

JAKÁ JE VAŠE DIAGNÓZA?

MUDr. Jarmila Vospělová¹, MUDr. Hana Fléglová¹, MUDr. Pavel Geier¹, MUDr. Eva Klásková¹,
MUDr. Michal Konečný, Ph.D.²

¹Dětská klinika LF UP a FN, Olomouc

²II. interní klinika LF UP a FN, endoskopické pracoviště, Olomouc

Třináctiletý chlapec byl přijat na dětské oddělení spádové nemocnice pro noční epizodu **zvracení s příměsí krve**. Matka popisovala ve zvracích zbytky stravy a krevní koagula. Při přijetí si stěžoval na motání a bolesti hlavy, jedenkrát zvracel, bez krve. Byl afebrilní, TF 85/min, s fyziologickým somatickým nálezem. Krvácení z dutiny ústní či nosu popíral. Ve vstupních laboratorních vyšetřeních byl Hb 107 g/l, urea 10,27 mmol/l, FW 30/50, koagulační a biochemické parametry i UZ břicha v normě. Třetí den hospitalizace se objevila **meléna**. Chlapec se cítil slabý, byl nápadně bledý, měl tachykardii 120/min. V kontrolním krevním obrazu došlo k poklesu Hb na 55 g/l. Byl zajištěn infuzí krystaloidů, H₂-blokátorem, transfuzí erytrocytárního koncentrátu a následně přeložen na JIP Dětské kliniky k dalšímu řešení.

Rodinná anamnéza: Rodiče i sourozenci jsou zdraví.

Osobní anamnéza: Chlapec je ze druhé fyziologické gravidity ukončené v termínu

spontánním porodem záhlavím. Porodní hmotnost 4 000 g, délka 50 cm. Poporodní adaptace proběhla bez komplikací. Prospíval dobře. Dosud vážněji nestonal, neměl žádný úraz ani operaci, neužíval žádné léky. V posledních šesti měsících si stěžoval na epizody několik dní trvajících křečovitých bolestí břicha, které lokalizoval do nadbřívku a kolem pupku. Někdy byly provázeny nauzeou a zvracením. Občas ho budily ze spánku. Potíže s vyprazdňováním neměl, hmotnostní úbytek také ne. Při dietních opatřeních se stav vždy upravil. Absolvoval ultrazvuk břicha s fyziologickým nálezem. Dále vyšetřován nebyl.

Při přijetí na JIP DK byl plně při vědomí, bledý, s mírnou sinusovou tachykardií 110/min, hraničním TK 135/80 mmHg. Dýchání volné, čisté. Břicho měkké, volně prohmatné, palpačně zcela nebolestivé, bez hmatné rezistence, bez organomegalie. Kapilární návrat hraniční. Per rektum byla přítomna melenózní stolice.

Žilní linky měl zajištěny v obou kubitách. Bolesti břicha důsledně popíral. Močil před překladem. **Z laboratorních výsledků:** Krevní obraz: Hb 62 g/l, HTK 0,18, ery $2,11 \times 10^{12}/l$, leukocyty $6,4 \times 10^9/l$, trombocyty $268 \times 10^9/l$. KS A Rh pozitivní. Koagulace: Quick 85%, aPTT 22,6 sec, ATIII 112%, FDP negativní, D-dimery negativní. Biochemie: urea 9,2 mmol/l, CRP 3,5 mg/l, kreatinin 44 $\mu\text{mol}/l$, Na 136 mmol/l, K 4,6 mmol/l, Cl 104 mmol/l, Ca 2,14 mmol/l, P 1,82 mmol/l, osm-S 274 mOsm/l, celkový Bi 5,2 $\mu\text{mol}/l$, ALT 0,18 $\mu\text{kat}/l$, AST 0,39 $\mu\text{kat}/l$, ALP 2,43 $\mu\text{kat}/l$, glc 5,7 mmol/l. Astrup v normě. Moč chemicky a sediment negativní.

1. Co by mohlo být zdrojem hematemeze a melény?
2. Jaká další vyšetření navrhuje?
3. Jakou léčbu byste zvolili?

Odpověď najdete na str. 325