Katowicach
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1
ul. Edukacji 102
43-100 Tychy
tel.: 602 79 72 79
fax: 32 325 42 45
e-mail: t.korzeniowski@gmail.com

Ann. Acad. Med. Siles. 2011, 65, 1–2, 20–24
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
ISSN 0208-5607

większą liczbą niedrożności wywołanych nowotworami (76 vs 25), uwagę zwraca częstsze występowanie niedrożności spowodowanej przez zrosty jelitowe (67 vs 30). Nie zaobserwowano istotnych różnic w liczbie niedrożności wywołanych uwięzieniem przepukliny.

WNIOSKI

Poszukiwanie skutecznego zapobiegania zrostom otrzewnowym pozostaje pilnym, nadal otwartym problemem. Znaczący wzrost liczby nowotworów jelita grubego nie może być tłumaczony starzeniem się społeczeństwa. Konieczne jest zwrócenie większej uwagi na szkolenie lekarzy w zakresie onkologii i wprowadzenie skutecznych programów diagnostycznych oraz profilaktycznych.

SŁOWA KLUCZOWE:

niedrożność przewodu pokarmowego, rak jelita grubego, zrosty otrzewnowe

ABSTRACT

BACKGROUND

Intestinal obstruction is cured in surgery department. Despite endoscopy, which is fast developing alternative method, classical surgery is still basic and most effective way of treatment. Except obstruction, mainly caused by cancer, incarcerated hernia and adhesions are the other main reasons of ileus. Abdominal adhesions develop mainly as an effect of previous operations. The aim of this study was to compare frequency of each type of ileus in two similar periods.

MATERIAL AND METHODS

Retrospective analysis was performed on 318 patients operated in two periods: 1980–1983 and 2006–2009 in Department of Surgery of District Specialist Hospital in Tychy.

RESULTS

Ileus caused by incarcerated hernia and abdominal adhesions was found in 210 cases (66.1%). Obstruction was reason of 108 cases (33.9%). The most frequent reason of strangulation ileus was incarcerated hernia (53.6%). The main reason of obstructive ileus was cancer (93%). There were significant differences between analysed two periods. There were more cases of ileus in period 2006–2009 comparing to years 1980–1983 (200 vs 118). We observed significant more abdominal adhesions (67 vs 30) and obstructions as an effect of cancer (76 vs 25). There were no significant differences in frequency of incarcerated hernias.

CONCLUSIONS

It's urgent and still great problem to find effective way of preventing abdominal adhesions. Such big increase of colorectal cancer in advanced stage cannot be explained by longer mean length of live. Physician's more effective training in oncology is urgent necessity. More effective diagnostic and prophylactic programs should be introduced.

KEY WORDS:

intestinal obstruction, colorectal cancer, abdominal adhesions

WSTĘP

Historia leczenia niedrożności jelit datuje się od czasów Praxagorasa (350 r. p.n.e.) i Hipokratesa. Jednak dopiero w drugiej dekadzie XX wieku wprowadzono diagnostykę radiologiczną oraz zwrócono uwagę na problem zaburzeń wodno-elektrolitowych, co znacznie zmieniło sposób leczenia [1]. Współcześnie rozpoznanie i leczenie ostrej niedrożności nadal jest poważnym problemem w chirurgii. Choroba ta zwykle wymaga leczenia w trybie doraźnym. Wynikają z tego liczne implikacje zarówno kliniczne, jak i organizacyjne.

Podstawą skutecznego leczenia jest wczesne rozpoznanie choroby. Duża liczba ostrych niedrożności przewodu pokarmowego wymagających pilnej operacji świadczy o niedostatkach diagnostycznych i organizacyjnych. Pomimo relatywnego wzrostu liczby nowotworów, w sytuacji gdy zreorganizowano podstawy działania ochrony zdrowia i wdrożono liczne programy profilaktyczne, należałoby oczekiwać zmniejszenia liczby operacji niedrożności przewodu pokarmowego wykonywanych w trybie pilnym.

Celem naszej pracy była ocena zapadalności na poszczególne rodzaje niedrożności w dwóch okresach czasu odległych od siebie o ponad 25 lat.

MATERIAŁ I METODY

Przedmiotem naszej analizy było 318 chorych w wieku 23–94 lat (K/M – 190/128), opero-

wanych na Oddziale Klinicznym Chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Tychach z powodu ostrej niedrożności jelit. Dokonano retrospektywnej analizy przyczyn niedrożności u pacjentów leczonych w dwóch równych czteroletnich okresach. Oceniano chorych operowanych w latach 1980–1983 oraz 2006–2009. Średnia wieku pacjentów w obu grupach była różna – w pierwszej wynosiła 62 lata, w drugiej 67 lat. Do badania włączono tylko chorych, których operowano w ciągu 48 godzin od przyjęcia. W analizie statystycznej wykorzystano dokładny test Fishera.

WYNIKI

Niedrożność z zadzierzgnięcia stwierdzono u 210 (65,7%), a z zatkania u 108 chorych (34,3%). W przypadku niedrożności z zadzierzgnięcia dominowała niedrożność spowodowana uwięzieniem przepukliny, którą stwierdzono u 112 chorych (53,6%). Główną przyczyną obturacji była zmiana nowotworowa, którą stwierdzono w 101 przypadkach (93%). Najczęściej były to guzy jelita grubego. U 7 chorych przyczyną niedrożności było zatkanie światła jelita cienkiego: u 4 przez kamień żółciowy, u 2 z powodu wgłobienia, a u jednego przez ciało obce.

Porównując okresy 1980–1983 oraz 2006–2009 stwierdzono statystycznie znamiennej różnicę w liczbie występowania niedrożności z zatkania wywołanej nowotworem oraz niedrożności wywołanej zrostami jelitowymi. Również sumaryczna liczba niedrożności różniła się

Tabela 1. Częstość występowania poszczególnych niedrożności jelit w grupie operowanych pacjentów

Table 1. The rate of intestinal obstruction in the operating group

Niedrożności N = 318 (100%)	Rodzaj niedrożności	1980-1983	2006-2009	p
		(liczba/odsetek) N = 118 (100%)	(liczba/odsetek) N = 200 (100%)	
Z zadzierzgnięcia (210) 65,7%	niedrożność zrostowa	30 (25,4%)	67 (33,5%)	p < 0,0001
	uwięźnięta przepuklina	60 (50,8%)	52 (26%)	p = 0,45
	inne	0	1 (0,5%)	
Z zatkania (108) 34,3%	nowotwór	25 (21,2%)	76 (38%)	p < 0,0001
	inne	3 (2,6%)	4 (2%)	p = 0,705

istotnie statystycznie. Zestawienie wszystkich operowanych chorych zawiera tabela 1.

DYSKUSJA

Przystępując do porównania wyników między obydwoimi grupami chorych należy zaznaczyć, że nasz oddział prowadzi dyżury dla podobnej populacji pacjentów. W latach 1980–1983 w rejonie, nad którym oddział chirurgii pełnił opiekę, mieszkało około 135 000 ludzi, zaś w latach 2006–2009 około 127 000. Z tego powodu właściwa wydaje się być analiza wartości bezwzględnych.

Analizując poszczególne typy niedrożności w obydwu okresach stwierdzono znacząco większą liczbę niedrożności wywołanych przez nowotwory (76 vs 25). Trzykrotny wzrost liczby ostrej niedrożności z zatkania nowotworem jest zaskakujący. Pomimo iż zapadalność na raka jelita grubego stale wzrasta, to równocześnie następuje szybki rozwój metod diagnostycznych, który umożliwia rozpoznawanie tej choroby we wcześniejszych stadiach zaawansowania. Konsekwencją tej sytuacji powinna być mniejsza liczba ostrych niedrożności wywołanych tą chorobą. Przegląd literatury potwierdza skuteczność badań przesiewowych. Nasze wyniki zależności takiej nie wykazały. Pozostaje mieć nadzieję, że dalsze prowadzenie takich badań może w przyszłości zmniejszyć liczbę ostrych niedrożności nowotworowych [2,3].

Stały rozwój medycyny, dłuższa średnia długość życia powodują, że na oddziały chirurgii trafiają pacjenci po większej liczbie zabiegów w wywiadzie. Tłumaczy to opisywany wzrost liczby niedrożności zrostowych zaobserwowany w naszym badaniu. Zaskakujący jest jednak ponad dwukrotny wzrost liczby tego typu niedrożności. W naszym badaniu u 46% chorych z niedrożnością strangulacyjną jej przyczyną były zrosty otrzewnowe. Jest to wynik bardzo zbliżony do danych z literatury, choć niektórzy badacze podają, iż nawet do 76% niedrożności może być wywołanych przez zrosty [4,5]. Zrosty jako powikłanie pooperacyjne są częstsze po operacjach jelita grubego, narządu rodowego oraz wycięciu wyrostka robaczkowego. Mogą one wystąpić nawet po wielu latach od przebytej operacji. Poza objawami niedrożności mogą one powodować przewlekłe dolegliwości bólowe lub niepłodność. Trzeba zaznaczyć, że koszty związane z ich leczeniem po-

zostają nadal znaczące. Pomimo intensywnych poszukiwań znalezienie skutecznych metod zapobiegania nadal nie przynosi zadowalających efektów. Obecnie w diagnostyce i leczeniu niedrożności wywołanej zrostami coraz częściej wykorzystywana jest laparoscopia. Wyniki dla właściwie zakwalifikowanych pacjentów są obiecujące, jednak wymagają dalszych badań. Wydaje się, iż zastosowanie laparoskopii jest szczególnie przydatne w wypadkach, kiedy niedrożność jelita cienkiego spowodowana jest inną przeszkodą niż zrosty. Właściwą diagnozę stawia się często w trakcie operacji. Dokładne rozpoznanie przed zabiegiem często jest niemożliwe [5,6,7,8,9,10,11].

Zastanawiający jest również fakt, że dłuższa średnia życia oraz większa liczba przebytych operacji powinny mieć wpływ na liczbę przepuklin zarówno pierwotnych, jak i pooperacyjnych. W naszym badaniu nie obserwowaliśmy zwiększenia liczby tego typu niedrożności. Być może jest to wynik wprowadzania doskonalszych materiałów szwowych, a także lepszej świadomości chorych, którzy do operacji zgłaszają się we wcześniejszych fazach choroby. Obserwowany brak wzrostu liczby tego typu przepuklin można by tłumaczyć również zmianą profilu zatrudnienia na Śląsku, gdzie w analizowanych okresach liczba ludzi pracujących w przemyśle ciężkim i – co się z tym wiąże – liczba pracowników wykonujących ciężką pracę fizyczną zmniejszyła się. Z przeglądu literatury wynika jednak, iż rodzaj wykonywanej pracy nie ma wpływu na częstość przepuklin. Udowodniono, że u mężczyzn w wieku od 18 do 65 lat zatrudnionych w górnictwie, w rolnictwie na Mazowszu oraz wśród pracowników umysłowych częstość występowania przepuklin pachwinowych jest porównywalna [12].

Autorzy niniejszej pracy także nie obserwowują różnic w liczbie niedrożności będących efektem uwięźnięcia przepukliny. W badaniu Abychta i wsp. uwięźnięta przepuklina stanowiła przyczynę niedrożności u ponad połowy chorych i od 90 lat odsetek ten nie zmienia się [13,14]. W naszym badaniu u 7 pacjentów (2,2%) obserwowaliśmy niedrożność z zatkania wywołaną inną przyczyną niż nowotwór. Są to dane zbliżone do wyników podawanych w literaturze: ok. 4–6%. Powodem tych niedrożności, poza kamieniami żółciowymi i wgłobieniem obserwowanymi w naszym badaniu, są bezary lub ciała obce [15,16,17,18].

Zaskakujący jest bardzo wyraźny całościowy wzrost liczby niedrożności. W naszym bada-

niu stwierdziliśmy blisko dwukrotnie większą liczbę chorych leczonych z tego powodu w okresie 2006–2009, co dowodzi, że jest to nadal bardzo istotny problem chirurgiczny. W czasie badania chorych z podejrzeniem niedrożności zwykle szukamy odpowiedzi na następujące pytania: czy przyczyną dolegliwości jest rzeczywiście niedrożność, gdzie jest ona umiejscowiona, czy u chorego występuje niedrożność strangulacyjna czy obturacyjna [19]. Mimo znacznego postępu technicznego, podstawowe znaczenie w rozpoznawaniu niedrożności ma zdjęcie rentgenowskie [4]. W niedrożności z zatkania kamieniem żółciowym lub z wgłobienia pomocne są ultrasonografia i tomografia komputerowa. W wypadkach wątpliwych brak przechodzenia kontrastu w ciągu pięciu godzin do okrężnicy po doustnym jego podaniu powinien być traktowany jako wskazanie do interwencji [4,19,20,21]. Bardzo istotnym czynnikiem prognostycznym wpływającym na sposób postępowania leczniczego jest czas, jaki upłynął od wystąpienia dolegliwości. W niedrożności strangulacyjnej od tego czynnika zależna jest śmiertelność pooperacyjna. Obserwowano, iż śmiertelność

chorych z niedrożnością połączoną z martwicą jelita wynosi 31%, natomiast chorych bez martwicy operowanych przed upływem 24 godzin od wystąpienia dolegliwości 1% [22]. W ostatnich dziesięcioleciach w niedrożności jelita cienkiego zaobserwowano spadek śmiertelności pooperacyjnej poniżej 5% [23]. W nowotworowej niedrożności jelita grubego śmiertelność pooperacyjna sięga 26%.

WNIOSKI

1. Poszukiwanie skutecznego zapobiegania zrostom otrzewnowym pozostaje pilnym, nadal otwartym problemem.
2. Wzrost liczby nowotworów jelita grubego w znacznym stopniu zaawansowania nie może być tłumaczony tylko starzeniem się społeczeństwa. Konieczne jest zwrócenie większej uwagi zarówno na szkolenie lekarzy w zakresie onkologii, jak i na wprowadzenie skutecznych programów diagnostycznych i profilaktycznych, w tym rutynowej kolonoskopii po 50 roku życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Scott Jones R. Intestinal Obstruction. Book of Surgery, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1972.
2. Lapage C, Faivre J. Screening and early diagnosis of colorectal cancer. *Rev. Prat.* 2010; 60: 200–204.
3. Cunningham D, Atkin W, Lenz H i wsp. Colorectal cancer. *Lancet* 2010; 375: 1030–1047.
4. Renzulli P, Krahenbuhl I, Sadowski C i wsp. Modern diagnostic strategy in ileus. *Zentralbl. Chir.* 1998; 123: 1334–1339.
5. Uhl W, Herzog R.I., Sadowski C i wsp. Surgical therapy of ileus of the small intestine. *Zentralbl. Chir.* 1998; 123: 1340–1345.
6. Fujii S, Shimada H, Ike H i wsp. Reduction of postoperative abdominal adhesion and ileus by a bioresorbable membrane. *Hepatogastroenterology* 2009; 56: 725–728.
7. Fu F, Hou Y, Jiang W i wsp. Escin: inhibiting inflammation and promoting gastrointestinal transit to attenuate formation of postoperative adhesions. *World J. Surg.* 2005; 29: 1614–1620.
8. Kriger A.G., Andreitsev I.L., Gorskii V.A. i wsp. Diagnosis and treatment of acute adhesive small intestine obstruction. *Khirurgiia (Mosk).* 2001; 7: 25–29.
9. Neufang T, Becker H. Laparoscopy in small bowel ileus. *Chirurg.* 2000; 71: 518–523.
10. Cartanese C, Lattarulo S, Barile G. i wsp. Role of laparoscopy in acute obstruction of small bowel: personal experience and analysis of the literature. *Chir. Ital.* 2009; 61: 39–46.
11. Łukasiewicz K. Wpływ pracy fizycznej w rolnictwie na powstawanie przepuklin pachwinowych. *Wiad. Lek.* 1973; 26: 1485–1489.
12. Słupski M., Prywiński S., Cisowski P. i wsp. Endometriozja jelita grubego przebiegająca z całkowitą niedrożnością mechaniczną. *Pol. Przegl. Chir.* 1999; 1: 81–84.
13. Wysocki A., Panek J., Krzywoń J. i wsp. Przyczyny ostrych chirurgicznych chorób jamy brzusznej i wiek chorych w ostatnich 60 latach. *Pol. Przegl. Chir.* 1999; 4: 368–376.
14. Abycht K., Madycki G., Staszkiwicz W. i wsp. Ostra niedrożność przewodu pokarmowego – wciąż aktualny problem chirurgiczny. *Wiad. Lek.* 1999; 52: 238–241.
15. Dervisoglou A., Condilis N., Liveranou S. i wsp. A casual factors and treatment of obstructive ileus in 369 patients. *Ann. Ital. Chir.* 2005; 76: 477–480.
16. Amboldi M., Mezzabotta M., Zanotti M. i wsp. Unusual causes of acute intestinal obstruction in adults. *Int. Surg.* 2009; 94: 99–110.
17. Van Kerschaver O, Van Maele V. i wsp. Gallstone impacted in the rectosigmoid junction causing a biliary ileus and sigmoid perforation. *Int. Surg.* 2009; 94: 63–66.
18. maizumi H, Yamauchi M., Namiki A. i wsp. Obstructive ileus caused by a swallowed foreign body (a „press-through” package) and preexisting adhesions. *Am. J. Emerg. Med.* 1997; 15: 52–53.
19. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M. i wsp. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur. J. Radiol.* 2004; 50: 23–29.
20. Schima W, Köblinger C, Eisenhuber-Stadler E. i wsp. Diseases of the hepatobiliary system as a cause of acute abdomen. *Radiologie* 2010; 50: 252–261.
21. Rauh P., Neye H, Ensberg D. i wsp. Ultrasonographic diagnosis of a biliary-digestive fistula with gallstone ileus. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 2010; 135: 287–289.
22. Nemir P. Jr. Intestinal obstruction: 10 year statistical survey at the University of Pennsylvania. *Ann. Surg.* 1952; 135: 367–375.
23. Celban G, Jabłonka Z., Solnica Cz. i wsp. Niedrożność nowotworowa jelita grubego – czynniki decydujące o wczesnych wynikach leczenia. *Wiad. Lek.* 2005; 58: 166–169.