Čí to břicho tedy je?

MUDr. Hana Smítková
Dětské a dorostové oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Teplice, o. z.

Kazuistika 9leté dívky hospitalizované na pediatrickém oddělení pro bolesti břicha s méně obvyklou a obtížně stanovitelnou diagnózou, poukazující na potřebu multioborového řešení problému.

Klíčová slova: náhlá příhoda břišní, konziliární spolupráce, torze ovaria.

Who takes care of that belly?

The case report of a 9-year-old girl who was hospitalized at the pediatric clinic for an abdominal pain. Less common and difficult-to-determine reason of her illness pointing out the need for a multidisciplinary approach to the diagnosis assessment.

Key words: acute abdomen, cooperation across medical specializations, ovarian torsion.

Úvod

Diferenciální diagnostika bolestí břicha je jednou z nejsložitějších problematik dětského věku. No řekněte sami, kdo z Vás se s tímto tématem ve své praxi nesetkal? Vzhledem k množství orgánů a struktur, které jsou v břišní dutině obsaženy se nejednou stávají diagnostickým oříškem. Podle jednotlivých orgánů by bylo možno pacienty rozdělit např. na urologické, chirurgické, gynekologické, neurologické či gastroenterologické. Toto rozdělení však jednoduše nefunguje, protože příčina potíží může mít nespecifické projevy. Proto je potřeba mezioborové spolupráce. V dnešní digitální a uspěchané době není čas ani prostor, aby se lékaři z různých oborů sešli nad lůžkem pacienta a každý řekl názor z pohledu svého oboru. Pacient je místo toho posílán po jednotlivých odděleních s různě dlouhou časovou prodlevou. Každý specialista poté vyloučí pouze příčinu potíží ze svého oboru. Vytrácí se tak celkový pohled na problematiku obtíží a jejich pravá příčina může zůstat dlouho nerozpoznána.

Vyvstává tak zásadní otázka – Čí to břicho tedy vlastně je? Kdo se o pacienta nakonec postará? Úloha pediatra je zde velice důležitá. Shromažďuje a hodnotí výsledky provedených vyšetření a na jejich podkladě stanovuje konečnou diagnózu potíží a jejich další řešení.

Vlastní kazuistika

9letá dívka s nadváhou přichází na naše oddělení k observaci stavu po chirurgickém vyšetření se suspektní iritací apendixu. Na provedené sonografii břicha rentgenolog popsal menší výpotek mezi střevními kličkami v podbřišku, ostatní nález v normě. Klinické potíže se projevovaly dva dny trvající bolestí v pravém podbřišku, která vystřeluje při močení do třísla. V den příjmu jednou zvracela, stolici má běžné frekvence i konzistence. Je afebrilní.

Osobní anamnéza: dítě z 2. fyziologické gravidity, porod sekcí v termínu pro hypertenzi matky, s nižší porodní hmotností (2 150 g, 48 cm), nekojeno, očkováno řádně. Dosud vážněji nestonala, byla pouze dvakrát vyšetřena na endokrinologii pro telarche a obezitu, přičemž předčasná puberta nebyla potvrzena. Menstruovat začala již v 9. letech a poslední cyklus měla před týdnem.

Při příjmu měla břicho měkké, volně prohmatné, palpačně citlivé v pravém podbřišku, ostatní klinický nález v normě. Celkově bez akutních algických projevů, cítí se dobře. Vstupně laboratoř prokázala pouze leukocytózu 14,1 × 10^9/l s neutrofilií 81,9 % a lymfopenií 11,6 % v krevním obraze. Ostatní zánětlivé parametry byly nízké (CRP pod 1 mg/l, FW 8/19), provedená biochemie krve bez pozoruhodností. V močovém sedimentu byl nález erytrocyturie s leukocyturií (ery 3...27...20 el./µl; leuko 75...221...50 el./µl).

Druhý den hospitalizace při chirurgické kontrole popsána významná bolestivost břicha nad symfýzou, oblast pravého podbřišku klidná, bez známek peritoneálního dráždění či projevů náhlé příhody břišní a pomýšleno spíše na cystitidu. V pozdních večerních hodinách však dochází k náhlému zhoršení klinického stavu. Intenzivní bolest v pravém podbřišku doprovází i celkový neklid. Při kontrole lékařem bylo doporučeno podání ledu

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORKY: MUDr. Hana Smítková, hana.smitkova@kzcr.eu
Dětské a dorostové oddělení, Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Teplice, o. z.
Duchcovská 53, 415 29 Teplice

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2022;23(2):127-129
Článek přijat redakcí: 10. 1. 2022
Článek přijat k publikaci: 27. 1. 2022

na podbřišek a Espumisan kapky, což dívce přineslo výraznou úlevu. Dále již klidně spala a na bolest si nestěžovala.

Ráno 3. den proběhla další chirurgická kontrola s obdobným klinickým popisem i závěrem jako předchozí den, toho času s vyloučením náhlé příhody břišní. Další průběh hospitalizace byl již bez výrazných klinických obtíží. Zaznamenána jedna formovaná stolice. Objektivně však břicho zůstávalo pohmatově citlivé nad symfýzou a tužší na pohmat v celé dolní polovině, bez známek flatulence. Infekce močových cest se dvakrát kultivačně nepotvrdila.

Proto 5. den proveden kontrolní UZ břicha, který sice prokázal další nahromadění tekutiny v dutině břišní v porovnání se vstupním vyšetřením, důvod této progrese však nebyl zřejmý. Dalším překvapením byl vzestup kontrolního CRP na hodnotu 301,5 mg/l bez zhoršení klinických potíží.

Doplněno tedy i gynekologické vyšetření, kde klinický nález evokoval podezření na apendicitidu s peritoneálním drážděním (popis obézního břicha nad niveau, špatně prohmatného, spontánně bolestivého s maximem v pravém meso-hypogastriu, kde Blumberg +, Plenies +, defense musculaire). Objasnění příčiny potíží přineslo nečekaně až doplnění abdominálního gynekologického ultrazvuku s nálezem unilokulárního cystického útvaru uloženého kraniálně na fundu dělohy, nasedajícího více vpravo, s rozměry 107 × 61 × 85 mm. V okolí zachyceno malé množství anechogenní tekutiny, vlevo ovarium nediferencovatelné. Uzavíráno jako nález objemné ovariální cysty l.dx., která však nevysvětluje elevaci CRP. Doporučeno tedy další chirurgické konzilium, event. v případě operačního řešení konzultace s dětskou gynekologií FN Motol.

Na chirurgii doplněno CT břicha s kontrastem, které potvrdilo objemný cystoid se silnější stěnou (viz obrazová příloha v sagitálním a transverzálním řezu s uvedenými rozměry) a ventrálně k ní přiléhající solidní útvar, což by mohlo odpovídat zvětšenému ovariu s objemnou cystou. Differenciálně diagnosticky lze uvažovat o cystě zánětlivě komplikované, tordované, nebo by se mohlo jednat také o kystom. V Douglasově prostoru se zobrazuje menší množství výpotku, oblast céka je bez přesvědčivé patologie.

Konziliární vyšetření přispěla společně k odhalení správné diagnózy a nasměrovala naši pacientku k dalšímu řešení. Ta byla týž den (tj. 5. den hospitalizace) přeložena na oddělení dětské chirurgie spádové krajské nemocnice. Zde jí zajistili Amoksiklavem i.v. a objevila se jedna febrilní špička 38,2 °C. Již ve večerních hodinách bylo doplněno tamní gynekologické vyšetření se závěrem: Cystis pelvis minoris s elevací CRP, tč. bez známek NPB, další postup dle dětského chirurga. V případě operačního řešení vhodné přizvat gynekologa, kontaktována i dětská gynekologie FN Motol.

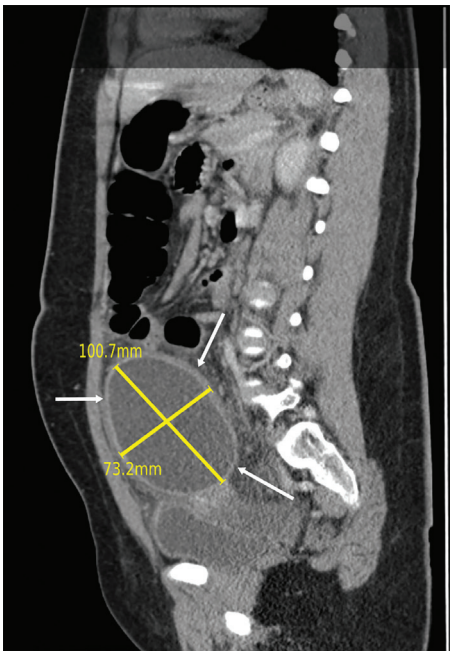
Další den děvče absolvovalo domluvené gynekologické konzilium ve FN Motol. Pro podezření na pravostrannou torzi adnex byla indikována operační revize s hospitalizací pokračující na tamějším pracovišti. Druhý den zde pacientka podstoupila laparotomii s peroperačním potvrzením nekrotických torkvovaných adnex vpravo (torze vaječníku, stopky vaječníku a vejcovodu) s adnexektomií. Neoplastická etiologie se jevila nepravděpodobná. Současně byla provedena i appendektomie pro zavzetí apendixu do zánětlivého náletu. Pokračováno v léčbě Amoksiklavem, další průběh hospitalizace byl bez komplikací. Čtvrtý pooperační den poté byla propuštěna v klinicky dobrém stavu domů. (Tj. 11. den od začátku hospitalizace na našem oddělení.)

Diskuze

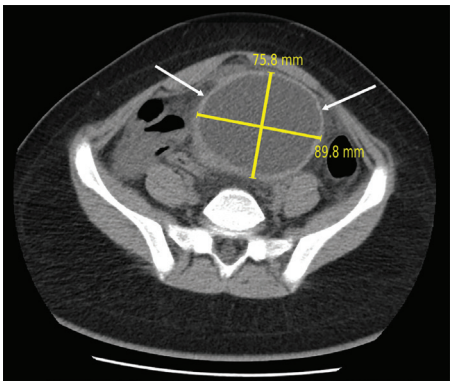
Torze ovariální cysty nespadá do každodenní praxe pediatrů a v učebnicích pediatrie se tato diagnóza většinou blíže nezmiňuje. Podrobný popis kazuistiky dokazuje, že i pro chirurgy a gynekology je tato problematika obtížně stanovitelná. Dle různých studií se ovariální cysty a jejich následná torze u dívek ve věku 5 až 9 let vyskytuje přibližně ve 2 % případů. Kolísání v incidenci může být ovlivněno zejména různou stimulací vaječníků pohlavními hormony v jednotlivých věkových kategoriích. Při velikosti cysty nad 5 cm již může tato způsobit výrazné klinické potíže s bolestivostí. Objeví-li se komplikace jako krvácení, torze a nekróza – je nutná chirurgická intervence (1).

Torze adnex vzniká nejčastěji u vaječníku patologicky změněného, nejčastěji cystou či

Obr. 1. *CT břicha v sagitálním řezu*



Obr. 2. *CT břicha v transverzálním řezu*



nádorem (2). U dětí bývá klinický průběh méně závažný a tudíž i méně alarmující (3). Proto diagnostika nebývá vždy jednoznačná a mnohdy se definitivně stanoví skutečná příčina obtíží až peroperačně (1). Zpočátku se objevuje prudká bolest v podbřišku, častěji jednostranná (u postiženého vaječníku) s peritoneálním drážděním, nevolností či zvracením a napětí břišní stěny (2, 4). Někdy může bolest vystřelovat i do stejnostranné končetiny (hýždí, kyčle či třísla) (5, 6). Pokud se jedná o pravostrannou torzi, může stav imitovat podezření na akutní apendicitidu (typický je bolestivý poklep, peritoneální příznaky a defense musculaire) (4, 5). Prvotní bolest rychle odeznívá a nastupuje zcela asymptomatický interval nebo je udávané jen trvalé pobolívání v podbřišku. Obraz náhlé příhody břišní se objeví teprve s odstupem 10 až 14 dní jako projev nekrózy, případně přídatného zánětu. Tomu odpovídá i elevace zánětlivých markerů v laboratoři a zvýšená tě-

lesná teplota (3). Diagnostickým standardem je ultrasonografie, jejím limitujícím faktorem však může být velký objem tekutiny v cystě. Proto je vhodné suspektní nález upřesnit pomocí CT či MR zobrazení břicha (1). V případě chirurgické intervence je volbou laparoskopie, popřípadě laparotomie. Ta umožní stanovení konečné diagnózy a většinou i řešení v podobě odpovídajícího léčebného zákroku (4).

Naše pacientka byla hospitalizována ve 3 různých nemocnicích, absolvovala 3× sono břicha, 2× abdominální sono gynekologické, 1× CT břicha, 5 chirurgických konzilií a 3× gynekologické konzilium. To vše vedlo ke konečnému operačnímu řešení 7. den od počátku hospitalizace, tedy 8. den od vzniku potíží.

Prodlevy ve vyšetřeních a konečném operačním řešení byly dány především chudým klinickým nálezem. Pacientka udávala spíše zmírnění bolestí břicha. Podíl měl i téměř afebrilní průběh bez alterace stavu při vysoké hodnotě CRP. Splnila tak výše uvedená kritéria pro stanovení diagnózy torze adnex.

Závěr

Cystické útvary v malé pánvi nespadají jednoznačně pouze do jedné odbornosti, ale vyžadují spolupráci dětského chirurga s dětským gynekologem. Přesto se v roli koordinátora celé situace může ocitnout i pediatr. V našem případě naštěstí vše dobře dopadlo a diagnostické obtíže před konečným operačním řešením neměly pro pacientku život ohrožující následky. Co tedy říci závěrem? Považuji toto téma za velmi důležité zde znovu připomenout, protože „to břicho“ patří nám všem – lékařům.

LITERATURA

1. Geršlová A. Atypické cystické útvary dutiny břišní, Pediatr. praxi. [online]. 2018;19(1):47-50. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2018/01/10.pdf.
2. Štefánek J. Torze vaječníku. In: Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK. [online]. [cit. 7-12-2021]. Dostupné z: https://www.stefajir.cz/torze-vajecniku. Path: Homepage; Medicína; Nemoci; Torze vaječníku.
3. Hořejší J, et al. Dětská gynekologie. Praha: Mladá fronta, a. s.; 2017.
4. Šváb J. Náhlé příhody břišní. Praha: Galén; 2007.
5. Tošovský VV. Náhlé příhody břišní u dětí – včasná diagnostika. Praha: Grada Publishing; 1996.
6. Čechová J. Torze vaječníku. Pediatr. praxi. 2002;6:297. [online]. Dostupné z: http://www.solen.cz/pdfs/ped/2002/06/10.pdf.

INZERCE