

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

ScienceDirect

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

## Praca poglądowa/Review

## Wrodzone i nabyte zwężenie odźwiernika u dzieci

## Congenital and acquired pylorostenosis in children

Katarzyna Grzelak-Czachorowska, Aneta Krogulska\*

Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Polska

## INFORMACJE O ARTYKULE

## Historia artykułu:

Otrzymano: 16.08.2016

Zaakceptowano: 21.09.2016

Dostępne online: xxx

## Słowa kluczowe:

- zwężenie odźwiernika
- pylorostenoz
- zaburzenia opróżniania żołądka
- niemowlę

## Keywords:

- Pyloric stenosis
- Pylorostenosis
- Gastric outlet obstruction
- Infant

## A B S T R A C T

Pyloric stenosis, or pylorostenosis, usually is caused by a congenital idiopathic hypertrophic pyloric stenosis and occurs in infancy. Later in life secondary causes predominate. Pylorostenoses, both congenital and acquired, impair normal movement of gastric contents from the stomach into the duodenum. This condition is called gastric outlet obstruction (GOO). Clinically it is characterized by persistent nausea and vomiting which result in dehydration, electrolyte imbalances and weight loss. In this manuscript we present the classification of GOO, epidemiology, etiology, symptoms, diagnosis and treatment of both congenital and acquired pyloric stenoses.

© 2016 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

## Wstęp

Zwężenie odźwiernika, czyli pylorostenoz (łac. pylorostenosis, ang. pyloric stenosis), najczęściej spowodowane jest wrodzonym przerostowym zwężeniem odźwiernika i występuje w okresie niemowlęcym. W późniejszym okresie życia przeważają przyczyny wtórne. Zarówno pylorostenoz pierwotna, jak i nabyta, powoduje upośledzenie prawidłowego przemie-

szczenia się treści pokarmowej z żołądka do dwunastnicy. Stan ten jest określany mianem zaburzenia opróżniania żołądka (GOO; gastric outlet obstruction). Może ono wynikać ze zwężenia dystalnej części żołądka, kanału odźwiernika lub proksymalnej części dwunastnicy. Klinicznie cechuje się występowaniem dolegliwości pod postacią uporczywych nudności i wymiotów, które prowadzą do odwodnienia, zaburzeń elektrolitowych i utraty masy ciała.

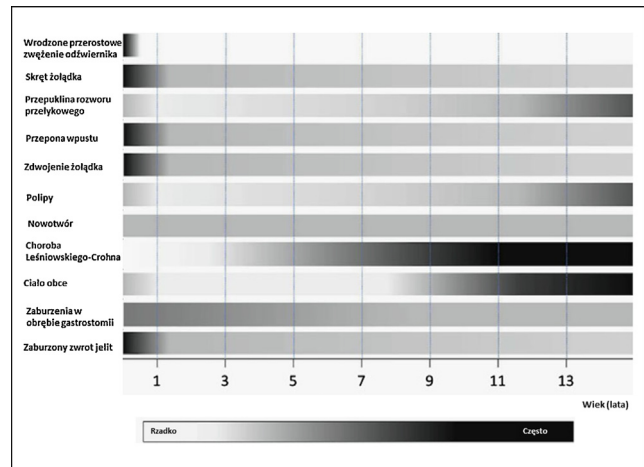
\* Adres do korespondencji: Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, Polska. Tel.: +48 602 484 061; fax: +52 585-40-86.

Adres email: [anetkrog@poczta.onet.pl](mailto:anetkrog@poczta.onet.pl) (A. Krogulska).<http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2016.09.008>

0031-3939/© 2016 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

**Tabela I – Klasyfikacja GOO u dzieci [1]**  
**Table I – Classification GOO in children [1]**

Grupa	Przyczyna
1. Wrodzona	a. Aplazja b. Atrezja c. Membrany oraz wstęgi d. Wewnątrzżołądkowe przegrody
2. Idiopatyczne przerostowe zwężenie odźwiernika (IHPS)	
3. Nabyta	a. Pierwotna nabyta niedrożność na poziomie odźwiernika w niemowlęctwie i dzieciństwie b. Wtórna – choroba wrzodowa – nowotwory – uszkodzenia chemiczne



**Ryc. 1 – Przyczyny zaburzeń opróżniania żołądka u dzieci w zależności od częstości występowania i wieku [2]**  
**Fig. 2 – Causes gastric emptying disorders in children depending on the frequency and age [2]**

## Klasyfikacja niedrożności odźwiernika

Niedrożność odźwiernika u dzieci jest dość rzadkim zjawiskiem. Najczęściej jest spowodowana przez idiopatyczne przerostowe zwężenie odźwiernika (IHPS; idiopathic hypertrophic pyloric stenosis). Inne przyczyny, znacznie rzadsze, zostały przedstawione wg klasyfikacji Sharma w tabeli I [1]. Poszczególne przyczyny GOO w pediatrii, oprócz IHPS, można podzielić zasadniczo na 2 grupy: grupa przyczyn wrodzonych – aplazja, atrezja, membrany oraz wstęgi w okolicy odźwiernika i antrum, a także rzadkie wewnątrzżołądkowe przegrody, takie jak wypustki błony śluzowej lub obecność heterotroficznej tkanki trzustkowej, oraz grupa przyczyn nabytych, w której wyróżnia się podgrupę wtórnych przyczyn GOO (choroba wrzodowa, procesy nowotworowe, uszkodzenia chemiczne po spożyciu substancji silnie drażniących, przewlekła choroba ziarniniakowa, eozynofilowe zapalenie żołądka i jelit) oraz pierwotną nabytą niedrożność na poziomie odźwiernika w niemowlęctwie i dzieciństwie. Ta ostatnia dotyczy specyficznej grupy pacjentów, u których niedrożność odźwiernika występuje epizodycznie w ciągu wielu lat, niezależnie od wieku, bez obecności wewnątrz- lub zewnątrzprzechołnej przyczyny GOO i nazywana jest chorobą Jodhpur [1]. Zależność występowania różnych przyczyn GOO od wieku przedstawiono na rycinie 1 [2].

## Wrodzone przerostowe zwężenie odźwiernika – epidemiologia, objawy, diagnostyka, etiologia, leczenie

### Epidemiologia

Zwężenie odźwiernika u dzieci występuje zazwyczaj w okresie niemowlęcym i spowodowane jest idiopatycznym przerostowym zwężeniem odźwiernika. IHPS jest jedną z częstych wad anatomicznych. Występuje z częstością 1–4 na 1000 żywych urodzeń z przewagą płci męskiej [3]. Rzadziej obserwowane jest u Azjatów oraz Afroamerykanów niż u ludzi rasy białej. Pierwsze dolegliwości pojawiają się zwykle pomiędzy

drugim a ósmym tygodniem życia. Bardzo rzadko zdarza się, aby objawy występowały u starszych niemowląt i u dzieci.

### Objawy

Początkowo objawy ograniczają się do obfitych ulewań, następnie dochodzi do chlustających wymiotów treścią pokarmową po każdym karmieniu (bez domieszki żółci), odwodnienia oraz braku prawidłowego przyrostu masy ciała. Apetyt dziecka jest prawidłowy. W badaniu palpacyjnym obserwowany jest tzw. objaw oliwki – macalny guz w rzucie odźwiernika. Taylor i wsp. [4] przeprowadzili retrospektywne badanie, w którym oceniali częstość występowania objawów klinicznych u dzieci z pylorostenozą. Wymioty bez domieszki żółci były najczęstszym objawem klinicznym występującym u 99,7% pacjentów. Objaw oliwki obserwowany był u 48% dzieci, brak przyrostu masy ciała u 46%, odwodnienie u 32%, a widoczna perystaltyka u 25% badanych. Aczkolwiek wyniki badań laboratoryjnych są zróżnicowane, dominującym zaburzeniem jest zasadowica metaboliczna z hipokaliemią i hipochloremią. Tutaj i wsp. [5] przeprowadzili badanie w grupie 205 pacjentów poniżej 6. miesiąca życia, oceniające częstość zaburzeń wodno-elektrolitowych oraz kwasowo-zasadowych u dzieci z IHPS. Hipokaliemię stwierdzono jedynie u 8% badanych, a hipochloremię u 25%. Najczęściej wyniki badań pomocniczych były prawidłowe.

### Diagnostyka

Istotnym elementem diagnostyki jest wywiad i badanie palpacyjne, w którym można często wymacać przerośnięty odźwiernik, tzw. oliwkę. Obecnie złotym standardem w diagnostyce obrazowej IHPS jest ultrasonografia. Grubość ściany odźwiernika >3 mm i długość jego kanału >15 mm w obrazie USG są powszechnie akceptowanymi wskaźnikami pylorostenozy, charakteryzującymi się 100% czułością

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8579771>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8579771>

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