

BRONCHOPNEUMONIE JAKO EXTRA-ABDOMINÁLNÍ PŘÍČINA AKUTNÍ BOLESTI BŘICHA U DĚTÍ

doc. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹, MUDr. Kamila Michálková², MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.¹, MUDr. Dagmar Mayerová¹, MUDr. Elena Mikušková¹

¹Dětská klinika, ²Radiologická klinika FN a LFUP v Olomouci

Bolest břicha, akutní nebo chronická, patří mezi časté a běžné potíže u dětí. Ačkoli patofyziologie tvorby a vnímavosti bolesti je dnes již lépe objasněna, abdominální potíže (dyskomfort) zůstávají i nadále souhrnem často nespecifických příznaků. Nicméně u malého počtu dětí bolest břicha reprezentuje důležitý ukazatel nemoci. I když převážná většina dětí s akutní bolestí břicha je primárně vyšetřována pediatrem, chirurgicky řešitelné příčiny bolesti břicha vyžadují okamžitou diagnózu a intervenci s neodmyslitelným přispěním chirurga. Tři nejčastější chirurgické naléhavé případy u dětí s akutní bolestí břicha jsou inkarcerovaná inguinální hernie, invaginace a akutní apendicitida. Heterogenní povaha akutní bolesti břicha u dětí může často způsobit diagnostické potíže. Extraabdominální příčiny akutní bolesti břicha jsou v dětském věku velmi časté, z nich infekce horních a dolních cest dýchacích (bronchitidy, astma, pneumonie) tvoří až 64 % ze všech netraumatických akutních bolestí břicha dětského věku.

Anamnéza: pětiletý chlapec s fyziologickou novorozenou anamnézou, kojený 8 měsíců, skríníng negativní, vážněji nemocen zatím nebyl. Matka dítěte byla dispenzarizována pro idiopatickou juvenilní artritidu, nyní je již bez medikace.

Chlapec je nemocen 2 dny: teploty do 39 °C, má difúzní bolesti břicha, bolest levého ramínka bez omezené hybnosti, při mohutném vyprázdnění stolice rodiče pozorují čerstvou krev na papíře. Opakovaně je vyšetřen chirurgem pro podezření na náhlou příhodu břišní. Dítě nezvrací, bolesti břicha se stupňují při palpaci, hydratován je dostatečně, pokašlává.

Laboratorní vyšetření: Krevní obraz (2 dny před přijetím na kliniku): leukocyty $20,0 \times 10^9/l$, segmenty 57 %, tyče 30 %, CRP 20,0 mg/l, moč + sediment negativní. Následující den již CRP: 122,4 mg/l.

Stolice nebyla na mikrobiologické vyšetření odebrána. Ve výtěru z krku předběžně haemophilus sp. 2+.

Při přijetí teplota 38 °C, pacient je unavený, schvácený, bledý, hraničně hydratován, nosohltan klidný, bříško volně prohmatné, vpadlé, bez hmatné rezistence, bez organomegalie, ale jednoznačně udává citlivost v pravém hypo-

gastriu při hluboké palpaci, bez peritoneálního dráždění. Na srdci fyziologický nález, pulz 128/min. Lumbální krájiný nebolestivý, genitál chlapecký, obě varlata v šourku. Klouby nebolestivé, bez otoků, levé rameno bez patologického nálezu, hybnost neomezena. Kůže bez eflorescencí, neurotopický nález fyziologický. Dýchání: vlevo bazálně naznačené oslabení, bez vedlejších fenoménů.

Laboratorní vyšetření při přijetí: FW 90/105 mm, CRP 120 mg/l, krevní obraz: Hb 103 g/l, erytrocyty $3,52 \times 10^{12}/l$, trombocyty $220 \times 10^9/l$, leukocyty $12,8 \times 10^9/l$, granulocyty 75,6 %, lymfocyty 17,2 %, monocytů 6,8 %, eosinofily 0,3 %, basofily 0,1 %, moč + sediment opakovaně negativní. Výtěr z krku: Streptococcus pneumoniae s dobrou citlivostí na antibiotika. Sérologické vyšetření na průkaz chlamydie a Mycoplasma pneumoniae negativní.

RTG vyšetření plic (obrázek 1): vlevo bazálně homogení zastínění dolního laloku splývající se stínem bránice, kterou nelze dobře ohraničit. Vpravo normální nález. Srdce není zvětšeno. Závěr: pneumonie v dolním laloku levé plic, malé množství tekutiny vyloučit nelze. Následující den je provedena ultrasonografická kontrola: sonografické vyšetření levé poloviny hrudníku – jen minimální anecho-

Obrázek 1.



Obrázek 2.



genní proužek nad bránicí – asi 2 mm široký, kondenzace plicní tkáně dolního laloku levé plice zánětlivého charakteru.

Průběh hospitalizace: po stanovení diagnózy levostranné pleuropneumonie zahajujeme antibiotickou léčbu Zinnatcem i. v. (další 3 dny Zinnat sirup). Podáváme přechodně parenterálně krystaloidy, provádíme inhalace a dítě dostává expektorancia. Třetí den hospitalizace vrchol hladiny CRP: 220,5 mg/l, stav se poměrně rychle upravuje, dítě je třetí den již trvale afebrilní a na bolest břicha si nestěžuje. Kontrolní laboratorní vyšetření v den propuštění (7. den): Hb 114 g/l, erytrocyty $3,95 \times 10^{12}/l$, trombocyty $296 \times 10^9/l$, leukocyty $5,9 \times 10^9/l$, lymfocyty 57,8 %, granulocyty 33,7 %, monocytů 4,3 %, eosinofily 3,6 %, basofily 0,6 %. CRP 10,3 mg/l.

Rentgen plic (obrázek 2): plicní parenchym je bez čerstvých ložiskových a infiltrativních změn. Plicní kresba je přiměřená. Bránice jsou hladké, zevní úhly jsou volné. Stín srdeční je přiměřené velikosti a tvaru.

Chlapec se obtížně vyprazdňuje, při tuhé stolici občasná enteroragie. Per rectum je nález fyziologický, není patrná fissura. Gastroenterolog doporučuje přechodně laktulózu a lyofilizovaný *Lactobacillus acidophilus*. V případě přetrvávající enteroragie je doporučena rektoskopie.

Diskuze

Akutní bolest břicha patří mezi časté potíže u dětí (3). I když převážná většina dětí je vyšetřována pediatrem, chirurgicky řešitelné příčiny bolesti břicha vyžadují okamžitou diagnózu a intervenci (2). Heterogenní povaha akutní bolesti břicha u dětí může často způsobit diagnostické potíže. Extraabdominální příčiny akutní bolesti břicha jsou v dětském věku velmi časté (tabulka 1), z nich pak infekce horních a dolních cest dýchacích (bronchitidy, astma, pneumonie) tvoří převážnou většinu (64 %) všech netraumatických akutních bolestí břicha dětského věku. Scholer a spol. (1) vyšetřili 1 141 dětí ve věku 2–12 let s akutní, netraumatickou bolestí břicha. Až u 59 % dětí byla příčinou faryngitida nebo virový respirační syndrom, v 15,6 % se příčinu nepodařilo objasnit, gastroenteritida vyvolala bolest břicha v 10,9 %, bronchitida nebo astma (2,6 %), pneumonie (2,3 %), zácpa (2 %) a infekce močových cest (1,6 %). Akutní apendicitida byla v uvedeném souboru diagnostikována pouze u 10 dětí (0,9 %) – u 3 z nich byla správná diagnóza určena až při opakované návštěvě dětského lékaře. Důvodem hospitalizace našeho pacienta byla hraniční hyd-

Literatura

- Scholer S. J., Pituch K., Orr D. P., Dittus R.S. Clinical outcomes of children with acute abdominal pain. *Pediatrics* 1996; 98: 680–685.
- Irish M. S., Pearl R. H., Caty M. G., Glick P. L. the approach to common abdominal diagnosis in infants and children. *Pediatr. Clin. N. Am.* 1998; 45: 729–772.

Tabulka 1. Akutní bolest břicha – extraabdominální příčiny

1. Respirační trakt
infekce horních cest dýchacích: faryngitida (bronchitida), virový febrilní syndrom bronchitida/astma pneumonie (často s pleurální složkou)
2. Kardiovaskulární systém
perikarditida hypertenzní krize revmatická horečka
3. Centrální nervový systém, mícha, periferní nervy
abdominální epilepsie nádory centrálního nervového systému herpes zoster tuberkulózní spondilitida nádory míchy intervertebrální discitida migréna
4. Krvetvorba
hemolytická anémie (krize) akutní leukémie (nekrotizující tyfilitida – jako komplikace agresivní chemoterapie) Henochova-Schönleinova purpura (před/po „výsevu“ kožních projevů) hemofilie (retroperitoneální krvácení)
5. Močový systém
infekce močových cest (pyelonefritida)
6. Metabolické příčiny
diabetická ketoacidóza hypoglykémie hyperlipoproteinémie (ataky kolikovitých bolestí) otrava olovem hyperparatyreoidismus Addisonova nemoc teofylinová toxicita
7. Různé
idiopatická juvenilní artritida systémový lupus erythematosus periarteritis nodosa

ratace, febrilní stav, bolest břicha lokalizovaná do pravého hypogastria a vysoké laboratorní známky zánětu (leukocytóza s posunem doleva, proteiny akutní fáze, sedimentace). Příčinou tohoto stavu byla pleuropneumonie levého plicního laloku, která byla zapříčiněna infekcí *Streptococcus pneumoniae*. Akutní apendicitida, která byla z diferenčně diagnostického hlediska další možnou příčinou bolesti břicha, je ve většině případů doprovázena podobnou klinikou i laboratorní symptomatologií. Kauzální antibiotická léčba vedla k rychlé klinické, rentgenologické i laboratorní úpravě.

- Patel H. Abdominal pain in children. In: Evidence-based pediatrics Feldman W., B. C. Decker Inc., Hamilton, 2000.