Dospívající dívka se zvracením, nevolností, bolestí břicha a úbytkem hmotnosti jako projevy těhotenství

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.[1, 2], MUDr. Jaroslava Mikulášová[3], MUDr. Kamila Michálková[3]
[1]Ústav translační a molekulární medicíny LF UP a FN v Olomouci
[2]Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci
[3]Radiologická klinika LF UP a FN v Olomouci

Sedmnáctiletá dívka byla vyšetřena pro několik týdnů trvající občasné bolesti břicha, které byly doprovázeny zvracením, nevolností a úbytkem na hmotnosti. I když pacientka původně popřela možnost sexuální aktivity, těhotenství bylo následně potvrzeno. Gravidita byla diagnostikována na základě kombinace klinických příznaků, sonografického nálezu a sérové hladiny humánního choriového gonadotropinu.

Klíčová slova: dospívající dívka, bolest břicha, zvracení, úbytek hmotnosti, těhotenství dospívajících.

Female teenager presenting with vomiting, nausea, abdominal pain and weigh loss as a manifestation of pregnancy

A 17-year-old girl presents to emergency department with abdominal pain accompanied by emesis, nausea and weight loss that was intermittent over the last few weeks. Although the patient at first denied the possibility of sexual activity, a pregnancy was subsequently confirmed. Pregnancy was diagnosed based on the combination of the clinical symptoms, sonographic findings and increased serum human chorionic gonadotrophin.

Key words: female teenager, abdominal pain, vomiting, weigh loss, teen pregnancies.

Úvod

Bolest břicha u adolescentní dívky je častým důvodem návštěvy pediatra, dětského chirurga nebo gynekologa. Vyšetření vzhledem k široké diferenciální diagnostice má u dívek v tomto věku málokdy přímočarý postup. Diferenciální diagnostika je komplikovaná anatomickými i fyziologickými změnami spojenými s pubertou a menarché. Tak jako lze fyzikální nález peritoneálního dráždění, který je lokalizován do pravého dolního kvadrantu s naprostou prioritou u chlapce přisoudit k akutní apendicitidě, lze u dívky v tomto věku kromě apendicitidy klinické příznaky považovat za projev ovariální patologie. Trend k časné sexualitě spojený s plodností dospívajících dívek vyžaduje i zvážení možnosti přenosných pohlavních nemocí, stejně jako těhotenství. Proto každá adolescentní dívka s bolestí břicha, nevolností a zvracením je jedinečnou diagnostickou výzvou.

Na počátku vyšetření musíme rozhodnout, zda se jedná o akutní nebo chronické abdominální potíže a podle toho sestavit plán vyšetření. Akutní bolest (několik dnů) zahrnuje krátké trvání příznaků, které mají charakter urgentní situace. Jen zřídka v anamnéze nalezneme podobné potíže. Chronická bolest břicha je přítomna 3 až 6 měsíců a obvykle má cyklický a opakující se charakter. Je méně urgentní, ale její diagnostika je daleko komplexnější a náročnější, mnohdy i s neočekávaným závěrem.

Popis klinického případu

Sedmnáctiletá dívka před pěti týdny vyšetřena na chirurgické ambulanci regionální nemocnice pro tři dny trvající bolesti břicha, nevolnost a zvracení. Obtíže lokalizovala kolem pupku, maximum večer i před spánkem. Dominovalo zvracení (až pětkrát denně), méně pila. Dysurie neudávala, měla mírný výtok z pochvy. Stolici měla naposledy před 3 dny, formovanou, ale anamnesticky má sklon k zácpě (řešila s PLDD).

Na chirurgické ambulanci TK 86/60 mmHg (měřeno vleže), břicho bylo lehce nad niveau, měkké, palpačně bolestivé difuzně s maximem periumbilikálně, bez hmatné rezistence, bez peritoneálního dráždění, játra ani slezina nebyly hmatné, genitál nebyl vyšetřen. Bylo doplněno

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc., vladimir.mihal@fnol.cz
Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci
Puškinova 5, 775 20 Olomouc

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2017; 18(1): 64–66
Článek přijat redakcí: 2. 2. 2017
Článek přijat k publikaci: 7. 2. 2017

Obr. 1. *UZ vyšetření pánve. Na snímku je zachycena děloha s plodem, jehož délka odpovídá 12. týdnu těhotenství*

vyšetření ultrazvukem s normálním nálezem na parenchymatózních orgánech dutiny břišní a na nativním rentgenovém snímku břicha byl popisován výraznější meteorizmus. Vzhledem k věku pacientky byla v laboratorním vyšetření prokázána mírná elevace leukocytů (12,7 × 10^9/l), jinak normální nález parametrů zánětu (CRP < 5 mg/l). OA: I. gravidita fyziologická, porod I. v termínu, spontánně záhlavím, PD 49 cm/PH 3 320 g, poporodní adaptace v normě, ikterus 0, FT 0, novorozenecký screening bez patologie, kojená 2 týdny, očkování dle řádného očkovacího kalendáře (navíc nic), nemocnost běžná, úrazy 0, operace 0, prodělala varicelu. RA: matka zdráva, varixy DKK, otec zdráv, 3 sourozenci zdrávi (dva nevlastní). GA: menarché v 10 letech, cyklus 28 dní/5–6 dní, poslední menzes 26. 10. 2015, nyní pohlavní styk v tomto období popírá, brala hormonální antikoncepci 6 měsíců, nyní bez antikoncepce. Léky pravidelně neužívala, má ukončené základní vzdělání, žije s matkou a 3 sourozenci.

V průběhu hospitalizace na regionálním dětském oddělení byla provedena doplňující vyšetření. Gynekologické vyšetření: vulva byla bez patologie, virgo, bělavý výtok z vaginy, děloha odpovídala věku, břicho bylo měkké, difuzně citlivé kolem pupku, podbřišek klidný. Na ultrazvukovém vyšetření dělohy (vyšetřeno 10. den po udávané poslední menstruaci) normální nález, ovaria bez patologického echa, bez volné tekutiny. Uzavřeno jako akutní kolpitida, byla doporučena lokální léčba gynekologikem. Gynekologický původ bolestí břicha nebyl potvrzen. Při kultivaci moče nález *Staphyloccocus haemolyticus* 10^5 CFU/ml (léčba Augmentin tbl.) s dobrým léčebným efektem.

Bolesti trvaly intermitentně 1 měsíc, chodila opakovaně na pediatrickou ambulanci, kde proběhly kontroly. Za poslední měsíc zhubla 7 kg, poslední stolici udávala před 14 dny, perorální příjem pro nechuť jídla byl menší, dále pacientka udávala bolesti břicha v okolí pupku. Po měsíci očekávala další menstruaci. Na žádost matky byla pacientka hospitalizována na dětské klinice.

Stav při přijetí: Hmotnost 64 kg, afebrilní, hrdlo bylo klidné, štítná žláza nehmatná, dýchání alveolární, čisté v celém rozsahu, AS pravidelná, ozvy ohraničené, břicho v niveau, měkké, prohmatné, pohmat bolestivý, s maximem v pravém a levém podbřišku, bez organomegalie, bez rezistence, peristaltika byla přiměřená, genitál klidný, otoky neměla. Per rectum: Ampula prázdná, stolice nehmatná, rukavice s minimem stolice. Výsledky vyšetření: Moč chemicky + sediment: negativní. Krevní obraz: leukocyty 10,81 × 10^9/l, erytrocyty 4,87 × 10^{12}/l, hemoglobin 137 g/l, HCT: 0,38, trombocyty 323 × 10^9/l. Hodnoty vyšetření hemokoagulace byly v normálním rozmezí.

Nativní snímek břich vestoje: Bez přítomnosti volného vzduchu. Sledovatelná zvykle uložená žaludeční bublina, střevní kličky jsou přiměřené šíře, bez hladinek, bez distenze. Výraznější meteoristická náplň GIT v levé polovině břicha.

Sonografie břicha: Jaterní parenchym přiměřené homogenní echogenity, bez ložiskových změn. Žlučník s normálním nálezem. Zobrazené žlučovody normální šíře. Pankreas byl normální velikosti, homogenní echogenity. Slezina nezvětšená, homogenní echogenity. Obě ledviny byly normálního tvaru, velikosti i uložení, hladkých kontur, parenchym přiměřené šíře, bez ložiskových změn. Duté systémy nebyly rozšířené. Močový měchýř byl hladkých kontur, anechogenního obsahu. V malé pánvi gravidní děloha s jedním živým plodem. Byly sledovatelné pohyby končetin plodu i srdeční akce (obr. 1). Sérová hladina humánního choriového gonadotropinu byla 60,75 IU/l (norma do 0,1). Psychologické vyšetření: Na základě neočekávaně zjištěného těhotenství byla zvolena emoční podpůrná intervence a dívce byla podána souhrnná informace.

Diskuze

Samotná vyčerpávající anamnéza a pečlivé fyzikální vyšetření často odhalí příčinu bolestí břicha doprovázenou nevolností a zvracením bez nutnosti provádět další nevyhnutelná vyšetření (1). Při nepřítomnosti akutní bolesti břicha, výrazné bolesti hlavy nebo novému zahájení určité léčby je nauzea a zvracení obvykle výsledkem samolimitující gastrointestinální infekce. Nevolnost a zvracení jsou také vedlejším nežádoucím účinkem chemoterapie, radiační léčby a celkové anestezie. Mezi další eventuální diagnózy doprovázené nauzeou a zvracením zahrnujeme endokrinní onemocnění, nemoci CNS, psychiatrické případy, intoxikace, metabolické abnormality a obstrukční nebo funkční gastrointestinální příčiny a v neposlední řadě i těhotenství. Alarmující příznaky, jakými jsou dehydratace, acidóza zapříčiněná základním metabolickým onemocněním nebo akutní bolest břicha, opravňují k doplňujícím vyšetřením (2, 3). Těhotenská nevolnost a zvracení obvykle začíná mezi 4. a 7. týdnem od poslední menstruační periody až u 80 % všech gravidních žen a až u 10 % z nich mizí obvykle ve 20. týdnu gestace (4).

Když klinické okolnosti u dívek v adolescenci vyžadují zobrazovací vyšetření, ultrazvuk by měl být primární volbou pro diagnózu příčin bolesti břicha, která potenciálně vyžaduje ur-

gentní chirurgickou intervenci. Vyšetření pomocí ultrazvuku je obvykle vyžadováno dříve než chirurgické konzilium. Podle doporučení dětských radiologů i gynekologů je ultrazvuk pro vyšetření žen reprodukčního věku zobrazovací technikou první linie (5). Ultrazvuk je pro posouzení anatomických poměrů stejně nebo více účinný než počítačová tomografie či magnetická rezonance. Jasnou výhodou užití ultrazvuku u dospívajících dívek je takřka žádné ionizační záření nebo potřeba podávání sedativ. Typický menší habitus dětského těla rovněž dovoluje výbornou vizualizaci vnitřní pediatrické anatomie, především struktur, které jsou spojovány s dolní abdominální nebo pánevní bolestí (6). Chronická nauzea a zvracení je definovaná symptomy, které přetrvávají nejméně jeden měsíc. Nevolnost a zvracení jsou vyvolány endokrinními změnami v těhotenství a gravidita by měla být zvažována u každé dospívající dívky.

Na rozdíl od jiných evropských zemí se Česká republika neřadí na přední příčky aktuálnosti v problematice těhotenství nezletilých. Ve světovém měřítku zaujímají první místa země anglosaské, především Velká Británie, dále pak Holandsko, Francie a Německo (7). V České republice porodí každý rok přibližně 1 000 nezletilých dívek, problematika otěhotnění se týká až 2 000 dívek ročně. Gravidita u nezletilých a mateřství pod hraničním věkem 15 let jsou zcela specifickou záležitostí, protože spadají do oblasti mravnostní kriminality a jsou posuzovány v rámci našeho trestního řádu jako následky znásilnění, tedy trestného činu (8).

Komentář

I u naší pacientky by samotná anamnéza (včetně gynekologické) a pečlivé fyzikální vyšetření zřejmě odhalilo příčinu dlouhodobých bolestí břicha doprovázených nevolností a zvracením, bez nutnosti provádět další nevyhnutelná vyšetření. Ve dvou zdravotnických zařízeních jsme nedostatečně a neprofesionálně zohlednili věk pacientky při volbě vhodné zobrazovací techniky pro vyšetření břicha, protože jsme „pracovali" s gynekologickou anamnézou, která byla odebrána při počátku klinických potíží a byla ze strany dívky při otázce týkající se sexuální aktivity nepravdivá. Nevolnost a zvracení jsou totiž nejčastější endokrinologickou příčinou těhotenství a zvažovány by měly být u každé ženy v plodném věku. Měli bychom věnovat větší pozornost gynekologické anamnéze u každé pacientky v dospívajícím věku a algoritmus vyšetřovacích metod navrhovat vždy podle stávajících doporučení radiologů a gynekologů.

Stojí za zapamatování:

1. Diferenciální diagnostika bolestí břicha u adolescentních dívek je komplikovaná anatomickými i fyziologickými změnami spojenými s pubertou a menarché.
2. Nevolnost a zvracení jsou vyvolány endokrinními změnami v těhotenství a gravidita by měla být zvažována u každé dospívající dívky.
3. Když klinické okolnosti u dívek v adolescenci vyžadují zobrazovací vyšetření, ultrazvuk by měl být primární volbou pro diagnózu příčin bolesti břicha.

Tato práce byla podpořena Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (LO1304).

LITERATURA

1. Paranjothy S, Broughton H, Adppa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? Arch Dis Child 2009; 94: 239–245.
2. Scorza K, Wiiams A, Phillips D, Shaw J. Evaluation of nausea and vomiting. Am Fam Physician 2007; 76: 76–84.
3. Quinlan JD. Nausea and vomiting of pregnancy. Am Fam Physician 2003; 68: 121–128.
4. Anderson W, Strayer SM. Evaluation of nausea and vomiting in adults: a case-based approach. Am Fam Physicin 2013; 88(6): 371–379.
5. Clark JFJ, Stephens BE. Gynecological problems causing acute abdominal symptoms in adolescent girls. J Natl Med Assoc 1976; 68(2): 117–119.
6. Back SJ, Merrow AC. Case 4: An adolescent girl with left lower quadrant pain. Pediatr Radiol 2016; 46: 1068–1074.
7. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, et al. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. J Adolesc Health 2015; 56(2): 223–230.
8. Trávníčková E. Těhotenství nezletilých a jeho důsledky na psychosociální vývoj. Diplomová práce. Pedagogická fakulta MU. Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví. Brno, 2012.