

Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pepo

Kazuistyka/Case report

Ostre zapalenie trzustki w przebiegu leczenia padaczki kwasem walproinowym u dwojga dzieci

Acute pancreatitis in two children treated with valproic acid due to epilepsy

Agnieszka Borys-Iwanicka, Tatiana Jamer, Barbara Iwańczak*

II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia UM we Wrocławiu, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 24.06.2016

Zaakceptowano: 25.07.2016

Dostępne online: xxx

Słowa kluczowe:

- ostre zapalenie trzustki
- kwas walproinowy
- wodogłowie

Keywords:

- Acute pancreatitis
- Valproic acid
- Hydrocephalus

A B S T R A C T

Valproic acid, frequently used in the treatment of epilepsy, may be one of the causes of acute pancreatitis in children. In our work we have described acute pancreatitis in a 5-year-old girl and a 16-year-old boy who were treated with valproic acid. The girl, with infant cerebral palsy, hydrocephalus, retarded development and epilepsy had been treated with valproic acid for four years. The boy had been treated with valproic acid for three months due to numbness episodes and unspecific pathological changes in EEG. Moreover, the boy had a history of atopic dermatitis in infancy and in the recent days the rash was present on the skin of the chest and lower extremities. In both cases the course of acute pancreatitis was mild and the clinical symptoms as well as laboratory findings subsided after discontinuation of the drug and correction of electrolyte disturbances.

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

Wprowadzenie

Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest chorobą zapalną przebiegającą pod postacią łagodniejszą – obrzękową i postacią martwiczo-krwotoczną o ciężkim przebiegu klinicznym, z dużą liczbą powikłań i wysoką śmiertelnością. Ostre zapalenie trzustki charakteryzuje się nagłym bólem jamy brzusznej często promieniującym do okolicy pleców, wzrostem aktywności enzymów trzustkowych – amylazy i/lub

lipazy w osoczu 3-krotnie powyżej górnej granicy normy, nudnościami, wymiotami oraz zmianami w badaniach obrazowych trzustki: ultrasonografia (USG), tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny [1–4]. Przebieg choroby zależy w dużej mierze od rozwoju i nasilenia procesu zapalnego oraz od powikłań wielonarządowych. Częstość występowania ostrego zapalenia trzustki u dzieci wynosi od 2,4 do 13,2 przypadków na 100 000 dzieci i jest zróżnicowana w zależności od kraju i regionu geograficznego [5, 6]. Według doniesień różnych autorów, częstość występowania OZT

* Adres do korespondencji: II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia UM we Wrocławiu, ul. M. Skłodowskiej-Curie 50/52, 50-369 Wrocław, Polska. Tel./Fax: +48 71-770-30-45/46.

Adres email: barbara@iwanczak.com (B. Iwańczak).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2016.07.006>

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

u dzieci znacząco wzrosła w ostatnich dwu dekadach. Park i wsp. [6] wykazali wzrost zachorowań wynoszący 53% pomiędzy latami 1995–2000 a 2001–2006. Nydegger i wsp. [7] również stwierdzili istotny statystycznie ($p=0,04$) wzrost zachorowań pomiędzy latami 1993–1997 a 1998–2002.

Etiologia ostrego zapalenia trzustki jest wieloczynnikowa i zróżnicowana w zależności od wieku i regionu geograficznego. U dzieci najczęstszą przyczyną są: choroby dróg żółciowych, tępe urazy brzucha, zaburzenia metaboliczne i mutacje genetyczne, choroby układowe, zakażenia wirusowe i bakteryjne, leki i toksyny [7–9]. Około 25% przyczyn ostrego zapalenia trzustki u dzieci nadal pozostaje niewyjaśniona. Natomiast u pacjentów dorosłych najczęstszą przyczyną OZT jest kamica dróg żółciowych, zwężenie dystalnego odcinka przewodu żółciowego wspólnego i choroba alkoholowa. Nydegger i wsp. [7] analizowali przyczyny ostrego zapalenia trzustki u 279 dzieci w wieku od 0,2 do 15,9 roku (średni wiek 10 lat) leczonych w szpitalu dziecięcym w Australii. Najczęstszą przyczyną choroby był uraz brzucha (36,3% dzieci), choroby układowe (22,2%), zaburzenia metaboliczne (5,8%), wady dróg żółciowych (5,4%), leki (3,2%) oraz infekcje wirusowe (2,2%). Park i wsp. [6] wykazali, że wśród leków najczęstszą przyczyną OZT u dzieci był kwas walproinowy (13%), prednizon (12%) i mesalamina (9%).

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na możliwość wystąpienia ostrego zapalenia trzustki w przebiegu leczenia kwasem walproinowym, które obserwowaliśmy u dwojga dzieci w wieku 5 i 16 lat.

Opis przypadków

1. 5-letnia dziewczynka, będąca od pierwszych miesięcy życia pod stałą opieką ambulatoryjną neurologa i oddziału neurologii dziecięcej z powodu wodogłowia, padaczki objawowej, mózgowego porażenia dziecięcego z niedowładem spastycznym czterokończynowym, dużego stopnia upośledzenia rozwoju umysłowego, jedynie z kontaktem wzrokowym, została skierowana do Kliniki bezpośrednio z oddziału neurologii dziecięcej z rozpoznaniem ostrego zapalenia trzustki w przebiegu leczenia padaczki kwasem walproinowym. Dziewczynka urodziła się z ciąży drugiej, bliźniaczej przez cięcie cesarskie w 31. Hbd, w stanie ciężkim z masą ciała 1466 g, 3 pkt. w skali Apgar (drugi bliźniak urodził się martwy). Po urodzeniu przebywała na oddziale intensywnej terapii z rozpoznaniem zakażenia wewnątrzmacicznego, zespołem wykrzepiania śródnaczyniowego, niewydolności nerek. W USG głowy stwierdzono wylewy do komór bocznych mózgu II stopnia. Badanie rezonansem magnetycznym wykazało w obu półkulach mózgowych zmiany przemawiające za encefalomalacją oraz poszerzenie układu komorowego. Przez pierwsze 3 tygodnie życia wymagała wsparcia oddechowego, tlenoterapii, żywienia pozajelitowego. W 8. miesiącu życia wystąpiły napady tonicznego wyprostowania kończyn górnych oraz płaczu, powtarzające się kilka razy dziennie. Z tego powodu dziewczynka była leczona i diagnozowana na oddziale neurologii dziecięcej, gdzie rozpoznano bardzo opóźniony rozwój psychoruchowy, kontakt z dzieckiem

tylko wzrokowy, nie siedzi, układa się odgięciowo, napięcie kończyn górnych i dolnych wzmożone. Zapis EEG był nieprawidłowy, wykazał zmiany patologiczne zlokalizowane w okolicy czołowo-skroniowej lewej. Na podstawie objawów neurologicznych i zmian w EEG rozpoznano mózgowie porażenie dziecięce i padaczkę, rozpoczęto leczenie tegretolem (3×30 mg/dobę), który dziecko tolerowało dobrze, a następnie preparatem kwasu walproinowego, który stosowano przez 4 lata, do wystąpienia objawów OZT. Tydzień przed wystąpieniem OZT do leczenia dołączono pochodną benzodiazepiny. Rozpoznanie OZT zostało ustalone na podstawie wysokiej aktywności amylazy (1149 U/l), lipazy (2387 U/l), CRP (137 mg/dl) w surowicy krwi. Ponadto stwierdzono niewielki wzrost aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz małopłytkowość. W leczeniu zastosowano płyny dożylnie, wstrzymano karmienie doustne oraz odstawiono preparat kwasu walproinowego, zalecając podawanie relanium. Badaniem ultrasonograficznym jamy brzusznej nie uwidoczniło trzustki ze względu na obecność rozdętych pętli jelitowych. W klinice kontynuowano dotychczasowe leczenie z wyrównywaniem zaburzeń wodno-elektrolitowych, uzyskując stopniową normalizację aktywności amylazy i lipazy. Z powodu obserwowanej bradykardii i zwiększonej obecności płynu w worku osierdziowym dziewczynka była diagnozowana w oddziale kardiologicznym, gdzie wykonane 24-godzinne EKG wykazało niemiarywość zatokową bez istotnej bradykardii, a badanie echokardiograficzne serca zmniejszenie płynu w worku osierdziowym do ilości śladowych. Dziewczynkę wypisano do domu z zaleceniem dalszej opieki lekarskiej.

2. 16-letni obecnie chłopiec, z ciąży pierwszej, porodu prawidłowego, urodzony o czasie, z masą ciała 3340 g, 9 pkt. w skali Apgar, karmiony był piersią przez 3 tygodnie, a następnie mieszankami mlecznymi. W okresie niemowlęcym rozpoznano alergię na białka mleka krowiego i atopowe zapalenie skóry. W leczeniu zamiast mieszanek mlecznych zastosowano hydrolizaty kazeiny o wysokim stopniu hydrolizy, a następnie mieszanki sojowe. Od 6. roku życia u chłopca obserwowano incydenty napadowe o charakterze połowicznego drętwienia ciała, bez zaburzeń świadomości. W wykonanym EEG stwierdzono niespecyficzne zmiany patologiczne. W leczeniu stosowano okskarbazepinę, a następnie od 15. roku życia walproinian sodu o przedłużonym uwalnianiu (1000 mg/dobę). W trzecim miesiącu leczenia kwasem walproinowym chłopiec zaczął zgłaszać nudności oraz napadowe bóle brzucha zlokalizowane w podżebrzu lewym, stolce oddawał prawidłowo uformowane, bez domieszek patologicznych. W tym czasie chłopiec był planowo hospitalizowany w oddziale neurologii dziecięcej w celu przeprowadzenia badań kontrolnych. Od czwartej doby pobytu obserwowano u pacjenta nudności oraz nasilone dolegliwości bólowe zlokalizowane w lewym podżebrzu i okolicy łądźwiowej lewej, w piątej dobie hospitalizacji na skórze tułowia i kończyn dolnych pojawiła się obrączkowata wysypka. W wykonanych wówczas badaniach laboratoryjnych wykazano leukocytozę (WBC – 20,0 G/l), podwyższone stężenie białka C-reaktywnego (CRP – 45 mg/dl) oraz podwyższoną aktywność amylazy w surowicy krwi

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8580007>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8580007>

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