

סעיפים במעי הגס ודלקת הסעיפים



סעיפים במעי הגס ומחלת סעיפים

ד"ר'. ווהרמן, בית חולים לודוויגסבורג, גרמניה

Translated with permission of the Falk Foundation e.V.



from "Colon Diverticula and Diverticulosis",
10th revised edition 2012.

מהדורה עברית ביוזמת האיגוד למחלות דרכי העיכול וכבד
יו"ר פרופ זמיר הלפרן

תורגם בעזרת תמיכה בלתי תלויה של חברת רפא יצרנית
ומשווקת רפאסאל



ד"ר ק. ווהרמן

רופא בכיר

המחלקה לרפואה פנימית

גסטרואנטרולוגיה, המטו-אונקולוגיה, סוכרת ומחלות זיהומיות

(מנהל רפואי: פרופ' ד"ר ק. קאקא)

בית חולים לודוויגסבורג

רחוב פוזיליפו 4

71640 לודוויגסבורג

גרמניה

תודות

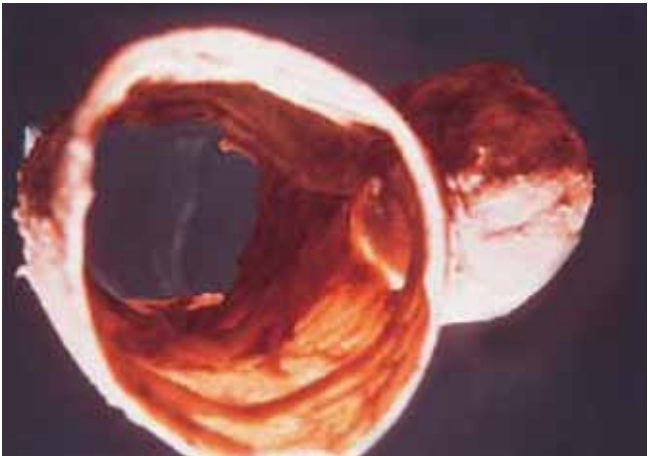
אני מודה למכון לרדיולוגיה אבחנתית והתערבותית (מנהל רפואי: ד"ר ו. קרסיס, בית חולים לודוויגסבורג) על אספקת הצילומים הרדיוגרפיים וסריקות ה-CT. דוגמת סעיף המעי הגס (תמונה 1) סופקה על ידי פרופ' ד"ר מ. סטולט, מנהל לשעבר של המכון לפתולוגיה, בית חולים ביירות (Bayreuth).

אני רוצה להכיר תודה מיוחדת למחבר-עמית לשעבר, פרופ' ד"ר פ. פרמורגן, מנהל לשעבר של מחלקה פנימית 1, בית חולים לודוויגסבורג.

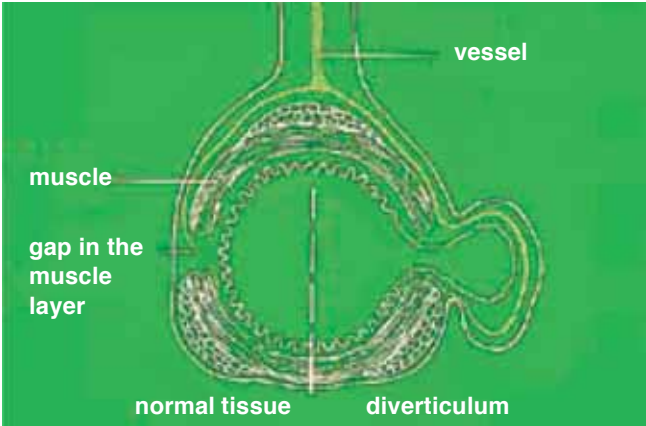
6	הקדמה
8	שכיחות ומיקום סעיפים
10	הגורמים לסעיפים והתפתחותם
11	סעיפות תסמינית
12	מחלת סעיפים
12	סעפת
14	דימום
14	פיסטולות
14	התנקבות
15	היצרות
16	אבחנה
16	בדיקות הדמיה
19	קולונוסקופיה
	אולטרה-סאונד, טומוגרפיה ממוחשבת
22	ודימות בתהודה מגנטית
25	טיפול
25	טיפול שמרני בסעיפות
28	טיפול שמרני בסעפת
30	טיפול ניתוחי בסעפת

סעיפים (diverticula) יכולים להופיע בכל מקום במערכת העיכול (וושט, קיבה, המעי הדק והגס). אנו מבחינים בין סעיפים מולדים (congenital) או מלידה (inborn) ובין סעיפים שהתפתחו בשלב מסוים בחיי האדם. סעיפים שכיחים במיוחד במדינות עם רמת חיים גבוהה ומהווים אחת מהמחלות הנקראות "מחלות ההתפתחות האנושית".

בסעיפים של המעי הגס לא כול הדופן מתבלטת החוצה אלא הם התבלטות של השכבה הפנימית של הדופן דרך השכבה השרירית, החיצונית יותר, שלה (תרשימים 1 ו-2).



איור 1: דגימה ניתוחית של המעי הגס הכולל סעיף



תרשים 2: תיאור כללי המדגים את התפתחות סעיף. בצד שמאל מוצגים התנאים הרגילים, בעוד שבצד הימני ניתן לראות סעיף, שהוא התבלטות החוצה של חלק מהדופן דרך מרווחים סביב כלי דם בחלק השרירי של הדופן

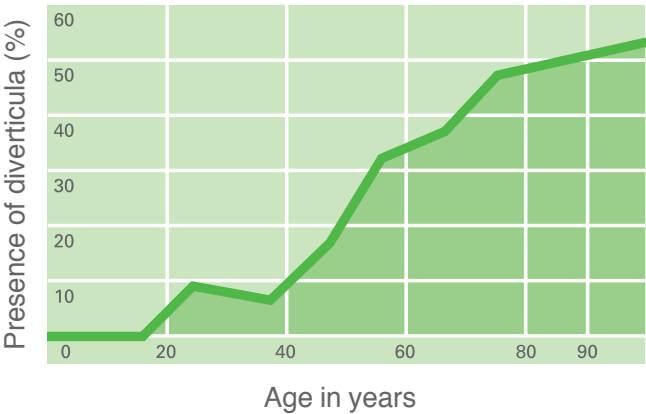
סעיפות (diverticulosis) היא מצב בו לאדם סעיפים מרובים במעי הגס ללא תלונות כל שהן.

המונח מחלת סעיפים (diverticular disease) משמש לתיאור מצב בו הסעיפים מביאים לתלונות, מפתחים דלקת (סעפת, דיורטיקוליטיס diverticulitis) או כאשר ישנם סיבוכים (לדוגמה דימום).

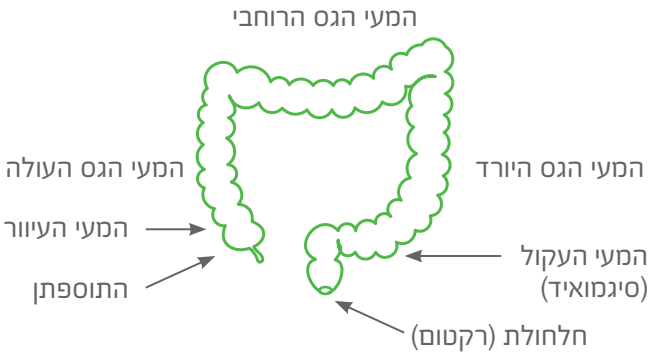
סעפת (diverticulitis, דיורטיקוליטיס) מוגדרת כדלקת של סעיף אחד או יותר. הדלקת יכולה להיות מוגבלת לסביבה הסמוכה לסעיפים או להקיף את גם המבנים והאיברים מסביב.

שכיחות ומיקום סעיפים

חשיבות מחלת סעיפים זוהתה עוד בשנות השלושים של המאה ה-20. מאז, סעיפות על סיבוכיה האפשריים נחשבת למחלת המעיים הנפוצה ביותר בעולם המערבי. עם הזדקנות האוכלוסייה, ישנה עליה משמעותית בשכיחות הסעיפים (תרשים 3). בעוד שפחות מעשרה אחוזים מהאנשים בגיל 30-40 שנים סובלים מסעיפים, שיעור זה עולה ל-25%-35% בבני 50-60 שנים וליותר מ-40% בקרב בני 70 ומעלה. עם ההזדקנות ישנה עליה הן במספר והן בגודל הסעיפים. גברים ונשים סובלים מהמחלה באופן שווה.



תרשים 3: תדירות הופעת סעיפים במעי הגס לפי גיל החולים.



תרשים 4: מקטעי המעי הגס

המעי הגס (תרשים 4) כולל את המעי העיור (צקום, cecum) עם התוספתן (אפנדיקס, appendix) והמעי הגס העולה, הרוחבי והיורד (ascending, transverse and descending colon, בהתאמה) המעי העקול (סיגמואיד, sigmoid) בצורת S והחלחולת (רקטום, rectum). כ-80-95% מהסעיפים מתפתחים במעי העקול והופכים אותו למקטע המעי הסובל מסעיפים בתדירות הגבוהה ביותר. המקטע השני בשכיחותו המעורב במחלת סעיפים הוא המעי הגס היורד, ולאחריו שאר המקטעים. חולים צעירים וממוצא אסייתי מפתחים סעיפים במעי הגס העולה בשכיחות גבוהה יותר. על אף שאחוז גדול מהאוכלוסייה מפתח סעיפים בשלב מסוים בחייהם, יותר מ-50% מהם אלו נותרים ללא תסמינים.

הגורמים לסעיפים והתפתחותם

על אף שהגורמים המדויקים עדיין אינם ידועים, הדעה הרווחת היא שסביר מאוד שסעיפים נובעים בעיקר מהפרעות בתנועתיות מקטעי המעי הגס המביאות לאזורי לחץ גבוה בתוך המעי. גורמים נוספים כוללים חולשה נרכשת של דופן המעי באזורים של מרווחים ברקמת השריר וכלי דם (תרשים 2) ושינויים בסגנון החיים ובהרגלי התזונה. מחקרים עדכניים מציעים ששינויים במערכת העצבים של המעיים מייצגים גורם נוסף בהתפתחות סעיפים.

הפחתה בצריכת מזונות עתירי-סיבים והחלפתם במזונות בעלי תכולת סיבים נמוכה נראית כבעלת תפקיד חשוב בהתפתחות סעיפים. באזורים כגון דרום-מזרח אסיה ואפריקה בהם התזונה הטבעית עתירה בסיבים תזונתיים, סעיפים מדווחים רק לעתים נדירות.

גורמי סיכון אחרים כוללים:

- גיל מתקדם
- היעדר פעילות גופנית מספקת
- תזונה עתירת בשר אדום (גורם סיכון אפשרי)

ייתכן והשימוש הממושך בנוגדי דלקת לא סטרואידליים (non-steroidal anti-inflammatory drugs), חלק ממשככי הכאבים) ובתרופות המדכאות את מערכת החיסון מקדמים את התפתחות הסיבוכים הנלווים למחלת סעיפים.

סעיפות תסמינית

סעיפים לא-מודלקים רגילים לא גורמים בעצמם לתסמינים; מסיבה זו, מרבית האנשים הסובלים מסעיפים נותרים ללא תלונות במשך כל חייהם. המקרים בהם אנשים הסובלים מסעיפים אכן חשים כאב בטן תחתונה הנם לרוב עקב התכווצות המעיים ולא הסעיפים עצמם.

החולים מתלוננים על כאבי בטן מתמשכים או לוחצים הממוקמים בעיקר באזור השמאלי התחתון של הבטן. לעתים מופיע כאב קורע או עוויתי, בדרך כלל באזור השמאלי התחתון של הבטן. כאב זה נובע מהפרעות דמויות-עוויות בהתכווצות המעיים ויכול לחלוף בתוך מספר שעות אולם יכול להימשך גם מספר ימים. התסמינים יכולים להחמיר לאחר אכילת מזון, המביאה להגברה בהתכווצות המעיים, בעוד שיציאה והעברת גזים יכולים להביא לשיפור ואף להיעלמות התלונות.

תסמינים נלווים כגון תחושת נפיחות, כאב בטן עוויתי, כמות מוגברת של גזים ואי סדירות ביציאות יכולים להצביע על קימה האפשרי של תסמונת המעי הרגיז (irritable bowel syndrome). בדיקת החולה על ידי רופא במהלך מופע כאב שכזה יכולה להיות תקינה לחלוטין. עם זאת, לעתים קרובות ניתן להתרשם ממעי גס הרגיש ללחיצה, בטן נפוחה מגזים ו"גליל נמוש ורגיש ללחיצה" בחלק השמאלי תחתון של הבטן. בדיקות דם נמצאות בטווח התקין (טבלה 1).

תסמינים

- כאב בטן עוויתי
- נפיחות
- אי סדירות יציאות
- תחושת מלאות
- שינוי במיקום ועוצמת התלונות עם תקופות ללא תסמינים

ממצאים

- בטן נפוחה מגזים
- "גליל" נמוש בבטן התחתונה
- מעי גס הרגיש ללחץ
- בדיקות מעבדה ללא ממצאים ראויים לציון

טבלה 1: תסמינים וממצאים של תסמונת המעי הרגיז עם וללא סעיפות

מחלת סעיפים

1. סעפת

ההפרעה השכיחה ביותר המופיעה בהקשר לסעיפות היא דלקת של הסעיפים (סעפת, דיורטיקוליטיס (diverticulitis)). היא מופיעה בכ- 20% מהאנשים הסובלים מסעיפים. הגירויים להופעת דלקת כוללים גושי צואה סמיכה (אבני צואה, fecoliths) הנתקעים בסעיפים (תרשים 5א). הלחץ הקבוע שהם מפעילים על הרירית מביא להיווצרות כיבים זעירים בקרבת הסעיפים (תרשים 5ב).

פעילות גופנית לא מספקת ועודף משקל מהווים גורמי סיכון נוספים היכולים לסייע בהתפתחות סעפת ואף דימום מהסעיפים.



תרשים 5א: אבן צואה בתוך סעיף



תרשים 5ב: כיב עקב לחץ בשול הסעיף

במקרה והתהליך הדלקתי מתרחב לכל דופן המעי ואפילו לאיברים סמוכים, החולים יכולים לחוות סיבוכים חמורים כגון היווצרות מורסה (הצטברות מוגלה), צפקת (דלקת של הציפוי הפנימי של הבטן, פריטוניטיס (peritonitis)), והתפתחות פיסטולה (נצור, מסלול המחבר בין שני איברים חלולים (fistula) אל האיברים הסמוכים כולל מקטעי מעי אחרים ואף שלפוחית השתן והנרתיק. התקפי דלקת חוזרים בסעיפים יכולים להביא להיווצרות רקמת צלקת המצרה את המעי (היצרות). לבסוף, יכולה להתפתח חסימת מעיים המצריכה ניתוח.

הדלקת בסעיף אחד או יותר מתבטאת ככאב חד, עוויתי לרוב, הממוקד בחלק השמאלי - תחתון של הבטן. בנוסף, החולים

יכולים לחוות חום, יציאות לא סדירות (עצירות או, פחות תדיר, שלשולים) כמו גם בחילות, הקאות וירידה במצב הכללי. אם אזור השלפוחית מעורב בדלקת החולים יכולים לחוות קושי במתן שתן או לחלופין דחיפות במתן שתן. במקרים מסוימים ניתן אפילו לראות דם בשתן (טבלה 2).

תסמינים

- כאב בטן עוויתי
- כאב ספונטני
- כאב בטן
- אי סדירות ביציאה (עצירות/שלשול)
- חום
- (דימום מפי הטבעת)
- (כאב בהטלת שתן)

ממצאים

- בטן נפוחה מגזים
- גוש שניתן למשוש בבטן התחתונה
- מעי רגיש ללחץ
- נוקשות שרירי הבטן
- נפיחות הבטן
- עלייה במספר תאי הדם הלבנים (leukocytosis)
- עליה בקצב שקיעת דם (erythrocyte sedimentation rate, ESR) ו/או ריכוז CRP מוגבר

טבלה 2: תסמינים וממצאים בסעפת חריפה

הבדיקה הגופנית בשלב הדלקת החריפה (סעפת) מראה בטן תפוחה ורגישה ללחיצה. חלק המעיים המעורב בתדירות הגבוהה ביותר הוא המעי העקול (הסיגמואיד), הממוקם בחלק השמאלי תחתון של הבטן ושניתן למששו כ"גליל" כאוב. כתלות בהיקף התהליך הדלקתי, יכולה להיות דלקת מוגבלת של קרום הצפק (פריטונאום peritoneum, הציפוי הפנימי של חלל הבטן). עם נוקשות השרירים הנלוות לה. בדיקות דם מראות עליה מתונה עד מודגשת במספר תאי הדם הלבנים (לויקוציטים leukocytes) ועליה בקצב שקיעת דם (erythrocyte sedimentation rate, ESR) ו/או ריכוז CRP (חלבון מגיב-erythrocyte C- [C-reactive protein], סמן לדלקת).

2. דימום

דימום מהחלחולת יכול לנבוע גם כן מסעיפים. דימום כבד יותר נוטה להיות קשור לסעיפים לא מודלקים; עם זאת, דימום קל נצפה בסעיפים מודלקים. משך ועוצמת הדימום יכולים להשתנות. ביותר מ-80% מהמקרים הדימום נפסק לבדו ללא כל טיפול אולם כרבע מהחולים חווים דימומים חוזרים.

3. פיסטולות

סיבוך אחר של סעפת הוא פיסטולציה (fistulation) או היווצרות פיסטולות - מבנים צינוריים שלמים או חלקיים המחוברים חלקי מעי הסובלים מסעיפים עם חלקי מעי אחרים (תרשים 8). פיסטולות יכולות להיווצר גם בין המעיים ואיברים סמוכים כגון שלפוחית השתן והנרתיק. במקרים אלו, החולים יכולים לחוות בריחת גזים או צואה דרך השופכה (פתח יציאת השתן מהגוף) או הנרתיק.

4. התנקבות

לעתים, דלקת של סעיף מלווה בהתנקבותו (היווצרות חור בדופן הסעיף). במרבם המקרים אירוע זה לא מלווה בצפקת (פריטוניטיס, דלקת של קרום הצפק) חריפה בגלל שלולאות המעיים הסמוכות סותמות את החור. התנקבות יכולה להתחיל

ככאב באזורים נפרדים של הבטן ואף ללא תלונות כלל. בריחת תוכן מעיים דרך סעיף מנוקב היא אירוע נדיר אולם, כאשר היא מתרחשת, היא מלווה בתמונה קלינית חריפה ודרמטית. במקרים אלו החולים מפתחים סיבוכים חמורים של צפקת ממושטת.

5. היצרות

הדלקת בסעיפים יכולה להביא להצרה של מקטע המעי. אם הדלקת נרחבת או חוזרת, יכולה להיווצר רקמת צלקת המביאה לעיבוי הדופן והצרה של המעיים (תרשים 11ג) מקרים אלו מאופיינים בנוכחות היצרות. כיוון שהאזור המוצר אינו חוזר לרוחבו הרגיל ומעבר הצואה דרכו מעוכב, היצריות יכולות להתבטא ככאב מתמשך או מוגבל בזמן. ההיצרות יכולה להביא לבסוף לחסימה מלאה של המעיים המצריכה טיפול ניתוחי מיידי.

אבחנה

במרבית המקרים, סעיפים מייצגים ממצא מקרי המאותר בבדיקת הדמיה או קולונוסקופיה. כאב, במיוחד בחלק השמאלי תחתון של הבטן, המלווה בחום, צריך להעלות את החשד לדלקת חריפה של סעיף (סעפת), בין שאר האבחנות האפשריות. במקרים אלו, החולים צריכים לפנות לעזרה רפואית מיידית. סוג והיקף הבדיקות הנחוצות לביסוס האבחנה ייקבע על פי הרופא בהתבסס על תלונות החולה. המטרה אינה רק לאשש את החשד לסעפת אלא גם לשקול ולשלול אבחנות אפשריות אחרות.

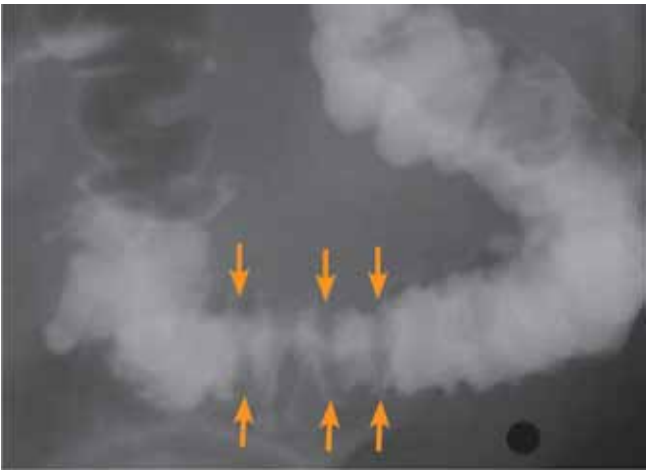
1. בדיקות הדמיה

פרט למקרים חריגים ספורים, צילום עם חומר ניגוד כפול של המעי הגס לא נחוץ עוד לאישור או שלילת סעיפות. סעיפים מופיעים כהתבלטויות תחומות בדופן המעי המוגברות על-ידי חומר הניגוד (תרשים 6).

שינויים בפני השטח של הרירית, הצרה של המעיים והיעדר תנועתיות באזור של המעיים הידוע כסובל מסעיפים יכולים להיות סימן לדלקת סעיפים חריפה או כרונית (תרשים 7).



תרשים 6: צילום רנטגן המציג סעיפות נרחבת

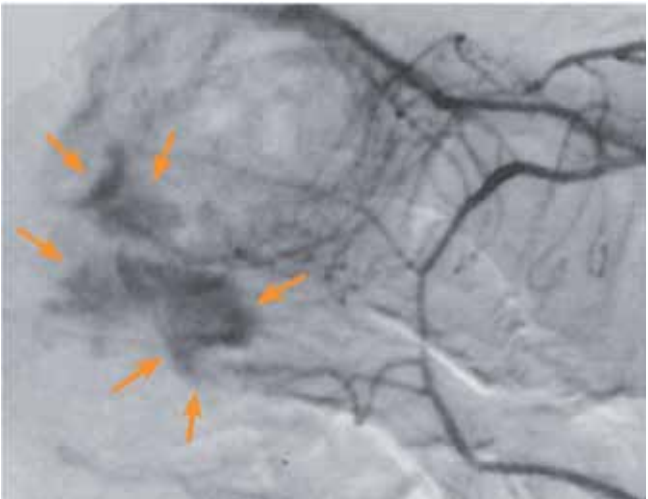


תרשים 7: צילום רנטגן עם חומר ניגוד מסיס מים המציג עדות לסעפת חריפה (חיצים)



תרשים 8: צילום המראה פיסטולה חלקית (חץ) בחולה הסובל מסעפת

היווצרות פיסטולות (תרשים 8) כסיבוך של סעפת ניתן לאבחון בקלות בעזרת שיטות הדמיה. צילומי רנטגן של המעי הגס אינם מועילים במקרי דימום מסעיפים. אולם במקרים אלו החולים יכולים לעבור אנגיוגרפיה (angiography), שיטה לצילום כלי הדם בה כלי הדם של המעיים מצולמים לאחר הזרקת חומר ניגוד דרך עורק. אם הדימום כבד מספיק, מקור הדימום נראה כאתר של בריחת חומר ניגוד לחלל המעיים (תרשים 9). כאשר כלי הדם מצולמים בשיטה זו, הרופא מסוגל לא רק לזהות את האתר הדימום אלא אף לעצור את הדימום באותו הזמן בעזרת סתימת כלי הדם המזין את אתר הדימום.



תרשים 9: הדגמה בצילום (אנגיוגרפיה) של כלי הדם המספקים דם למעי בחולה עם דימום מסעיפים. באתר הדימום ניתן לראות מבנה דמוי-ענן המייצג בריחת חומר ניגוד לתוך חלל המעי (חיצים).

2. קולונוסקופיה

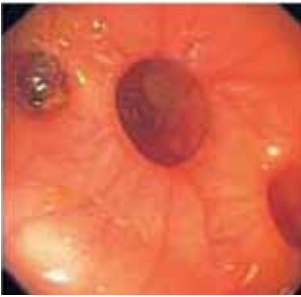
סעיפים מזוהים בקלות בבדיקות אנדוסקופיות (תרשים 10). ככלל, קולונוסקופיה אינה מבוצעת בשלב החריף של סעפת: הסיכון לפציעת המעיים במהלך הבדיקה גדול מדי. עם זאת, יש לבצע קולונוסקופיה כשישה עד שמונה שבועות לאחר שהסעפת שככה במטרה לשלול מחלות אחרות במעי הגס, במיוחד סרטן המעי הגס. קולונוסקופיה אינה נחוצה בהכרח בחולים שעברו בשנתיים האחרונות קולונוסקופיה שלמה שהראתה ממצאים תקינים.

לעתים לא ניתן לראות את הסעיפים המודלקים באנדוסקופיה, אולם במקרים כאלו ניתן בדרך כלל למצוא נפיחות ואודם של רקמת הרירית בצוואר הסעיף כסימן לדלקת (תרשים 11א). סעפת שהסתבכה בהיווצרות מורסה (שק מוגלה) יכולה להביא לשפיכה ספונטנית של מוגלה מהסעיף המודלק לתוך חלל המעי (תרשים 11ב). הן במהלך הדלקת החריפה והן במחלה חוזרת, רקמת הרירית באזור המודלק יכולה להתנפח כל כך עד שהיא מצרה את המעי ולא מאפשרת את העברת האנדוסקופ דרך אזור זה (תרשים 11ג).

אנדוסקופיה גם מסוגלת לאתר מהימנה פוליפים בחלקי המעי המכילים סעיפים. הסרה אנדוסקופית של פוליפים יכולה להתבצע בבטחה אם הם מרוחקים מספיק מפתח הסעיף (תרשים 12).

יתרון נוסף של אנדוסקופיה הוא איתור ומיקום דימום מסעיפים (תרשים 13א), בין אם מדובר בזרזיף קל מסעיף מודלק או דימום שופע מסעיף לא-מודלק. פרט לזיהוי של מקור הדימום, במקרים מסוימים אף ניתן יהיה לעצור את הדימום בעזרת זריקה (תרשים 13ב) או לסתום את הסעיף המדמם בעזרת אטב מתכת אחד או יותר (תרשימים 14 א ו-14ב).

במקרים מסוימים לא ניתן יהיה, בהתבסס על ממצאי אולטרה-סאונד (על שמע, ultrasound) או טומוגרפיה ממוחשבת (CT, computed tomography) לקבוע האם היצרות של המעי הגס בחולה הסובל מסעיפים נגרמת מהדלקת או מגידול. במקרים כאלו, אנדוסקופיה עם לקיחת דגימה מהאזור (ביופסיה, biopsy) תסייע בזיהוי הגורם להיצרות.



תרשים 10: ממצאים אנדוסקופיים של סעיפות נרחבת.



תרשים 11א: ממצאים אנדוסקופיים של סעפת (דלקת סעיפים חריפה)

תרשים 11ב: ממצאים אנדוסקופיים בסעפת עם התנקזות מוגלה

תרשים 11ג: ממצאים אנדוסקופיים של סעפת עם היצרות לא-עבירה



תרשים 12: עדות אנדוסקופית לסעיפים
 ופוליפים באותו מקטע מעי (המעי
 העקול, סיגמואיד)



תרשים 13: פעולה אנדוסקופית
 לעצירת דימום מסעיף בעזרת הזרקת
 תמיסת אדרנלין מדולל



תרשים 13א: עדות אנדוסקופית לדימום
 מסעיפים



תרשים 14ב: הסעיף נסתם בעזרת שני
 אטבי מתכת. מלמעלה, סעיף שני ללא
 מאפיינים ראויים לציון



תרשים 14א: גם נראה לעין של כלי
 דם עם קריש דם בתוך סעיף הגורם
 לדימום

3. אולטרה-סאונד, טומוגרפיה ממוחשבת ודימות בתהודה מגנטית

אולטרה-סאונד בהפרדה גבוהה וטומוגרפיה ממוחשבת מייצגים את בדיקות ההדמיה הסטנדרטיות המשמשות לבירור חולים עם חשד קליני למעלת סעיפים. שתי השיטות מספקות נתונים על עובי דופן המעי, נוכחות סעיפים, עדות לדלקת וסיבוכים אפשריים הנלווים לסעפת (לדוגמה מורסות, פיסטולות וכו'. תרשימים 15 א ו 16 ב, 16 א ו 16 ב). בנוסף לבדיקה הגופנית ולבדיקות מעבדה, בדיקת אולטרה-סאונד של הבטן נכללת בבירור ההתחלתי בחשד לסעפת.



תרשים 15א: בדיקת טומוגרפיה ממוחשבת (CT, computed tomography) בסעפת חריפה המציגה עיבוי של דופן המעי ושינויים דלקתיים ברקמות מסביב

בשונה מטומוגרפיה ממוחשבת (CT, computed tomography), אולטרה-סאונד אבחנתי תלוי בתנאי הבדיקה; על כן, היכולת להדגים את המעי באופן הולם יכולה להיות מוגבלת. במקרה של חולים הסובלים מהשמנת יתר משמעותית, כמויות ניכרות של גז במעיים (מטאוריזם, meteorism) או מיקום אזור המעי



תרשים 15ב: טומוגרפיה ממוחשבת (CT, computed tomography) בסעפת חריפה (חץ) המציגה הצטברות מוגלה (מורסות) סביב המעי (סימני X)

המודלק באגן, הערכה מספקת של המעיים בעזרת אולטרה-סאונד יכולה להיות בלתי-אפשרית. טומוגרפיה ממוחשבת (CT) מבוצעת בדרך כלל במקרים בהם בדיקת אולטרה-סאונד אבחנתי אינה מצליחה להבהיר את מצב החולה בצורה מספקת או במקרים בהם צפוי מהלך מחלה מסובך. בבתי חולים רבים, חולים החשודים כסובלים מסעפת עוברים בדיקת טומוגרפיה ממוחשבת של הבטן כבדיקת ההדמיה ההתחלתית במקום אולטרה-סאונד.



תרשים 16א



תרשים 16ב: בדיקת אולטרה-סאונד בחולה הסובל מסעפת חריפה המציגה עיבוי של דופן המעי עם סעיף בחתך אורך (תרשים 16א) ורוחב (תרשים 16ב)

הן אולטרה-סאונד והן טומוגרפיה ממוחשבת יכולות להנחות דיקור לצורך אישור האבחנה של מורסה כמו גם לשאיבת המוגלה או החדרת נקז כאמצעי טיפולי נוסף. פעולה זו יכולה לחסוך את הצורך בפעולה ניתוחית או לצמצם את הצורך בפעולות חוזרות. שתי שיטות הבדיקה משמשות גם לניטור המהלך הקליני של סעפת. בגלל שאינה כרוכה בחשיפה לקרינה, אולטרה-סאונד מתאימה במיוחד לניטור סדיר של מצב המחלה.

בדומה לטומוגרפיה ממוחשבת, הדמיה בתהודה מגנטית (MRI, magnetic resonance imaging) היא שיטת בדיקה מודרנית נוספת המייצרת "פרוסות" של הגוף. בדיקת MRI מסוגלת לזהות באופן מהימן סעיפים ושינויים דלקתיים הנלווים לסעפת. עם זאת, נכון להיום לשיטה זו תפקיד משני בלבד בבירור הדחוף של סעפת חריפה.

טיפול

בעוד שחולי סעיפות ללא תסמינים אינם זקוקים לטיפול תרופתי או ניתוחי, לאלו עם מחלת סעיפים ניתן להציע טיפול שמרני או ניתוחי לפי תסמיני החולה והיקף הדלקת.

1. טיפול שמרני בסעיפות

לחולי סעיפות עם תלונות תפקודיות (כאב בטן, תפיחות, אי סדירות יציאות ותחושת מלאות) ללא עדות לדלקת מומלץ לאמץ תזונה עתירת-סיבים הכוללת, במידת הצורך, סובין חיטה (טבלה 3).

סיבים תזונתיים כוללים חומרים הפועלים כמגדילי-נפח בזכות יכולתם לספוח מים מבלי שהגוף יוכל לעכל אותם. סוגים נפוצים של סיבים תזונתיים כוללים תאית (צלולוז, cellulose) והמיצלולוז (hemicelluloses), פקטין (pectin), ליגנין (lignin), רב-סוכרים שאינם מעוכלים ואלגינט (alginate). התכונות הפיזיקאליות של חומרים אלו שונות מאוד אולם כולם חולקים את הנטייה להגדיל את נפח הצואה, להפחית את הלחץ במעיים ולקצר את זמן מעבר הצואה במעיים. פרט למוצרי דגנים מלאים, מקורות חשובים לסיבים תזונתיים כוללים ירקות, תפוחי אדמה, סלטים, פירות ודגנים (טבלה 4).

- מזון עתיר-סיבים
- סובין חיטה
- חומרים מגדילי נפח אחרים
- שתייה מספקת
- קומפרסים חמים-לחים
- לקטולוז (אבילאק) (לעצירות)
- תרופות המקלות על כאבי בטן

טבלה 3: הטיפול בסעיפות עם תלונות תפקודיות

תכולת סיבים ב100 גרם חומר אכיל

1.1	קרקר מחיטה מלאה (גראהם, Graham)	גרמים של סיבים ב-100 גרמים	פירות
0.3	פסטה	0.9	תפוחים
0.3	לחמניות	0.6	בננות
1.5	לחם שיפון	4.1	דובדבנים
0.9	לחם חיטה	3.4	תמרים
גרמים של סיבים ב-100 גרמים	ירקות	2.3	סמבוק (elderberries)
		1.1	קיווי
		0.5	תפוזים
		1.5	אגסים
2.4	ארטישוק	0.5	אננס
1.0	קטניות	0.7	שזיפים
1.5	ברוקולי	0.9	צימוקים
1.3	כרוב	3.0	פטל
1.0	כרובית	גרמים של סיבים ב-100 גרמים	דגנים ומזונות אפויים
0.7	תירס		
3.9	חסה		
0.5	אפונים		
0.5	תפוחי אדמה	3.2	דוחן
0.7	כרוב כבוש	1.4	שיבולת שועל
4.9	פולי סויה (מיובשים)	0.9	אורז
0.5	עגבניות	1.7	שיפון
		2.1	חיטה (קמח מלא)

טבלה 4: תכולת הסיבים של מזונות שונים (נלקח מ: טבלאות מדעיות, גייגי, 1985 1985 (Wissenschaftliche Tabellen Geigy, 1985 1985)

בנוסף, עם שתייה מספקת (1.5-2.5 ליטרים ביום) החולים יכולים לצרוך 10-25 גרמים של סובין חיטה. השוואה של הסיבים המתקבלים ממזונות שונים הראו שסובין חיטה גורם לעלייה הגדולה ביותר בנפח הצואה. ההשפעה מודגשת ביותר בסובין חיטה גס ולא הטחון דק. לסובין לא מעובדים השפעה גדולה יותר מאשר סובין מבושלים.

חולים עם נטייה לעצירות יכולים להתחיל את הטיפול באמצעים

כלליים (טבלה 5). תערובות גרנולה (muesli) טעימות (טבלה 6) מומלצות. ירקות עתירי סיבים ומגדילי-נפח אחרים, כגון פסיליום (psyllium), קליפות זרעי לחך סגלגל (Plantago ovate) או גומי קראייה נסבלים היטב גם כן. הכמות היומית המומלצת של פסיליום היא 5-15 גרם. הרופא שלך יכול לרשום לך פסיליום (לדוג' ביולקס) לטיפול בעצירות הנלווית לסעיפות. שיפור בתסמינים מצריך אכילה סדירה של תזונה עתירת סיבים או תוספים עם חומרים מגדילי-נפח. שתייה מספקת - 1.5-2.5 ליטרים ליום - חשובה במיוחד.

פעילות המעי הגס מושפעת גם מסוג המשקאות. בעוד שקפה, מים מינרליים ומיצי פירות מזרזים את מעבר הצואה, תה שחור, קקאו ויין אדום יכולים לעודד או להחמיר עצירות.

- לפני ארוחת בוקר, שתה כוס מים קרים המכילים כפית מגנזיום סולפט (מלח אנגלי) או סודיום ביקרבונט (סודה לשתייה). הפחת את השימוש בהדרגה עם השיפור בעצירות.
- לארוחת בוקר, ערבב היטב 4 כפות גדושות של שיבולת שועל 41 כפות גדושות של סובין חיטה עם כפית אחת של לקטולוז (לדוג' אבילאק) וחלב קר.
- לארוחת בוקר, לחם חיטה מלאה, עם ריבת שזיפים מיובשים ותה צמחי (מנטה, ורד הבר, חלמית) לבחירתך. לפי הטעם ניתן לשתות קפה טחון המוכן כאספרסו.
- לאחר ארוחת הבוקר, נסה להעביר צואה במשך 5-10 הדקות הבאות. חשוב להרפות ולא לדחוף בכוח רב מדי. היה סבלן אם אינך מצליח בפעמים הראשונות.
- בארוחה העיקרית כלול מזונות עתירי סיבים תזונתיים (סלטים, צנון, מלפפונים, כרוב כבוש, תפוזים, תפוחים, אגוזים או משמשים ושזיפים מיובשים).
- מזונות חלבוניים מומלצים כוללים חלב מוחמץ, משקה חלב מוחמץ (קפיר, kefir) ויוגורט.
- פעילות גופנית ומסז' של הגב והבטן
- שתייה מספקת, במיוחד בקשישים (1.5-2.5 ליטרים ליום)
- 1-2 מנות של נורמלקס (פוליאתילן גליקול) ליום
- 1-6 כפות לקטולוז (לדוג' אבילאק)
- עצירות מוחמרת על ידי מזונות דלי-סיבים (לחם לבן, ומתוקים ומעט מדי פירות וסלטים), שוקולד, יין אדום, תה שחור חזק ותרופות המכילות קודאין (משככי כאבים ותרופות לשיעול)

טבלה 5: טיפול בסיסי בעצירות כרונית (אפשרויות חלופיות)

מתכון לגרנולה

- חצי כוס גרנולה רגילה
- גביע יוגורט אחד
- כפית זרעי אורן
- כפית אגוזי לוז טחונים
- כפית זרעי חמניות
- חצי כפית זרעי סומסום
- חצי כפית שיבולת שועל
- כפית צימוקים
- שתי כפיות תפוח מגורד
- כפית דבש
- מיץ מחצי לימון

לערבב את הרכיבים ולאכול לארוחת הבוקר

טבלה 6: דוגמה למתכון לגרנולה לטיפול בעצירות

כאבי בטן עוויתיים מוקלים פעמים רבות בעזרת קומפרסים לחים על הבטן (בקבוק מים חמים במגבת לחה). הרופא שלך יכול לרשום לך באופן זמני תרופות שיקלו כאבים אלו. משככי כאבים (אנלגטיקה) צריכים לשמש לתקופות קצרות ורק לאחר התייעצות עם הרופא שלך.

2. טיפול שמרני בסעפת

במרביית החולים הסובלים מסעפת חדה וללא סיבוכים ניתן לטפל שמרנית, כלומר ללא ניתוח. בכל המקרים, חשוב לקבוע האם ניתן לתת את הטיפול בבטחה מחוץ לבית החולים על ידי משפחת החולה, רופאו או מומחה, או האם יש צורך באשפוז. במקרים קלים, טיפול מחוץ לבית החולים מספק בדרך כלל וכולל תזונה קלה, שתייה מספקת, אנטיביוטיקה דרך הפה ו, לפי הצורך, משככי כאבים (אנלגטיקה) ו/או משככי-עוויתות (spasmolytics, תרופות המרפות את המעיים). במקרים פרטניים עם תלונות קלות מאוד, ניתן אף לוותר על הטיפול האנטיביוטי.

הטיפול בעזרת אמינוסליצילטים (aminosalicylates), ששימש בהצלחה במשך עשורים כטיפול למחלה דלקתית של המעי, נראה כטיפול אפשרי במקרים קלים, אם כי תרופה זו לא אושרה עדיין לשימוש כטיפול לסעפת.

במקרה של תסמינים בינוניים עד חמורים, או של התפתחות סיבוכים, יש צורך באשפוז בבית החולים. בתחילה, החולים מטופלים בעזרת מנוחה, הימנעות מוחלטת מאכילה וקבלת נוזלים בעירוי דרך הוריד (טבלה 7).

בנוסף החולים יכולים להזדקק למשככי-עוויתות (תרופות המרפות את המעיים) או משככי כאבים. במרבית המקרים, חולים הסובלים מסעפת בינונית עד חמורה מקבלים אנטיביוטיקה דרך הוריד במשך 7-10 ימים לטיפול בדלקת.

- צום
- תזונה שלא דרך הפה
- אנטיביוטיקה
- משככי כאבים (אנלגטיקה)
- משככי-עוויתות (תרופות להקלה על כאב עוויתיים, ספזמוליטים (spasmolytics)

טבלה 7: הטיפול בסעפת חריפה בחולים עם מחלה חמורה או הופעת סיבוכים.

במרבית החולים נעלמות התלונות תוך מספר ימים של טיפול זה. ניטור מעבדתי ובאולטרה-סאונד יחד עם בדיקה גופנית נחוצים על מנת לזהות במהירות סיבוכים (דימום, היווצרות מורסה, התנקבות, פיסטולה וכו'). במקרים של מחלה ללא סיבוכים, ניתן לחזור במהירות לאכילה בעזרת תה וקרקרים או בעזרת תזונה נוזלית הנספגת במלואה במעי הדק העליון. כאשר הדלקת שוככת והתלונות נחלשות, ניתן להתחיל לאכול תזונה עתירת סיבים כולל חומרים מגדילי-נפח. דימום קל במקרה של סעפת חריפה נפסק בדרך כלל מעצמו ללא צורך בניתוח.

כשליש מהחולים חווים אירועים חוזרים של דלקת. במקרים מסוימים, האירועים יכולים להצריך ניתוח. עם זאת, במרבית המקרי ההתלקחויות החוזרות של סעפת, נעשה ניסיון לטפל

במחלה שוב בצורה שמרנית. במקרים של אירועים חוזרים של סעפת, במיוחד בקשישים או בחולים עם מחלות קשות החלופה לניתוח היא טיפול סדיר, אך מוגבל, באנטיביוטיקה. מחקרים הראו גם שהשימוש בתרופות נוגדות דלקת (אמינוסליצילאטים), המשמשות גם לטיפול במחלת מעי דלקתית, כל אחד בנפרד או ביחד, יכול להפחית את שיעור ההתלקחויות. למרות זאת, גישה טיפולית זו עדיין לא התקבלה כטיפול הסטנדרטי.

3. טיפול ניתוחי בסעפת

חולי סעיפות שאינם חווים תסמינים אינם זקוקים בדרך כלל לניתוח. רק במקרים של דימום משמעותי מהסעיפים שלא נעצר בעזרת טיפול שמרני או אנדוסקופי מהווה סיבה לניתוח. התנקבויות, היווצרות מורסה וחסימת מעיים המופיעים כסיבוכים של סעפת מהווים סיבה דחופה נוספת לניתוח. גם פיסטולות ומקרים בהם לא ניתן לשלול לחלוטין סרטן של המעי הגס נחשבים לסיבה ברורה לניתוח.

במקרים מסוימים, החולים העוברים ניתוח דחוף לסעפת חריפה יכולים להזדקק ליצירת פתח מלאכותי של המעי הגס בעור הנקרא "קולוסטומיה" (colostomy). כמעט תמיד ניתן לסגור פתח זה בניתוח נוסף לאחר מספר שבועות.

היום ניתן לטפל או לנקז מורסות בחלל הבטן בעזרת דיקור בהנחיית אולטרה-סאונד או טומוגרפיה ממוחשבת. אמצעים אלו מאפשרים להימנע מניתוח במהלך השלב החריף של דלקת הסעיפים. מורסות גדולות יותר, עם זאת, עדיין מטופלות על ידי מנתחים.

תגובה לא מספקת לטיפול אנטיביוטי במקרי דלקת, מופעי דלקת חריפה חוזרים ודימום, כמו גם הפרעות במתן שתן, יכולות גם הן להיחשב כסיבות לבחירה בניתוח (טבלה 8).

סיבות דחופות לניתוח

- דימום מסעיפים שאינו נעצר תחת טיפול
- סעיפים מנוקבים עם צפקת ו/או היווצרות מורסה
- חסימת מעיים
- פיסטולות
- חשד לסרטן המעי הגס

סיבות אפשריות לניתוח

- תלונות הנמשכות על אף טיפול בתרופות
- אירועי דלקת חוזרים
- דימום חוזר מהמעיים
- קשיים מתמשכים במתן שתן

טבלה 8: סיבות דחופות ואפשריות לטיפול ניתוחי בסעפת

בעבר, כלל האצבע היה שהסרה ניתוחית של אזור המעי הסובל מדלקת צריכה להתבצע לאחר ההתלקחות השנייה של סעפת. עם זאת, ממצאים ממחקרים עדכניים וההמלצות הנוכחיות לא עוקבים אחר כלל זה. על כן, הצורך בניתוח לא צריך להתבסס על מספר ההתלקחויות הקודמות לבדו, אלא צריך לקחת בחשבון את המאפיינים הייחודיים של החולה כגון גיל, מחלות אחרות ותרופות שהחולה נוטל, התלונות כעת ומהלך המחלה בהתלקחויות הקודמות כמו גם שינויים במבנה המעיים עקב הדלקת (למשל היצרויות). בכל מקרה, ההחלטה בעד או נגד ניתוח צריכה להתקבל בכל מקרה לגופו.

במחלקות כירורגיות רבות, הסרת מקטע המעי הסובל מסעיפים לא מתבצעת יותר בניתוח פתוח (דרך חתך גדול בדופן הבטן) אלא בשיטה לפרוסקופית.

הצלחת הניתוח תלויה במידה רבה בבחירת הזמן הנכון ביותר לניתוח. על כן, במטרה להקטין את הסכנה לחולה למינימום האפשרי, חשוב מאוד לקבוע את הזמן הטוב ביותר לניתוח בהתבסס על ההערכה הקלינית והממצאים בבדיקות הדמיה ומעבדה. באותו זמן, יש לעשות כל מאמץ לחסוך מהחולה ניתוחים מרובים שהיו נפוצים למדי בעבר הלא-כל-כך רחוק.

