

Atypická příčina ileozního stavu

MUDr. Pavel Sychra, MUDr. Petra Krumpholcová

II. interní gastroenterologická a hepatologická klinika FN a LF UP Olomouc

Kazuistika popisuje případ staršího muže, který na naši kliniku přichází pro recidivující bolesti břicha, pokles na hmotnosti a nechutenství.

Kazuistika popisuje mnohdy svízelnou diagnostiku, ale také překvapivou a nepříliš častou etiologii ileozního stavu.

Klíčová slova: ileus.

An atypical cause of ileus

We describe the case of an elderly male, who visited our clinic with abdominal pain, weight loss and a lack of appetite. Casuistry describes a frequent difficult diagnosis and also a surprising and rare etiology of ileus.

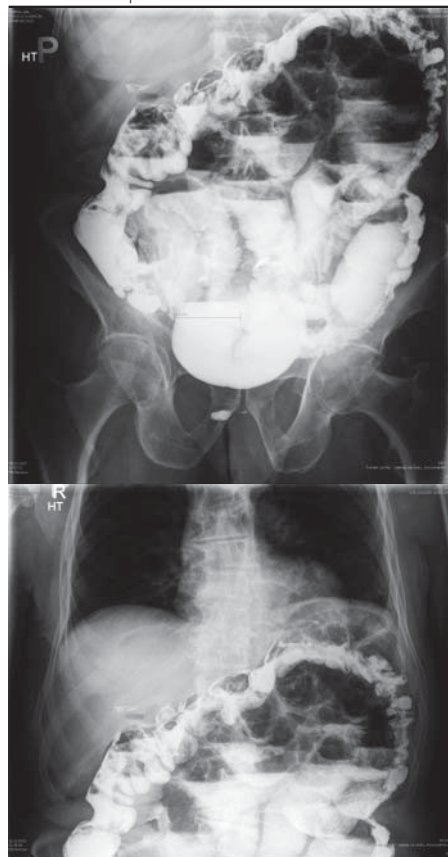
Key word: ileus.

Ileozní stav patří mezi náhlé příhody břicha a je definován jako nemožnost normálního postupu obsahu trávicím ústrojím (1). Ileozní stav můžeme podle příčiny klasifikovat na mechanický ileus (obturační, obstrukční), cévní a neurogení. Příčinou mechanického ileu je překážka v lumen střeva, jeho stěně nebo mimo něj. Také do mechanického ileu můžeme zařadit volvulus, což je otočení trávicí trubice kolem její osy. Dalším typem ileu je ileus neurogení (spastický, paralytický), který je zapříčiněn nervovou poruchou, a ileus cévní, který je vyvolán poruchou cévního zásobení střeva. V klinickém obraze zpočátku dominuje pocit plnosti v břiše, nauzea a říhání. Pokud tento stav progreduje, dochází k zástavě odchodu plynů a stolice. Dále je tento stav provázen vzdušným bříškem, bolestí břicha a tachykardií. Pokud není ileozní stav řešen, dochází k rozvoji šokového stavu. Základem diagnostiky ileozního stavu je anamnéza, objektivní vyšetření, na které navazují další vyšetřovací metody jako nativní rtg vyšetření břicha, laboratorní vyšetření, pasáž zažívacím traktem vodní kontrastní látkou, koloskopie, UZ nebo CT vyšetření břicha. Základem terapie mechanického a cévního ileu je chirurgická intervence. V terapii neurogeního ileu je základem konzervativní postup, při kterém se snažíme o odstranění vyvolávající příčiny.

Vlastní kazuistika pojednává o 78letém muži, který byl do naší ambulancie odeslán praktickým lékařem pro měsíc trvající intermitentní bolesti v epigastriu, nechutenství a pokles na hmotnosti 10 kg. Jiné bolesti a potíže pacient v anamnéze neguje. Pacient se léčí s hypertenzí, dnou a hypercholesterolemií, prodělal virovou myokarditidu v mládí a je po cholecystektomii. Rodinná anamnéza nevýznamná. Při objektivním vyšetření byla palpačně potvrzena bolestivost v epigastriu bez hmatné rezistence

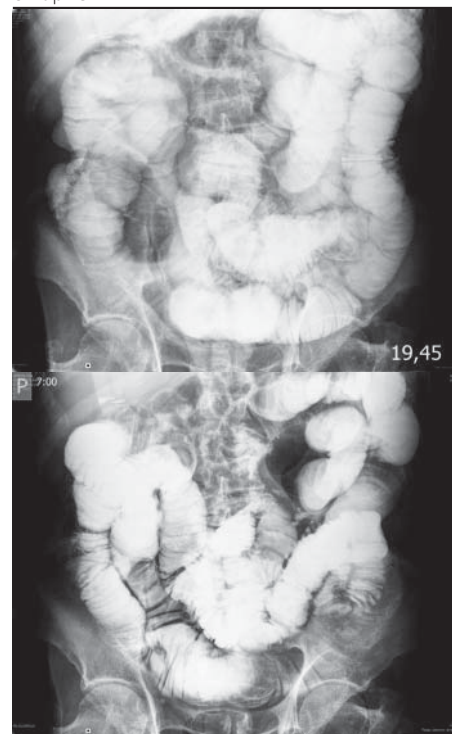
se slyšitelnou peristaltikou, subikterus sklér. Při vyšetření byl proveden ultrazvuk břicha s nálezem – stav po cholecystektomii a dilataci intrahepatických (3–4 mm) a extrahepatických (12 mm) žlučovýchodů. V laboratorních parametrech nález ikterické cholestázy – bilirubin 35, konj. bilirubin 11, ALT 1,6, AST 1,2, ALP 1,7, GMT 1,54, CRP 27,7 a bez elevace pankreatických enzymů, bez leukocytózy a koagulopatie. Pacient byl přijat k hospitalizaci, během které bylo provedeno endoUZ s nálezem choledocholitázy. Na základě vyšetření bylo provedeno ERCP s pa-

Obrázek 1 a 2. Nativní rtg snímek břicha s nálezem hladinek a lehké distenze kliček tenkého střeva, kontrastní náplň v tračnicku



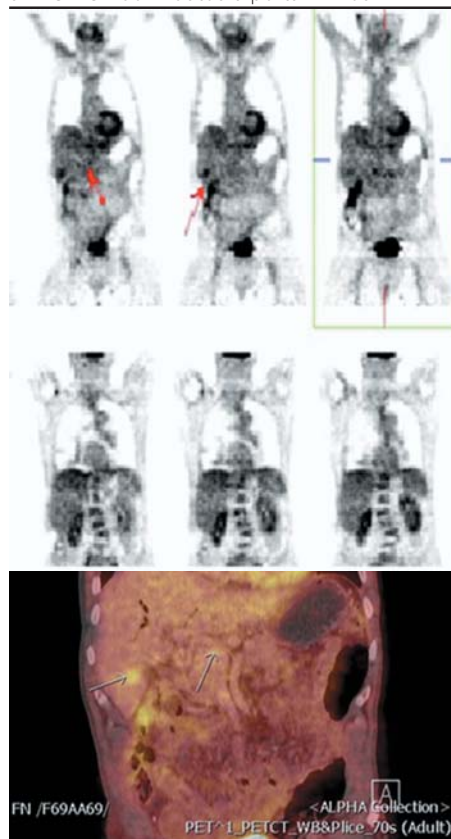
pilosfinkterotomií a extrakcí drobné choledocholitázy. Po postupné realimentaci pacienta přetrvávají dyspeptické potíže – nauzea, pocit nafouknutí, intermitentní bolesti v epigastriu. Při kontrolním laboratorním vyšetření dochází k ústupu ikterické cholestázy a poklesu CRP i přes přetrvávající subjektivní potíže pacienta. Proto byla doplněna gastroskopie s nálezem drobné axiální hiátové hernie a refluxní ezofagitida gr. B dle LA klasifikace. Vzhledem k horšícímu se klinickému stavu pacienta byl proveden nativní rtg snímek břicha s nálezem hladinek v kličkách tenkého střeva s lehkou distenzí kliček tenkého střeva (obrázek 1 a 2). Nález odpovídal rozvíjejícímu se vysokému ileu. Proto

Obrázek 3 a 4. Zpomalená pasáž GITem s distenzí kliček jejun a ilea, tračnick kolabován a s předpokládanou překážkou v oblasti term ilea či Bauhinské chlopně



na základě chirurgického konzilia byla doplněna pasáž gastrointestinálním traktem a kolosko-

Obrázek 5 a 6. PET/CT – zvýšená akumulace glukózy v jednom ložisku v játrech a v lymfatické uzlině mezi dolní dutou a portální žílou



pie. Při koloskopii nebyla nalezena překážka v průběhu celého tlustého střeva. Při pasáži GIT probíhající 44 hodin byly nalezeny distendované kličky tenkého střeva a předpokládaná překážka v oblasti terminálního ilea (obrázky 3 a 4). S tímto nálezem byl pacient po konzultaci s chirurgem indikován k operační revizi dutiny břišní. Při operaci cestou střední laparotomie byly v dutině břišní nalezeny dilatované kličky tenkého střeva, přičemž překážkou pasáže byl shledán tumor velikosti třešně ve vzdálenosti 30 cm orálně od céka. Distálně střevo od překážky bylo kolabované. Po výkonu a postupné realimentaci se pacient cítí dobře, bolesti a potíže neguje, neguje pasážové potíže. Nalezený tumor byl odeslán k histologickému vyšetření, kde bylo potvrzeno, že se jedná o adenokarcinom. Doplněné imunochemické vyšetření (chromogranin, synaptofyzin, CD56, CD 117, p53) bylo negativní. Na základě toho byla vysloveno podezření na metastázu adenokarcinomu nejpravděpodobněji ze žaludku či pankreatu, nikoliv z tlustého střeva, plic či prostaty. Při pátrání po primárním ložisku bylo doplněno PET/CT s nálezem zvýšené akumulace glukózy v jednom ložisku v játrech a v jedné lymfatické uzlině mezi dolní dutou a portální žílou (obrázek 5 a 6). Po tomto vyšetření se pacient dostavil na kontrolu a podepsal negativní revers a odmítl

další sledování, terapii a dovyšetření stavu. Při kontrole pacient uváděl, že je zcela bez potíží a bez bolestí.

Závěr

Touto krátkou kazuistikou bych rád poukázal na možnosti atypické příčiny ileozního stavu, a to metastazujícím adenokarcinomem do tenkého střeva a také na mnohdy komplikovanou diagnostiku ileozního stavu, kdy nejprve bylo pacientovi provedeno ERCP pro obstrukční ikterus, ale až pro přetrvávající potíže s rozvojem ileozního stavu byla jako primární příčina potíží nalezena metastáza adenokarcinomu v tenkém střevě.

Literatura

1. Zeman M. Speciální chirurgie. 2. vyd. Praha: Galén; s. 328.
2. Schein M, Rogers PN. Urgentní břišní chirurgie. Praha: Grada 2011.

Článek přijat redakcí: 2. 2. 2012

Článek přijat k publikaci: 2. 3. 2012

MUDr. Pavel Sychra

II. interní gastroenterologická
a hepatologická klinika
FN a LF UP Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
sychra.pavel@centrum.cz

