

Apendikulinio infiltrato diagnostikos ir gydymo ypatumai: 10 metų gydymo VGPUL patirtis

Diagnosics and treatment of appendiceal mass: 10 years of experience at Vilnius University Emergency Hospital

Giedrius Laužikas, Gintaras Varanauskas, Juozas Stanaitis

*Vilniaus universiteto Bendrosios ir kraujagyslių chirurgijos klinikos Bendrosios chirurgijos centras,
Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė, Šiltnamių g. 29, LT-2043 Vilnius
El paštas: giedrius.lauzikas@vgpul.lt*

Įvadas / tikslas

Apendikulinis infiltratas – viena iš ūminio apendicito formų, pasižyminti sudėtinga diagnostika ir gydymo ypatumais. Literatūroje diskutuojama, kuriam gydymo metodui – operaciniam ar konservatyviam – teikti pirmenybę. Mūsų darbo tikslas – apžvelgti apendikulinių infiltratų diagnostikos ir gydymo ypatumus pagal literatūros ir VGPUL duomenis.

Ligoniai ir metodai

Retrospektyviai išnagrinėtos 49 ligonių, 1992–2002 m. gydytų Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje nuo apendikulinio infiltrato, ligos istorijos. Vėlyvieji gydymo rezultatai vertinti apklausiant telefonu ar peržiūrint kartotinės hospitalizacijos ligos istorijas.

Rezultatai

Per 1992–2002 m. VGPUL Bendrosios chirurgijos klinikoje nuo apendikulinio infiltrato gydyti 49 ligoniai: 27 moterys ir 22 vyrai. Į stacionarą šia liga sergantys ligoniai kreipėsi vidutiniškai po 8,4 paros nuo ligos pradžios. Iki tol 43 ligoniai gydėsi patys, 4 – gydyti poliklinikoje nuo kitų ligų, 2 – išleisti iš ligoninės priimamojo. Stacionare vidutiniškai praleido po 17,4 dienos, dauguma jų pasveiko, mirė 2 ligoniai (4,08%). Diagnozuojant apendikulinį infiltratą remtasi šiais medicininės apžiūros duomenimis: čiupiamu infiltratu dešinėje klubinėje srityje (29 ligoniai; 59,2%), pilvo echoskopijos (35 ligoniai; 71,4%) ar KT metu (vienas ligonis) matomu dariniu dešinėje klubinėje srityje. Keturiasdešimt apendikulinių infiltratu sirgusių ligonių buvo operuoti: 27 ligoniams – atlikta laparotomija dešinėje klubinėje srityje ir drenavimas, 6 – vidurinė laparotomija ir drenavimas, 6 – ileocekalinio kampo rezekcija, 1 – dešinioji hemikolektomija. Devyni ligoniai buvo gydyti konservatyviai. Vėlyvuojų laikotarpiu iš 24 ligonių 18 buvo operuoti: šešiolikai atlikta apendektomija, dviem – dešinioji hemikolektomija. Šešiams iš 49 (12,24%) šia liga sirgusių ligonių diagnozuota onkologinė liga.

Išvados

Gydant apendikulinį infiltratą reikėtų skirti konservatyvų gydymą ir pagal galimybes išsiaiškinti ligos priežastį. Jei šis gydymas neveiksmingas, rekomenduojama ligonį operuoti. Operacijos metu radus apendikulinį infiltratą, tikslinga atlikti radikalią rezekcinę operaciją pagal onkologinius principus.

Prasminiai žodžiai: apendikulinis infiltratas, laparotomija, drenavimas, ileocecalinio kampo rezekcija, hemikolektomija

Background / Objective

Discussions still continue concerning treatment tactics for appendiceal mass. The main endpoint of the study was to analyse appendiceal mass diagnostic measurements and treatment at Vilnius Emergency University Hospital.

Patients and methods

Medical records for patients admitted with „appendiceal mass“ between 1992–2002 were reviewed. There were 49 patients treated for appendiceal mass at Vilnius Emergency University Hospital General Surgery Clinic during 1992–2002: 27 women, 22 men.

Results

The mean duration of hospitalisation was 17.4 days, two patients (4.08%) died. „Appendiceal mass“ was diagnosed by clinical investigation in 29 patients (59.2%), by sonoscopy in 35 patients (71.43%), and by CT-scan in one patient. Fourty patients were operated on. Laparotomy in right iliac fossa and drainage were performed in 27, median laparotomy and drainage in six, ileocecal resection in 6 cases, right hemicolectomy in one case. Nine patients received conservative treatment. Malignancy was diagnosed in 6 patients (12.24%). Most „appendiceal masses“ should be treated conservatively and examined carefully.

Conclusions

If there is no effect of conservative treatment, an operation should be performed. If appendiceal mass is found during operation, a radical resection according to oncological principles is the operation of choice.

Keywords: appendiceal mass, laparotomy, drainage, ileocecal resection, hemicolectomy

Išvadas

Apendikulinis infiltratas yra viena iš ūminio apendicito formų. Tai uždegiminis židiny, apribotas plonosios žarnos ir didžiosios taukinės, su viduryje esančia pakitusia kirmėline atauga [1].

Tai nėra dažna patologija, tačiau pasižyminti diagnostikos ir gydymo ypatumais.

Tiriant apendikuliniu infiltratu sergančius ligonius, greta anamnezės ir apčiuopos duomenų didelę reikšmę turi instrumentiniai tyrimai: pilvo organų echoskopija, kompiuterinė tomografija, retrogradinė irigoskopija. Tikslī diagnozė ypač svarbi tinkamos gydymo taktikos pasirinkimui. Literatūros šaltinių duomenimis, gydymo taktika gali būti konservatyvi arba operacinė

[1–10]. Esama įvairių nuomonių, pagrįstų savais argumentais, palaikančių vieną arba kitą gydymo kryptį, tačiau pastebėta tendencija imtis radikalesnių apendikulinių infiltratų gydymo būdų.

Literatūros duomenimis, operacinio gydymo esmė – laparotomija, drenavimas ir tamponavimas [1, 2]. Kai kuriose klinikose atliekamas ultragarsinis perkutaninis drenavimas [6,7]. Yra autorių, skelbiančių apie apendikulinių infiltratų gydymą laparoskopijos būdu [8]. Po operacijos skiriamas antibakterinis gydymas.

Konservatyvaus gydymo esmė – antibiotikų terapija [1–4, 10]. Kadangi ligos pasikartojimo tikimybė didelė, abiem atvejais vėliau (po 3–6 mėn.) rekomenduojama atlikti apendektomiją [1–3, 7, 10].

Pastaruoju metu atsirado straipsnių, raginančių rinktis dar radikalesnius gydymo būdus. Kadangi padažnėjo onkologinių ligų rizika, rekomenduojama atlikti ileocekalinio kampo rezekciją [9] ar dešiniąją hemikolektomiją.

Pastebėjome, kad kasdieniame darbe teikiant skubią pagalbą iškyla praktinių diagnostikos, gydymo taktikos problemų, susijusių su šia patologija: ar nustatytas apendikulinis infiltratas iš tikrųjų yra tik viena iš ūminio apendicito formų, o gal visai kita patologija; ką daryti chirurgui skubios operacijos metu radus infiltratą kirmėlinės ataugos srityje.

Ligoniai ir metodai

Retrospektyviai išnagrinėtos 1992–2002 m. Vilniaus greitosios pagalbos universitetinėje ligoninėje gydytų ligonių, sirgusių apendikuliniu infiltratu, ligos istorijos. Iš viso buvo 49 atvejai. Vėlyvieji gydymo rezultatai ver-

tinti apklausiant telefonu (6 ligoniai) ar peržiūrint karotinės hospitalizacijos ligos istorijas.

Rezultatai

Per 1992–2002 m. VGPUL Bendrosios chirurgijos klinikoje nuo apendikulinio infiltrato gydyti 49 ligoniai (1 pav.), iš jų 22 vyrai, 27 moterys.

Jauniausias ligonis, gydytas nuo apendikulinio infiltrato, buvo 16 metų, o vyriausias – 93 metų. Amžiaus vidurkis – 52,9 metų. Daugiausia ligonių buvo vidutinio ir vyresnio amžiaus (2 pav.)

Vidutinė gydymo nuo apendikulinio infiltrato stacionare trukmė – 17,4 lovadienio (mažiausia – 4, didžiausia – 43). Mirė 2 (4,08%) ligoniai.

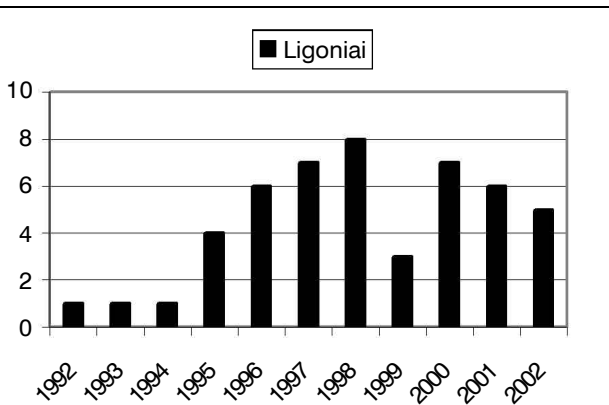
Susirgę ūminiu apendicitu ligoniai į stacionarą dažniausiai atvyksta per 0,5–1,5 paros nuo ligos pradžios, o apendikulinio infiltrato atvejais – gerokai vėliau (vidutiniškai po 8,4 paros) (3 pav.).

Nagrinėjant vėlyvo kreipimosi priežastis paaiškėjo, kad 43 ligoniai gydėsi patys ir laukė, kol pasveiks, 4 – gydyti poliklinikoje, 2 – išleisti iš ligoninės priėmimo skyriaus.

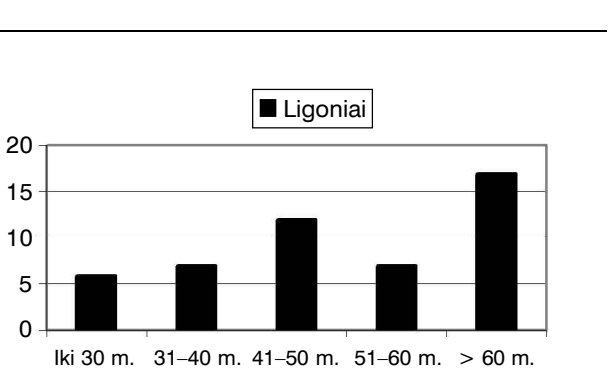
Diagnostika

Pradinis ligonių ištyrimas nesiskyrė nuo kitų stacionariuotų dėl ūminio apendicito. Iš anamnezės sužinota, kad ligoniai atvyko skųsdamiesi skausmu: 36 atvejais (73,47%) – dešiniojoje klubinėje srityje, 9 (18,37%) – visame pilve, 2 (4,08%) – dešiniame pašonkaulyje, 2 (4,08%) – pilvo apačioje.

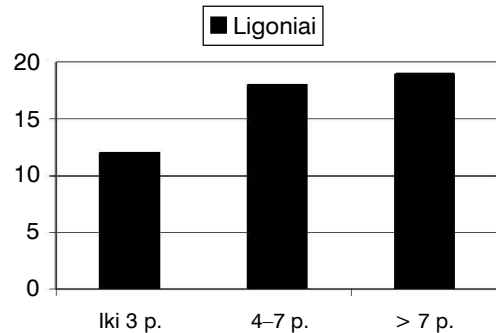
Ypač svarbią reikšmę diagnozuojant apendikulinį infiltratą turėjo pilvo sienos palpacija. Jos metu 29 ligo-



1 pav. Ligonų, gydytų nuo apendikulinio infiltrato, skaičius tiriamais metais



2 pav. Ligonų pasiskirstymas pagal amžių



3 pav. Ligonų pasiskirstymas pagal laiką nuo ligos pradžios iki atvykimo į stacionarą

niams (59,18%) nustatytas pilvo ertmės tumoras, 20 ligonių (40,82%) – tik dešinės klubinės srities skausminimas. Teigiamas Bliumbergo simptomas buvo 7 ligoniams (14,28%).

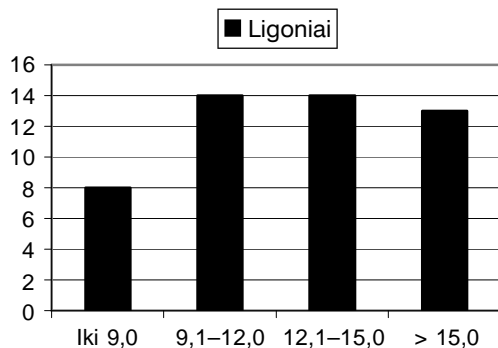
Atlikus bendrąjį kraujo tyrimą, leukocitozė nustatyta 41 ligoniui, o 8 ligonių leukocitų kiekis kraujyje buvo normalus (4 pav.).

Vienas iš dažniausių visų uždegiminių ligų simptomų yra karščiavimas. Jis ($> 37,0\text{ }^{\circ}\text{C}$) buvo 46 apendikuliniu infiltratu sergantiems ligoniams (5 pav.).

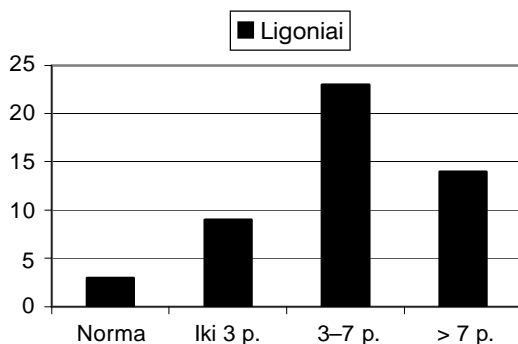
Pilvo organų echoskopija atlikta 40 ligonių, iš jų 35 nustatytas infiltratas (23 – su suskystėjimo zona) dešinėje klubinėje srityje.

Kompiuterinė tomografija apendikuliniu infiltratu sergantiems ligoniams buvo atlikta 1 atveju (rastas navikas dešinėje klubinėje srityje).

Retrogradinė irigoskopija atlikta 8 ligoniams, iš jų trims nustatytas aklosios žarnos navikas.



4 pav. Ligonų pasiskirstymas pagal leukocitų kiekį kraujyje



5 pav. Ligonų karščiavimo trukmė

Gydymas

Bendrosios chirurgijos centre net 40 iš 49 (81,63%) apendikuliniu infiltratu sirgusių ligonių buvo operuoti, 9 (18,37%) ligoniai gydyti konservatyviai. Kriterijai pasirinkti operacinį gydymą: peritonitas ir karščiavimas – 36 ligoniams, peritonitas – 4 ligoniams. Dauguma ligonių (30; 75%) buvo operuoti pirmą gydymo stacionare parą. Dažniausia pasirinktas McBurney pjūvis. Laparotomija, drenavimas ir tamponavimas dešinėje klubinėje srityje atlikta 27 ligoniams (67,5%), 13 ligonių (30,2%) buvo atlikta vidurinė laparotomija (2 – konvertuota iš laparoskopijos, 3 – pradėta nuo McBurney pjūvio), iš jų 6 (15%) atlikta abscesotomija, 6 (15%) – ileocekalinio kampo rezekcija, 1 (2,3%) – dešinioji hemikolektomija.

Išnagrinėjus radikalai operuotų (ileocekalinio kampo rezekcija, dešinioji hemikolektomija) ligonių istorijas, pagal histologinių tyrimų duomenis nustatytos šios pooperacinės diagnozės (iš viso 7 atvejai):

- aklosios žarnos karcinoma – 3 (42,86%),
- kirmėlinės ataugos karcinoma – 1 (14,28%),
- Krono liga – 1 (14,28%),
- destrukcinis apendicitas ir aplinkinis infiltratas – 2 (28,58%).

Iš operacijos metu paimtų pasėlių dažniausiai augo: *E. coli* – 26, *Proteus vulgaris* – 6, *Streptococcus haemolyticus* – 4, anaerobinė flora – 4 ligoniams. Todėl po operacijos buvo papildomai skirtas antibakterinis gydymas. Priklausomai nuo bendrosios būklės ir ligos eigos sunkumo buvo skiriamas nevienodas skaičius antibakterinių preparatų. Vieną preparatą vartojo 5 (10,2%), du – 24 (48,98%), o tris ir daugiau – 20 (40,82%) ligonių, sergančių apendikuliniu infiltratu.

Antibakterinis gydymas ligoniams, gydytiems nuo apendikulinio infiltrato, skirtas nevienodą laiką: iki 5 parų – 4 (8,16%), 5–10 parų – 39 (79,59%), daugiau nei 10 parų – 6 (12,25%) ligoniams. Iš pradžių buvo skiriami pirmo pasirinkimo antibakteriniai preparatai, vėliau gydymas koreguotas pagal pasėlio rezultatus.

Iš antibakterinių preparatų dažniausiai buvo gydoma gentamicinu (45 ligoniai), ampicilinu (23 ligoniai), metronidazoliu (26 ligoniai), taip pat penicilinu, cefazolinu, doksiciklinu, ciprofloksacinu, kanamicinu, oksacilinu (žr. lentelę).

Lentelė. Antibakterinių preparatų pasirinkimas

<i>Antibakterinis preparatas</i>	<i>Operacinis gydymas</i>	<i>Konservatyvus gydymas</i>	<i>Iš viso</i>
Gentamicinas	36	9	45
Metronidazolis	22	4	26
Ampicilinas	19	4	23
Penicilinas	6	–	6
Cefazolinas	4	1	5
Doksiciklinas	2	–	2
Kanamocinas	2	–	2
Oksacilinas	1	–	1
Ciprofloksacinis	1	–	1
Cefuroksimas	1	–	1

Taip pat visi ligoniai buvo gydyti lašinėmis infuzijomis, vienam ligoniui atliktos hiperbarinės oksigenacijos procedūros.

Po operacinio gydymo pasireiškė viena komplikacija – aklosios žarnos fistulė. Dvi ligonės mirė.

Taip pat buvo nagrinėtas apendikulinių infiltratų gydymo antrasis etapas – vėlyvosios apendektomijos. Tiksliai žinomi 24 ligonių gydymo rezultatai, iš jų 18 (75%) operuoti, 6 neoperuoti (jaučiasi visiškai gerai). Devyni operuoti nepraėjus 6 mėn. po pirmojo gydymo etapo, o 9 – praėjus ilgesniam laikui nei 6 mėnesiai. Šešiolikai ligonių atliktos apendektomijos, o dviem (5,55%) – dešinėsios hemikolektomijos (vienam ligoniui po 1 mėn. nuo pirmosios operacijos, antram – po 7 mėn. nuo taikyto konservatyvaus gydymo).

Ligoniams, kuriems atliktos hemikolektomijos, nustatytos šios galutinės diagnozės:

1. Gerai diferencijuojama storosios žarnos adenokarcinoma.
2. Neabejotinai piktybinis navikas, primenantis piktybinę limfomą.

Diskusija

Vyrauja nuomonė, kad apendikulinių infiltratų gydymas turi būti konservatyvus. Tokios pozicijos šalininkai remiasi tuo, kad taip gydant yra mažesnis pavojus pažeisti infiltratą sudarančius organus, sukelti kraujavimą, papildomai infekuoti pilvo ertmę [2]. Chirurginės intervencijos šalininkai argumentuoja tuo, kad galima tiksliau nustatyti diagnozę, sutrumpėja gydymo laikas [2].

Mūsų duomenimis, konservatyviai gydyti tik 9 iš 49 ligonių. Tam turėjo įtakos ligos diagnozavimo sunku-

mai. Mes išsiaiškinome, kad tik 29 iš 49 ligonių palpuojant buvo nustatytas navikas dešinėje klubinėje srityje. Pridėjus echoskopijos, rentgeno ir kompiuterinės tomografijos duomenis, prieš operaciją apendikulinio infiltrato diagnozė nustatyta 33 iš 40 ligonių. Tik 6 ligoniams nebuvo ryškaus peritonito, o 3 ligonių, gydytų antibiotikais, būklė jau pirmą parą labai pagerėjo. Šiems ligoniams rekomenduota atvykti operacijai praėjus 6 mėnesiams. Iš jų vienam ligoniui išoperuotas lėtinis apendicitas po 7 mėnesių, su kitais susisiekti nepavyko. Net šeši iš 49 ligonių, kuriems nustatyta apendikulinio infiltrato diagnozė, po 3–11 parų konservatyvaus gydymo buvo operuoti nuo susiformavusio pūlinio. Vidutinė šių ligonių gydymo stacionare trukmė – 28 ± 8 paros. Tačiau karščiavimas, pilvaplėvės dirginimo požymiai, ultragarsinio ar KT tyrimų metu infiltrate matomos „suskystėjimo zonos“ vertė 30 ligonių operuoti jau pirmą gydymo stacionare parą. Chirurgui atlikus pjūvį dešinėje klubinėje srityje ir radus kietą infiltratą kirmėlinės ir aklosios žarnos vietoje, iškyla operacijos apimtį klausimas. Atsižvelgę į tai, kad net 12,2% ligonių, kuriems nustatytas apendikulinis infiltratas, atlikus histologinį tyrimą diagnozuota onkologinė liga, manome, kad įtarus galimą karcinomą tikslinga atlikti didesnės apimtį rezekcines operacijas pagal onkologinių operacijų principus (dešiniąją hemikolektomiją, ileocekalinio kampo rezekciją). Tuo labiau kad saugiai paimti biopstatą ir patikslinti diagnozę dažnai neįmanoma dėl smarkaus uždegimo.

Apibendrinant reikia pasakyti, kad nustatytą apendikulinių infiltratą reikėtų pradėti gydyti konservatyviai. Tačiau jei gydymas nuo uždegimo neveiksmingas (išlieka lokalus skausmingumas, karščiavimas), jau pradinio etapu būtina atlikti papildomus tyrimus siekiant nustatyti onkologinę ligą (vėžio žymenys, KT, o jei nėra kontraindikacijų, kolonoskopija ir biopsija). Skubios operacijos metu suradus apendikulinių infiltratą, rekomenduojama atlikti radikalias rezekcines operacijas. Toks gydymas yra pakankamai saugus ir veiksmingas tiek ligonių sveikatos, gyvenimo prognozės, tiek ekonomine prasme.

Išvados

1. Dažniausiai apendikuliniu infiltratu serga 41–50 metų ir vyresni kaip 60 metų asmenys, moterys – dažniau nei vyrai (santykis 1,25 : 1).

2. Kai apendikulinio infiltrato konservatyvus gydymas neveiksmingas, būtina atlikti papildomus tyrimus siekiant nustatyti onkologinę ligą.

3. Skubios operacijos metu suradus apendikulinį infiltratą, rekomenduojama atlikti radikalias rezekcines operacijas pagal onkologinių operacijų principus.

LITERATŪRA

1. Stanaitis J. Urgentinė chirurgija. Vilnius: VU leidykla, 2001; p. 19–26.

2. Dudley HAF. Scott: An aid to clinical surgery. Churchill Livingstone, 1984; p. 200–205.

3. Hardy JD. Hardy's Textbook of Surgery. 2nd edition. J.B.Lippincott Company, 1988; p. 579.

4. Way LW. Current surgical diagnosis & treatment. Appleton & Lange, 1988; p. 557–560.

5. Tingstedt B, Bexe-Lindskog E, Ekelund M, Andersson R. Management of appendiceal masses. Eur J Surg. 2002; 168(11): 579–82.

6. Brown CV, Abrishami M, Muller M, Velmahos GC. Appendiceal abscess: immediate operation or percutaneous drainage? Am Surg 2003 Oct; 69(10): 829–32.

7. Lasson A, Lundagards J, Loren I, Nilsson PE. Appendiceal abscesses: primary percutaneous drainage and selective interval appendectomy. Eur J Surg 2002; 168(5): 264–9.

8. Senapathi PS, Bhattacharya D, Ammori BJ. Early laparoscopic appendectomy for appendicular mass. Surg Endosc 2002 Dec; 16(12): 1783–5.

9. Poon RT, Chu KW. Inflammatory cecal masses in patients presenting with appendicitis. World J Surg 1999 Jul; 23(7): 713–6.

10. Samuel M, Hosie G, Holmes K. Prospective evaluation of nonsurgical versus surgical management of appendiceal mass. J Pediatr Surg 2002 Jun; 37(6): 882–6.

Gauta: 2004 01 11

Priimta spaudai: 2004 02 11

Nuomonė

Straipsnis „Apendikulinio infiltrato: diagnostikos ir gydymo ypatumai: 10 metų gydymo VGPUL patirtis“ yra aktualus, nes gydymo taktika, ypač operacijos metu radus infiltratą, diskutuotina. Esu konservatyvios šios ūminio apendicito komplikacijos gydymo taktikos šalininkas. Infiltracinį apendicitą nustačius iki operacijos, chirurginis gydymas taikytinas tik susiformavus pūliniui ar pasireiškus kitai ūminei komplikacijai. Kitais atvejais pakanka konservatyvaus gydymo ir planinės apendektomijos vėlyvuju laikotarpiu (po 2–3 mėn.).

Manau, šiuolaikinės diagnostikos priemonės leidžia pakankamai tiksliai diferencijuoti vėžį nuo apendikulinio infiltrato. Kita situacija susiklosto, kai infiltratas aptinkamas tik operacijos metu. Nesu tikras, kad ileocekalinio kampo rezekcija ar dešinioji hemikolektomija – tinkamos operacijos apendicito atveju, o ileocekalinio kampo rezekcija – sergant aklosios žarnos vėžiu.

Doc.dr. Donatas Venskutonis

Kauno medicinos universiteto

Bendrosios chirurgijos klinikos vadovas