

DIVERTIKULOZA DHE DIVERTIKULITI



Granit Morina

Doktor i Mjekësisë

Çfarë është divertikuloza, sëmundja divertikulare dhe divertikuliti?

Sëmundja divertikulare e zorrës së trashë dhe e zorrës së hollë është shkak i rëndësishëm i patologjisë që çon në vizita në departamentin e urgjencës dhe kirurgjisë urgjente gastrointestinale. Divertikulat janë xhepa të vegjël, ose qese, që fryhen nga jashtë përmes pikave të dobëta në zorrën e trashë. Ato formohen kryesisht në pjesën e poshtme të zorrës së trashë. Divertikuloza është përkufizimi i gjendjes ku pacienti posedon këto qese. Shumica e njerëzve që kanë divertikulozë nuk kanë simptoma apo probleme. Megjithatë, ndonjëherë qeskat mund të shkaktojnë simptoma ose të inflamohen. 1 në 4 persona që zhvillojnë divertikula përjetojnë simptoma të tilla si dhimbje barku në anën e majtë, temperaturë dhe diarre. Prezenca e këtyre simptomave të lidhura me divertikulozën njihet si sëmundje divertikulare. Divertikuliti mund të shfaqet në rreth 10% deri në 25% të pacientëve me divertikulozë. Ndërsa sëmundja divertikulare më së shpeshti përfshin kolonin descendente dhe sigmoid, ajo gjithashtu mund të prekë kolonin ascendent dhe zorrën e hollë. Divertikuliti akut mund të kategorizohet si i pakomplikuar ose i komplikuar sipas shkallës së ndryshimeve inflamatore dhe sipas komplikimeve që i shkakton, megjithëse ekziston një shkallë e caktuar e mbivendosjes në praktikën klinike. Divertikuliti i pakomplikuar karakterizohet nga inflamacioni i lokalizuar që rrethon një divertikul që varion nga trashja e murit dhe ndryshimi flegmonoz deri te zhvillimi i absceseve perikolike të vogla të lokalizuara. Format e komplikuar të sëmundjes manifestohen me abscese më të mëdha perikolike dhe të largëta, fistula në organet fqinje, perforim dhe peritonit. Episodet e përsëritura të divertikulitit mund të çojnë në hipertrofi muskulare të murit të zorrëve dhe në ngushtim luminal, duke çuar potencialisht në obstrukcion të zorrëve. Një studim i lidhur me gjenomin me mostër më të madhe se 700,000 njerëz tregoi se divertikuloza është shumë e trashëgueshme me 150 faktorë gjenetikë të lidhur me rrezikun e marrjes së sëmundjes, pra nga aty rezultoi se 40% e rrezikut të sëmundjes divertikulare të zorrëve është e trashëguar. Mendohet se disa faktorë mund të luajnë rol në shkaktimin ose rritjen e rrezikut për këtë gjendje, duke përfshirë gjenetikën, dietën e ultë në fibra dhe dietën e pasur me mish të kuq, mungesën e aktivitetit fizik, marrjen e medikamenteve të caktuara, të tilla si medikamentet anti-inflamatore josteroidale (NSAIDs) dhe steroidet, obeziteti, pirja e duhanit, bakteriet dhe jashtëqitja që mund të ngujohen në një qese në zorrën e trashë dhe të ndryshojnë mikrobiomën në të.

Kush ka më shumë gjasa të zhvillojë divertikulozë dhe divertikuliti?

Divertikuloza është e zakonshme, veçanërisht

mund të zhvillohet në moshën e shtyrë, pra kur njerëzit plaken. Divertikulat prekin 33 përqind të njerëzve të moshës 50 deri në 59 vjeç, duke u rritur në 71 përqind në ata të moshës mbi 80 vjeç. Shumica e njerëzve që e kanë këtë gjendje nuk kanë simptoma apo probleme. Megjithatë, disa prej tyre zhvillojnë divertikulit.

Cilat janë simptomat e divertikulozës dhe divertikulitit?

Divertikuloza zakonisht nuk shkakton simptoma. Sidoqoftë, disa njerëz mund të kenë simptoma kronike si: fryrje, kapsllëk ose diarre, ngërçe ose dhimbje në pjesën e poshtme të barkut.

Ndërkaq, divertikuliti mund të shkaktojë simptoma akute si: dhimbje barku, më shpesh në pjesën e poshtme të majtë të barkut, kapsllëk ose diarre, ethe dhe të dridhura, nauze ose të vjella. Dhimbja e shkakuar nga divertikuliti është zakonisht e rëndë dhe shfaqet papritur.

Cilat janë komplikimet dhe problemet e shkaktuara nga divertikuloza dhe divertikuliti?

Disa njerëz me divertikulozë dhe divertikulit mund të kenë probleme serioze shëndetësore. Gjakderdhja divertikulare ndodh kur shpërthen një enë e vogël gjaku brenda murit të një qese. Gjakderdhja mund të jetë e rëndë dhe ndonjëherë edhe kërcënuese për jetën. Njerëzit me divertikulit gjithashtu mund të zhvillojnë probleme serioze si absces. Rreth divertikulave të infektuara mund të krijohen grumbullime qelbi nga infeksioni. Nëse këto kalojnë nëpër muret e zorrëve, mund të zhvillohet peritonit. Fistula, mund të zhvillohet nëse një divertikul i infektuar arrin në një organ të afërt dhe krijon komunikim. Kjo ndodh më shpesh midis zorrës së trashë dhe fshikëzës. Fistulat mund të formohen gjithashtu midis zorrës së trashë dhe lëkurës ose vaginës. Obstrukcioni i zorrëve, është bllokim i pjesshëm ose i plotë që pengon ushqimin, lëngjet, ajrin ose jashtëqitjen të lëvizin nëpër zorrë. Perforimi ose vrima në muret e zorrëve mund të çojë në abscese dhe infeksion për shkak të rrjedhjes së përmbytjes në zgavrën e barkut.

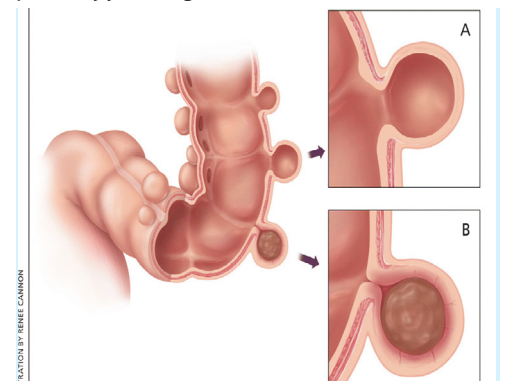


Figura 1. Divertikuloza është prania e divertikulave në mungesë të inflamacionit. (B) Divertikuliti është inflamacion i divertikulit. (<https://www.aafp.org/content/dam/brand/>

aafp/pubs/afp/issues/2013/0501/p612-f2.gif)

Si diagnostikohet divertikuliti?

Radiografia e barkut mund të jetë e dobishme në pacientët me perforim të dyshuar të divertikulit, sepse mund të tregojë ajër të lirë. Tomografia e kompjuterizuar (CT), ultrasonografia dhe imazhi i rezonancës magnetike (MRI) janë të dobishme te pacientët e përzgjedhur për të vendosur diagnozën dhe shtrirjen dhe ashpërsinë e sëmundjes, si dhe për të përjashtuar komplikimet. CT abdominale është testi i zgjedhur në pacientët me divertikulit të dyshuar. Një metaanalizë e tetë studimeve që përfshinte 684 pacientë zbuloi se saktësia diagnostike e CT-së është e shkëlqyer dhe CT është testi më i zakonshëm. Gjetjet specifike përfshijnë abscese, shenjën e majës së shigjetës, trashjen fasciale, ajrin e lirë, divertikulin e inflamuar, ajrin intramural, dhe flegmonën. Ultrasonografia ka saktësi të mirë diagnostike për divertikulitin në krahasim me CT-në, megjithatë, ai është inferior ndaj CT-së për vlerësimin e shtrirjes së absceseve të mëdha dhe për vlerësimin e ajrit të lirë. Saktësia e ultrasonografisë është jooptimale në pacientët që janë obezë dhe në pacientët me gaz të sipërm që mund të errësojë strukturat. Ultrasonografia duhet të merret parasysh për gratë shtatzëna të dyshuara për divertikulit për të shmangur rrezatimin jonizues. Kolonoskopia është kundërrindikuar në divertikulitin akut, por historikisht rekomandohet të kryhet katër deri në gjashtë javë pas zgjidhjes së divertikulitit akut për të konfirmuar diagnozën dhe për të përjashtuar shkaqe të tjera (p.sh., kanceri kolorektal). Një studim grupor retrospektiv i 1,088 pacientëve me divertikulit të anës së majtë të diagnostikuar me CT zbuloi një rrezik të shtuar të kancerit kolorektal në pacientët me absces ose fistulë të konstatuar sipas CT-së. Një tjetër studim retrospektiv i 292 pacientëve sugjeroi se kolonoskopia është e panevojshme në divertikulitin e pakomplikuar.

Si trajtohet divertikuliti?

Nëse divertikuliti është i pakomplikuar, atëherë trajtimi është konservativ. Dieta është e lëngshme, dhe ndërsa ka përmirësim shtohen ushqime me pak fibra si vezë, kos, djathë, oriz, etj. Ky trajtim funksionon mirë për shumicën e rasteve që kanë raste të qarta të divertikulitit. Nëse ka infeksion të pranishëm, atëherë mund të administrohen antibiotikë dhe analgjetik. Praktika e zakonshme në SHBA për trajtimin e divertikulitit përfshin antibiotikë me spektër të gjerë kundër baktereve gram-

negative dhe baktereve anaerobe.

Kirurgjia e divertikulitit

Ekzistojnë dy lloje kryesore të trajtimit kirurgjik. Reseksioni primar i zorrëve ku në këtë procedurë hiqet pjesa e sëmurë e zorrëve dhe rilidhen pjesët e shëndetshme me anastomozë primare, dhe reseksioni i zorrëve me kolostomi, procedurë e cila bëhet kur pamundësohet anastomozimi primar i zorrëve për shkaqe të ndryshme, pra këtu vendoset kolostoma në murin e abdomenit (procedura Hartmannit). Rikonstrukcioni, pra heqja e kolostomës dhe bërja e anastomozës së zorrëve, bëhet pasi të përmirësohet gjendja dhe pasi të krijohen kushte të përshtatshme. Lloji i operacionit që nevojitet varet nga lloji i ndërlikimit që ka pacienti dhe sa serioz është ai.

Kur të jetë përfunduar periudha e rikuperimit pas intervenimit, është e këshillueshme të bëhet një kolonoskopi për të përjashtuar kancerin e zorrës së trashë.

Diskutim

Pesëmbëdhjetë deri në tridhjetë përqind e pacientëve të hospitalizuar me divertikulit akut kërkojnë ndërhyrje kirurgjikale gjatë atij hospitalizimi. Një analizë e madhe retrospektive e rasteve në Shtetet e Bashkuara nga viti 1991 deri në vitin 2005 gjeti një rënie të ndjeshme të kolektomive për divertikulitin e pakomplikuar (nga 17.9 përqind në vitin 1991 në 13.7 përqind në vitin 2005; $P < .0001$) dhe për divertikulitin e komplikuar (në 71 përqind në vitin 2005; $P < .0001$). Opsionet kirurgjikale përfshijnë qasje laparoskopike ose të hapura për drenim, lavazh ose reseksion. Kirurgjia laparoskopike rezultoi në një kohëzgjatje më të shkurtër qëndrimi në spital, më pak komplikime dhe vdekshmëri më të ulët brenda spitalit krahasuar me kolektominë e hapur. Një rishikim sistematik i 54 studimeve arriti në përfundimin se reseksioni me anastomozë parësore në pacientë të përzgjedhur është alternativë e sigurt për procedurën tradicionale me shumë faza (procedura e Hartmannit).

Përfundim

Si përfundim rekomandohet një qasje e bazuar në gjendjen klinike për sëmundjen e divertikulozës pasi që është një çrregullim shumë i zakonshëm i traktit gastrointestinal sidomos me kalimin e moshës. Divertikuloza zakonisht nuk shkakton simptoma, mirëpo rastet simptomatologjike zhvillojnë ankesa akute dhe kronike si fryrje, kapsllëk ose diarre, të vjella, ndjeshmëri në hemiabdomenin

e majtë etj. Në diagnostikimin e gjendjes, CT-ja mbetet superiore ndaj formave tjera imazherike, mirëpo format tjera edhe pse inferiore ndaj CT-së, në shumë raste, mund të rezultojnë të mjaftueshme për diagnostikim. Shumica e pacientëve me simptomatologji fillimisht trajtohen në mënyrë konservative, prandaj është i nevojshëm vetëdijësimi i pacientit rreth gjendjes dhe masave dietike. Te format e komplikuar dhe të ripërsëritura, formë trajtimi mbetet kirurgjia. Opsionet kirurgjikale përfshijnë qasje laparoskopike ose të hapur për drenim, lavazh ose reseksion. Kolektomitë e hapura dhe kolektomitë laparoskopike mendohen të jenë njëjtë efektive në trajtimin e divertikulitit dhe kanë rrezik të ngjashëm të komplikimeve. Njerëzit që kanë kolektomi laparoskopike priren të shërohen më shpejt dhe të kenë më pak dhimbje pas operacionit. Kirurgjia elektive (jourgjente) zakonisht është e suksesshme, megjithëse nuk arrin të rezultojë në shërim të plotë në të gjitha rastet. Pas operacionit, përafërsisht 1 në 12 persona do të kenë përsëritje të simptomave të sëmundjes divertikulare dhe divertikulitit.

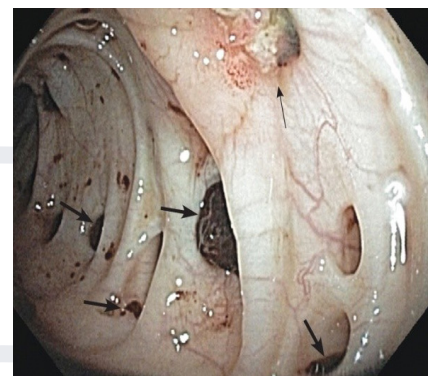


Figura 2. Imazhi kolonoskopik që demonstroi inflamacion peridivertikular (shigjeta e hollë) dhe tregon mpiksje të shumta gjaku brenda divertikulave (shigjeta të trasha). (<https://www.aafp.org/content/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2013/0501/p612-f1.jpg>)

Referencat:

- 1.Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. *N Engl J Med.* 1998;338(21):1521-1526.
- 2.Stollman NH, Raskin JB. Ad Hoc Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. *Am J Gastroenterol.* 1999;94(11):3110-3121.
- 3.Etzioni DA, Mack TM, Beart RW, Kaiser AM. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. *Ann Surg.* 2009;249(2):210-217.