

Teresa Dorocinkowska-Pilch, Rafał Pilch, Elżbieta Kamińska-Ślufcik

NIEZWYKŁE PRZEBICIE DWUNASTNICY KREDKĄ OŁÓWKOWĄ U 11-LETNIEGO CHŁOPCA

Z Oddziału Chirurgicznego dla Dzieci Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy
Ordynator: dr n med. T. Dorocinkowska-Pilch

Słowa kluczowe: dwunastnica, perforacja, dziecko

W pracy przedstawiono przypadek niezwyklego przebicia dwunastnicy kredką ołówkową, połkniętą w czasie zabawy przez 11-letniego chłopca, upośledzonego w rozwoju umysłowym. Omówiono postępowanie diagnostyczne i leczenie chirurgiczne: zeszytacie miejsca perforacji z wytworzeniem czasowego zespolenia omijającego żołądkowo- czczego, które zakończyło się wyleczeniem.

WSTĘP

Urazy dwunastnicy u dzieci są postrzegane rzadko i występują u 2-10% dzieci leczonych z powodu tępego urazu brzucha. Anatomiczna topografia dwunastnicy (zaotrzewnowe położenie) powoduje, że jest ona narażona na obrażenia w mniejszym stopniu, niż pozostałe części przewodu pokarmowego. Niemniej, opisywano perforacje dwunastnicy u dzieci w następstwie tępych urazów brzucha, wypadków komunikacyjnych, zwłaszcza jako obrażenia tego narządu będące częścią składową urazów wielonarządowych [1, 2]. Częściej donoszono o perforacjach dwunastnicy u noworodków i niemowląt zwłaszcza wcześniaków i powikłanie takie opisywano jako perforacje jatrogenne powstałe w następstwie sondowania dwunastnicy lub jako powikłanie ostrego stresowego owrzodzenia dwunastnicy [3]. Przebicie dwunastnicy połkniętym ciałem obcym występuje najrzadziej [4]. W dostępnym piśmiennictwie nie napotkaliśmy opisu takiego powikłania u dziecka, dlatego pragniemy przedstawić

OPIS PRZYPADKU

11-letni chłopiec A.K., hist. choroby 1930/118 przyjęty do Oddziału Chirurgicznego dla Dzieci Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy dn.

24.01.2004, z powodu trwających od 2 dni napadowych bólów brzucha. Nie gorączkował, nie wymiotował, stolec oddawał regularnie. Ocena stanu dziecka utrudniona z powodu jego ciężkiego upośledzenia umysłowego (*cri du chat syndrom*).

Z wywiadu zebranego od matki wynikało, że chłopiec mógł połknąć część zabawki. W czasie badania stwierdzono tkliwość w nadbrzuszu manifestowaną grymasem twarzy i niepokojem. Wyniki badań laboratoryjnych nie odbiegały od normy, badanie USG jamy brzusznej nie wykazało zmian patologicznych. Na zdjęciu rtg przeglądowym brzucha zaobserwowano cień mogący odpowiadać ciału obcemu leżącemu prawdopodobnie w żołądku, czego nie potwierdzali w opisie zdjęcia radiolodzy. Nie stwierdzono obecności powietrza w wolnej jamie otrzewnej, wokół prawej nerki, ani zatarcia obrysu prawego mięśnia biodrowo-lędźwiowego.

Mimo braku objawów perforacji przewodu pokarmowego, po kilku godzinach pobytu w oddziale, zakwalifikowano dziecko do zabiegu operacyjnego. Jamę brzuszną otwarto z cięcia pośrodkowego górnego. Stwierdzono perforację części zaotrzewnowej dwunastnicy z tkwiącym w wysztanco-

wanym otworze ciałem obcym - kredką długości 10,5 cm. Usunięto ciało obce. Odświeżono brzegi rany i zeszyto otwór w dwunastnicy dwupiętrowo. Wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe przednie z najwyższą pętlą jelita cienkiego szwem dwuwarstwowym i zespolenie ramion pętli sposobem Brauna. Skontrolowano narządy jamy brzusznej - stwierdzono płaskie wylewy krwawe w wątrobie w miejscu przylegającym do opuszki dwunastnicy. Pozostawiono dren w okolicy perforacji wyprowadzając go z osobnego cięcia. Jamę brzuszną zamknięto warstwowo. Założono sondę do żołądka i cewnik do pęcherza moczowego.

Podano antybiotyki (Amikin, Metronidazol), płyny dożylnie, aminokwasy (Prime-ne, Aminoplasmal), leki przeciwbólowe. Prowadzono kartę wstrząsową i bilans wodny. Chłopiec nie wymiotował, nie gorączkował, w 4 dobie pooperacyjnej oddał stolec. Od 4 doby był pojoyny, od 5 doby żywiony doustnie. W 5 dobie usunięto sondę, dren, cewnik.

Badania laboratoryjne i obrazowe były w normie. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. W 14 dobie wypisany do domu z raną wygojoną przez rychłozrost i sprawnym pasażem przewodu pokarmowego.

OMÓWIENIE

W przedstawionym przypadku doszło do niezwyklej perforacji ściany dwunastnicy ostro zakończoną kredką ołówkową, która przebiła ścianę na granicy pierwszej i drugiej części, utknęła w ścianie i w ten sposób częściowo zamykała światło jelita. Spowodowało to zapewne opóźnienie wystąpienia objawów „ostrego brzucha”. W ustaleniu prawidłowego rozpoznania badający chłopca lekarze radiolodzy napotkali na trudności rozpoznawcze. Tylko wielokrotnie powtarzana w ciągu pierwszych 8 godzin ocena objawów dokonana przez chirurga z udziałem radiologa,

pozwoiliła na podjęcie decyzji o zwiadowczym otwarciu jamy brzusznej, co potwierdziło perforację dwunastnicy.

Jak opisano w nielicznych doniesieniach z piśmiennictwa krajowego [7, 8] do uszkodzenia dwunastnicy u dzieci dochodzi najczęściej na skutek tępego urazu brzucha, gdy następuje uderzenie lub przygniecenie brzucha a dwunastnica ulega zgnieceniu lub przebicciu od zewnątrz. Innym mechanizmem prowadzącym do uszkodzenia ściany dwunastnicy jest tzw. „przebiccie od wewnątrz” pod wpływem wzrastającego ciśnienia hydrostatycznego treści dwunastniczej (zwłaszcza gdy spływ jest utrudniony lub zatrzymany) lub perforacja ściany ostrym ciałem obcym [4, 5, 6, 8]. Taki mechanizm doprowadził do perforacji dwunastnicy u leczonego przez nas chłopca. Każde urazowe uszkodzenie dwunastnicy obciążone jest wysokim ryzykiem powikłań: przetoki, posocznica, ropnie zewnątrz- i wewnątrzotrzewnowe, a śmiertelność jest oceniana na około 10%. Powikłania te są częstsze u noworodków i niemowląt. Abadir i wsp. [3] donoszą o letalnych powikłaniach aż u 23% noworodków. Shilyansky i wsp. [2] przedstawiając wyniki leczenia 27 dzieci z obrażeniami urazowymi dwunastnicy podkreślają wpływ wczesnego rozpoznania i niezwłocznego podjęcia leczenia na jego końcowy wynik. W trudnych przypadkach diagnostycznych polecają badanie tomografii komputerowej ze środkiem kontrastowym. Pierwotne zeszytanie miejsca perforacji uzupełnione stałym odsysaniem treści żołądkowo-dwunastniczej i wczesnym



Ryc. 1. Kredka ołówkowa usunięta z dwunastnicy

Fig. 1. The pencil removed from the duodenum

wdrożeniem żywienia pozajelitowego pozostaje nadal standardem postępowania terapeutycznego.

2. Mimo możliwości wykonania nowoczesnych badań obrazowych, ich wartość diagnostyczna bywa ograniczona i często o wyborze postępowania decyduje badanie palpacyjne.

WNIOSKI

1. Szybka diagnostyka i właściwe postępowanie mają decydujący wpływ na efekt leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. *Ladd A.P., West K., Rouse T. et al.*: Surgical management of duodenal injuries in children. *Surgery*, 2002, 132: 748-53.
2. *Shilyansky J., Pearl R., Sena L. et al.*: Diagnosis and management of duodenal injuries in children. *J. Ped. Surg.*, 1997, 32: (6), 880-886.
3. *Abadir J., Emil S., Ngujen N.*: Abdominal foregut perforations in children: a 10 year experience. *J. Ped. Surg.*, 2005, 40: 1903-1907.
4. *Clendenon J.N., Meyers M., Nance M.*: Management of duodenal injuries in children. *J. Ped. Surg.*, 2004, 39: (6), 984-988.
5. *Holmes J.F., Sokolove P., Land C. et al.*: Identification of intraabdominal injuries in children hospitalized following blunt trauma. *Acad. Emerg. Med.*, 1999, 6: 799-806.
6. *Wintrop AL., Wesson D., Filler R.M.*: Traumatic duodenal hematoma in pediatric patient. *J. Ped. Surg.*, 1986, 21: 757-760.
7. *Osemlak J., Dyja A., Matuszewski Ł.*: Urazy dwunastnicy u dzieci. *Ann. Acad. Siles.*, 1993, supl. 15, Chirurgia jamy brzusznej, Katowice 1993, 243-251.
8. *Birula A., Wargoeki J., Gomaliński G.*: Pozaotrzewnowe uszkodzenie dwunastnicy w wyniku urazów u dzieci. *Ann. Acad. Siles.*, 1993, supl. 15, Chirurgia jamy brzusznej, Katowice 1993, 253-257.

Teresa Dorocinkowska-Pilch, Rafał Pilch, Elżbieta Kamińska-Ślufcik

DUODENAL PERFORATION IN CHILD WITH COLOR PENCIL

The case of 11-year-old boy with *cris du chat* syndrom was operated upon for unusual duodenal perforation with color pencil. The surgical treatment was uneventful.

Adres autorów

Oddział Chirurgiczny dla Dzieci Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Iwaskiewicza 5, 59-220 Legnica