

*Adam Bysiek, Małgorzata Zamora, Wojciech Górecki, Joanna Budzyńska, Andrzej Zajac, Stanisław Zieliński*

## **POMYŚLNE LECZENIE ZACHOWAWCZE Z PRZEZSKÓRNYM DRENAŻEM ŻÓŁCI W ROZKAWALKOWANIU WĄTROBY U DWULETNIEGO CHŁOPCA**

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

Słowa kluczowe: uraz wątroby, drenaż przezskórny żółci, dziecko.

*W pracy przedstawiono dwuletniego chłopca z nierozpoznanym początkowo uszkodzeniem wątroby w wyniku zatajonego tępego urazu brzucha. Ostatecznie z opóźnieniem stwierdzono rozkawałkowanie wątroby. Zastosowano leczenie nieoperacyjne z przezskórnym drenażem śródtrzewnowych kolekcji żółci. Autorzy podkreślają celowość rozpatrywania ewentualnego urazu w diagnostyce różnicowej u dziecka z niejasnym obrazem podwyższonych transaminaz w surowicy krwi oraz znaczenie indywidualizacji sposobu leczenia zależnie od stanu hemodynamicznego pacjenta.*

### **WSTĘP**

Obrażenia brzucha stanowią ok. 10% wszystkich urazów wieku dziecięcego. Spośród nich 90% powstaje w wyniku urazu tępego [1]. Do najczęstszych przyczyn ich powstania należą wypadki komunikacyjne [1, 2]. Wątroba jako największy narząd mięsisty jamy brzusznej jest szczególnie narażona na uraz, a jej masywne uszkodzenia prowadzą do zagrażających życiu powikłań [1, 3, 4, 5]. Krwotok z wątroby stanowi drugą w kolejności przyczynę zgonów wśród populacji dziecięcej, po urazach czaszkowo-mózgowych [1]. Rozległe obrażenia wątroby często współistnieją z innymi ciężkimi uszkodzeniami, rzadko występują w formie izolowanej [1, 2, 3, 4]. Obecnie taktyka leczenia urazów wątroby u dzieci ustalana jest na podstawie oceny stanu hemodynamicznego pacjenta, obrazu tomografii komputerowej i uszkodzeń innych narządów [2, 3, 4, 5, 6]. Istnieje tendencja do coraz częstszego zachowawczego postępowania. Aktualnie wśród dzieci ok. 90% urazów wątroby udaje się skutecznie leczyć nieoperacyjnie [2, 3, 4].

### **OPIS PRZYPADKU**

Dwuletni chłopiec został skierowany ze szpitala rejonowego z podejrzeniem zespołu Rey'a lub zatrucia. W wywiadzie: znaleziony na podwórku apatyczny, splątany, bez obrażeń powłok i bez urazu według rodziców. W badaniach wstępnych stwierdzono znaczne podwyższenie poziomu transaminaz w surowicy krwi. Przy przyjęciu do Kliniki stan ogólny średni, przytomny, wydolny krążeniowo (HR 140/min, RR 95/50), odwodniony i ze znaczną dusznością oraz wzdętym i bolesnym całym brzuchem. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono wyraźną anemizację, podwyższoną leukocytozę, podwyższenie stężenia transaminaz, mocznika i kwasu mlekowego, prawidłowy poziom bilirubiny, amylazy, glukozy i mocznika w surowicy krwi. Natomiast obniżeniu uległy parametry układu krzepnięcia oraz poziom białka całkowitego. W badaniach obrazowych początkowo wątroba powiększona, ale jednorodna, drogi żółciowe prawidłowe, duża ilość płynu w jamie otrzewnowej. Nawadniano dożylnie oraz wyrównano zaburzenia morfologii i układu krzep-

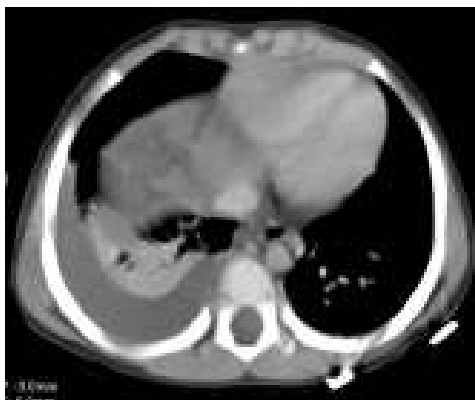
nięcia (przetoczono 250 ml KKCz). Prowadzono obserwację parametrów życiowych i bilans płynowy w warunkach intensywnej terapii. U pacjenta ustabilizowanego hemodynamicznie, przytomnego, nadal utrzymywało się znaczne wzdęcie brzucha z bolesnością nad całą jego powierzchnią, niedrożność jelit i duszność. W wykonanej TK zwracało uwagę dalsze powiększanie wątroby i niejednorodność miąższu z licznymi

pęknięciami (ryc. 1 a i b) oraz obecność płynu o charakterystyce krwi w jamie otrzewnowej (ryc. 2) i prawej jamie opłucnowej (ryc. 3). Rozpoznano rozległe obrażenia wątroby, mimo że rodzice wykluczali uraz. Zobligowano ich do ponownej próby ustalenia przebiegu wydarzeń w dniu zachorowania. Okazało się, że dziecko zostało dościsnięte do muru przez cofający się samochód, prowadzony przez zaprzyjaźnionego



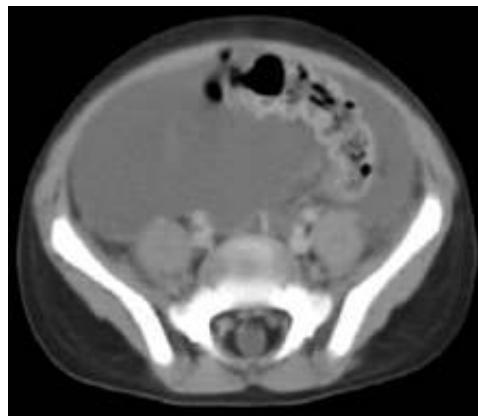
Ryc.1. TK jamy brzusznej: powiększenie wątroby, niejednorodność miąższu oraz liczne pęknięcia prawego płata wątroby (a) i lewego płata wątroby (b)

Fig.1. Abdominal CT scan: liver enlargement, parenchymal heterogeneity and multiple lacerations of right (a) and left (b) lobe of the liver



Ryc. 2. TK klatki piersiowej: obecność płynu w prawej jamie opłucnowej

Fig. 2. Chest CT scan: fluid in the right pleura



Ryc. 3. TK jamy brzusznej: obecność dużej ilości płynu w jamie otrzewnowej

Fig. 3. Abdominal CT scan: large amount of free peritoneal fluid

kierowcę. Wobec ustabilizowanego już stanu hemodynamicznego chłopca i upływu znacznego czasu od urazu, podjęto decyzję o dalszym zachowawczym postępowaniu. Stan dziecka ulegał stopniowej poprawie. W 11-tej dobie stwierdzono śródtrzewnowo, w okolicy lewego nadbrzusza, dwie otorbione kolekcje żółci (ryc. 4 a i b). Zastosowano drenaż przezskórny pod kontrolą TK. Dalszy przebieg leczenia bez powikłań. Chłopiec został wypisany do domu w 27-mej dobie pobytu z prawidłowym poziomem transaminaz w surowicy krwi i cechami pełnej regeneracji mięszu wątroby w badaniach obrazowych.

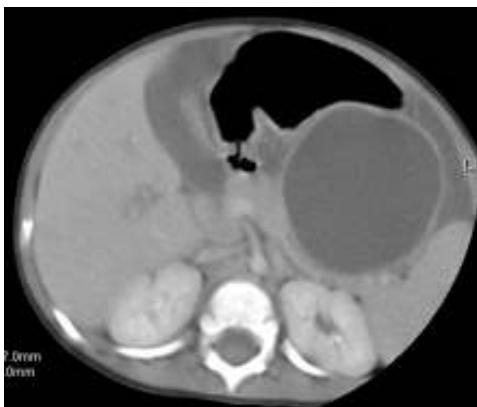
#### OMÓWIENIE

Na podstawie TK u przedstawionego pacjenta doszło do urazu stopnia V-go (według klasyfikacji Organ Injury Scale AAST), gdzie rozkawałkowaniu uległ praktycznie cały narząd z przerwaniem torebki i obfitym krwawieniem do jamy otrzewnowej [2]. Zbieg okoliczności związany z zatajeniem urazu, zmiany ośrodków leczących spowodowały opóźnienie właściwego rozpoznania

i uzasadnionego w takiej sytuacji klasycznego agresywnego postępowania. W chwili postawienia rozpoznania rozległego uszkodzenia wątroby (3 doba) pacjent był ustabilizowany hemodynamicznie. Zatem miniony nolens volens czas od urazu wpłynął na podjęcie decyzji o nieoperacyjnym, jak się okazało, pomyślnym leczeniu tak ciężkiego urazu. U dzieci leczenie nieoperacyjne obrażeń wątroby prowadzi się już od ponad 20 lat [2, 3, 4]. Wskazania do takiej taktyki ulegają ciągłej weryfikacji i znacznie się poszerzają. Za najważniejszy czynnik w procesie decyzyjnym sposobu leczenia uznaje się obecnie stan hemodynamiczny pacjenta [2, 3, 4, 5, 6].

#### WNIOSKI

1. Decyzję o sposobie leczenia dziecka z urazem wątroby należy indywidualizować w zależności od stanu hemodynamicznego i badań dodatkowych.
2. W diagnostyce różnicowej u dziecka z niejasnym obrazem podwyższonych transaminaz w surowicy krwi zawsze należy brać pod uwagę uraz wątroby.



Ryc. 4. TK jamy brzusznej: otorbione, przylegające do siebie kolekcje żółci w nadbrzuszu lewym (a) i śródbrzuszu lewym (b)

Fig. 4. Abdominal CT scan : encapsulated, adjacent to each other bile collections in the left epigastrium(a) and in left middle-abdominal area (b)

PIŚMIENNICTWO

1. *Grochowski J.*: Urazy u dzieci, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
2. *Carillon E., Platz A., Miller F., Richardson J., Polk Jr H.*: Nieoperacyjne leczenie tępych obrażeń wątroby. *Med. Prakt. Chir.*, 2000, 24-25, 48.
3. *Jacobs I., Kelly K., Valenziano C., Pawar J., Jones C.*: Nonoperative management of blunt splenic and hepatic trauma in the pediatric population: significant differences between adult and pediatric surgeons?, *Am. Surg.*, 2001, 67, 149.
4. *Sharma O., Oswanski M., Singer D., Shekhar S., Daoud Y.*: Assesment of nonoperative management of blunt spleen and liver trauma, *Am. Surg.*, 2005, 71, 379.
5. *Sharif K., Pimpalwar A., John P., Johnson K., Donnell S., de Ville de Goyet J.*: Benefits of early diagnosis and preemptive treatment of biliary tract complications after major blunt liver trauma in children, *J. Ped. Surg.*, 2002, 37, 1287.
6. *Paddock H., Tepas J., Ramenofsky M., Vane D., Discala C.*: Management of blunt pediatric hepatic and splenic injury: similar process, different outcome, *Am. Surg.*, 2004, 70, 1068.

*Adam Bysiek, Małgorzata Zamora, Wojciech Górecki, Joanna Budzyńska, Andrzej Zajac, Stanisław Zieliński*

SUCCESSFUL CONSERVATIVE TREATMENT OF TRAUMATIC LIVER FRAGMENTATION  
BY PERCUTANEOUS DRAINAGE IN A 2-YEAR-OLD BOY

Key words: liver trauma, percutaneous drainage.

We present a case of a two-years-old boy with primarily undiagnosed peritoneal bleeding due to abdominal trauma, with no history of trauma given by parents on admission to the hospital. The boy was treated conservatively with subsequent transcuteaneous drainage of intraperitoneal bile collections. The authors emphasize the role of including the occult abdominal trauma in differential diagnosis of a child with an elevated transaminase level and the necessity of individual decision about the treatment according to the actual haemodynamic status of the patient.

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