

NĚKOLIK POZNÁMEK CHIRURGA K DUODENÁLNÍ OBSTRUKCI U DĚTÍ

MUDr. Zdeněk Zlámal, CSc.

I. chirurgická klinika FN Olomouc

Poruchy pasáže v oblasti dvanáctníku jsou v klinické praxi dětského chirurga běžnou, poměrně dobře známou a většinou i snadno řešitelnou záležitostí. Z etiologického hlediska můžeme poruchy pasáže duodenem dělit na stavy, které jsou vrozené, a stavy, jejichž příčina se vyvinula až po narození. Důležité pro diagnostiku duodenální obstrukce je to, zda obstrukce je trvalá, nebo intermitentní, a také to, zda je úplná, tedy duodenum zcela uzavírající, nebo jen částečná, kdy jistá porce pasáže projde.

Z klinického pohledu je duodenální obstrukce velmi závažný stav, který může bezprostředně, výrazně a velmi rychle ovlivnit prosperitu jedince. Masivní zvracení, doprovázející stop pasáže duodenem, způsobí prakticky v průběhu 24–48 hodin katastrofální dehydrataci, doprovázenou těžkou metabolickou alkalózou s minerálním rozvratem a tím zhroucení celé homeostázy. Toto nebezpečí vždy musí alarmovat naši pozornost.

Duodenální obstrukce můžeme rozdělit na:

A) Vrozené

1. Atrezie duodena
 - membranózní
 - kompletní arterie celé stěny
2. Poruchy rotace
 - Laddův syndrom
 - hyperfixace duodena
 - arteriomezenterální uzávěr
3. Vrozené stenózy
4. Pancreas anulare
5. Anomální průběh porty

B) Získané

1. Cysty
2. Postulcerózní zjizvení
3. Poúrazový hematom
4. Benigní tumory duodena

Diagnostické ani léčebné problémy obvykle nečiní akutní novorozenecké stavy jako duodenální atrezie a vzácný Laddův syndrom, kde bývá masivní zvracení doprovázené typickým nálezem na prostém rtg břicha ve visu. Duodeno-duodeno-anastomóza (DDA) vyřeší atrezii. Derotace střevních kliček do nonrotačního postavení a uvolnění duodena je řešením pro Laddův syndrom. Vrozené duodenální stenózy jsou dobře radiologicky poznatelné při pasáži vodním kontrastem. Léčebně obvykle uspějeme s DDA. Duodenální obstrukci obturačního typu, např. benigním tumorem (adenom, lipom, leiomyom), můžeme rovněž poznat na rtg pasáží s kontrastem a velmi přínosné je i vyšetření endoskopické. Nemusíme vždy vystačit s prostou excísi. Zcela výjimečně je nutné být připraven i na resekci event. duodeno-pankreatektomií, což je významně náročnější. Bude-li trvalý útlak duodena z vnějšku (cysta choledochu, posttraumatická pseudocysta slinivky, tumor, hematom z okolí), je velkým diagnostickým přínosem počítačová tomografie (CT) nebo vyšetření magnetickou rezonancí (MR). Řešení bývá rozličné, hematom a pseudocystu můžeme drénovat, cysty choledochu a tumor je třeba dle možnosti odstranit.

Značné diagnostické potíže a tím i výrazné ztížení terapeutického rozhodnutí vznikají v situaci, kdy duodenální obstrukce má intermitentní charakter a lumen duodena je komprimováno neúplně. Naštěstí takové stavy jsou vzácné. Nemocní v takových případech střídají v různých velkých intervalech období plného zdraví a prosperity s několikanásobným obdobím různě intenzivního vysokého subileu až ileu. Aby vyšetřovací úsilí vedlo k diagnóze, mělo by se realizovat jen v době, kdy jsou potíže. Po jejich vymizení je naděje na stanovení diagnózy výrazně menší. Takovou obstrukci může působit anulární pankreas, kdy prstenec kolem duodena není zcela uzavřený. Pasáž zúženým duodenálním lumenem je s jistým omezením možná až do okamžiku ucpání, které se buď spontánně uvolní, nebo vede k akutní operaci. Pokud se průběh nevyhročí do operace, nevýrazný klinický obraz občasných zvracení nás ponechává v diagnostické nejistotě. Přínosem by jistě bylo vyšetření MR. Před mnoha lety jsme měli takového zvracejícího kojence, u něhož bylo duodenum zevně utlačováno pankreatem. Bylo to nalezeno až při operaci a stav byl definitivně vyřešen duodeno-jejuno-anastomózou. Obtížně diagnostikovatelný může být i arteriomezenterální uzávěr duodena (AM). Horizontální oddíl duodena je intermitentně, jako tětívou, utlačován cévní stopkou horní mezenterální arterie, která vstupuje do mezenteria za situace, kdy je při kongenitální absenci radixu mezenteria vytvořeno společné mezenterium. Klinický obraz této diagnózy je skromný a je dán jen občasným, různě intenzivním zvracením a někdy chronickým neprosíváním. K diagnóze nás může posunout pečlivě skiaskopicky sledovaná hypotonická duodenografie, kdy lze na horizontální duodenální porci odhalit zářez „tětivy“ mezi dilatovanou orální částí a kolabovanou částí aborální, téměř již Treitzovou kličkou. Jistotu diagnózy ale přinese až operační nález. Rozhodování o operační revizi bývá těžké zvláště tam, kde nemocný z dlouhodobého pohledu prospívá celkem dobře a epizody zvracení se na celkovém stavu nemocného projevují málo a jsou proto bagatelizovány. Někdy lékaře z diagnostického tápání vysvobodí prudké zhoršení potíží, které si vynutí akutní operační revizi. Léčili jsme 14letého, statného sportovce, který jako kojeneček byl 2× pro masivní zvracení hospitalizován (vyšetření tehdy nic neprokázalo), později nebyval nemocen, zvracel jen velmi sporadicky a zcela normálně a zdravě se vyvíjel. Byl opět přijat do okresní nemocnice až ve 14 letech pro bolest břicha a masivní zvracení, bez jakékoliv diagnosticky přínosné anamnézy. Po dvou dnech vyšetřování byl v těžkém stavu, somnolentní, přeložen z okresního

oddělení na dětskou kliniku, kde jsme stav při nálezů dvou velkých hladin kontrastu v žaludku a duodenu diagnostikovali jako uzávěr duodena v horizontální části. Po intenzivní, několikahodinové úpravě vnitřního prostředí byl chlapec operován. Nález AM-uzávěru byl potvrzen a vyřešen duodeno-jejunální anastomózou. Jako operační výkon připadá do úvahy také derotace střeva do nonrotace tím, že se celé střevo podvleče okénkem pod duodenem. Z našeho archivu bychom vyhledali za posledních 15 let asi 10 podobných nemocných, z nichž většina nekončila tak jednoznačnou operační indikací a dočkala se operace z rozpaků jako diagnostického ultimatum refugium.

Přesnou diagnózu jsme nestanovili ani u čtyřletého chlapce, jehož decursus morbi je předmětem předchozího sdělení (prof. Mihál a kolektiv). Zde byl příčinou intermitentní poruchy duodenální pasáže anomální průběh hepatální porty, tedy zcela raritní, výjimečný stav. Uspěli jsme opět s bulbo-jejunální anastomózou.

I u trvalých duodenálních obstrukcí mohou být obtíže při předoperačním stanovení příčiny. Vyšetřovali jsme 16letou dívku, kde na rtg pasáží byla zřetelná stenóza duo-

denálního bulbu. Domnívali jsme se, že jde o postulcerózní zúžení. Při operaci jsme našli krom enormní dilatace žaludku duodenální bulbus v rozsahu 4–5 cm silně prosáklý, tuhý, infiltrovaný. Byli jsme nuceni provést šetrnou resekci antra a postiženého úseku duodena a pasáž obnovili Roux-kličkou na žaludeční pahýl. Z principu jsme odmítli gastro-entero-anastomózu, která z dlouhodobého hlediska přináší vředové potíže a komplikace. Při prohlídce preparátu jsme nebyli uspokojeni, protože jsme nenalezli ani vřed, ani typické zjizvení. Překvapení nám přichystal patolog, který v resekátu popsal známky Crohnovy choroby. V literatuře jsou zprávy i o gastroduodenální lokalizaci poruch parasympatické inervace, jejímž důsledkem může být významná porucha pasáže. Vlastní zkušenost zde nemáme.

Závěrem bychom chtěli zdůraznit, že dětský chirurg při déle trvající a nebo intermitentní poruše pasáže duodenem při diagnosticky bezefektním vyšetřování postiženého dítěte by neměl s probatorní operační revizí čekat až na alarmující devastaci celkového stavu malého pacienta.