

Chlapec se srdcem na pravém místě a orgány na rozdávání

MUDr. Martin Gregora

Dětské oddělení Nemocnice Strakonice, a. s.

Klíčová slova: situs viscerum inversus, dextrokardie, akcesorní slezina, Kartagenerův syndrom, ciliární dyskinese.

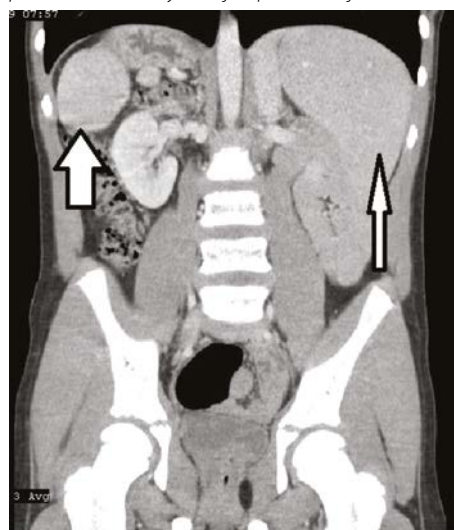
Key words: situs viscerum inversus, dextrocardia, accessory spleen, Kartagener syndrome, ciliary dyskinesia.

12letý chlapec byl odeslán praktickým lékařem k rutinnímu ambulantnímu sonografickému vyšetření pro intermitentní bolesti břicha trvající asi 14 dnů. Vyjma mírné palpační citlivosti v pravém epigastriu se chlapcův somatický nález jevil normální. Dosud vážněji nestonal, závodně sportuje.

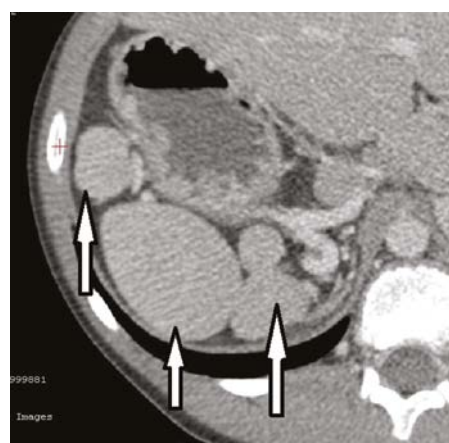
Při UZ vyšetření bylo nápadně patrné, že kličky tlustého střeva se zobrazily v pravém mesogastriu, jaterní lalok byl odtlačen ke střední čáře a na jeho místě byly detekovány čtyři oválné rezistence homogenní struktury, jejichž echogenita odpovídala parenchymatózním orgánům.

Chlapec byl odeslán na CT vyšetření břicha k upřesnění diagnózy. Výsledek byl překvapivý: situs viscerum inversus. Slezina uložena vpravo pod

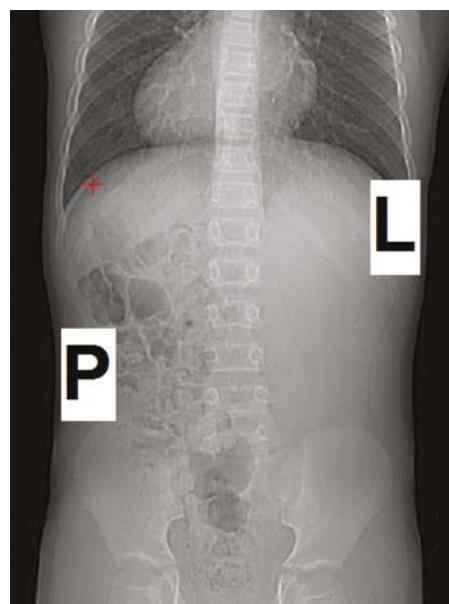
Obr. 1. Situs inversus: Tračník vyplňuje pravou polovinu břicha a pánve. Játra uložena vlevo (štíhlá šipka), levý lalok přesahuje střední čáru doprava do přední axilární čáry; silnější šipka ukazuje na slezinu



Obr. 2. Akcesorní sleziny: vlevo uložený žaludek a slezina s dalšími 3 akcesorními slezinami (šipky) různé velikosti



Obr. 3. Dextrokardie – RTG plic (P – pravá strana, L – levá strana)

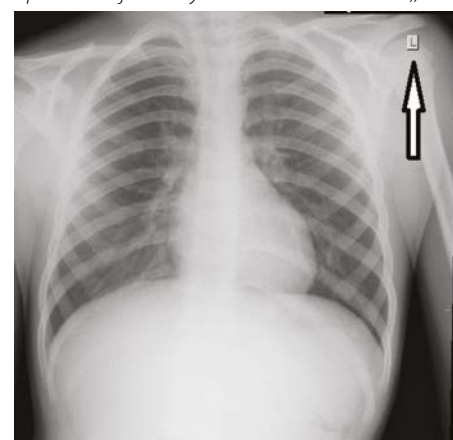


bránicí, dále tři menší akcesorní sleziny, játra vlevo pod bránicí, mírně zvětšená, zvláště levý lalok, který přesahuje střední čáru doprava do přední axilární čáry. Uložení hůře přehledného pankreatu je sporné, spíše kolem střední čáry a doleva. Žaludek uloženy vpravo. Tračník je uloženy v pravé polovině břicha a pánve, zatímco tenké kličky vlevo. Ledviny normálně uloženy, nález přiměřený. Aorta paravertebrálně vpravo, dolní dutá žíla vlevo. Vyšetření současně prokázalo také dextrokardii.

Před 2 lety byl chlapci proveden RTG snímek plic pro podezření na bronchopneumonii, nález byl hodnocen jako normální. Dextrokardie zde nebyla popsána. Zjevně byl snímek stranově špatně označen.

Situs viscerum inversus (SVI) může být neočekávaným překvapením pro chirurga, řeší cího náhlou příhodu břišní, ale může se pojít také s některými vzácnými onemocněními,

Obr. 4. RTG snímek plic provedený před 2 lety; šipka ukazuje na chybně umístěnou značku „L“



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Martin Gregora, deo-prim@nemst.cz
Dětské oddělení Nemocnice Strakonice, a. s.
Radomyšlská 336, 386 01 Strakonice

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2019 20(4): 259–260
Článek přijat redakcí: 3. 6. 2019
Článek přijat k publikaci: 14. 6. 2019

jako je ciliární dyskineze (recesivně dědičně vázaná heterogenní porucha motility řasinek spojená s chronickým otosinopulmonálním onemocněním, v přibližně v 50 % případů bývají současně defekty orgánové laterality – Kartagenerův syndrom – situs inversus, chronická sinusitis, bronchiektázie, někdy i oligospermie či azoospermie). Byla popsána také

asociace SVI s hepatocelulárním karcinomem či karcinomem duodena.

Akcesorní slezina se vyskytuje až u 15 % populace. Jak častá je vícečetná akcesorní slezina, literatura neuvádí.

Anatomická anomálie je pro našeho pacienta potenciálním rizikem, ale v tomto případě i příznivým nálezem. Vyloučila podezření na tumorózní

expanzi v dutině břišní. Chlapec netrpí na záněty dýchacích cest, spojení s plicním onemocněním (ciliární dyskineze) je u něho nepravděpodobné. V brzké době podstoupí ještě kompletní kardiologické vyšetření včetně ECHO.

Poděkování: prof. Doležalovi a doc. Votavovi za cenné rady a připomínky.

LITERATURA

1. Knowles MS, Zariwala M, Leigh M. Primary ciliary dyskinesia. Clin Chest Med 2016; 37 (3): 449–461.
2. Mishra M, Kumar N, Jaiswal A, Verma AK, Kant S. Kartage-

ner's syndrome: A case series, Lung India 2012; Oct;29(4): 366–369.

3. Mittal V, Shah A. Situs inversus totalis: the associati-

on of Kartagener's syndrome with diffuse bronchiolitis and azoospermia. Arch Bronconeumol. 2012; May;48(5): 179–182.