

Trudności diagnostyczne w przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej – opis przypadku

Diagnostic difficulties in a case of tuberculous peritonitis – a case report

Monika Pogorzała¹, Andrzej Pustkowski², M. Chrupek³, B. Tejza¹, Mariusz Wysocki¹

¹Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kierownik: prof. dr hab. med. Mariusz Wysocki

²Oddział I Gruźlicy Dzieci i Młodzieży, Szpital Dziecięcy POLANKI w Gdańsku-Oliwie

Ordynator: lek. med. Andrzej Maciej Pustkowski

³Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kierownik: dr hab. med. Andrzej Igor Prokurat, prof. UMK

Prezentujemy opis przypadku gruźlicy jamy brzusznej u 11-letniego chłopca, u którego rozpoznanie zostało ustalone na podstawie badania histopatologicznego materiału pobranego podczas laparoskopii.

Słowa kluczowe: gruźlica pozapłucna, wodobrzusze, zapalenie otrzewnej, dzieci

A case of abdominal tuberculosis in an 11-year-old boy is presented. The diagnosis was determined using laparoscopy used to obtain material for pathological examination.

Key words: extra-pulmonary tuberculosis, ascites, peritonitis, children

Pediatr Pol 2007; 82 (1): 61–64

© 2007 by Polskie Towarzystwo Pediatryczne

Zakażenie prątkiem *Mycobacterium tuberculosis* należy do najbardziej rozpowszechnionych na świecie [1, 2]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Międzynarodowa Unia Przeciwgruźlicza (IUATLD) szacują, że zakażonych prątkiem jest około 1,7 miliarda ludzi, z czego tylko u 6–8% może się rozwinąć aktywna choroba gruźlicza [2]. Zarażenie prątkiem chorobotwórczym jest możliwe wyłącznie od osoby z czynnym procesem chorobowym, natomiast nosicielstwo prątków gruźlicy nie powoduje rozsiewania choroby. Według danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w 2003 r. w Polsce zarejestrowano 10 124 przypadków gruźlicy, w tym 284 zachorowania (2,8% wszystkich) dotyczyły pacjentów poniżej 20 r.ż. (100 przypadków w grupie wiekowej 0–14 lat i 184 w grupie 15–19 lat). W populacji do 14 lat dominującą postacią (69%) były pozapłucne formy gruźlicy, natomiast u dorosłych stanowiły one zaledwie 9,1% wszystkich przypadków. Obserwowany tak znaczny odsetek postaci gruźlicy pozapłucnej u dzieci (dotychczasowe dane mówiły o 8–15%) wynika przede wszystkim ze zmiany zasad klasyfikacji gruźlicy, a nie ze zmiany struktury zachorowań, ponieważ od 2002 r. jako postać płucną rejestruje się wyłącznie przypadki obejmujące zmiany w mięszu płucnym, natomiast wszystkie pozostałe jako lokalizacje pozapłucne [3]. Gruźlica pozapłucna występuje najczęściej w postaci gruźliczego zapalenia opłucnej, w dalszej kolejności jako gruźlica ob-

wodowych węzłów chłonnych, narządów moczowo-płciowych, kości i stawów oraz ośrodkowego układu nerwowego. Gruźlica przewodu pokarmowego, która może przebiegać pod postacią zajęcia węzłów kręgowych, jelit, wątroby i/lub śledziony oraz zapalenia otrzewnej, w populacji dzieci polskich praktycznie nie występuje [1]. Jest ona natomiast dość powszechna w ubogich rejonach Afryki oraz Azji, zaś obserwowany wzrost częstości tej postaci gruźlicy w krajach zachodnich wiązany jest z nasilonymi ruchami imigracyjnymi, rosnącym odsetkiem zakażeń wirusem HIV oraz ubożeniem niektórych warstw społecznych [2, 4, 5].

Prezentowany przypadek zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na niezwykle rzadko spotykaną wśród polskich dzieci postać zakażenia prątkiem kwasoopornym, ale także dlatego, iż ilustruje problemy i wątpliwości pojawiające się w procesie diagnostycznym gruźlicy wieku rozwojowego, które są konsekwencją jej odrębności, takich jak niespecyficzny, a czasem nawet bezobjawowy obraz kliniczny, niski odsetek bakteriologicznych potwierdzeń zakażenia (do 15–25% przypadków), skłonność do tworzenia dużych odczynów wysiękowych oraz trudności w interpretacji odczynu tuberkulinowego w populacji poddanej powszechnym szczepieniom BCG [1, 6–8].

Opis przypadku. Chłopiec 11-letni, ze środowiska wiejskiego, trzeci z czworga rodzeństwa, z nieobciąż-

żonym wywiadem okołoporodowym, rozwijający się prawidłowo, dotychczas nie hospitalizowany, został skierowany do szpitala z powodu wodobrzusza. Około trzech tygodni przed hospitalizacją doznał tępego urazu okolicy prawego podżebra (uderzenie pięścią), z którym matka wiązała obserwowane powiększanie obwodu brzucha, okresowe dolegliwości bólowe jamy brzusznej, utratę łaknienia i osłabienie. Chłopiec nie miał mierzoney ciepłoty ciała, ale matka podała, że w ostatnich kilku tygodniach obficie pocił się w nocy. Z powodu utrzymujących się dolegliwości wykonano badanie USG jamy brzusznej, w którym stwierdzono twór torbielowaty w obrębie miednicy oraz dużą ilość wolnego płynu w jamie otrzewnej. Po wykluczeniu konieczności natychmiastowej interwencji chirurgicznej (brak cech ostrego brzucha oraz zmian pourazowych) chłopiec został skierowany do naszej Kliniki z podejrzeniem procesu rozrostowego w obrębie jamy brzusznej.

Przy przyjęciu w badaniu przedmiotowym stwierdzono mierny stan odżywienia (masa ciała 28 kg <10 centyla, wzrost 144 cm = 50 centyl), bladoszary odcień skóry, podkrążone oczy oraz cechy wodobrzusza: brzuch wysklepiony powyżej poziomu klatki piersiowej, uwypuklony pępek, stłumiony odgłos opukowy z nad jamy brzusznej oraz dodatni objaw falowania. W badaniach dodatkowych z odchyłen odnotowano: umiarkowanie przyspieszone OB (36 mm/h), hiperproteinemię (9,9 g/dl) z hipergammaglobulinemią (2,68 g/dl) oraz podwyższone stężenia immunoglobulin klasy A (538 mg/dl) i G (2460 mg/dl), w tym głównie podklasy IgG1 (1990 mg/dl).

Na podstawie przeprowadzonych badań wykluczono niewydolność wątroby, nerek, układu krążenia oraz choroby układowe z grupy kolagenoz jako przyczynę wodobrzusza. Nie stwierdzono serologicznych wykładników zakażenia wirusami HBV, HCV, CMV, EBV, HIV ani pałeczkami *Yersinia enterocolitica* i *pseudotuberculosis*. Markery nowotworowe (AFP, CEA, β -hCG) były ujemne. Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy – poza obecnością dużej ilości wolnego płynu o gęstości 30–45 jH. oraz odcinkowym pogrubieniem sieci – nie wykazała cech procesu rozrostowego ani powiększenia węzłów chłonnych jamy brzusznej.

Pobrany drogą nakłucia płyn z jamy otrzewnej miał charakter wysięku bogatobiałkowego (stężenie białka 7,72 g/dl) i bogatokomórkowego (cytoza 2670/ μ l) z obecnością licznych limfocytów T (głównie CD4+) i makrofagów, bez komórek nowotworowych. Posiewy bakteriologiczne płynu w kierunku drobnoustrojów tlenowych, beztlenowych oraz grzybów były negatywne.

Na tym etapie diagnostyki wysunięto podejrzenie gruźliczej etiologii wodobrzusza. W szczegółowym wywiadzie rodzinnym matka potwierdziła kontakt domowy z czynną gruźlicą płuc (w 1999 r. chorował ojciec). Chłopiec po styczności z chorym ojcem miał jedynie wykonany odczyn tuberkulinowy (12 mm), którego dodatni wynik był podstawą do zdyskwalifikowania dziecka z planowej rewakynacji BCG w 7 r.ż. Kolejny odczyn tuberkulinowy wykonano zgodnie z obowiązującym terminarzem szczepień w 12 r.ż. (15 mm). Rodzeństwo chłopca także nie było objęte opieką specjalistycznej dziecięcej poradni przeciwgruźliczej, u dzieci nie wdrożono chemioprophylaktyki.

Po uzyskaniu powyższych informacji dalsze postępowanie diagnostyczne prowadzono pod kątem potwierdzenia zakażenia prątkiem chorobotwórczym, uzyskując następujące wyniki: odczyn tuberkulinowy 2jRT₂₅ 14 mm, typ IV wg Palmera, prawidłowy obraz RTG płuc, bez cech obecności zwapnień w RTG przeglądowym jamy brzusznej; w pobranych popłuczynach żołądkowych, wysięku z jamy otrzewnej oraz moczu nie wykryto obecności prątków kwasoopornych ani w preparatach bezpośrednich, ani testami identyfikującymi DNA prątków (ProbeTecET).

Wobec negatywnych wyników badań bakteriologicznych, narastającego wodobrzusza i dolegliwości bólowych ze strony jamy brzusznej oraz udokumentowanych w trakcie hospitalizacji stanów podgorączkowych, zdecydowano o wykonaniu laparoskopii diagnostycznej w celu pobrania materiału tkankowego do badania histopatologicznego. Podczas laparoskopii potwierdzono w jamie otrzewnej obecność dużej ilości gęstego, galaretowatego płynu oraz ujawniono nieuchwytnie w badaniach obrazowych masywne prosówkowate zmiany pokrywające powierzchnię wszystkich narządów jamy brzusznej, otrzewną oraz sieć. W badaniu histopatologicznym pobranego w czasie laparoskopii fragmentu sieci (nr 6240/05) stwierdzono ogniska ziarniny gruźliczej, co upoważniło do rozpoznania gruźlicy przewodu pokarmowego pod postacią izolowanego wysiękowego zapalenia otrzewnej.

Zachorowanie chłopca skłoniło do wykonania badań u wszystkich członków rodziny, w wyniku których wykluczono chorobę gruźliczą u rodzeństwa oraz reaktywację procesu swoistego u ojca, wykryto natomiast aktywną postać gruźlicy płuc u matki chłopca – w związku z czym skierowano ją również do leczenia.

Na podstawie obrazu klinicznego, potwierdzone styczności domowe z osobą dorosłą chorą na gruźlicę oraz kryterium histopatologicznego, chłopiec został zakwalifikowany do leczenia przeciwprątkowego, które było prowadzone na Oddziale Gruźlicy Dzieci

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2675224>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2675224>

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