

Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

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

Kazuistyka/Case report

Atypowy obraz wgłobienia jelita u 5-letniej pacjentki

Atypical image of intussusception in 5-year-old patient

Magdalena Kleszyk^{1,*}, Jarosław Kwiecień², Edyta Machura²,
Anna Jarzumbek¹, Żaneta Malczyk¹, Katarzyna Ziara²

¹Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, SUM w Katowicach, Studium Doktoranckie, Polska

²Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, SUM w Katowicach, Katedra i Klinika Pediatrii w Zabrze, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 19.06.2015

Zaakceptowano: 18.08.2015

Dostępne online: 31.08.2015

Słowa kluczowe:

- ból brzucha
- wgłobienie jelita
- polip jelita grubego
- kolonoskopia

Keywords:

- Abdominal pain
- Intussusception
- Intestinal polyp
- Colonoscopy

A B S T R A C T

Abdominal pain in children is a common symptom of intussusception, which is usually connected with vomiting and bloody stools. In the majority of cases of intussusception in children the etiology is unknown and the main point of diagnostics is abdominal ultrasound. This case describes a 5-year-old girl with recurrent abdominal pain, bloody stools and weight loss. The abdominal USG did not reveal any pathology, but during colonoscopy we found intestinal polyp. The next step was surgical operation which showed that this image of polyp was imitated by intussusception. The aim of this article is presentation of diagnostic difficulties in pediatric patient with non-typical gastrointestinal symptoms.

© 2015 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

Wstęp

Nawracający ból brzucha, zwłaszcza budzący dziecko w nocy lub zlokalizowany z dala od pępka, oraz krwawienie z przewodu pokarmowego to częste objawy alarmowe

w chorobach przewodu pokarmowego, których występowanie zobowiązuje do poszerzenia diagnostyki gastroenterologicznej. Do innych tzw. czerwonych flag zalicza się: ubytek masy ciała niezwiązaną z dietą, zaburzenia rytmu wypróżnień, wymioty, dysfagię, gorączkę, zmiany okołoodbytnicze, objawy skórne, stawowe i okulistyczne, a także dodatni

* Adres do korespondencji: Katedra i Klinika Pediatrii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. 3 Maja 13-15, 41-800 Zabrze, Polska. Tel.: +48 32 370 42 67; fax: +48 32 370 42 92.

Adres email: madzia.am@gmail.com (M. Kleszyk).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2015.08.002>

0031-3939/© 2015 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

wywiad rodzinny w kierunku przewlekłych chorób przewodu pokarmowego lub chorób o podłożu autoimmunologicznym.

Bóle brzucha można podzielić na ostre i przewlekłe oraz psychogenne, organiczne i czynnościowe, które występują najczęściej. Przyczyny organicznych bólów brzucha różnią się w zależności od wieku, w jakim występują, i tak u noworodków zwykle związane są z martwicznym zapaleniem jelit oraz z wadami wrodzonymi przewodu pokarmowego, u niemowląt natomiast najczęstszym ich powodem jest wgłobienie, uwięźnięta przepuklina pachwinowa, zapalenie wyrostka robaczkowego oraz uraz jamy brzusznej. W okresie przedszkolnym i szkolnym dominującą przyczyną staje się zapalenie wyrostka robaczkowego, a także urazy, choroba wrzodowa oraz skręt jądra lub torbieli jajnika [1-3].

Celem pracy jest przedstawienie możliwych trudności diagnostycznych w dolegliwościach dotyczących przewodu pokarmowego na przykładzie 5-letniej pacjentki z bólem brzucha oraz obecnością świeżej krwi w stolcu.

Opis przypadku

5-letnia dziewczynka została skierowana do Oddziału Gastroenterologii Dzieci z podejrzeniem nieswoistego zapalenia jelit. W ciągu miesiąca poprzedzającego hospitalizację dziewczynka skarżyła się na stopniowo nasilające się skurczowe bóle brzucha i epizody stolców z domieszką świeżej krwi, zaobserwowano również ubytek masy ciała o 4 kg. Ponadto w tym czasie dziewczynka była trzykrotnie hospitalizowana z powodu odwodnienia w przebiegu nieżyty żołądkowo-jelitowego w szpitalu miejskim. Zarówno podczas pierwszej jak i drugiej hospitalizacji, z których każda trwała 3 dni, u dziewczynki występowały wodniste stolce, silne bóle brzucha oraz osłabienie, które ustępowały po włączonym leczeniu objawowym (nawodnienie pozajelitowe, No-Spa, Smecta, probiotyk). Podczas trzeciej hospitalizacji dodatkowo obserwowano wymioty oraz obfite luźne stolce z domieszką śluzu i krwi, w związku z czym do leczenia włączono metronidazol i trimetoprim z sulfametoksazolem, nie uzyskując jednak spodziewanej poprawy. Wykonane badania obrazowe – RTG przeglądowe jamy brzusznej oraz USG jamy brzusznej – nie wykazały nieprawidłowości (Ryc. 1). Ze względu na podejrzenie, że przyczyną dolegliwości może być nieswoista choroba zapalna jelit, pacjentkę po 5 dniach hospitalizacji przekazano do Oddziału Gastroenterologii Dzieci w celu poszerzenia diagnostyki.

Przy przyjęciu do Oddziału Gastroenterologii Dzieci dziewczynka była cierpiąca, osłabiona, w badaniu fizykalnym stwierdzono suchą skórę z przeczosami, zez zbieżny oka prawego, wadę zgryzu, zęby zmienione próchniczo, w badaniu *per rectum* stolec półpłynny z domieszką świeżej krwi. Brzuch był miękki, okresowo tkliwy, nieco wzdęty, natomiast perystaltyka była prawidłowa, a objawy otrzewnowe ujemne. Wyniki wykonanych badań laboratoryjnych wykazały podwyższone wskaźniki stanu zapalnego (CRP = 14,46 mg/l; norma: 0-5 mg/l) oraz obniżone stężenie żelaza (Fe = 5,4 umol/l; norma: 5,83-34,5 umol/l). Pozostałe wyniki podstawowych badań laboratoryjnych były prawidłowe.



Ryc. 1 – Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej wykonane u opisywanej pacjentki w trakcie nasilenia objawów bólowych w obrębie jamy brzusznej – obraz prawidłowy
Fig. 1 – Abdominal X-ray, which was performed in our patient during abdominal pain – the correct result

Ze względu na istotne podejrzenie ujawnienia się nieswoistej choroby zapalnej jelit zaplanowano pilne uzupełnienie diagnostyki o badania endoskopowe przewodu pokarmowego. W gastroskopii stwierdzono dwie nadżerki wpustu żołądka, poza tym górny odcinek przewodu pokarmowego był bez zmian. W kolonoskopii nie stwierdzono makroskopowych zmian w odbytnicy, esicy i zstępnicy. Za zagięciem śledzionowym zauważalne były ślady świeżej krwi, a w połowie poprzecznicy uwidoczniono dużą zmianę polipowatą o wyraźnie ciemniejszej i nieco nieregularnej powierzchni, bez wyraźnej szypuły, niemal całkowicie zamykającą światło jelita (Ryc. 2). Jej średnicę oceniono na ok. 5 cm. Badania nie kontynuowano, wynik badania zgłoszono Oddziałowi Chirurgii Dziecięcej. Po badaniu pacjentka skarżyła się nadal na silne kolkowe bóle i wzdęcie brzucha, z tego powodu, podejrzewając spowodowaną przez dużego polipa niedrożność przewodu pokarmowego, zdecydowano o pilnym przekazaniu dziecka do Oddziału Chirurgii Dziecięcej, gdzie tego samego dnia wykonano laparoskopię z eksploracją jelita grubego. Śródoperacyjnie stwierdzono w obrębie jelita grubego obecność wiśniowoczerwonego tworzywa wyglądem przypominającego polip, zamykającego światło jelita, jednak ocena śródoperacyjna i eksploracja

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8580074>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8580074>

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