

Perforovaný Meckelův divertikl u 11letého chlapce

MUDr. Martin Holas

Dětská chirurgie, Oblastní nemocnice Kolín, a. s.

Autor prezentuje případ 11letého pacienta, který byl akutně operován pro peritonitidu. Práce pojednává o méně obvyklé perforaci střeva, kdy příčinou byla vředová léze Meckelova divertiklu.

Klíčová slova: Meckelův divertikl, perforace, peritonitida.

Perforated Meckel's diverticulum in an 11-year-old boy

The author presents the case of an 11 year old patient who undertook an acute surgery for peritonitis. The work deals with less common bowel perforation, which was caused by an ulcerative lesion of Meckel's diverticulum.

Key words: Meckel's diverticulum, perforation, peritonitis.

Úvod

Meckelův divertikl je pozůstatek ductus omphaloentericus, jehož proximální část u střeva perzistuje jako střevní výchlupka. V běžné populaci je prevalence mezi 0,3 % a 2,9 %. Nachází se 7 až 200 cm proximálně k ileocekální chlopni (průměrně 50 cm), a to na antimezenterické straně ilea. Bývá 0,4 až 11,0 cm dlouhý a 0,3 až 7,0 cm široký. Divertikl může obsahovat heterotopickou sliznici, nejčastěji žaludeční, vzácněji pankreatickou nebo obojí. Většina divertiklů je asymptomatická. Z dětských symptomatických pacientů má 47 % střevní obstrukci, 26 % krvácení do zažívacího traktu (častěji chronické než akutní) a 20 % zánět jako prezentující příznak, méně častá je umbilikální píštěl či granulom. Perforace Meckelova divertiklu na základě ulcerace heterotopické sliznice je v literatuře popisována velmi řídko.

Kazuistika

11letý chlapec byl akutně přijat na Oddělení dětské chirurgie v Kolíně pro týden trvající křečovitě bolesti břicha v okolí pupku. V den příjmu bolestivost výraznější. Opakovaně zvracel, stolici měl řídkou, bez

příměsí, močil bez potíží, afebrilní, bez známek nachlazení. Dietní chyba byla negována. Anamnesticky se s ničím neléčil, vývoj až dosud bez potíží, bez poruchy prospívání.

Při vstupním klinickém vyšetření pacienta dominovala výrazná palpační bolest v levém mezogastriu, břicho vzedmuté, s peritoneálním drážděním. Peristaltika výrazně obleněná. Per rectum nálezně řídké stolice bez známek meleny či enterorhagie. Laboratorně byla přítomna elevace zánětlivých parametrů (leukocyty 15,9 tisíc, CRP 18 mg/l). Jinak bez odchylek v krevním obraze či biochemii.

Na vstupním ultrazvuku břicha byl popsán: v levém mesogastriu v blízkosti pupku patrný obraz invaginace, zřejmě na tenkém střevě s koncentrickým obrazem solenoidu o průměru asi 20 mm. Doppler prokázal zachovalou vaskularizaci stěn. V okolí mírně edematózní ztlustění stěny tenkých kliček. V dutině břišní v malé pánvi prokázáno velmi malé množství volné tekutiny.

Pacient lační, zavedena infuzní terapie, sledován.

Kontrolní ultrazvukové vyšetření s odstupem 2 hodin zaměřené na střevní kličky: obraz

invaginace viditelný na předchozím UZ již nebyl zachycen. Zvýšená plynová náplň tračníku. Rtg nativ břicha vestoje, kde byl patrný diskretní srpek projasnění pod pravou bránicí – bez známek ileu, bez hladin tekutého obsahu – viz obr. č. 1.

Po konzultaci s radiologem indikována low dose CT břicha k potvrzení a eventuálně nalezení zdroje pneumoperitonea. Na nativním CT bylo potvrzeno pneumoperitoneum – vícečetné drobnější bublinky. Dále bylo patrné tubulární prosáknutí v mezogastriu vpravo v délce cca 4–5 cm, šíře 2 cm – mohlo by se jednat o zanícený a perforovaný Meckelův divertikl, s jistotou ale nelze říci. Volná tekutina v dutině břišní. Jinak CT nativně bez výraznějších odchylek – viz obr. č. 2.

Na základě klinických a paraklinických vyšetření byla po přípravě pacienta indikována laparotomie. Z dolní střední laparotomie proniknuto do dutiny břišní, kde nalezeno nevelké množství mírně zkaleného výpotku. Cérum klidné, appendix krátký, jemný, bez zánětlivých změn. Na ileu cca 60 cm od Bauhinské chlopně nalezen na širší stopce vakovitě rozšířený Meckelův divertikl s okrouhlou perforací. Divertikl byl snesen lineárním cutterem. Sanace dutiny břišní a uzávěr po anatomických vrst-

INZERCE

Obr. 1. Rtg nativní snímek břicha vestoje
Diskrétní srpkovité projasnění pod pravou brániční klenbou – známka pneumoperitonea



Obr. 2. Low dose CT břicha
Tubulární prosáknutí v mezogastriu vpravo v délce cca 4,3 cm



Obr. 3. Low dose CT břicha
Tubulární prosáknutí v mezogastriu vpravo v šíři 1,98 cm



vách. Po výkonu byl pacient hospitalizován na dětské jednotce intenzivní péče s obvyklou monitorací vitálních funkcí, infuzní terapií, analgezií a širokospektrými antibiotiky.

Histologické vyšetření resekátu prokázalo Meckelův divertikl s heterotopickou žaludeční sliznicí (místy též okrsek pankreatické heterotopie) s transmurální ulcerací, perifokálně

byly patrné fibrinózně purulentní zánětlivé změny. Ve vyšetřeném rozsahu nebyly nalezeny známky malignity.

Na standardní oddělení byl pacient přeložen třetí pooperační den s plně obnovou pasáže zažívacího traktu a perorálním příjmem. Další průběh hospitalizace bez komplikací a desátý pooperační den byl propuštěn do ambulantní péče s per primam zhojenou operační ranou. V den dimise bylo provedeno kontrolní ultrazvukové vyšetření břicha s nálezem: střešní kličky v pravém hypogastriu s mírně edematózní střešní stěnou, okolní vazivo prosáklé, více prokrvené, bez ložiskového nálezu v okolí. Bez volné tekutiny v dutině břišní. Při poslední ambulantní kontrole 6 týdnů od operace byl pacient zcela bez potíží, s normální pasáží a pevnou jizvou předán do péče svého praktického lékaře.

Diskuze

S případem perforovaného Meckelova divertiklu se v klinické praxi příliš často nsetkáváme. Častější jsou komplikace způsobené krvácením do zažívacího traktu nebo jeho obstrukce.

Při klinických příznacích indikujeme přijetí pacienta na lůžko, provedení laboratorních vyšetření, rtg a uz vyšetření. Jako následnou zobrazovací metodu volíme CT břicha, pokud nejsou předchozí vyšetření výtěžná a neobjasňují příčinu potíží pacienta.

K diskuzi je jisté správnost indikace CT vyšetření, neboť již samotné pneumoperitoneum na nativním RTG snímku je samo o sobě dostatečnou indikací k revizi břicha.

Lze provést i laparoskopickou revizi břicha a případné snesení divertiklu laparoskopicky.

Závěr

Kazuistiku prezentujeme vzhledem k velmi řídkému výskytu perforace Meckelova divertiklu.

Meckelův divertikl je ve většině případů asymptomatický. Může však způsobovat závažné stavy. Proto je třeba mít jej na paměti. Důležitá je včasná diagnostika a následně navazující operační léčba.

Literatura u autora
a na www.pediatricpropraxi.cz