

Adam BYSIEK

Rzadsze lub trudne diagnostycznie przyczyny ostrego brzucha u dzieci

Rare diagnostically difficult causes of acute abdomen in children

Klinika Chirurgii Dziecięcej
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
w Krakowie
Kierownik Kliniki: Dr hab. med. Adam Bysiek

Dodatkowe słowa kluczowe:

diagnostyka
ostry brzuch
rzadkie przyczyny

Additional key words:

acute abdomen
diagnosis
rare causes

Bóle brzucha są wysoce nieswoistym objawem występującym w wielu schorzeniach u dzieci. W wielu sytuacjach różnicowanie ostrego brzucha chirurgicznego od innych stanów patologicznych może sprawiać duże trudności. W pracy omówiono nietypowe przyczyny ostrego brzucha, rzadkie, jednak spotykane w dużym, pracującym szpitalu.

Bóle brzucha są jednymi z najczęstszych i nieswoistych objawów subiektywnych w medycynie wieku dziecięcego. Czynniki je wywołującymi jest niesłychanie szeroki wachlarz przyczyn począwszy od psycho-somatycznych, infekcji górnych dróg oddechowych, zapalenia ucha, nietolerancji pokarmowych poprzez schorzenia „internistyczne” ogólnoustrojowe - porfirię, mocznica, cukrzyca, zatrucia solami metali ciężkich oraz klasyczne chirurgiczne przyczyny ostrego brzucha, do przyczyn onkologicznych.

Problemem wieku dziecięcego jest trudność rozstrzygnięcia, kiedy objawy brzuszne stanowią jedynie drugoplanowe tło schorzeń nie wymagających interwencji chirurgicznej a kiedy mamy do czynienia z autentycznym „ostrym brzuchem”.

Określenie „ostry brzuch” jest pojęciem – omnibusem, bardzo pojemnym, obejmującym wiele przyczyn i definiowanym w różny sposób. Najprostszą i uniwersalną definicją, obejmującą najważniejsze cechy problemu jest określenie ostrego brzucha jako zespołu objawów klinicznych wymagających natychmiastowego wdrożenia postępowania diagnostycznego i chirurgicznego.

W chirurgii dorosłych objawy ostrego brzucha są dosyć stałe i obejmują trzy wiążące objawy:

1. Bóle brzucha.
2. Wymioty.
3. Zaburzenia pasaży jelitowego.

U dzieci, począwszy od nastolatków, u których obraz jest podobny do obrazu u dorosłego, przesuwając się w kierunku młodszych grup wiekowych, obraz kliniczny staje się coraz bardziej zmienny, a w wieku noworodkowym absolutnie odbiega od klasycznego obrazu pacjenta dorosłego.

U noworodka alarmującym objawem jest m.in. apatia, areaktywność, natomiast u niemowlęcia i dzieci starszych – niepokój, krzyk, podkurczanie nówek.

Mimo znacznego poszerzenia efektywnego instrumentarium diagnostycznego u starszych dzieci i dorosłych różnicowanie

Abdominal pain is a very nonspecific sign that may be encountered in many diseases in children. The differentiation between acute abdomen and other pathologies may cause problems in many situations. The paper summarizes atypical causes of the acute abdomen which are rare but may be seen in the big, working hospital.

obrazu klinicznego, często podstępny przebieg, czyni diagnostykę w chirurgii noworodka trudnym wyzwaniem. W przypadku noworodka i wcześniaka, przy podejmowaniu decyzji leczniczych ciągle jeszcze kluczowe znaczenie ma doświadczenie i intuicja badającego.

W tym omówieniu pragnę skoncentrować się jednak na najczęściej spotykanej, przez ogólnie praktykujących pediatrów i chirurgów, grupie pacjentów w wieku przedszkolnym i szkolnym.

Klasyczne i najczęstsze przyczyny spotkania dziecka z chirurgiem w ramach pojęcia ostrego brzucha to:

- zmiany zapalne: zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie uchyłka *Meckela*, zapalenie otrzewnej bez punktu wyjścia (dziewczynki);
- niedrożności przewodu pokarmowego: niedrożność spowodowana przepukliną pachwinową lub wgłobieniem jelitowym, niedrożność poopercyjna zrostowa.

Znacznie mniejszy odsetek przyczyn ostrego brzucha, ale jednak okresowo spotykanych w dużych ośrodkach chirurgii dziecięcej, to przyczyny takie jak:

- skręt torbieli jajnika;
- zadržnięcie (niedrożność strangulacyjna) na skutek skręcenia pętli jelitowych wokół przetrwałego przewodu pępkowo-jelitowego;
- choroba *Crohna*;
- przewężenia pozapalne po przebytych w okresie noworodkowym NEC (*necrotising enterocolitis*);
- pęknięty lub ulegający martwicy nie rozpoznany wcześniej guz brzucha.

Zdarzają się również tak niezwykle przyczyny wymagające otwarcia jamy brzusznej jak uporczywe polykanie ciał obcych (*bezoar*) w zaburzeniach psychicznych lub przypadkowe połknięcia ostrych przedmiotów.

Torbiele jajnika stanowią dość częste zjawisko u dziewczynek w okresie pokwitania, niekiedy jednak występują nawet w okresie noworodkowym.

Adres do korespondencji:
Dr hab. med. Adam Bysiek
Klinika Chirurgii Dziecięcej UJ CM
30-663 Kraków
ul. Wielicka 265

Torbiele najczęściej mają charakter czynnościowy, jako efekt działania hormonów matki u noworodka lub pokwitaniowych dysregulacji hormonalnych u nastolatka. W bardzo niewielkim odsetku przypadków mają charakter nowotworowy.

Najczęściej przebiegają bezobjawowo, współcześnie bardzo często wykrywane bywają w czasie szeroko wykonywanych badań USG. W pewnym odsetku przypadków pierwszym objawem torbieli jest jej skręt wraz z jajnikiem doprowadzający do manifestacji ostrych objawów brzusznych - wymiotów, gwałtownych bólów brzucha. Przy prawostronnej lokalizacji torbieli może to symulować ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. W szpitalach z możliwością całodobowego dostępu do USG jest to badanie o dużym znaczeniu – po podaniu leków rozkurczowych i przeciwbólowych w części przypadków dochodzi do odkręcenia skrętu i pacjentka unika niekonicznej doraźnej laparotomii. Po pomyślnym przebiegu w pierwszych godzinach obserwacji, we współpracy z ginekologiem dziecięcym można wdrożyć leczenie hormonalne zsynchronizowane z cyklem miesięcznym, które zazwyczaj po 2-3 cyklach prowadzi do cofnięcia się zmiany.

Skręt wokół pozostałości przewodu pępkowo-jelitowego. Przewód pępkowo-jelitowy jest pozostałością płodowego przewodu żółtkowego, w normalnych warunkach zanika całkowicie, w ok. 2% przypadków pozostaje w postaci resztkowej. Jeżeli przewód zachowa drożność światła w odcinku od strony jelita, a zaniknie całkowicie od strony dystalnej (pierścienia pępkowego) nosi on nazwę uchyłka *Meckela*. Niekiedy zanika całkowicie od strony jelita pozostając jako szczątkowy krótki wyrostek pod powierzchnią pierścienia pępkowego (*subumbilical cyst*). Jeżeli przetrwa kanalikowate połączenie wnętrza torbieli z pierścieniem pępkowym wydzieliną błony śluzowej może sączyć się z pępka podtrzymując przewlekły pro-

ces zapalny w pępku.

Niekiedy samo światło przewodu pępkowo-jelitowego zanika całkowicie, ale przewód pozostaje w postaci pasma włóknistego łączącego przeciwkreskowy brzeg jelita z pierścieniem pępkowym. Taka sytuacja może doprowadzić do stanu, kiedy pasmo staje się punktem obrotu, wokół którego okręcają się pętle jelita cienkiego doprowadzając do niedrożności przewodu pokarmowego z klasycznymi konsekwencjami strangulacji. Brak w wywiadzie przebytych zabiegów operacyjnych, brak objawów zwiastunowych, nagły i dynamiczny przebieg może stwarzać trudności diagnostycznie i powodować opóźnienie w koniecznym leczeniu chirurgicznym.

Choroba Crohna. Niekiedy początkowa faza choroby przez dłuższy czas może przebiegać bez wyraźnych objawów, dając nagły początek dolegliwości już przy znacznym zaawansowaniu procesu chorobowego. Ze względu na lokalizację zmian zapalnych (*ileitis terminalis*) bóle zlokalizowane są nad prawym talerzem biodrowym imitując zapalenie wyrostka robaczkowego, kwalifikowane do doraźnego leczenia operacyjnego. Sporadycznie zdarzają się sytuacje, że choroba *Crohna* przyjmuje tak dokładną maskę zapalenia wyrostka robaczkowego (makroskopowy naciek okolicy krętniczokątniczej, zmiany zapalne ściany wyrostka, zrosty), że dopiero badanie patologa, wykonane po operacji pozwala ustalić właściwe rozpoznanie.

Ciało obce. Ze względu na specyfikę wieku dziecięcego (czasami dysymulacja spowodowana lękiem przed konsekwencjami, czasami brak uwagi) zdarzają się nieujawnione w wywiadzie połknięcia ciała obcego. W znakomitej większości połknięcia ciała obcych nie pozostawiają następstw. Jednak w naszym doświadczeniu w ostatnich latach spotkaliśmy się z sytuacją, gdzie po zaklinowaniu się igły krawieckiej w zgięciu dwunastnicy doszło do przebicia ściany

jelita z bólami nad prawym talerzem biodrowym, z dyskretnymi objawami zapalenia otrzewnej. Dziecko to było operowane z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego – w badaniu histologicznym mierne cechy zapalne wyrostka. Dopiero w okresie pooperacyjnym stwierdzono obecność igły na zdjęciu przeglądowym brzucha.

Zwężenia pozapalne po NEC. Po przebytych w okresie noworodkowo-niemowlęcym martwiczym zapaleniu jelit z częściową martwicą ściany, niekiedy z dużym opóźnieniem dochodzi do niewydolności pasaży jelitowego przez miejsce pierścieniowatego przewężenia jelita w miejscu blizny. Moment wystąpienia objawów niedrożnościowych może być odsunięty w czasie o kilkanaście miesięcy. W czasie banalnej infekcji wirusowej dochodzi prawdopodobnie do powiększenia węzłów chłonnych kreskowych z obrzękiem ściany jelita doprowadzającym do przekroczenia krytycznej średnicy zwężenia. Najstarszy pacjent operowany przez nas z tego powodu miał w chwili operacji 15 lat i demonstrował kilkanaście zwężeń. Dopiero po wnikliwym zebraniu wywiadu okazało się, że dziecko w okresie noworodkowym było długo hospitalizowane z powodu „ciężkiej biegunki”.

Martwica guza nowotworowego. W przypadku bardzo dynamicznego wzrostu guza nowotworowego (guz *Wilmsa*, guzy wątroby) sporadycznie obserwuje się objawy „ostrego brzucha” związane z krwawieniem lub przedostawaniem się zakażonej treści do wolnej jamy otrzewnowej. Zjawisko takie może być spowodowane również gwałtownymi zmianami zatorowo-zakrzepowymi w trakcie agresywnej, skutecznej chemioterapii.

Przedstawione przyczyny nie wyczerpują wszystkich możliwych przyczyn wywołujących lub imitujących objawy ostrego brzucha. Często kluczowe znaczenie w uniknięciu pomyłek ma wnikliwe zebranie wywiadu dotyczącego przeszłości pacjenta.