



<https://doi.org/10.34883/PI.2022.11.4.018>
УДК 616.34-005.1



Шаппо Г.М.¹✉, Ерушевич А.В.², Шкуднов А.А.², Лях Я.Н.², Никифорова Д.И.³

¹ Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

² Витебский областной клинический онкологический диспансер, Витебск, Беларусь

³ Витебское областное клиническое патологоанатомическое бюро, Витебск, Беларусь

Редкий случай кишечного кровотечения у онкологической пациентки

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция, дизайн исследования, редактирование – Шаппо Г.М. (оперирующий хирург); дизайн исследования – Ерушевич А.В. (первый ассистент); эндоскопические исследования – Шкуднов А.А.; сбор материала, обработка – Лях Я.Н.; написание текста – Никифорова Д.И.

Информированное согласие. Авторы получили информированное согласие пациентки на опубликование изображений и информации о ней в медицинском издании.

Подана: 15.06.2022

Принята: 28.11.2022

Контакты: gmshappo@tut.by

Резюме

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) у пациентов со злокачественными новообразованиями могут представлять собой серьезную неотложную проблему с широким спектром этиологии. ЖКК также может быть первым событием в установлении первичного или метастатического ракового поражения желудочно-кишечного тракта. Выявление источника кровотечения имеет большое значение для его лечения. У онкологических пациентов желудочно-кишечные кровотечения могут быть обусловлены общеизвестными причинами (язвы и эрозии пищевода, желудка или 12-перстной кишки, артериовенозная мальформация, ангиодисплазия, дивертикулярная болезнь, воспалительные заболевания кишечника) и также осложнениями проводимой полихимиотерапии (ПХТ). Одним из частых неблагоприятных исходов при проведении ПХТ могут быть поздние тяжелые изменения кроветворения (тромбоцитопения, эритроцитопения), развитие тяжелого псевдомембранозного колита (ПМК) с геморрагическим компонентом. Наиболее часто кровотечения развиваются во второй стадии ПМК, что требует хирургического вмешательства, эктомии пораженных участков кишки. Редкая встречаемость дивертикулов 12-перстной кишки как источника кровотечения, сложность обнаружения дивертикулов при гастроэнододеноскопии, порой невозможность использования эндоваскулярных методов диагностики и лечения затрудняют постановку диагноза. Исходя из этого, операция остается лучшим методом обнаружения источника и окончательной остановки кровотечения.

Ключевые слова: дивертикул 12-перстной кишки, желудочно-кишечное кровотечение, острый миелобластный лейкоз, псевдомембранозный колит

Shappo G.¹✉, Yerushevich A.², Shkudnou A.², Lyakh Y.², Nikifarava D.³

¹ Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

² Vitebsk Regional Clinical Oncological Center, Vitebsk, Belarus

³ Vitebsk Regional Clinical Pathological Anatomy Bureau, Vitebsk, Belarus

A Rare Case of Intestinal Bleeding in a Cancer Patient

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: study concept and design, editing – Shappo G. (operating surgeon); study design – Yerushevich A. (first assistant); endoscopic examinations – Shkudnou A.; collection and processing of materials – Lyakh Y.; text writing – Nikifarava D.

Informed consent. The authors obtained the patient's informed consent for publication of her images and information in medical press.

Submitted: 15.06.2022

Accepted: 28.11.2022

Contacts: gmshappo@tut.by

Abstract

Gastrointestinal bleeding (GIB) in patients with malignancies can be a serious urgent problem with a wide etiological range. GIB may also be the first event in the detection of a primary or metastatic gastrointestinal cancer lesion. Identifying the source of the bleeding is important in its treatment. In cancer patients, gastrointestinal bleeding can be caused by common factors (ulcers and erosions of the esophagus, stomach or duodenum, arteriovenous malformation, angiodysplasia, diverticular disease, and inflammatory bowel disease) as well as by complications of ongoing polychemotherapy (PCT). One of the frequent adverse outcomes of PCT can be late severe changes in hematopoiesis (thrombocytopenia, erythrocytopenia), and the development of severe pseudomembranous colitis (PMC) with a hemorrhagic component. Bleedings are most common in the second stage of PMC, requiring surgical intervention, ectomy of the affected parts of the intestine. Rare occurrence of duodenal diverticula as a source of bleeding, difficulty in detecting diverticula during gastroduodenoscopy, and sometimes impossibility to use endovascular methods of diagnosis and treatment make diagnosis difficult. Given this, surgery remains the best method of detecting the source of bleeding and its cessation.

Keywords: duodenal diverticulum, gastrointestinal bleeding, acute myeloid leukemia, pseudomembranous colitis

■ ВВЕДЕНИЕ

Кровотечение в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) остается серьезной проблемой. Прогноз при кровотечении зависит от точности и быстроты выявления его источника, что определяет лечебную тактику. Источники кровотечений в желудочно-кишечном тракте хорошо известны: из верхних отделов ЖКТ – эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки в 35–53% случаев; повреждение слизистой оболочки желудка на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП); в 3–4% случаев кровотечения вызваны опухолями желудка и 12-перстной кишки – как доброкачественными, так и злокачественными [1, 2].



Миелобластный лейкоз является менее вероятной основной причиной кровотечения из верхних отделов ЖКТ; гематологические и анатомические изменения, связанные с ним, усложняют диагностику и лечение [2]. Поэтому редкие источники кровотечений представляют диагностические трудности.

Дивертикулы являются относительно частой находкой и обычно обнаруживаются случайно, в большинстве случаев в толстой кишке, затем в двенадцатиперстной кишке [3, 4]. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки встречаются в 1–6% случаев при исследовании желудочно-кишечного тракта и занимают второе место по частоте встречаемости после дивертикулов ободочной кишки [5]. Они располагаются чаще всего в начальном отделе двенадцатиперстной кишки (от 60 до 95%), обычно в пределах 2,5 см от ампулы [3]. Однако кровотечение из дивертикула двенадцатиперстной кишки является редким осложнением [6]. Риск кровотечения из дивертикула значительно выше у пациентов с ожирением или большей окружностью талии. Лекарства, связанные с повышенным риском дивертикулярного кровотечения, включают нестероидные противовоспалительные препараты, опиаты и стероиды. Кровотечения из дивертикулов диагностируются у 5–15% пациентов с дивертикулезом. Они наблюдаются преимущественно у пациентов при сочетании дивертикулеза с гипертонической болезнью или атеросклерозом [7, 8].

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Представить клиническое наблюдение успешного лечения профузного кишечного кровотечения из дивертикула 12-перстной кишки у онкологической пациентки при проведении полихимиотерапии.

■ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Проведен клинический анализ истории болезни в химиотерапевтическом отделении и отделении реанимации Витебского областного клинического онкологического диспансера (ВОКОД). Пациентка Ц., 68 лет, лечилась в химиотерапевтическом отделении ВОКОД с диагнозом: острый промиелоцитарный лейкоз (С92.4).

При поступлении 10.01.2018 состояние пациентки удовлетворительное, АД 135/80 мм рт. ст., тоны сердца ритмичные, 80 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, дыхание жесткое, ЧДД 19 в минуту. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка в пределах нормы. При ректальном осмотре ампула прямой кишки свободная, без патологических образований. Диурез достаточный. В анализе крови анемия средней степени (эр. – $3,57 \times 10^{12}$, Hb – 103 г/л), анизоцитоз, полихроматофилия, тромбоцитопения, лейкоцитоз (лейкоциты – $9,9 \times 10^9$), увеличение СОЭ – 71 мм/час, появление бластов – 83%, миелоцитов – 1%. Диагноз острого миелобластного лейкоза подтвержден на УЗИ (гепатомегалия), при пункции костного мозга от 08.01.2018 – бласты 78%. Учитывая анемию средней/тяжелой степени и тромбоцитопению тяжелой степени, пациентке проводилась гемотрансфузия эритроцитарной и тромбоцитарной массы 17.01.2018. Начата полихимиотерапия (гидроксикарбамид, citarabin, даунорубин, идарубин по схеме «7+3+АТРА»). На фоне проводимого лечения состояние пациентки ухудшалось, появились жалобы на кашель с отделением мокроты, лихорадка до 39 °С. При осмотре кожа бледного оттенка, во рту и на твердом нёбе налеты белесоватого цвета, эрозии, геморрагии и язвы. Дыхание в легких жесткое, сухие и влажные хрипы по всем полям, ЧД 24 удара

в минуту. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: правосторонняя нижнедолевая пневмония, двусторонний незначительный плеврит. В этот день пациентка была переведена в РАО для дальнейшей терапии. Через 7 дней (06.02.2018) у пациентки появились тошнота, рвота бурого цвета в незначительном количестве, а также жидкий стул с примесью крови. Была выполнена ФЭГДС – в просвете пищевода определяется обилие прожилков крови, увеличение в объеме вен в нижнем и среднем отделах пищевода, эрозии. В желудке обилие застойного содержимого, стенки эластичны, слизистая атрофична, привратник проходим. В 12-перстной кишке прожилки темной крови, застойного содержимого нет. В проекции большого дуоденального сосочка имеется очаговая инфильтрация слизистой с очагами эрозий и налетом фибрина 1,5×2 см, четко не визуализируется. Заключение: варикозное расширение вен пищевода? Состоявшееся кровотечение из дефектов слизистой пищевода. Язва 12-перстной кишки? Состоявшееся кровотечение из образования 12-перстной кишки. Учитывая отсутствие явного источника кровотечения, решено продолжить интенсивную гемостатическую и гемотрансфузионную терапию. Однако продолжалось выделение темной крови через прямую кишку. Повторная ФЭГДС: фиксированный тромб-сгусток на задней стенке 12-перстной кишки, F11b. Выполнена ФКС – в сигмовидной и нисходящей ободочной кишке сгустки крови и красная жидкая кровь, множественные дивертикулы, заполненные темной кровью. 10.02.2018 продолжался жидкий стул с примесью крови, сгустками в количестве около 300 мл, живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, незначительно болезненный, по зонду из желудка за сутки 2100 мл «кофейной гущи». Анализ крови: Hb – 64 г/л, эритроциты – $2,46 \times 10^{12}$, цветовой показатель – 0,80. Все дни пациентке проводилась гемостатическая и гемотрансфузионная терапия, однако продолжался стул с кровью около 3400 мл. Анализ крови: Hb – 81 г/л, эритроциты – $2,82 \times 10^{12}$, цветовой показатель – 0,87. Состояние пациентки на фоне полихимиотерапии острого миелобластного лейкоза расценивалось как псевдомембранозный колит (подтвержден – токсины А и В *Clostridium difficile* положительные), осложненный массивным кровотечением. Учитывая продолжающееся кровотечение, невыясненный источник, невозможность использовать эндоваскулярные методы диагностики, решено пациентку оперировать. Во время операции при ревизии печень «мускатного» вида без опухолевых структур, 0 в тощей кишке, сразу за связкой Трейца, в подвздошной кишке и в толстой кишке имеется содержимое с кровью. При осмотре 12-перстной кишки, желудка, всей тонкой и ободочной кишки патологии не выявлено. Интраоперационная ФЭГДС – следов крови не выявлено, в 12-перстной кишке язвенных дефектов нет, имеется полоска крови, кишка осмотрена ниже дуоденоюнального перехода, патологических образований не обнаружено. Учитывая разноречивость данных эндоскопических исследований, которые выполнялись разными врачами-эндоскопистами, наличие полоски крови в 12-перстной кишке при интраоперационной эндоскопии, наличие крови в начальном отделе тощей кишки позволило предположить, что источник кровотечения находится в duodenum. Это явилось показанием к мобилизации кишки по Кохеру. При выполнении этой манипуляции обнаружено, что на задней верхней стенке 12-перстной кишки, ниже холедоха, имеется дивертикул (рис. 1).

При дальнейшем выделении дивертикула обнаружено, что к его стенке прилежит головка поджелудочной железы и подходят крупные сосуды. Сосуды к дивертикулу прошиты и перевязаны (рис. 2).



Рис. 1. Дивертикул на задней стенке 12-перстной кишки (стрелкой указан дивертикул)
Fig. 1. Diverticulum on the back wall of the duodenum (the arrow indicates the diverticulum)

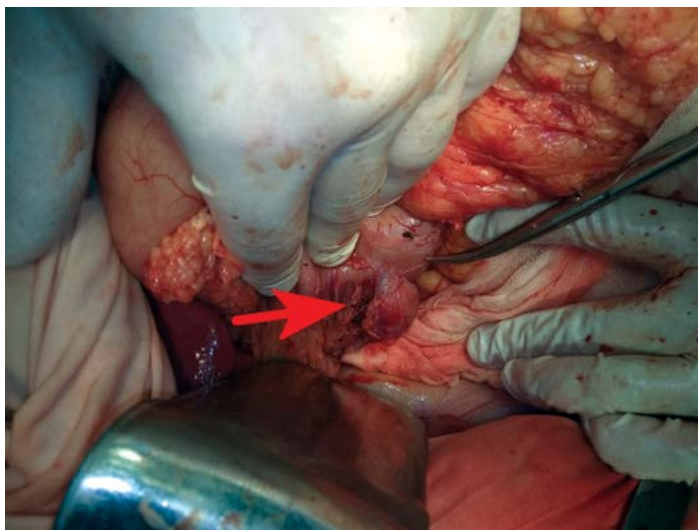


Рис. 2. Сосуды к дивертикулу перевязаны (стрелкой указаны перевязанные сосуды)
Fig. 2. The vessels to the diverticulum are ligated (the ligated vessels are indicated by the arrow)

В операционную повторно вызван врач-эндоскопист, удалось эндоскопом войти в дивертикул, признаков продолжающегося кровотечения нет. Диагноз: профузное дуоденальное кровотечение из дивертикула 12-перстной кишки. Геморрагический шок II–III степени. Острый миелобластный лейкоз, 4 курса ПХТ. Через 6 часов после хирургического вмешательства имела стабилизация динамики и показателей крови. Состояние пациентки улучшилось, послеоперационный период протекал без осложнений, выписана на 12-е сутки домой в удовлетворительном состоянии.

При контрольном осмотре в 2019 году данных за кровотечение из дивертикула 12-перстной кишки нет. Завершила лечение острого промиелоцитарного лейкоза, в феврале 2020 г. прошла последний курс полихимиотерапии.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кровотечение из дивертикула 12-перстной кишки следует включать в дифференциальный диагноз желудочно-кишечных кровотечений неясного генеза. Эндоскопия может являться самым эффективным способом диагностики и гемостаза. Клиническая картина у рассматриваемой пациентки на фоне проводимой ПХТ острого миелобластного лейкоза расценивалась как проявление псевдомембранозного колита (положительные токсины А и В *Clostridium difficile*), осложненного массивным кишечным кровотечением. Высокоинформативным методом установления источника кровотечения в желудочно-кишечный тракт является суперселективная ангиография ветвей брюшной аорты и подвздошных артерий. А эндоваскулярная окклюзия кровоточащего сосуда дает возможность выиграть время перед плановой операцией [9]. При сочетании нескольких патологий и неясного источника кровотечения хирургическое вмешательство остается необходимым в случаях безуспешности эндоскопических или эндоваскулярных манипуляций и является наиболее эффективным методом окончательной остановки кровотечения.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Babak O.Y. Bleeding from the upper and lower gastrointestinal tract. *Acute conditions and emergencies in medical practice*. 2006;1:22–26. (in Ukrainian)
2. Yarris J.P., Warden C.R. Gastrointestinal bleeding in the cancer patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2009;27(3):363–79. doi: 10.1016/j.emc.2009.04.011
3. Juler G.L., List J.W., Stemmer E.A., Connolly J.E. Perforating duodenal diverticulitis. *Arch Surg*. 1969;99:572–578. doi: 10.1001/archsurg.1969.0134017002400
4. Carvalho J.R. Major duodenal diverticular bleeding. *Gastroenterol Hepatol*. 2018. Available at: [/doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.10.009](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.10.009)
5. Glushkov N.I., Gorbunov G.M., Shubinsky V.D., Trosinenko G.A. A rare complication of the diverticulum of the duodenum. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2006;3:84–85. (in Russian)
6. Tomida H., Nakagawa K., Matsumura H., Shinichiro I., Matsushita A., Koike S. Perforated Duodenal Diverticulum With Postoperative Diverticulum Bleeding Successfully Treated Using Transcatheter Arterial Embolization. *Cureus*. 2021;13(9). doi: 10.7759/cureus.18219
7. Dennesen P.J., Rijken J. Duodenal diverticulitis. *Neth J Med*. 1997;50:250–3. doi: 10.1016/s0300-2977(97)00009-0
8. Nallapeta N.S., Farooq U., Patel K. *Diverticulosis*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430771> (accessed 04.05.2022).
9. Avdosyev Y.V., Belozеров I.V., Kudrevich O.N. Endovascular methods of diagnosis and treatment acute hemorrhages in the gastrointestinal tract lumen. Institute of General and Emergency Surgery named after V.T. Zaitsev of National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kharkiv National University named after V.N. Karazin. *Novosti Khirurgii*. 2020;26(2):169–178. (in Russian)