

Od anémie k ileu

MUDr. Denisa Kubicová¹, MUDr. Monika Duží¹, MUDr. Karel Klos²

¹Dětské oddělení Nemocnice Nový Jičín

²Chirurgické oddělení Nemocnice Nový Jičín

Autoři článku prezentují kazuistiku adolescentní pacientky hospitalizované s anamnézou 8denního zvracení, rozvojem ileózního stavu a očekávaným, ale překvapivým peroperačním nálezem.

Klíčová slova: bezoár, ileus tenkých klíček, trichotilofagie.

From anemia to intestinal obstruction

The authors present a case report of adolescent patient hospitalized with a history of 8-day vomiting, development of the bowel obstruction and the expected but surprising peroperative findings.

Key words: bezoar, intestinal obstruction, trichophagia.

Úvod

Trichobezoár (hair ball) je poměrně vzácný klinický stav způsobující akutní nebo chronické bolesti břicha. Nejčastěji je lokalizován v žaludku, avšak v extrémních případech může zasahovat přes pylorus až do duodena a dalších částí tenkého střeva-tzv. Rapunzelův syndrom (1). Téměř vždy je asociován s trichotillománií a trichofágií nebo jinými psychiatrickými chorobnými jednotkami. Ve světové literatuře se uvádí několik léčebných možností od extrakce prostřednictvím klasické laparotomie, odstranění pomocí laparoskopické nebo endoskopické metody. Podle publikovaných výsledků nadále přetrvává klasická laparotomická operace jako léčba 1. volby. Samozřejmě se stává konzultace s psychiatrem k předcházení relapsům (2).

Kazuistika

Kazuistika bude pojednávat o 18leté slečně, která se dostavuje na naši Příjmovou ambulanci pro opakované zvracení trvající již 8 dní.

Jde o dívku v adoptivní péči, studentku střední školy. Nutno se nejprve pozastavit u její osobní anamnézy, kde nacházíme jednak údaje

o vyšetření kožním lékařem pro alopecii zhruba před třemi lety a dále dispenzarizace na hematologické ambulanci, kam byla odeslána praktickým lékařem pro anémii.

Úvodní vyšetření hematologem proběhlo před necelými dvěma lety, dle laboratoře obraz sideropenické anémie s hodnotou Hb 101 g/l. Udávány větší ztráty krve při menstruaci. Během klinického vyšetření byla palpačně hmatná rezistence v oblasti levého hypochondria, proto odeslána k UZ vyšetření břicha, bez patologického nálezu. Uzavřeno jako sideropenická anemie na podkladě menstruačních ztrát, doporučena suplementace železem.

Při opakovaných kontrolách během následujících 9 měsíců nález v krevním obraze zlepšen, nicméně při vyšetření vždy hmatná rezistence intraabdominálně ve stejné lokalizaci jako u předchozích kontrol, opakovaně s negativním UZ nálezem. Slečna subjektivně bez potíží. Dále nevyšetřováno.

Nyní se dostáváme zpět k aktuálnímu potíží, kdy již 6 dní trvá opakované zvracení, často během dne, po celou dobu s afebrilním průběhem, bez průjmu, bez bolestí břicha. Nejprve vyšetřena na dětské pohotovosti, kde byl nález

hodnocen jako akutní gastritida, doporučena dieta, symptomatická terapie, probiotika. O dva dny později pacientka znovu přichází na pohotovost ve večerních hodinách pro zhoršení potíží a alteraci celkového stavu s intolerancí per os příjmu. Udáván váhový úbytek 3 kg.

Objektivně při příjmu slečna dehydratovaná, unavená, acetonemický foetor, afebrilní, bez známek meningismu, břicho lehce nad nivo,

Obr. 1. RTG nález pacientky



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Denisa Kubicová, kubicovadenisa@gmail.com

Dětské oddělení nemocnice Nový Jičín

Purkyňova 2138/16, 741 01 Nový Jičín

Cit. zkr: *Pediatr. praxi.* 2018; 19(6): 346–348

Článek přijat redakcí: 3. 9. 2018

Článek přijat k publikaci: 26. 9. 2018

Obr. 2. Příčina obstrukčního ileu – lokalizováno v duodenu**Obr. 3.** Peroperační nález – gastrotomie

hůře prohmatné, auskultačně slyšitelné střevní zvuky charakteru padající kapky. Na kůži předloktí zhojené příčné řezné ranky a hematomy na kolenou a bérkách oboustranně.

Pro suspektní ileózní stav odeslána k provedení zobrazovacích metod, kde na RTG snímku břicha přítomné dilatované tenké kličky na 48 mm s typickými hladinkami, tračník prakticky bez plynové náplně, navíc v žaludku popsána bublina s hladinou a útlak této bubliny oválnou formací nejasného původu (obr. 1). Na UZ břicha rovněž popsán ileus tenkých kliček.

V laboratorních vyšetřeních bez výraznějších odchylek ve vnitřním prostředí, iontogram pouze s hraniční hyponatremií (136 mmol/l), leukocytóza v krevním obraze ($19,2 \times 10^9/l$), zánětlivé parametry nízké (CRP 1,2 mg/l).

Paralelně proběhlo chirurgické konzilium se závěrem indikace k operační revizi dutiny břišní

Obr. 4. Kompletní evakuace trichobezoaru

pro ileózní stav a vzhledem k výše uvedené osobní anamnéze a RTG nálezu nejasné formace v žaludku vysloveno podezření pro možnou obstrukci trávicího traktu trichobezóarem.

Provedena diagnostická laparoskopie, následně konverze výkonu v laparotomii. Peroperačně se podezření na přítomnost trichobezoaru potvrdilo, ten se nacházel lokalizován 30 cm od céka jako intraluminální obstrukce velikosti 5 × 9 cm a dále ve velikosti 20 × 9 × 8 cm v lumen žaludku (obr. č. 2 a 3). Z enterotomie a gastrotomie bezoár černých vlasů po částech odstraněn (obr. č. 4). Výkon i průběh anestezie proběhl bez komplikací. Následně dívka uložena na dětskou JIP, kde pooperační průběh přiměřený výkonu, bez komplikací. Opakovaně probíhaly kontroly chirurgem. Postupně zatížena tekutinami a stravou, kterou tolerovala. Pátý den přeložena k péči na standardní oddělení, kde byl další průběh hospitalizace klidný, před propuštěním proběhl rozhovor s psychologkou, během kterého pacientka přiznala, že potíže s požíváním vlasů začaly v 15 letech po úmrtí babičky, se kterou měla velice blízký vztah. Takto činila jen přechodně, potom již vlasy nepožívala. Alopecie se upravila, přetrvávaly pouze projevy mírné sideropenické anémie. Uvádala jen občasné trávicí potíže, nebyl žádný váhový úbytek a byla po dobu téměř tří let bez větších potíží až do rozvoje výše popsaného ileózního stavu. 7. pooperační den byla pro dobrý zdravotní stav propuštěna do ambulantní péče. Další hojení rany per primam, chirurgické kontroly s příznivým nálezem.

Bylo doporučeno následné vyšetření psychiatrem, které proběhlo. Dle psychiatra je pacient-

ka uvědomělá, s náhledem na situaci, nevyžaduje podrobnější ambulantní sledování, nebyla vzhledem k indikaci ke chronické terapii. Sledna má zájem navštěvovat klinického psychologa.

Diskuze

Bezoáry představují agregáty nestravitelného cizího materiálu, který se hromadí v gastrointestinálním traktu, zejména v žaludku a nejužších místech tenkého střeva. Slovo bezoár pochází z perštiny a znamená „ochrana před jadem“. V dávných časech se přidělovaly zvířecím bezoárům magické a léčebné vlastnosti (3).

Podle materiálu, z něhož bezoáry vznikají, existuje několik druhů:

- fyto bezoáry (skládají se z nestravitelných částic rostlinného původu – např. vláknina nebo pecky z citrusových plodů),
- trichobezoáry (jsou konglomeráty vlasů a částí potravin),
- farmakobezoáry (shluky léků),
- laktobezoáry (přítomné zejména u nezralých novorozenců, složené z mléčné bílkoviny)
- a jiné zajímavé, málo vyskytující se – např. ze žvýkaček anebo z toaletního papíru (4).

Z etiologického hlediska se setkáváme s různými typem onemocnění, u kterých je predispozice ke vzniku bezoárů. Vyskytují se u jedinců, kteří mají sníženou motilitu žaludku a sekrece trávicích šťáv při diabetes mellitus, hypothyreóze, perniciozní anemii nebo myotonických syndromů. Zvláštní skupinu tvoří psychiatrickí pacienti (5).

Klinická manifestace bezoárů zahrnuje širokou škálu zejména gastrointestinálních projevů – akutní nebo chronická bolest břicha, dyspepsie, dysfagie, přítomnost abdominální masy, hematemeza, nechutenství, nauzea, vomitus a jiné. U trichobezoárů může být klinická prezentace často opožděná i o několik let (6).

Trichobezoáry se nejčastěji vyskytují u dospívajících dívek s doprovodnou, často nedagnostikovanou psychiatrickou poruchou – trichotilománií (porucha sebeovládání, impulzivní vytrhávání si vlasů nebo částí ochlupení). Dle světové literatury jedna třetina těchto pacientů trpí trichofágií a pouze 1 % zkonzumuje dostatek vlasů k chirurgické intervenci (7).

V diagnostice je důležitá anamnéza dosavadních potíží a podrobné fyzikální vyšetření. Potvrzení nálezu možno prokázat ultrazvukovým vyšetřením břicha, RTG kontrastním vyšetřením horního GIT-u, pomocí CT břicha nebo gastrofibroskopie, která je zlatým standardem diagnostiky a někdy i terapeutickým nástrojem. Léčební řešení je nadále dominan-

tu chirurgie, laparoskopickým nebo laparotomickým přístupem v závislosti od velikosti bezoárů (8).

Závěr

Při diferenciální diagnostice okluzivních syndromech střeva se bezoáry nepovažují za běžnou příčinou intestinální obstrukce a vzniku

ileu, a proto bývá často diagnóza objasněná až při operačním nálezu.

Důsledkem této skutečnosti a opožděné diagnózy v předoperačním období se výrazně zvyšuje riziko morbidit a mortality. Peroperačně je nutné vyloučit přítomnost vícených překážek, aby se zabránilo repetitivním stavům obstrukce (9).

LITERATURA

1. Gorter RR, et al. Management of trichobezoar: case report a literature review. *Pediatr Surg Int.* 2010; 26: 457–463.
2. Jatal SN, Jamadar NP, Jadhav B, et al. Extremely unusual case of gastrointestinal trichobezoar. *World Journal of Clinical Cases.* 2015; 3(5): 466–469.
3. Williams RS. The fascinating history of bezoars. *Med J Aust.* 1986; 145(11-12): 613–614.
4. Eng K, Kay M. Gastrointestinal Bezoars: History and Current Treatment Paradigms. *Gastroenterology & Hepatology.* 2012; 8(11): 776–778.
5. De Cesare A, et al. Phytobezoar-induced small bowel obstruction associated with a concomitant gastric phytobezoar and ulcer in an elderly woman. *Ann Ital Chir.* 2015; 86(1): 70–77.
6. *Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease* 4th edition
7. Yik YI, How AK. A „Hairy” problem: Trichotillomania, trichophagia and trichobezoars. *Singapore Medical Journal.* 2016; 57(7): 411.
8. Sinha AK, et al. Pediatric gastric trichobezoars with acute life threatening and undifferentiated elective bipolar clinical presentations. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports.* 2017; 16: 5–7.