

Ogilvie sindromas: klinikinis atvejis

Ogilvie's syndrome: case report

Kastė Mateikaitė¹, Paulius Žeromskas², Kęstutis Strupas²

¹ *Vilnius universiteto Medicinos fakultetas, M.K. Čiurlionio g. 21, LT-03101 Vilnius*

² *Vilniaus universiteto Santariškių klinikų Gastroenterologijos, urologijos ir abdominalinės chirurgijos klinika, Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius*

El. paštas: kaste.mateikaite@gmail.com

¹ *Vilnius University Faculty of Medicine, M.K. Čiurlionio 21, LT-03101 Vilnius, Lithuania*

² *Clinic of Gastroenterology, Urology and Abdominal Surgery, Vilnius University Hospital Santariškių Klinikos, Santariškių 2, LT-08661 Vilnius, Lithuania*

E-mail: kaste.mateikaite@gmail.com

Ogilvie sindromas – tai reta sunki būklė, atsirandanti dėl sutrikusios storosios žarnos parasimpatinės inervacijos. Jai būdingas ūmus ir smarkus storosios žarnos išsiplėtimas be mechaninės obstrukcijos. Šis sindromas dažnai pasitaiko kritinių būklių pacientams. Pateikiame storosios žarnos ūminės tariamosios obstrukcijos klinikinį atvejį, kuris pasitaikė nevaikščiančiam, išsėtine skleroze sergančiam slaugos namų pacientui. Tiesinė pilvo rentgenograma leido įtarti laisvą orą po diafragmos kupolu, todėl buvo atlikta laparotomija. Žarnyno perforacijos nebuvo, tačiau rasta išsiplėtusi storoji žarna. Ketvirtą pooperacinę parą pacientas buvo išrašytas iš ligoninės, rekomenduotas agresyvesnis obstipacijų gydymas ir prevencija. Konservatyvus gydymas ar invazinė dekompresija dažnai yra veiksmingi metodai. Jeigu Ogilvie sindromas diagnozuojamas ir gydomas per vėlai, ligonis gali mirti dėl perforacinio peritonito.

Pagrindiniai žodžiai: storoji žarna, Ogilvie sindromas, storosios žarnos tariamoji obstrukcija, obstipacijos

Ogilvie's syndrome is a rare but serious condition caused by parasympathetic dysfunction of large bowel. It is characterized by acute and massive colon distension without mechanical obstruction. This syndrome most often appears as a complication of other clinical conditions. We present a case of acute colonic pseudo-obstruction occurring in constipated bedridden, male nursing home resident with multiple sclerosis. Free air trapped in the subdiaphragmatic locations was suspected in plain abdominal radiogram and the laparotomy was performed. No intestinal perforation was found. Massively distended colon was observed. The patient was discharged at the fourth postoperative day and more aggressive prevention and treatment of constipation was recommended. In conclusion, early treatment with expectant management or invasive decompression is often successful. However, this condition can be fatal, if diagnose and treatment are delayed.

Keywords: large bowel, Ogilvie's syndrome, colonic pseudo-obstruction, constipation

Ižanga

Ogilvie sindromas, arba ūminė tariamoji storosios žarnos obstrukcija, – tai būklė, kuriai būdingas ūmus ir smarkus storosios žarnos išsiplėtimas, nepraeinamumo požymiai be mechaninės obstrukcijos. 1948 metais seras Williamas H. Ogilvie pirmasis aprašė du pacientus, kuriems buvo atlikta laparotomija ir aptikti retroperitoninio tarpo piktybiniai navikai, peraugantys pilvinį nervinį rezginį. Ogilvie manė, jog piktybinis procesas, pažeidęs autonominės nervų sistemos mazgus, sutrikdė storosios žarnos inervaciją ir sukėlė funkcinį nepraeinamumą. Straipsnio tikslas supažindinti su šia reta liga, apibūdinti jos diagnostiką ir gydymo taktiką.

Klinikinis atvejis

2007 metų spalio 17 dienos naktį 39-erių metų vyras buvo atvežtas į VUL Santariškių kliniką priimamąjį dėl viduriavimo ir išsipūtusio, palpuojant skausmingo pilvo. Apie dvi savaites ligonis negalėjo pasituštinti. Išvakarėse skirti laisvinamieji (senos preparatai). Prieš kelias valandas pradėjo viduriuoti, ėmė pūsti pilvą. Pacientas apie 7 metus serga išsėtine skleroze, vienerius metus nevaikšto dėl abiejų kojų plegijos. Gydomas Riešės slaugos ligoninėje amitriptilinu, baklofenu. Prieš metus dėl šlapimo susilaikymo atlikta trokarinė epicistostomija.

Apžiūros duomenys: palpuojant skausmingas pilvas, suaktyvėjusi peristaltika, abiejų kojų plegija, funkcionuojanti epicistostoma. Kraujo tyrimai: leukocitozė ($23 \times 10^9/l$), neutrofilija ($20,5 \times 10^9/l$), poslinkis į kairę (lazdelinių formų 11%), trombocitozė ($433 \times 10^9/l$), padidėjęs eritrocitų ($5,83 \times 10^{12}/l$), hemoglobino (171 g/l) kiekis, padidėjęs hematokritas (51,8%), padidėjęs ENG (34 mm/val.) ir CRB kiekis (60,4 mg/l). Įtarus mechaninį žarnų nepraeinamumą, padaryta apžvalginė pilvo organų rentgenograma. Du kartus pakartojus rentgenogramą, buvo matomos dujų išpūstos žarnos ir laisvas oras po diafragmos kupolu. Įtarta tuščiavidurio organo prakiurimas, todėl ligonis skubiai operuotas. Padaryta diagnostinė laparotomija. Laisvo skysčio ar oro pilvo ertmėje nerasta, gaubtinė žarna išsiplėtusi iki 8–9 cm, joje gausu dujų ir pavienių stambių kietų išmatų. Kitos patologijos

nenustatyta. Buvo diagnozuotas ūminis gaubtinės žarnos išsiplėtimas. Pooperacinis laikotarpis sklandus, komplikacijų nebuvo. Ketvirtą parą po operacijos tolesniam išsėtinės sklerozės gydymui ir slaugymui pacientas buvo perkeltas į Riešės slaugos ligoninę. Siekiant išvengti storosios žarnos tariamosios obstrukcijos ir užtikrinti reguliarių tuštinių, buvo rekomenduota daug ląstelienos turinti dieta, išmatų tūrį didinantys laisvinamieji, valomosios klizmos.

Diskusija

Epidemiologija

Negausioje literatūroje minima, kad Ogilvie sindromas pasireiškia 0,1% pacientų po chirurginių operacijų, 0,05% – po traumos ir 0,3% – po sunkių nudegimų [1]. Nuo 50% iki 95% sindromo atvejų yra susiję su sunkiomis medicininėmis būklėmis. Dažnai atsiranda po chirurginių manipuliacijų ar traumų. Kiti rizikos veiksniai yra vyresnis amžius (70–80 metų), nutukimas, nejudrumas dėl invalidumo ar ligos, skausmą malšinančių vaistų vartojimas (žr. lentelę) [2–5].

Patogeneze

Nėra tiksliai žinoma, koku būdu šie įvairūs sveikatos sutrikimai lemia tariamosios obstrukcijos išsivystymą. Tik akivaizdu, kad sutrinka storosios žarnos motorika, žarnoje susikaupia daug dujų ir išmatų, dėl to kylančioji ir skersinė žarna smarkiai išsiplėčia. Yra kelios teorijos, grindžiančios motorikos sutrikimą.

Klajoklis nervas inervuoja storąją žarną iki blužninio linkio, distalinei žarnos daliai parasimpatinė inervacija teikiama juosmeniniais nervais iš S2-S4 kryžminių segmentų. Sutrikus parasimpatinei inervacijai, distalinė storosios žarnos dalis gali likti atoniška. Pastebėta, kad riba tarp išsiplėtusios ir subliūškusios žarnos dalių dažniausiai randama ties blužniniu linkiu [2, 3].

Bandymais su gyvūnais įrodyta, jog smarkus žarnos išsiplėtimas, esant pradiniam motorikos sutrikimui, gali dirginti sienelės mechanoreceptorius ir aktyvinti kolokoloninį refleksą, kuris gali slopinti storosios žarnos motoriką. Galutinis šio simpatinio refleks rezultatas – žarnos motorikos slopinimas ir smar-

Lentelė. Dažniausiai su storosios žarnos tariamąja obstrukcija susijusios būklės

Medicininės būklės, kurioms būdinga pseudo-obstrukcija	
<ul style="list-style-type: none"> • Širdies ir kraujagyslių: <ul style="list-style-type: none"> – Miokardo infarktas – Cerebrovaskulinis insultas – Širdies nepakankamumas • Neurologinės: <ul style="list-style-type: none"> – Parkinsono liga – Alzheimerio liga – Išsėtinė sklerozė – Apatinės nugaros smegenų dalies ligos • Kvėpavimo sistemos: <ul style="list-style-type: none"> – Pneumonija – Mechaninė plaučių ventiliacija 	<ul style="list-style-type: none"> • Infekcijos/uždegimai <ul style="list-style-type: none"> – Dubens abscesas – Ūminis pankreatitas – Ūminis cholecistitas – Sisteminis sepsis • Metaboliniai sutrikimai: <ul style="list-style-type: none"> – Elektrolitų apykaitos sutrikimas – Kepenų ar inkstų funkcijos nepakankamumas – Apsinuodijimas alkoholiu • Medikamentai: <ul style="list-style-type: none"> – Antidepresantai – Fenotiazinai – Antiparkinsoniniai vaistai – Opiatai ir kiti narkotikai
Chirurginės būklės, kurioms būdinga tariamoji obstrukcija	
<ul style="list-style-type: none"> • Operacijos: <ul style="list-style-type: none"> – Širdies – Inkstų transplantacijos – Ginekologinės – Kitos dubens – Cezario pjūvio – Klubo sąnario 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumos <ul style="list-style-type: none"> – Dubens – Nugaros smegenų – Šlaunikaulio lūžis • Neoplazija: <ul style="list-style-type: none"> – Retroperitoninio tarpo – Leukemija – Metastazės – Dubens radioterapija

kaus išsiplėtimo palaikymas [3]. Sėkmingas spinalinės anestezijos taikymas gydant Ogilvie sindromą pagrindžia šią hipotezę [2].

Naujausių tyrimų duomenimis, esant kai kurioms patologinėms būklėms enteriniai neuronai atpalaiduoja didelį kiekį nepastovaus, slopinamąjį poveikį turinčio neurotransmiterio – azoto monoksido (NO), kuris gali būti atsakingas už sutrikusią storosios žarnos motoriką ir išsiplėtimą [3].

Klinika ir diagnostika

Pagrindinis klinikinis Ogilvie sindromo požymis – pilvo išsiplėtimas (90–100%). Jis atsiranda staiga ir greitai progresuoja. Kiti simptomai: pilvo skausmas (80%), pykinimas, vėmimas (80%), obstipacijos (40%) ar diarėja, pakitusi peristaltika: normali ar suaktyvėjusi (40%), susilpnėjusi ar išnykusi (60%). Apžiūrint galima pastebėti pilvo sienos raumenų įsitempimą (64%), nors jis dažnesnis esant žarnos perforacijai ar išemijai. Chirurginiams pacientams tariamosios obstrukcijos simptomai atsiranda praėjus vidu-

tiniškai 5 dienoms po operacijos [6]. Sunkiausia komplikacija yra aklosios žarnos perforacija. Ji pasitaiko 3–40% tariamosios obstrukcijos atveju, o mirštamumas padidėja iki 40–50% [2].

Ogilvie sindromo diagnozė nustatoma remiantis apžvalgine pilvo organų rentgenograma. Joje matoma stipriai išsiplėtusi storoji žarna, dažniausiai pradedant nuo aklosios žarnos ir baigiant blužniniu linkiu. Dauguma autorių sutaria, kad aklosios žarnos skersmeniui padidėjus iki 12–14 cm, labai išauga perforacijos rizika. Sindromo progresavimui ir gydymo efektyvumui stebėti daromos kartotinės rentgenogramos. Esant klubinio aklosios žarnos vožtuvo nepakankamumui, gali išsiplėsti plonosios žarnos kilpos.

Kolonoskopija, bario, gastrografino kontrastinės rentgenogramos ir pilvo organų kompiuterinė tomografija gali padėti atskirti šį sindromą nuo mechaninės obstrukcijos. Kolonoskopijos metu įmanoma atlikti žarnos dekompresiją. Tačiau dažnai ši procedūra yra techniškai sudėtinga, nes žarnynas yra nepakankamai paruoštas [2].

Gydymas

Pirmiausia pasirenkamas konservatyvus gydymas. Ligoniui paskiriama nulinė dieta. Intraveninėmis infuzijomis koreguojama sutrikusi skysčių ir elektrolitų apykaita. Zonduojamas skrandis. Rekomenduojama nutraukti vaistų, kurie veikia žarnyno motoriką (opiatų, anticholinerginių vaistų, kalcio kanalų blokatorių), vartojimą. Pacientai turėtų daugiau judėti. Skiriamos kartotinės klizmos, dujų vamzdis į tiesiąją žarną. Atskirai šių konservatyvaus gydymo metodų veiksmingumas netirtas [7]. Tačiau kai kurių tyrimų duomenimis, konservatyvus gydymas gali būti sėkmingas iki 96%. Šio gydymo trukmė svyruoja nuo 3 iki 6,5 dienų ir ilgiau, jeigu nėra komplikacijos požymių, o aklosios žarnos skersmuo neviršija 9 cm [2, 8, 9].

Jeigu konservatyvus gydymas neveiksmingas po 1–2 parų ir aklosios žarnos skersmuo siekia 10 cm ir daugiau, turėtų būti taikomi kiti gydymo metodai. Skiriamas *medikamentinis gydymas* žarnyno motoriką skatinančiais vaistais. Išmėginta keletas vaistų – eritromicinas (motilino receptorių agonistas), cisapridas, tegaserodas (daliniai 5-HT₄ receptorių agonistai), metoklopramidai. Dabar domimasi neostigminu (grįžtamojo veikimo cholinesterazės inhibitoriumi), kuris netiesiogiai stimuliuoja muskarininius parasimpatinius receptorių, stiprindamas storosios žarnos motoriką ir jos turinio slinkimą. 1999 metais buvo atliktas placebo kontroliuojamas atsitiktinių imčių kliniškinis tyrimas vartojant neostigminą Ogilvie sindromui gydyti [10]. Kliniškai pagerėjo 91% pacientų ir nė vienam iš gavusiųjų placebo kliniškinio atsako nebuvo. Ogilvie sindromas atsinaujino 11% atvejų. Kitų studijų duomenimis, greita storosios žarnos dekompresija po intraveninio neostigmino vartojimo buvo 88% pacientų, atkryčių dažnis sudarė 7% [2, 7].

Mechaninė storosios žarnos dekompresija pasirenkama, kai storoji žarna smarkiai išsiplėtusi (>10 cm) ilgesnį laiką (daugiau kaip 3–4 dienas), išsiplėtimas nemažėja po 24–

48 valandų konservatyvaus gydymo ir kai medikamentinis gydymas kontraindikuojamas ar šis gydymas buvo nesėkmingas. Dažniausiai taikoma kolonoskopinė dekompresija. Įvairių studijų duomenimis, ši invazinė procedūra yra sėkminga 77–86% atvejų, perforacijos ar kitų komplikacijų rizika yra vos 0,2–2%. Po kolonoskopinės dekompresijos tariamoji obstrukcija atsinaujina 18–65% atvejų. Gydant Ogilvie sindromą dažnai reikalingos kartotinės kolonoskopijos procedūros [2]. Kita nechirurginė mechaninės dekompresijos procedūra – perkutaninė cekostomija, atliekama kontroliuojant endoskopu ar rentgenu. Trūksta tyrimų, įrodančių šios procedūros efektyvumą. Ji rekomenduojama didesnės rizikos pacientams, kai dar nėra išemijos ar perforacijos požymių [7].

Chirurginis gydymas taikomas, kai yra storosios žarnos išemijos ar perforacijos požymių ar kai endoskopinis ir farmakologinis gydymas nesėkmingas. Tačiau chirurginis gydymas yra susijęs su dideliu pooperacinių komplikacijų dažniu ir mirštamumu (atitinkamai 30% ir 6%). Nesant išemijos ar perforacijos, rekomenduojama cekostomija ar apendikostomija, vėliau ją naudojant anterogradiniam klizmavimui. Dėl storosios žarnos išemijos ar perforacijos pažeista žarna rezekuojama [7].

Išvados

Ūminė tariamoji storosios žarnos obstrukcija yra sunkiai sergančių ligonių komplikacija. Sunkių chirurginių ligonių Ogilvie sindromo prevencijai būtinos ankstyvos žarnyno veiklą atkuriančios priemonės. Ilgai gulinčių ligonių Ogilvie sindromo išsivystymo prevencijai būtina užtikrinanti reguliarių tuštinimasi. Ūminė tariamoji storosios žarnos obstrukcija gydoma konservatyviai. Operuojama, kai neveiksmingas konservatyvus medikamentinis gydymas ar išsivysčius komplikacijoms.

LITERATŪRA

1. Srivastava G, Pilkington A, Nallala D, Polson DW, Holt E. Ogilvie's syndrome: a case report. Arch Gynecol Obstet 2007; 276: 555–7.
2. <http://www.emedicine.com/med/topic3570.htm>

3. De Giorgio R, Barbara G, Stanghellini V, Tonin M, Vassina V, Cola B, Corinaldesi R, Biagi G, De Ponti F. Review article: the pharmacological treatment of acute colonic pseudo-obstruction. Aliment Pharmacol Ther 2001; 15: 1717–27.

4. Tenofsky PL, Beamer RL, Smith RS. Ogilvie syndrome as a postoperative complication. *Arch Surg* 2000; 135: 682–7.
5. Catena F, Caira A, Ansaloni C, Calo G, De Bonis F, Agrusti S, D'Alessandro L, Taffurelli M. Ogilvie's syndrome treatment. *Acta Bio Medica* 2003; 74 (suppl. 2): 26–9.
6. <http://www.emedicine.com/med/topic2699.htm>
7. Saunders MD, Kimmey MB. Systemic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 917–25.
8. Tenofsky PL, Beamer L, Smith RS. Ogilvie syndrome as a postoperative complication. *Arch Surg* 2000; 135(6): 682-6; discussion 686–7.
9. Alwan MH, van Rij AM. Acute colonic pseudo-obstruction. *Aust N Z J Surg*. Feb 1998; 68(2): 129–32.
10. Ponc RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med*. Jul 15 1999; 341(3): 137–41.

Gauta: 2008-05-01

Priimta spaudai: 2008-05-23