

Dostępne online [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/pepo](http://www.elsevier.com/locate/pepo)

## Kazuistyka/Case report

## Błąd medyczny w leczeniu atrezji odźwiernika – opis przypadku

### Medical malpractice in the treatment of pyloric atresia – case report



Maciej Barzdo, Anna Smędra-Kaźmirska\*, Ewa Meissner, Szymon Szustowski, Stefan Szram, Jarosław Berent

Zakład Medycyny Sądowej Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Polska

## INFORMACJE O ARTYKULE

## Historia artykułu:

Otrzymano: 21.07.2014

Zaakceptowano: 29.08.2014

Dostępne online: 16.09.2014

## Słowa kluczowe:

- atrezja odźwiernika
- zespolenie żołądkowo-jelitowe
- zespolenie żołądkowo-okrężnicze
- błąd medyczny

## Keywords:

- Pyloric atresia
- Gastroduodenostomy
- Gastrocolostomy
- Medical error

## A B S T R A C T

The paper presents a case of therapeutic and diagnostic medical malpractice. Anastomosis of the stomach with the first small intestinal loop and Brown anastomosis between the small intestinal loops were to be performed in a child with pyloric atresia, but the stomach was erroneously anastomosed to the transverse colon which led to short bowel syndrome. The diagnosis of causes of that syndrome and institution of a corrective surgery took almost 2 years.

© 2014 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

## Wstęp

Atrezja odźwiernika jest stosunkowo rzadką wadą wrodzoną przewodu pokarmowego. Częstość jej występowania utrzymuje się na poziomie 1:100 000 urodzeń i jest taka sama dla obu płci. Stanowi to 1% przypadków wszystkich typów

atrezji przewodu pokarmowego [1, 2]. Z atrezją odźwiernika może współwystępować m.in. niedrożności innych odcinków przewodu pokarmowego, niedokonany zwrot jelit, uchyłek Meckla, przetoka odźwiernikowo-pęcherzykowa, agenezja pęcherzyka żółciowego, niedorozwój układu moczowego oraz ubytek przegrody międzyprzedsionkowej serca [3–6]. Kliniczne objawy atrezji odźwiernika to m.in.

\* Adres do korespondencji: Zakład Medycyny Sądowej Katedry Medycyny Sądowej, ul. Sędziowska 18a, 91-304 Łódź. Tel.: +42 654 45 36; fax: +42 654 42 93.

Adres email: [karolanka@wp.pl](mailto:karolanka@wp.pl) (A. Smędra-Kaźmirska).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2014.08.007>

0031-3939/© 2014 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

wymioty pozbawione żółci (100%), pojedynczy pęcherz powietrza widoczny w RTG przeglądowym brzucha (98%), wzdęcie nadbrzusza (68%), wielowodzie (63%), masa urodzeniowa poniżej 2500 g (53%), wcześniactwo (45%), żółtaczką (21%), perystaltyka w nadbrzuszu (18%), krwotoczne wymioty (12%) [2, 3, 5, 7-10]. Nierozpoznanie atrezji odźwiernika może prowadzić m.in. do aspiracji treści pokarmowej z wtórną infekcją układu oddechowego, perforacji żołądka, zaburzeń metabolicznych [9]. Głównym narzędziem pomocnym w rozpoznaniu atrezji odźwiernika jest badanie RTG – na zdjęciach przeglądowych brzucha obserwowany jest zazwyczaj pojedynczy pęcherz powietrza w obrębie żołądka, jelita pozostają nieupowietrznione, a długi i rozciągnięty szczyt odźwiernika uznawany jest za objaw patognomiczny dla całkowitego zamknięcia odźwiernika [7, 8]. Uzupełnieniem zdjęcia przeglądowego jest badanie RTG z podaniem środka kontrastowego do żołądka lub badanie endoskopowe [3]. Opisano również przypadki wewnątrzmacicznego rozpoznania atrezji odźwiernika za pomocą rezonansu magnetycznego i ultrasonografii [11, 12]. Postępowaniem leczniczym z wyboru jest zabieg chirurgiczny w trybie planowym, po ustabilizowaniu stanu ogólnego pacjenta. W zależności od podtypu atrezji zastosowanie mają różne techniki operacyjne, a w przypadku, w którym kanał odźwiernika zastąpiony jest przez stały fragment tkanki lub występuje przerwa w ciągłości między żołądkiem a dwunastnicą, leczeniem z wyboru jest gastroduodenostomia [13]. Najczęstszym powikłaniem takiego leczenia jest refluks dwunastniczo-żołądkowy i związane z tym alkaliczne zapalenie żołądka [14]. Rokowanie w atrezji odźwiernika jest zmienne, w zależności od współwystępujących wad wrodzonych, ewentualnych powikłań choroby zasadniczej, jak i wdrożonego leczenia, ale przy wcześniej rozpoznanej izolowanej atrezji odźwiernika i zastosowaniu właściwego leczenia rokowanie jest bardzo dobre. Dotychczas nie opublikowano jednak żadnych opisów błędów medycznych związanych z leczeniem atrezji odźwiernika.

Praca została opracowana na podstawie akt sądowych przekazanych autorom przez prokuraturę rejonową w celu opracowania opinii sądowo-lekarskiej na okoliczność prawidłowości postępowania medycznego.

## Opis przypadku

W dniu 30 marca 1998 roku, w 34. tygodniu ciąży, urodził się siłami i drogami natury noworodek płci męskiej, z masą ciała 2400 g. Jego stan ogólny po urodzeniu oceniono na 8 punktów w skali Apgar. Po urodzeniu został przekazany do oddziału noworodkowego. W trakcie hospitalizacji w tamtejszym oddziale stan ogólny noworodka był dobry, matka karmiła go piersią. Początkowo obserwowano ulewania, a następnie obfite wymioty i z tego powodu – z podejrzeniem wrodzonej niedrożności przewodu pokarmowego – został przekazany do kliniki chirurgii dziecięcej.

W klinice chirurgii dziecięcej dziecko przebywało w dniach 4-27 kwietnia 1998 roku. Wykonano tam badanie RTG brzucha, w którym stwierdzono niedrożność przewodu pokarmowego na poziomie odźwiernika i dziecko zakwalifikowano do operacji, w czasie której postanowiono wykonać zespolenie żołądka z pierwszą pętlą jelita cienkiego

i dodatkowo zespolenie Browna pomiędzy pętlami jelita cienkiego, celem zmniejszenia zarzucania żółci do żołądka (opis operacji: „z cięcia poprzecznego w nadbrzuszu otwarto jamę brzuszną, wykonano zespolenie żołądka z pierwszą pętlą jelita cienkiego szwami pojedynczymi dwuwarstwowymi, przez zespolenie przeprowadzono sondę 6, następnie wykonano zespolenie Browna szwami pojedynczymi dwuwarstwowymi na długości 2 cm, z osobnego cięcia wyprowadzono dren w okolicy zespolenia, powłoki zeszyto warstwowo, założono opatrunek”). Dwa tygodnie po operacji wykonano badanie RTG przewodu pokarmowego. Radiolog opisujący zdjęcie stwierdził utrzymujący się nieco rozstrzeniowy żołądek, bardzo dobry pasaż przez zespolenie i przechodzenie kontrastu z żołądka do jelita, nie określając jednak odcinka jelita, przy czym w rzeczywistości na zdjęciu widoczny był pasaż kontrastu z żołądka do jelita grubego (Ryc. 1). W związku z utrzymującymi się zielonymi stolcami wykonano badania stolca i stwierdzono zakażenie rotawirusem.

Z uwagi na utrzymujące się zielone stolce i zakażenie rotawirusem, dziecko w dniu 27 kwietnia 1998 roku przekazano do oddziału obserwacyjno-zakaźnego, gdzie przebywało do dnia 25 maja 1998 roku. Przy przyjęciu dziecko znajdowało się w średnim stanie ogólnym, było apatyczne, z cechami odwodnienia. Przez 7 dni było karmione doustnie, oddawało liczne luźne, zielone stolce ze śluzem i wielokrotnie wymiotowało. Obserwowano postępujący spadek masy ciała z 2190 g do 2000 g i z tego powodu włączono całkowite żywienie pozajelitowe. Wykluczono infekcyjną etiologię biegunki, a z powodu niedokrwistości dwukrotnie przetoczono masę



Ryc. 1 – RTG przewodu pokarmowego z kwietnia 1998 roku  
Fig. 1 – X-ray of the gastrointestinal tract from April 1998

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10163189>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10163189>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)