



СЕПСИС ПРИ ДИВЕРТИКУЛНА БОЛЕСТ – ДОКЛАД НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Ани Чавушян

Клиника по гастроентерология
Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Младост, София

SEPSIS IN DIVERTICULAR DISEASE – A CASE REPORT

Ani Chavushyan

Clinic of Gastroenterology
Acibadem City Clinic University Hospital Mladost, Sofia, Bulgaria

РЕЗЮМЕ

Сепсисът е тежка проява на дивертикулит на колона, усложнен с абсцес, перфорация и перитонит, и по-рядко с пилефлебит. Чернодробният абсцес е сред сравнително редките усложнения на дивертикулната болест и по тази причина представлява предизвикателство в диагностично-терапевтичен аспект като времето за решаване на проблема е сравнително ограничено. Настоящият доклад на клиничен случай цели да представи извършените от екипа ни действия стъпка по стъпка.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: сепсис, перфоративен дебелочревен дивертикулит, чернодробен абсцес, пилефлебит

SUMMARY

Sepsis is a severe presentation of diverticulitis of colon complicated with an abscess, perforation and peritonitis and less often with pylephlebitis. Liver abscess is a comparatively rare complication of diverticular disease. That's why this condition is a diagnostic and therapeutic challenge since the time for solving the problem is limited. The case report offered aims to present the step-by-step approach of our team.

KEY WORDS: sepsis, perforative large intestine diverticulitis, liver abscess, pylephlebitis

ВЪВЕДЕНИЕ

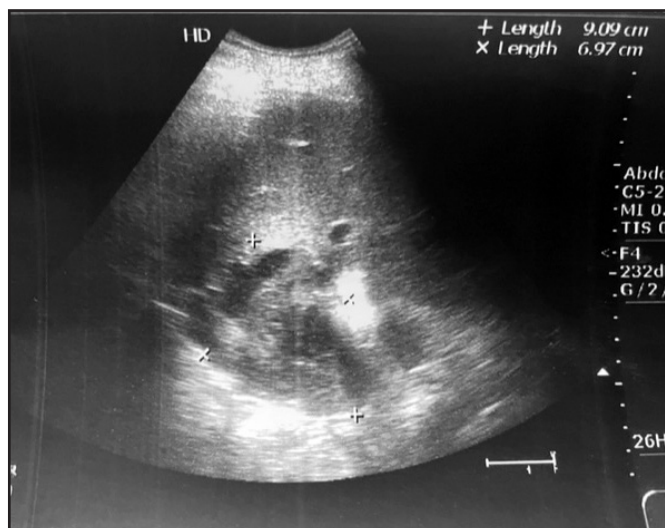
Приблизително 12% от пациентите с дивертикулит развиват усложнения, които възникват при прогресиране на възпалението до абсцес, перфорация и/или перитонит, обструкция, фистули. Усложненията са най-чести по време на първия епизод и намаляват прогресивно при всяка следваща атака [1]. Честотата на свободна перфорация при остър дивертикулит (ОД) е 25% при първата атака, 12% при втората, 6% при третата и под 1% при петата [2]. Според Strate и Morris рискът от перфорация при следващите епизоди на дивертикулит намалява поради запушване на микроперфорациите от адхезии към съседните тъкани или органи по време на първоначалния епизод [3].

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

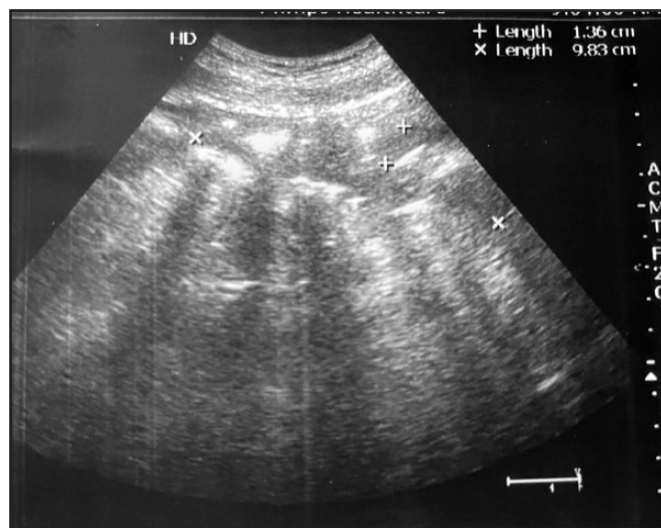
Представяме мъж на 65 год. с хроничен дивертикулит (ХД), установен през 2015 год. при профилактична фиброколоноскопия (ФКС) с медикаментозно контролирана артериална хипертония, хиперурикемия и таласемия минор като придружаващи заболявания.

През януари, 2023 год. след остра вирусна инфекция и изключен COVID-19 по повод персистиращ фебрилитет (38°C), астено-адинамия, колабиране и краткотрайна амнезия е хоспитализиран по спешност с Дг. „Неуточен епилептичен пристъп“. Отхвърлено е неврологично заболяване след МРТ на ЦНС и ЕЕГ. Установен е анемичен синдром ($\text{Hb}98\text{ g/L}$). Консултиран е с гастроентеролог и са препоръчани ендоскопски изследвания за търсене на източник на хронична кръвозагуба. Проведен е курс на лечение с Цефуроксим перорално. Поради „сърцебиене“ болният се е самонасочил към Кардиологична клиника. От параклиничните изследвания се потвърждава анемията и лабораторна констелация на остър възпалителен процес ($\text{Hb}-84\text{g/L}$, $\text{WBC}-14,7 \times 10^9/\text{l}$, $\text{CRP}-205\text{mg/l}$). Изключени са актуални сърдечно-съдови и белодробни заболявания. Започната е емпирична венозна терапия с Цефтриаксон и Ванкомицин. Поради персистиране на фебрилитета, спад на Hb до 73g/L , повишаване на CRP (256 mg/l) и лекостепенна цитолиза ($\text{АСАТ } 70\text{ U/l}$, $\text{АЛАТ } 51\text{ U/l}$) е насочен за нова консултация с гастроентеролог и абдоминална ехорафия (УЗД). Болният не съобщава за предшествващи и настоящи коремни оплаквания. Физикално се установяват меко-еластични коремни стени, без симптоми на перитонеално дразнене, вкл. и без палпаторна болезненост по хода на колона, лекостепенна хепатомегалия, *sussusiohepatis* +/- без патологична феномени при аускултация. Находката от УЗД е следната: лекостепенна хепатомегалия, а в черен дроб, S1 - хетерогенна зона с размер $9.0 \times 7.0\text{ cm}$, с аехогенни участъци, излизащи извън контура на черния дроб (фиг. 1 а); стената на сигмата на протежение около 10 cm е неравномерно задебелена до $12-14\text{ mm}$, хипоехогенна, със заличен слоест строеж; скенират се зони, отговарящи на дивертикули и хипоехогенни линейни участъци на прехода на стената и периколичната мастна тъкан, която е задебелена (фиг. 1 б). Заключение от УЗД е, че вероятно се касае за усложнена дивертикулна болест (суспектни микроперфорации), огнищен процес в черния дроб с участъци на коликвация (възможно абсцедиране). В ДД план не може да се изключи и нео-процес с чернодробна лезия в разпад.

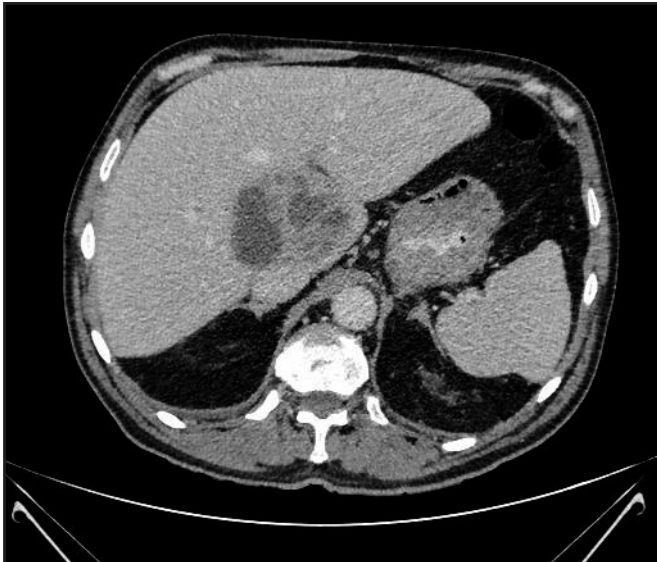
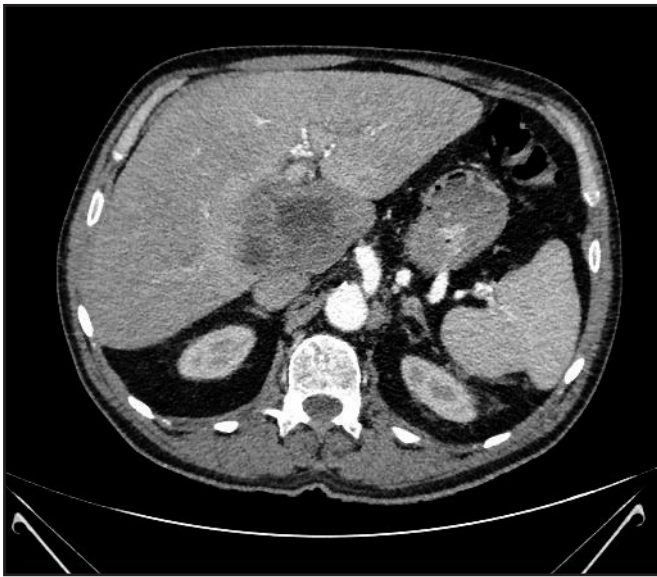
Проведен е КАТ на корем и малък таз по спешност, който потвърждава, че се касае за: сигмоиден дивертикулит и перидивертикулит; периколична течноеквивалентна колекция с адхезии към стената на пикочния мехур; асцит в малкия таз; чернодробен абсцес; малко количество порто-венозен газ; лимфаденопатия ад портам хепатис; плеврални изливи (Фиг.2 а, 2 б, 2 с).



Фиг. 1 а. Ехографски образ на чернодробния абсцес



Фиг.1 б. Ехографски образ на дивертикулит



Фиг. 2 а, 2 в. КАТ с контраст в артериална и венозна фаза на чернодробния абсцес



Фиг. 2 с. КАТ с контраст: усложнен дивертикулит

Болният е преведен в Хирургична клиника за спешна интервенция. Интраоперативно се установява гноен ексудат перисигмоидално (50 ml), множество дивертикули на дистална трета на сигмата с плътно акретиране към пикочния мехур (възможно perforation tecta), както и абсцесна кухина в S1, с множество перихепатални адхезии. Чернодробният абсцес е пунктиран под УЗД-контрол (евакуирани 150 ml гной), след което е извършена хепатотомия, лаваж и дренаж на резидуалната кухина. Colon sigmoideum резециран по Hartmann с извеждане на временен anus praeter.

Патологоанатомично макроскопски в резецирания участък на сигмата се установява дефект (30x18 мм), обхващащ цялата дебелина на стената, с фибринов налеп по серозата. Хистоморфологично стената на дебелото черво е с разязвена лигавица и пролиферация на гранулационната тъкан с гигантски клетки тип „чуждо тяло“ и тип Лангханс. Открива се субсерозно абсцедиране, задебелена стена във всички слоеве, изразена трансмурална лимфоплазматична инфилтрация (фиг. 3), както и фибринозно-гноен перитонит (фиг. 4).

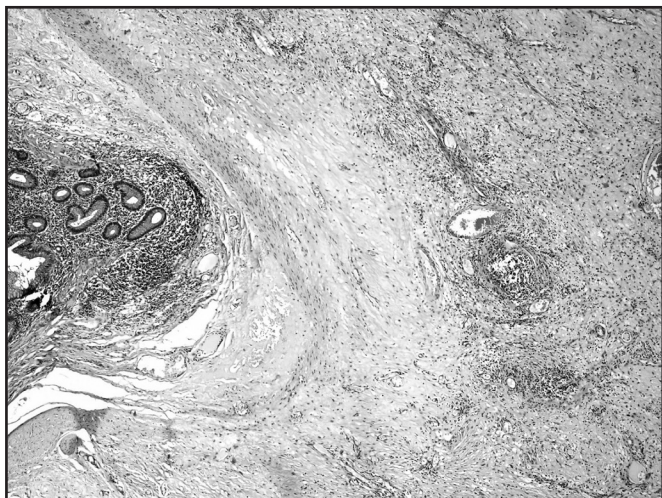
След 3 месеца болният е реопериран и чревния пасаж е възстановен.

ОБСЪЖДАНЕ

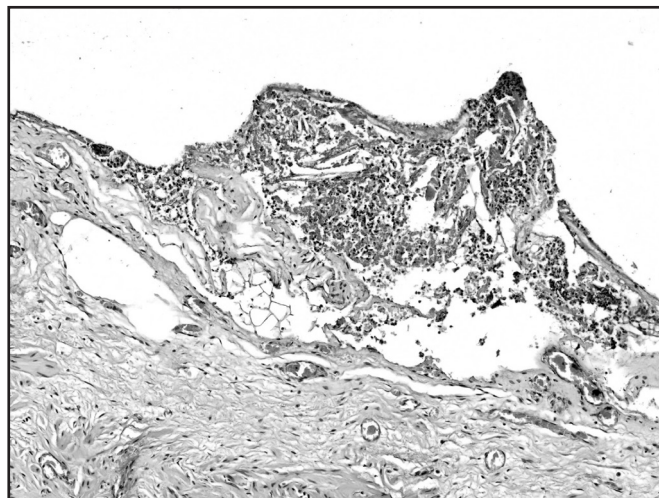
Представеният от нас пациент е с ендоскопски образ на ХД на сигмата с фиброзирана стена, диагностициран през 2015 год. при профилактична ФКС. Следва светъл период от 8 год., в който няма абдоминални оплаквания. През януари 2023 год. се проявяват описаните по-горе симптоми и синдроми. Проведени са редица изследвания и консултации, при които в крайна сметка е установен усложнен перфоративен дивертикулит и чернодробен абсцес.

УЗД като изследване от първа линия и последваща КАТ с контраст в условия на спешност са стандарт за бърза диагноза и стадиране на ДБ и нейните усложнения [4,5].

Сепсисът при ДБ най-често е последица от прогресия на абсцес и/или перфорация с гноен и фекулентен перитонит [6,7]. В литературата са публикувани случаи и на редки септични усложнения при сигмоиден дивертикулит с пилефлебити тромбоза на горната мезентериална вена при цекален дивертикулит [8-10]. Дивертикулитът е водещата причина за пилефлебит (30%), последван от апендицита (19%), възпа-



Фиг. 3. Дивертикул на дебелочревна стена с прибавен възпалителен процес (дивертикулит). Оригинално увеличение x40.jpg. Оцв. ХЕ



Фиг. 4. Фибринозно-гноен и хеморагичен перитонит (оригинално увеличение x100.jpg. Оцв. ХЕ).

лителните чревни заболявания (6%), перфорацията, малигномите (6%), панкреатитът (5%), инфекциозният ентерит (4%) [8]. Пилефлебитът при интраабдоминална и тазова инфекция протича със сепсис, чернодробен абсцес, перитонит, чревна исхемия [8,10,11]. В представения от нас клиничен случай образните изследвания изказват съмнение за перфоративен дивертикулит, усложнен с чернодробен абсцес, перитонит и пилефлебит, потвърдени при спешно извършената операция. По данни от литературата в около 50% от случаите причина за чернодробен абсцес е инфекцията на жлъчните пътища, която клинично е представена холангит [12,13]. В останалите случаи причините са септицемия, чернодробни травми, възпалителни чревни заболявания, дивертикулит, деструктивен апендицит. Пиогенният чернодробен абсцес е рядко усложнение на сигмоидния дивертикулит [12]. Ретроспективно продължителният фебрилитет и симптоматиката на скрит възпалителен процес са в резултат на безсимптомно развил се усложнен дивертикулит със сепсис.

В представения от нас случай остават неясни причините за развитие на системен, живото застрашаващ възпалителен процес при имунокомпетентен пациент.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След прекарана вирусна инфекция и нехарактерна симптоматика при пациенти с ХД, винаги трябва да се мисли и за усложнения на самата дивертикулна болест, които от своя страна могат да са живото застрашаващи. Наличието на ХД с фиброзни промени в стена не изключва перфорирани и абсцедирани. Решаващи за диагнозата и лечението са данните от образните изследвания.

КНИГОПИС / REFERENCES

1. Milosavljevic T, Herzényi L. Treatment for Complicated Acute Diverticulitis. In: Colonic Diverticular Disease. Eds: A. Tursi, M. Bafutto, G. Brandimarte, E. Oliveira. Springer Nature Switzerland AG, 2022, 291-297.
2. Moubax K, Urbain D. Diverticulitis: new insights on the traditional point of view. Acta Gastroenterol Belg. 2015;78(1):38-48.
3. Strate L, Morris A. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. Gastroenterology. 2019;156(5):1282-1298.
4. Maconi G, Hollerweger A. Ultrasonography. In: Colonic Diverticular Disease. Eds: A. Tursi, M. Bafutto, G. Brandimarte, E. Oliveira. Springer Nature Switzerland AG, 2022, 143-152.
5. Flor N, Innamorati S, Pickhardt P. Radiology. In: Colonic Diverticular Disease. Eds: A. Tursi, M. Bafutto, G. Brandimarte, E. Oliveira. Springer Nature Switzerland AG, 2022, 153-169.
6. Чавушян А. Дивертикулоза и дивертикулна болест – патогенетични механизми и клинични аспекти. Дисертация, София, 2020, 181.

7. Müller G, Pfützer R. Management of complications. In: Diverticular Disease. Eds.: W. Kruis and L. Leifeld, 1st edition. UNI-MED Verlag AG, Bremen London Boston, 2011, 78-85.
8. Falkowski A, Cathomas G, Zerz A et al. Pylephlebitis of a variant mesenteric vein complicating sigmoid diverticulitis, J Radiol Case Rep. 2014;8(2):37-45.
9. Pinto S, Lerner T, Lindamaneni G et al. Superior mesenteric vein thrombosis as a complication of cecal diverticulitis: A case report. Int J Surg Case Reports. 2016;25:71-74.
10. Lee B, Ryu H. A case of pylephlebitis secondary to cecal diverticulitis. J Emerg Med. 2016;42(4):81-85.
11. Fusaro L, Di Bella S, Martingano P et al. Pylephlebitis: A Systematic Review on Etiology, Diagnosis, and Treatment of Infective Portal Vein Thrombosis. Diagnostics. 2023;13:429. <https://doi.org/10.3390/>.
12. Muscat EPJ. Pyogenic Liver Abscess Secondary to Sigmoid diverticulitis: An Unusual Presentation. Case Rep Gastroenterol. 2020 ;14(1):165-171.
13. Murarca Sh, Pranav Phn, Vadavate V. Pyogenic Liver Abscess secondary to Disseminated
14. Streptococcus Anginosus from Sigmoid Diverticulitis. J Glob Infect dis. 2011; 3(1): 79-81.

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:

Д-р Ани Чавушян
Клиника по гастроентерология
Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Младост
София
E-mail: ani.doc08@gmail.com

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Dr. Ani Chavushyan
Clinic of Gastroenterology,
Acibadem City Clinic University Hospital Mladost,
Sofia, Bulgaria
E-mail: ani.doc08@gmail.com