

Adam Bysiek, Wojciech Górecki, Mirosław Krysta, Ireneusz Honkisz, Anna Taczanowska

URAZOWA PODOTRZEWNOWA PERFORACJA ODBYTNICY I PĘCZERZA MOCZOWEGO

Z Kliniki Chirurgii Dziecięcej CM UJ w Krakowie
Kierownik: doc. dr hab. A. Bysiek

Słowa kluczowe: uraz, perforacja odbytnicy, perforacja pęcherza moczowego.

Autorzy prezentują 7-letniego chłopca leczonego z powodu pourazowej, podotrzewnowej perforacji odbytnicy i pęcherza moczowego. Omówiono trudności diagnostyczne oraz zasady postępowania z dzieckiem po penetrującym urazie okolicy krocza.

WSTĘP

Urazy odbytnicy i pęcherza moczowego zazwyczaj są częścią składową rozległego, tępego urazu wielonarządowego i wielomiejscowego (urazy komunikacyjne, upadki z dużej wysokości, urazy z towarzyszącym złamaniem miednicy) [1]. Do urazów jelita grubego może dojść od strony jego światła np. w uszkodzeniach jatrogennych po zabiegach endoskopowych, przy odprowadzaniu wgłobienia środkiem cieniującym lub kontrastem. Często do urazów odbytnicy u noworodków dochodzi podczas zakładania termometru. Do rzadkości należą obrażenia po ranach kłutych, powstające zazwyczaj podczas zabaw, wiążące się z urazami krocza i pośladków, przy których może dojść do uszkodzenia układu moczowego [1, 2, 3, 4]. W każdym przypadku należy brać pod uwagę możliwość nadużyć seksualnych.

OPIS PRZYPADKU

Chłopiec 7-letni przeniesiony do Kliniki Chirurgii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego ze szpitala rejonowego z powodu pourazowego zatrzymania moczu. Ustalono, że kilkanaście godzin wcześniej chłopiec usiadł na metalowym pręcie, który próbował wbić do ziemi. Dziecko

zgłaszało pobolewania podbrzusza, trudności w oddaniu moczu. Badaniem fizykalnym stwierdzono niewielką tkliwość podbrzusza i przedniej ściany odbytnicy oraz niewielkie otarcie okolicy odbytu. Chłopiec oddał kilka mililitrów moczu, makroskopowo niezmiennego. Wykonano USG jamy brzusznej, w którym poza nadmiernie wypełnionym pęcherzem moczowym nie stwierdzono innych zmian. Po założeniu cewnika do pęcherza moczowego zauważono pęcherzyki powietrza. W badaniu ogólnym moczu stwierdzono proteinurię 0,74g/l (+), ketonurię (+), obecność około stu świeżych erytrocytów oraz 30-40 leukocytów w polu widzenia. Zdecydowano o wykonaniu cystografii. Po podaniu kontrastu do pęcherza moczowego stwierdzono obecność powietrza w pęcherzu moczowym (ryc.1). Rektoskopia potwierdziła rozpoznanie. Na przedniej ścianie odbytnicy, w odległości około 3 cm od linii skórnej stwierdzono ranę średnicy 0,5 cm, którą po przepłukaniu zaopatrzone szwami pojedynczymi. W dalszym przebiegu hospitalizacji zdecydowano o rozpoczęciu żywienia pozajelitowego oraz zastosowaniu antybiotykoterapii w celu osłony miejsca perforacji. Pozostawiono cewnik w pęcherzu moczowym. Stan ogólny dziecka uległ stopniowej poprawie. Przez cały

okres pobytu w szpitalu chłopiec nie gorączkował. Dietę doustną rozpoczętą w 10 dobie po zabiegu stopniowo rozszerzano. W kontrolnych badaniach ogólnych moczu początkowo stwierdzano krwinkomocz. W kolejnych badaniach mocz uległ oczyszczeniu. W 14 dobie po zabiegu usunięto cewnik z pęcherza moczowego. Początkowo chłopiec zgłaszał dolegliwości dysuryczne, które ustąpiły po kilku dniach. W kontrolnej rektoskopii stwierdzono prawidłowe gojenie się rany. Dziecko zostało wypisane do domu po 22 dniach w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości.



Ryc. 1. Cystografia – rzut boczny – poziom płynu
Fig. 1. Cystography – fluid level

OMÓWIENIE

Urazy jelita grubego i pęcherza moczowego można podzielić na wewnątrzotrzewnowe, zewnątrzotrzewnowe oraz kombinowane. W obrażeniach wewnątrzotrzewnowych bóle brzucha nasilają się w miarę upływu czasu oraz stosunkowo szybko pojawiają się objawy zapalenia otrzewnej oraz objawy septyczne. W uszkodzeniach wewnątrzotrzewnowej części pęcherza moczowego pojawia się zaciek moczowy z następowym powiększeniem obwodu brzucha. Uszkodzenia części zewnątrzotrzewnowej pęcherza moczowego powodują głównie dolegliwości bólowe podbrzusza, często występują trudności w oddawaniu moczu i krwimocz. Zaciek moczowy może pojawić się na kroczu, worku mosznowym i udzie. W obrażeniach odbytnicy często występuje ostry ból z uczuciem parcia na stolec oraz obecność świeżej krwi w jej świetle. W diagnostyce uszkodzeń odbytnicy i pęcherza moczowego obowiązuje dokładne badanie brzucha, miednicy i krocza, łącznie z badaniem *per rectum*. U każdego dziecka należy wykonać przeglądowy radiogram jamy brzusznej łącznie z miednicą, pozwalający stwierdzić obecność wolnego powietrza w jamie otrzewnowej lub pęcherzu moczowym czy obecność ciał obcych. W przypadku stwierdzenia obecności powietrza w pęcherzu moczowym wskazana jest cystouretrografia. Jeżeli dziecko nie może oddać moczu należy wykonać cewnikowanie pęcherza moczowego. Gdy istnieją trudności z jego założeniem, podejrzewając równocześnie uszkodzenie cewki moczowej należy zawsze wykonać uretrografię wstępującą. W urazach pośladków i krocza oraz odbytu wykonuje się rektoskopię, a u dziewczynek waginoskopię w znieczuleniu ogólnym z równoczesnym chirurgicznym zaopatrzeniem obrażeń. Jeżeli podczas rektoskopii stwierdza się perforację odbytnicy do wolnej jamy otrzewnowej należy wykonać laparotomię z kontrolą narządów jamy brzusznej. Obo-

wiązuje podanie antybiotyków o szerokim zakresie działania. Często zaleca się stosowanie drenażu przez kanał zranienia. W przypadku zastarzałych i rozległych ran należy wykonać sztuczny odbyt na okrężnicy esowatej [1].

WNIOSKI

Penetrujące urazy okolicy krocza występują rzadko, ale mogą mieć poważne konsekwencje. Brak zewnętrznych śladów ura-

zu nie wyklucza obecności poważnych obrażeń narządów wewnętrznych. Rozległość urazu zależy od wielkości, siły i kierunku działania penetrującego przedmiotu. Dokładność przeprowadzonego wywiadu, badania fizykalnego oraz dodatkowej diagnostyki ma decydujący wpływ na dalszy przebieg leczenia i ewentualny zakres powikłań związanych z opóźnieniem rozpoznania i rozpoczętego leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. *Grochowski J.*: Urazy u dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
2. *Grisoni E.R., Hahn E., Marsh E., Volsko T., Dudgeon D.*: Pediatric Perineal Impalement Injuries. *J. Pediatr. Surg.*, 2000, 35 (5), 702.
3. *Beiler B.H., Zachariou Z., Daum R.*: Impalement and Anorectal Injuries In Childhood: A Retrospective study of 12 Cases. *J. Pediatr. Surg.*, 1998, 33 (8), 1287.
4. *Haut E.R., Nance M.L., Keller M.S., Groner J.I., Forg H.R., Kuhn A., Tuchfarber B., Garcia V., Schwab C.W., Stafford P.W.*: Management of Penetrating Colon and Rectal Injuries in the Pediatric Patient.

Adam Bysiek, Wojciech Górecki, Mirosław Krysta, Ireneusz Honkisz, Anna Taczanowska

TRAUMATIC EXTRA PERITONEAL PERFORATION OF THE RECTUM AND URINARY BLADDER

Key words: trauma, rectal perforation, urinary bladder perforation.

The authors describe the case of 7-year-old boy with rectum and urinary bladder perforation post impalement injury. The aim of this article is to discuss common diagnostic problems in patients with perineal impalement injuries.

Adres autorów:
Klinika Chirurgii Dziecięcej CM UJ
ul. Wielicka 265
30-663 Kraków