

Zakład Radiologii Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. Zofia Bieganowska-Klamut

AGNIESZKA BRODZISZ, EWA DYBIEC,
PAWEŁ WIECZOREK, ZOFIA BIEGANOWSKA-KLAMUT

*Diagnostyka ultrasonograficzna uchyłka
Meckela – opis przypadku*

Ultrasonographic diagnosis of Meckel' diverticulum – case presentation

Uchyłek Meckela jest anomalią wrodzoną przewodu pokarmowego. Powstaje w przypadku niekompletnego zamknięcia końcowego odcinka przewodu pokarmowego i zdaniem licznych autorów dotyczy ok 2% populacji (1, 2). Uchyłek ten jest uchyłkiem prawdziwym, zawierającym wszystkie ściany jelita. W około 25% przypadków zawiera ektopiczne tkanki – najczęściej błonę śluzową żołądka, rzadziej dwunastnicy, jelita grubego czy utkanie trzustki. Najczęściej jest zlokalizowany w odległości ok. 50 cm od zastawki krętniczno-kątnicznej na zewnętrznym brzegu jelita krętego, jego długość wynosi ok. 5 cm.

Dolegliwości kliniczne występują w 19% przypadków. Najczęstszą komplikacją są objawy niedrożności, występujące w 34–53% chorobowo zmienionych przypadków. Bezpośrednią przyczyną dolegliwości bólowych może być zadziergnięcie jelita w pierścieniu uchyłka, wgłobienie uchyłka do jelita cienkiego (krętego), skręt jelita, uwięźnięcie uchyłka w przepuklinie i guz rozpoczynający się w uchyłku (1).

Stan zapalny uchyłka występuje u 31% wszystkich pacjentów z uchyłkami i przypomina objawy zapalenia wyrostka robaczkowego (1). Krwawienie występuje u 25%, guz u 3%, przepuklina z uchyłkiem u 5% pacjentów.

Diagnoza uchyłka Meckela jest trudna i według różnych autorów tylko w 6–34% jest on rozpoznawany przedoperacyjnie (1, 3, 5). W celach diagnostycznych stosuje się: zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej, wlew doodbytniczy, pasaż przewodu pokarmowego, scyntyografię, badanie sonograficzne, CT. Leczeniem z wyboru jest zabieg chirurgiczny, polegający na usunięciu uchyłka.

OPIS PRZYPADKU

Chłopiec lat 3, przyjęty do szpitala z powodu powtarzających się epizodów bólu brzucha i krwawienia z przewodu pokarmowego oraz bolesności palpacyjnej zlokalizowanej w okolicy przyępkowej po stronie lewej.

W badaniu usg stwierdzono przestrzeń płynową kształtu cewkowatego o wym. ok. 3,1 x 4,8 cm, koncentrycznie ograniczoną, o świetle szerszym od światła jelita i pogrubiałych ścianach (ryc. 1). Zmiana była zlokalizowana w pewnej odległości od kątnicy. W świetle zmienionego fragmentu jelita widoczna była zaległość, którą mogła stanowić zarówno treść jelita, jak i tkanka tłuszczowa. Poziom płynu sugerował okresową niedrożność (ryc. 2).

Podejrzewano zmianę zapalną uchyłka Meckela. Pozostałe narządy jamy brzusznej nie wykazywały zmian patologicznych w badaniu ultrasonograficznym. W celu potwierdzenia obecności uchyłka wykonano badanie scyntygraficzne z użyciem technetu 99 (1, 3, 5). Obecność śluzówki żołądka w uchyłku (mającej zdolność wychwyty technetu) ujawniła pozażołądkowe skupisko substancji radioaktywnej.

Przeprowadzone badanie hist.-pat. usuniętego zapalnie uchyłka wykazało obecność ektopicznej błony śluzowej żołądka, potwierdzając tym samym rozpoznanie uchyłka Meckela.

DYSKUSJA

W większości przypadków obecność uchyłka Meckela jest bezobjawowa, wykrywana przypadkowo i nie wymagająca chirurgicznego usunięcia. Do najczęstszych objawów klinicznych wymagających przeprowadzenia diagnostyki i interwencji chirurgicznej należy krwawienie z przewodu pokarmowego oraz dolegliwości bólowe imitujące stan zapalny wyrostka robaczkowego (3, 4, 5).

Tradycyjne kontrastowe badania przewodu pokarmowego wykazują bardzo małą skuteczność w przedoperacyjnym rozpoznaniu uchyłka Meckela.

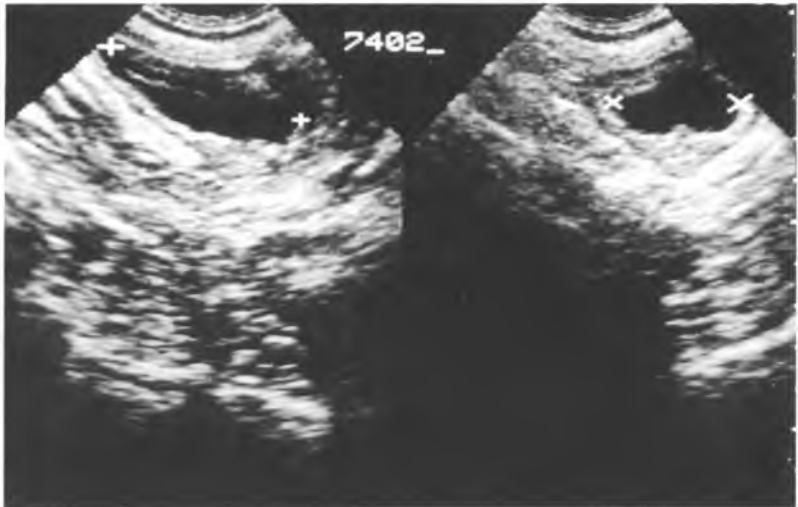
W ostatnich latach znaczącą rolę w diagnostyce przyczyn „ostrego brzucha” odgrywa badanie ultrasonograficzne. Dzięki stosowaniu głowic liniowych i konweksowych wysokiej częstotliwości możliwe jest obrazowanie prawidłowych i zmienionych patologicznie struktur jelitowych (1, 2, 4). Nieinwazyjność badania, szybkość jego wykonania i łatwa dostępność sprawia, iż usg jest z reguły pierwszym badaniem wykonywanym w ostrych chorobach narządów jamy brzusznej. Pozwala uwidocznć pewne charakterystyczne objawy schorzeń jelit, jak pogrubienie ściany i rozdęcie jelit, obecność płynu w jamie otrzewnej czy ocenę perystaltyki przewodu pokarmowego.

Głównymi wadami są obecność dużej ilości gazów w jelitach, niemożność uwidocznienia przewodu pokarmowego w całości, nieswoistość zmiany, a także brak doświadczenia osoby wykonującej badanie.

Ultrasonograficzny obraz zmienionego chorobowo uchyłka Meckela należy różnicować z torbielą krezki lub jajnika. Ostateczne rozpoznanie należy stawiać w korelacji z innymi uzupełniającymi się metodami diagnostycznymi.



Ryc. 1



Ryc. 2

PIŚMIENNICTWO

1. Rossi R. i wsp.: Meckel's diverticulum: Imaging diagnosis. AJR 166(3), 567, 1996.
2. Menanteau B.P. i wsp.: Cystlike Meckel's diverticulum: Sonographic findings. AJR 167(6), 159, 1996.
3. Chew F.S., Zambuto D.A.: Meckel's diverticulum. AJR 159, 982, 1992.
4. Larson J., Ellinger D.: Sonographic findings in torsion of a Meckel's diverticulum (letter). AJR 152, 1130, 1989.
5. Poelman J.G. i wsp.: Sonographic manifestation of an inflamed Meckel's diverticulum.: a case report. Eur. J. Radio1. 12, 45, 1991.

Otrz.: 1999.06.15

SUMMARY

Meckel's diverticulum is the congenital anomaly of the gastrointestinal tract affecting about 2% of the population. It is a true diverticulum containing all layers of the ileum wall. Heterotopic tissue is frequently present (25%): gastric mucosa, duodenal mucosa, jejunal mucosa and pancreatic tissue. Meckel's diverticulum is localized about 50 cm from the ileo-colic valve on the external border of the ileum.

Most of Meckel's diverticula are clinically silent; clinical symptoms (19%) are in cases of complications such as: strangulation of the bowel in a ring formed by the diverticulum, intussusception of the diverticulum into the ileum, volvulus, incarceration of the diverticulum in hernia, tumour originating in the diverticulum.

The diagnosis of Meckel's diverticulum is very difficult. The most useful in the diagnosis are plain abdominal radiographs, barium studies, CT, sonography and scintigraphy. Abdominal sonography shows a tubular fluid structure localized far from the caecum. The wall of the diverticulum is swollen and in the lumen are chyme or fat.

OBJAŚNIENIA RYCN

Ryc. 1. W okolicy przypepkowej po stronie lewej widoczna przestrzeń płynowa o pogrubiałych ścianach, odpowiadająca zmienionemu zapalnie fragmentowi jelita.

In the paraambilical area on the left side visible liquid space with thickened walls corresponding to the inflammatorily changed fragment of the intestine.

Ryc. 2. W obrębie zmiany widoczna zaległość, którą stanowi treść jelitowa lub tkanka tłuszczowa. Within the lesion visible enterostasis – intestinal contents or fat tissue.

