

Jak se nepřesná anamnéza a diagnóza podílely na pozdním odstranění aspirovaného cizího tělesa

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹, MUDr. Kamila Michálková², MUDr. Jaroslav Wiedermann, CSc.¹,
doc. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.¹, MUDr. Jan Potěšil¹, MUDr. Stanislav Losse³

¹Dětská klinika LF UP a FN, Olomouc

²Radiologická klinika LF UP a FN, Olomouc

³Klinika TRN LF UP a FN, Olomouc

Autoři prezentují kazuistiku 2,5letého batole, u kterého byla aspirace cizího tělesa diagnostikována až sedmý den od prvních respiračních příznaků. Bronchoskopie flexibilním bronchoskopem prokázala takřka kompletní obturaci pravého hlavního bronchu půlkou burského oříšku. Klinický stav dítěte se po extrakci oříšku výrazně zlepšil, kontrolní rentgen plic prokázal symetrickou transparenenci plicní tkáně. Autoři diskutují příčiny pozdní diagnostiky aspirovaného tělesa.

Klíčová slova: prediktivní faktory časně diagnózy, aspirace cizího tělesa.

How incorret history and diagnosis participated on late removal of aspirated foreign body?

The authors present a case report of a 2.5-old toddler with aspiration of foreign body. Correct diagnosis was obtained on 7th day since onset of initial respiratory symptoms. Flexible fiberoptic bronchoscopy demonstrated nearly complete occlusion of right main bronchus with a half of peanut. Clinical status of patient had evidently improved since the nut was removed; a control chest radiography showed symmetric transparency of lung tissue. The reasons of late diagnosis are discussed.

Key words: factors predicting early diagnosis, foreign body aspiration.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(1): 43–45

Úvod

Aspirace cizího tělesa (ACT) patří i dnes mezi běžné a nebezpečné náhlé příhody u dětí s vážnými a potenciálně letálními následky. Podezření na aspiraci cizího tělesa u dětí by mělo být podpořeno sugestivní anamnézou třebaže klinické symptomy nebo radiologické nálezy nejsou vždy pro aspiraci cizího tělesa patognomické (1). Většina cizích těles je aspirovaných dětmi do deseti let věku a více než 50 % z nich jsou děti do tří let (2). Mnoho z nich je chybně léčeno jako astmatici nebo děti s akutním zánětem průdušek a další mají při diagnóze normální radiologický nálezy plic, a diagnóza cizího tělesa se tak může stát málo pravděpodobnou.

Podezření na ACT musí být stanoveno rychle, abychom se vyhnuli vážným komplikacím plynoucím z opožděné endoskopické extrakce (bronchopneumonie, bronchiektázie, pneumotorax aj.) (5). Správná diagnóza závisí převážně na prvním lékaři, který dítě vyšetřuje, jelikož klinická anamnéza je nejdůležitější složkou diagnostického procesu. Speciálně u dětí bychom měli mít na mysli, že matky často mylně uvádějí, že dítě cizí těleso právě spolгло, místo toho, aby řekly, že jej vdechlo. Klasická triáda (pískavé dýchání (wheezing) + kašel + jednostranná redukce re-

spiračních šelestů) bývá přítomna pouze u 40 % případů. V retrospektivních přehledech až 25 % dětí s aspirací cizího tělesa bývá při prvním vyšetření/konzultaci přehlédnuto, dokonce i děti s přítomností typické anamnézy a symptomů, které se objevily po epizodě „dušení“. Uvádí se, že klinický nálezy je mnohem citlivější než radiologický. Senzitivita rentgenového vyšetření hrudníku u ACT je 68–73 % a specifita pouze 45–67 % (2).

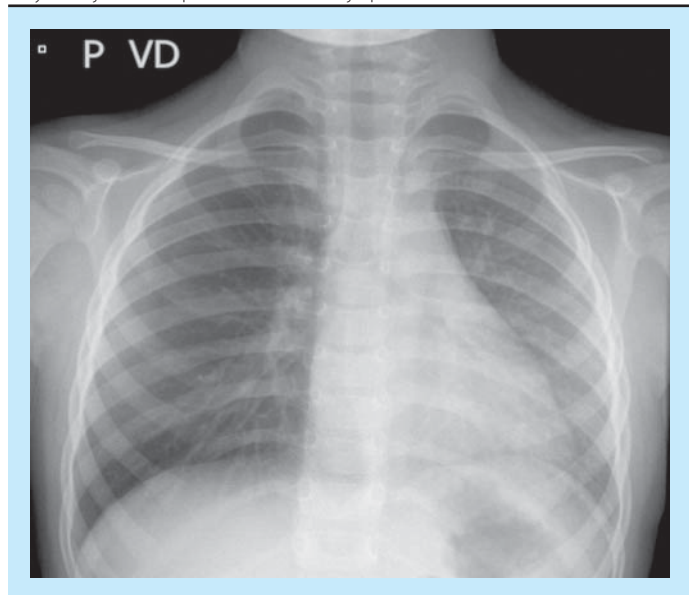
Popis případu

Dvouapůlleté batole bylo hospitalizováno pro jednotýdenní anamnézu serózní sekrece z nosu, pokašlávání a subfebrilii. Den před přijetím se kašel zvýraznil a dítěti byla doporučena symptomatická léčba pro oboustrannou bronchitidu. Další den PLDD shledal stav dítěte jako nezlepšený a doporučil hospitalizaci.

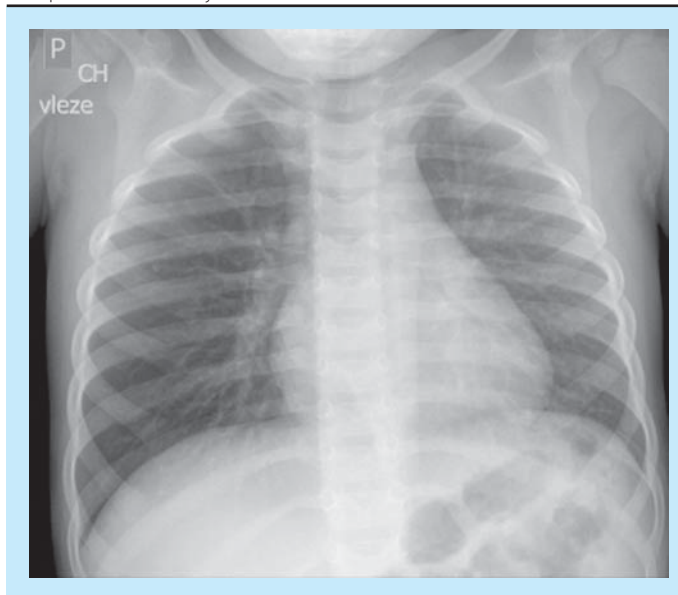
Ve fyzikálním nálezu při přijetí dominovalo zarudnutí a prosáknutí sliznic nosohltanu a hypertrofie palatinálních tonzil. Byla patrna mírná akcentace krčních lymfatických uzlin a vysloveno podezření na adenoidní vegetaci. Dýchání bylo oboustranně zúžené s prodlouženým expiriem a smíšeným stridorem. Jen ojediněle byly slyšet vlhké fenomény, dýchání nebylo oslabené. Jeho frekvence byla 28/minutu. Rodiče na cílený dotaz případnou aspiraci cizího tělesa důrazně

odmítli. Při základním laboratorním vyšetření (krevní obraz, moč chemicky a sediment, CRP) nebyla nalezena žádná patologie. Sérologické vyšetření na mykoplasmata a chlamydie bylo negativní. Na prostém snímku hrudníku (obrázek 1) v den přijetí byla nalezena rozdílná vzdušnost plic – pravá plic byla zřetelně vzdušnější než levá, vlevo byla nižší transparenence parenchymu a výraznější kresba plicní, ale zřetelné změny ani infiltrace nebyly nalezeny. Střední stín byl přesunut doleva. Závěr: Hyperinflace pravé plice nejasné etiologie jen při obstrukční bronchitidě? Je vhodné vyloučit aspiraci, kontrola vhodná. Vzhledem k rentgenovému nálezu byla matka opakovaně dotazována na možnou aspiraci, ale opětovně tuto eventualitu vyloučila. Ošetřující lékař bronchoskopické vyšetření neindikoval a zahájil symptomatickou (inhalační a infuzní léčba, Berodual spray, syntofylin čípky) a antibiotickou léčbu i.v. Augmentinem. Stav se přechodně upravil. Čtvrtý den hospitalizace ale při velké vizitě dítě dýchal namáhavě se zapojením auxiliárního svalstva, poslechově bylo dýchání vpravo výrazně oslabené až neslyšitelné. Bylo doporučeno kontrolní rentgenologické vyšetření hrudníku s následnou bronchoskopií v celkové anestézii. Na prostém snímku hrudníku (obrázek 2) přetrvávala rozdílná transparenence

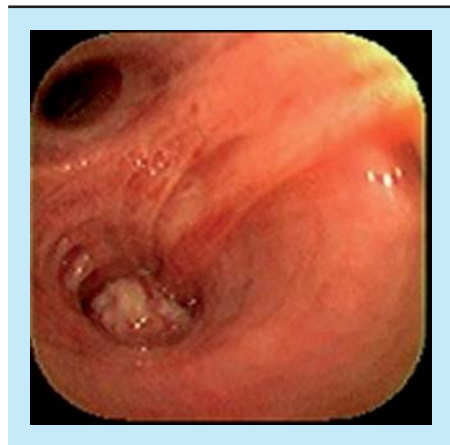
Obrázek 1. Prostý snímek hrudníku (den přijetí): rozdílná vzdušnost plic – pravá plic je zřetelně vzdušnější než levá, vlevo je nižší transparenence parenchymu a výraznější kresba plicní. Střední stín je přesunut doleva



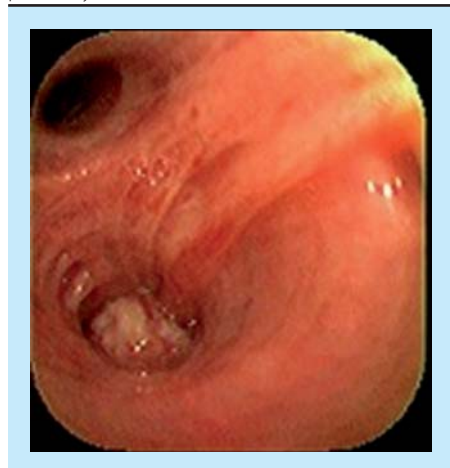
Obrázek 2. Prostý snímek hrudníku (čtvrtý den): přetrvává rozdílná transparenence plicních křídel – pravá plic je zvýšeně transparentní, pravá bránice je níže postavená. Vlevo je nález normální



Obrázek 3. Bronchoskopie flexibilním bronchoskopem Pentax FB 10X: je patrna obturace pravého hlavního bronchu hlenem na povrchu aspirovaného burského oříšku



Obrázek 4. Prostý snímek hrudníku (5 dnů po bronchoskopii): transparenence plicní tkáně je symetrická, bránice jsou hladké, ve stejné výši. Kresba je oboustranně zmnožena bez infiltrace plicního parenchymu



plicních křídel, pravá plic byla zvýšeně transparentní, pravá bránice níže postavená. Vlevo byl nález normální. Závěr: Přetrvávající rozdílná transparenence plic, pravá plic byla zvýšeně vzdušná. Nález byl ale mírně lepší než na předchozím snímku. Fibrobronchoskopie Pentan FB 10X (obrázek 3): v celkové anestézii byl zaveden flexibilní bronchoskop pravou nosní dírkou. Horní dýchací cesty byly bez nápadností, trachea byla volná, vlevo byly bronchy volné, vpravo už těsně za odstupem hlavního bronchu sedí cizí těleso charakteru burského oříšku. Pomocí košíčku a klíštěk byl uvolněn z hlavního bronchu po několika pokusech do trachey, kde pak byl košíčkem odstraněn celý jednorázově (šlo o půlku burského oříšku). Při následné kontrole byl odsán kousek inspirovaného bílého hlenu, byl proveden proplach Mistabronem a po kontrole byl výkon ukončen. Celkový stav dítěte se zlepšil, dýchání bylo zosťněné, ale volné, oboustranně dobře slyšitelné, dítě nebylo dušné. Pátý den po bronchoskopii byl proveden třetí nativní snímek hrudníku (obrázek 4): transparenence plicní tkáně byla symetrická, bránice byly hladké a ve stejné výši. Kresba plicní byla oboustranně zmnožena bez infiltrace plicního parenchymu.

Komentář

Mezi hlavní prediktivní faktory včasné diagnózy aspirace cizího tělesa u dětí patří náhlý začátek kašle (72%), dyspnoe (64%), pískavý výdech – wheezing (60%), ale i samotné podezření rodičů na aspiraci (59%). O pozdní diagnóze mluvíme tehdy, když od aspirace do diagnózy uplyne delší

doba než 24 hodin (4). Správná a včasná diagnóza závisí především na prvním lékaři, který dítě vyšetřuje, jelikož anamnéza je nejdůležitější složkou diagnostického procesu. U našeho pacienta při prvotním vyšetření nebyla potvrzena dušnost ani namáhavé dýchání s pískavými fenomény. Ani kašel chlapce neměl charakter náhlého vzniku, ale praktický lékař dítě doporučil k přijetí právě pro zhoršení kašle, který změnil svůj charakter. Rodiče na přímý dotaz o možném kontaktu s oříškem tuto eventualitu důrazně zamítli. Navíc dítě bylo před přijetím do nemocnice již týden v péči dětského lékaře pro rýmu a pokašlávání. Při přijetí bylo dýchání oboustranně zosťněné s proloženým výdechem, smíšeným stridorem a ojedinělými vlhkými fenomény, ale při auskultaci nebylo nalezeno výrazné stranové oslabení. Rentgenolog na prostém snímku hrudníku popsal rozdílnou vzdušnost plic s pravostrannou převahou a v závěru svého nálezu poradil, že by bylo vhodné vyloučit aspiraci. Matka dítěte byla znova dotazována na možnost aspirace, ale opětovně ji vyloučila. Ošetřující lékař nález uzavřel jako obstrukční bronchitida a zahájil symptomatickou léčbu. Vzhledem k tomu, že dítě bylo již týden nemocné s mírnými subfebriliemi, zahájil i antibiotickou léčbu. Celkový stav se zlepšil a rentgenovou kontrolu nepokládal za přínosnou. Až čtvrtý den hospitalizace v průběhu velké vizity bylo při vyšetření dítěte prokázáno výrazné oslabení dýchání vpravo. Chlapec dýchal namáhavě se zatahováním měkkých částí krku i hrudníku. Po potvrzení přetrvávající rozdílné transparenence byla urgentně indikována bronchoskopie, která potvrdila vdechnutí burského oříšku. Až před bronchoskopií si matka dítěte vzpomněla, že chlapec byl

krátký čas v místnosti, kde byly arašídý na talířku. Je známo, že symptomatická léčba s bronchodilatační komponentou může „maskovat“ klinický obraz aspirace. Je zajímavé, že v průběhu hospitalizace vyšetřilo chlapce několik lékařů, ale nikdo z nich podezření na aspiraci nevyslovil.

Je známo, že 54% aspirací proběhne u dětí do věku 4 let. Medián času od aspirace tělesa po bronchoskopickou extrakci jsou 4 dny a pouze u 3% pacientů je cizí těleso odstraněno do 24 hodin, zatímco u > 70% z nich se to podaří do 72 hodin (3, 4). Při podezření na aspiraci by prvním krokem mělo být provedení flexibilní bronchoskopie. Dle povahy a velikosti aspirovaného tělesa je možno odstranit těleso i flexibilním bronchoskopem pomocí klíštěk nebo košíčku, při neúspěchu pomocí instrumentaria rigidního bronchoskopu.

Faktory, které u našeho pacienta negativně ovlivnily správnou a včasnou diagnózu, byly zejména:

- a) opakovaná nepřesnost rodičů při anamnestických pohovorech,
- b) skutečnost, že k aspiraci oříšku došlo v průběhu probíhajícího kataru horních cest dýchacích s pokašláváním, ale i
- c) nepřesná interpretace rentgenového nálezu ošetřujícím lékařem.

Literatura

1. Skoulakis CE, Doxas PG, et al. Bronchoscopy for foreign body removal in children. A review and analysis of 210 cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 53: 143–148.
2. Cataneo AJM, Cataneo DC, Ruiz Jr RL. Management of tracheobronchial foreign body in children. *Pediatr Surg Int* 2008; 24: 151–156.

3. Ramirez-Figueroa JL, Gochicoa-Rangel LG, et al. Foreign body removal by flexible fiberoptic bronchoscopy in infants and children. *Pediatr Pulmonol* 2005; 40: 392–397.

4. Chiu CY, Wong KS, et al. Factors predicting early diagnosis of foreign body aspiration in children. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21(3): 161–164.

5. Gregori D, Zaledni L, et al. Foreign bodies in the upper airways causing complications and requiring hospitalization in children aged 0–14 years: results from the ESFBI study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265: 971–978.

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN

Puškinova 5, 775 20 Olomouc

mihalv@fnol.cz
