

## РАК ШЛУНКА В ПОЄДНАННІ З МНОЖИННИМ ДИВЕРТИКУЛЬОЗОМ ТОНКОЇ І ОБОДОВОЇ КИШОК

Ю.Ю. Олійник<sup>1</sup>, М.Б. Матусяк<sup>2</sup>, Б.М. Матусяк<sup>2</sup>, П.І. Гуря<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра онкології та радіології (зав. - проф. Т.Г. Фецич)

<sup>2</sup> Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр (головний лікар - І. В. Ковальчук)

Відділ абдомінальної хірургії (зав. - М.А. Огорчак)

### Реферат

**Мета.** Удосконалення передопераційної діагностики дивертикулів тонкої кишки та їх ускладнень для покращання результатів хірургічного лікування.

**Матеріал і методи.** Описано випадок лікування хворого 77 років на рак шлунка, в якого під час планового операційного втручання виявлено масивний дивертикульоз тонкої і ободової кишок.

**Результати й обговорення.** 77-річному пацієнтові виконано субтотальну резекцію шлунка з шлунково-кишковим анастомозом за Більротом II, розміщеним перед поперечною ободовою кишкою. Особливістю операції стало накладання шлунково-кишкового та міжкишкового анастомозів за Брауном на вузький антимезентерійний край порожньої кишки, вільний від дивертикулів, а не в типовому місці, розташованому досередини від цього краю.

**Висновки.** Рідкісні випадки дивертикульозу і невиразна клінічна картина зумовлюють важкість своєчасної діагностики, а відтак можуть створювати непередбачувані технічні труднощі під час операційних втручань.

**Ключові слова:** рак шлунка, дивертикули тонкої і ободової кишок

### Abstract

#### COMBINATION OF GASTRIC CANCER AND MULTIPLE DIVERTICULA OF THE SMALL BOWEL AND COLON

Yu. Yu. OLIYNYK<sup>1</sup>, M. B. MATUSIAK<sup>2</sup>, B. M. MATUSIAK<sup>2</sup>, P. I. GYRIA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

<sup>2</sup> Lviv State Regional Oncological Diagnostical and Medical Centre

**Aim.** Improving the preoperative diagnosis of small bowel and colon diverticula for better results of surgical treatment.

**Material and Methods.** A case of massive small bowel and colon diverticulosis in a 77 year-old patient with cancer of the stomach was presented.

**Results and Discussion.** A 77 years-old patient was hospitalized in the department of abdominal surgery of Lviv state regional oncological diagnostical and medical centre (LSRODMC) for gastric antrum cancer T3N0M0G2, stage IIa. All necessary examinations including fibrogastroduodenoscopy and colonoscopy were performed at the outpatient department. Polypoid growth tumor with clear demarcation to 7-10 cm in diameter was revealed in the lower third of the gastric body on a large curvature.

*Biopsy was taken. Histologically the tumor was classified as dark cell papillary adenocarcinoma of moderately differentiated grade. In the duodenal bulb and retrobulbar pars no pathological lesions were found. At the same time, multiple diverticula to 0.9 cm in diameter and colon dyskinesia was a result of colonoscopy. On 08.05.2007 the patient was operated under general endotracheal anesthesia. Subtotal distal gastrectomy with antecolic anastomosis. (for Billroth II with Braun interintestinal anastomosis) was performed. During laparotomy a massive diverticulosis of the small intestine was revealed. The peculiarity of the operation was the imposition of gastrointestinal and Braun's type anastomoses in the narrow antimesenteric edge of empty bowel, free of diverticules, instead of in the typical place located to the median from this edge. Early postoperative period had no complications. The wound healed by primary intention, and stitches were removed in 10 days. The patient was discharged in satisfactory condition in 15 days to be followed up by oncologists. During this period the patient was in the 3rd clinical group which means virtually healthy person.*

**Conclusions.** Rare cases of small intestinal and colon diverticulosis and vague clinical symptoms complicate early diagnosis difficult, thus creating unexpected technical problems in surgical procedures.

**Key words:** stomach cancer, small intestinal and colon diverticulosis

### Вступ

Уперше дивертикули тонкої кишки описав у літературі визначний англійський хірург і анатом сер Астлей Соопер в 1804 році [2]. Дивертикульоз тонкої кишки - це рідкісний стан [8], перебіг якого в більшості випадків є асимптомним або з незначною симптоматикою (метеоризм та черевний дискомфорт різної інтенсивності та періодичності) відзначають майже третина усіх хворих [11]. Ці симптоми не є специфічними і не допомагають клініцисту діагностувати дивертикульоз. Інші симптоми з'являються тільки після появи ускладнень дивертикульозу, тому його рідко діагностують клінічно і виявляють лише при операційному втручанні (як випадкову знахідку), ендоскопічному та рентгенологічному дослідженнях. Дивертикули можуть стати причиною низки

різних ускладнень - дивертикуліту, перфорації дивертикулу (спонтанної, посттравматичної, стороннім тілом) з розвитком перитоніту, кишкової непрохідності, кишкової кровотечі [5], надмірного розвитку мікрофлори (дисбактеріозу), мальабсорбції, недостатності вітаміну В12 [3, 11, 8]. При масивному дивертикульозі тонкої кишки можуть виникати асоційовані симптоми хронічної кишкової непрохідності через дилатацію і гіпертрофію стінки ураженого дивертикулом сегмента кишки, подібно до змін у кишці з тривалою механічною обструкцією [6]. Не виникає ускладнень лише у 61% пацієнтів, стан 10-15 % вимагає хірургічного втручання [3]. Описані первинні карциноми в дивертикулі дванадцятипалої кишки, дрібноклітинна аденокарцинома G4 дивертикулу мезентерійного краю порожньої кишки, віддалена на 15 см від дивертикулу порожньої кишки лейоміосаркома G1 [3], рак ободової кишки, який передував дивертикульозу порожньої кишки [8].

Мета - удосконалення передопераційної діагностики дивертикулів тонкої кишки та їх ускладнень для покращання результатів хірургічного лікування.

### Матеріал і методи

Проаналізовано випадок масивного дивертикульозу тонкої кишки, який став випадковою операційною знахідкою під час виконання субтотальної резекції шлунка з приводу раку шлунка.

### Опис клінічного спостереження

Хворий М., 77 років, госпіталізований у відді-

лення абдомінальної хірургії Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру (ЛДОРЛДЦ) з приводу раку антрального відділу шлунка, Т3N0M0G2, Па ст., клінічна група Па. Попередньо амбулаторно проведено необхідні обстеження, зокрема фіброезофагогастроуденоскопію та фіброколоноскопію (ФКС). Виявлено поліпоподібну пухлину з чіткою демаркацією до 7-10 см у діаметрі у нижній третині тіла шлунка по великій кривині. Взято біопсію. Висновок патогістологічного дослідження: темноклітинна папілярно-аденоматозна помірно диференційована аденокарцинома. У цибуліні дванадцятипалої кишки та ретробульбарному відділі патології не виявлено. На ФКС виявлено численні дивертикули діаметром до 0.9 см та дискінезію ободової кишки. 08.05.2007 року під ендотрахеальним наркозом проведено операцію - субтотальну резекцію шлунка з шлунково-кишковим анастомозом за Більротом II, розміщеним перед поперечною ободовою кишкою, і з між кишковим анастомозом за Брауном. Під час лапаротомії виявлено масивний дивертикульоз тонкої кишки (рис. 1). Особливістю даного втручання було те, що гастроентеро- та ентеро-ентероанастомози накладено в неураженому дивертикулами місці порожньої кишки на протилежній до брижового краю частині стінки кишки (рис. 2). Післяопераційний перебіг без ускладнень. Рана загоїлася первинним натягом, шви знято на 10 добу. Хворого у задовільному стані виписано зі стаціонару на 15 добу для подальшого амбулаторного лікування. Протягом наступного



Рис. 1  
Множинні дивертикули  
з антимезентерійного краю тонкої кишки



Рис. 2  
Множинні дивертикули  
з мезентерійного краю тонкої кишки

часу перебуває у III клінічній групі на диспансерному спостереженні в онкологів за місцем проживання з періодичними оглядами в ЛДОРЛДЦ.

### Результати й обговорення

Справжня частота ураження дивертикулами порожньої кишки невідома, дивертикули тонкої кишки на автопсіях виявляють у 5-10% пацієнтів, деякі автори вважають, що їх поширеність становить лише 0,06-1,3% [8]. Дивертикули Меккеля є вродженими й уражають близько 2% популяції. При гастродуоденоскопії їх виявляють у 9-20%, а при рентгенографії верхніх відділів травного тракту - у 1-5% пацієнтів [12]. Сучасні методи променевої візуалізації (УЗД і КТ) вважаються обов'язковими як додаток до анамнезу та фізичного обстеження з метою точної діагностики, диференціальної діагностики та класифікації дивертикульозної хвороби кишківника, натомість діагностичні можливості магнітно-резонансної томографії не встановлені [9]. Найчастіше розмір дивертикулів сягає від 1 до 4 см, хоча інколи зустрічаються від кількох міліметрів до 9 см [10]. Знаходять їх переважно у старших осіб, пік захворюваності припадає на вік від 60 до 70 років, хоча вік наймолодшого з описаних пацієнтів - 10 років, а найстаршого - понад 90 років [4]. Серед хворих переважають чоловіки (2/3 випадків) [10, 4]. За етіологією і будовою дивертикули поділяються на вроджені та набуті. Вроджені є справжніми дивертикулами, тобто складаються з усіх шарів кишкової стінки. Набуті дивертикули є несправжніми, і складаються лише зі слизового та підслизового шарів. Рідкісними дивертикулами порожньої кишки є так звані пульсійні дивертикули, що, можливо, формуються внаслідок порушень моторики кишки із залученням набутого дефекту гладких м'язів кишки. Звичайно локалізуються вони (як і у нашому випадку) з мезентерійного краю, так як у цій частині стінки м'язовий шар менше розвинутий. Неускладнені та безсимптомні дивертикули не вимагають хірургічного лікування. Оперативне лікування проводиться при ускладненнях - і спрямоване на усунення ургентного стану [5]. У літературі описуються спостереження поодиноких дивертикулів, масивний дивертикульоз спостерігається вкрай

рідко [8, 1]. Описаних у літературі випадків поєднання злякисних новотворів шлунка з масивним дивертикульозом тонкої і ободової кишок ("дивертикульозною хворобою") не виявлено [7].

### Висновок

Рідкісні випадки дивертикульозу і невиразна клінічна картина зумовлюють важкість своєчасної діагностики, а відтак можуть створювати непередбачувані технічні труднощі під час хірургічного лікування як їх ускладнень, так і супутніх захворювань органів черевної порожнини.

### Література

1. Barton JS, Karmur AB, Preston JF, Sheppard BC: Familial jejuno-ileal diverticulitis: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* 2014, 5(12), 1038-1040.
2. Brock RC. *The Life and Work of Astley Cooper*. E. & S. Livingstone, 1952, 176 p.
3. Daniell SJ: Foreign Body Perforation of a Jejunal Diverticulum. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1982, 75(9), 747-749.
4. Falidas E, Vlachos K, Mathioulakis S, Archontovasilis F, Villias C: Multiple giant diverticula of the jejunum causing intestinal obstruction: report of a case and review of the literature. *World J Emerg Surg* 2011, 6, 8.
5. Gattai R, Pantalone D, Migliaccio ML, Bonizzoli M, Peris A, Bechi P: Upper G.I. hemorrhage from glass fragments ingestion in a patient with jejunal diverticula - Case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 2015, 6, 191-193.
6. Igwe PO, Ray-Offor E, Allison AB, Alufohai EF: Volvulus complicating jejunal diverticulosis: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2015, 9, 61-64.
7. Kim PS, Jung EJ, Bang HY: Small bowel diverticulosis in patient with early gastric cancer. *Annals of Surgical Treatment and Research* 2014, 87(4), 209-212.
8. Koch AD, Schoon EJ: Extensive Jejunal Diverticulosis in a Family, a Matter of inheritance? *Neth J Med* 2007, 65(4), 154-155.
9. Lembcke B: Diagnosis, Differential Diagnoses, and Classification of Diverticular Disease. *Viszeralmedizin* 2015, 31(2), 95-102.
10. Schloerick E, Zimmermann MS, Hoffmann M, Kleemann M, Laubert T, Bruch HP, Hildebrand P: Complicated jejunal diverticulitis: a challenging diagnosis and difficult therapy. *Saudi J Gastroenterol* 2012, 18(2), 122-128.
11. Strate LL, Modi R, Cohen E, Spiegel BM: Diverticular disease as a chronic illness: evolving epidemiologic and clinical insights. *Am J Gastroenterol* 2012, 107, 1486-1493.
12. Walczak DA, Falek W, Zakrzewski J: An uncommon location of Meckel's diverticulum or small intestine duplication? Case report and literature review. *Pol Przegl Chir* 2011, 83(8), 457-460.