

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E

Objawy ostrego brzucha wywołane bezoarem żołądka – opis przypadku

Peritonitis caused by a giant trichobezoar ventriculi – a case report

Szpakowski Marian^{1,2}, Chilarski Andrzej³, Nowińska-Serwach Anna^{1,2},
Wilczyński Jacek R.^{1,2}, Kolasa-Zwierzchowska Dorota¹

¹ Klinika Chirurgii Ginekologicznej ICZMP

² III Katedra Ginekologii i Położnictwa UM w Łodzi

³ Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej ICZMP

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek bezoaru żołądka stwierdzonego u 18-letniej pacjentki przyjętej do Kliniki Chirurgii Ginekologicznej z objawami ostrego brzucha.

Przeprowadzona diagnostyka przedoperacyjna nasunęła podejrzenie obecności skręconej szypuły guza jajnika. Pacjentkę zoperowano w trybie pilnym. Rozpoznanie wstępne okazało się nieprawidłowe.

Stwierdzono obecność w żołądku bezoaru o łącznej masie 2400g, który był przyczyną perforacji tylnej ściany żołądka i prezentowanych objawów.

Słowa kluczowe: **bezoar** / **zapalenie otrzewnej** /

Summary

Bezoars are the most common foreign bodies of gastrointestinal tract. They contain swallowed hair, different fibres, seeds, nut shells, sweets or drugs.

Clinical manifestations vary, depending on the location and size of bezoar, from “no symptoms” to “acute abdomen” syndrome. In this case report, the authors describe a giant trichobezoar from the stomach of an 18-year-old girl, who had been admitted to the gynecological department with syndromes suggesting an ovarian cyst torsion.

The preoperative diagnosis was not confirmed and a giant trichobezoar was found and removed during the surgery.

Key words: **bezoar** / **peritonitis** /

Adres do korespondencji:

Marian Szpakowski
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
Klinika Chirurgii Ginekologicznej
93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289
e-mail: chir_gin_iczmp@poczta.onet.pl
tel. 042 271 11 501

Otrzymano: 15.11.2007
Zaakceptowano do druku: 30.03.2008

Szpakowski M, et al.

Wstęp

Bezoary to kuliste twory występujące najczęściej u zwierząt, powstające w żołądkach przeżuwaczy w wyniku nagromadzenia się niestrawionych resztek pokarmu oraz włókien roślinnych i włosów (sierści) [1].

U ludzi bezoary występują wyjątkowo rzadko. Sporadycznie stwierdzane są u dzieci (bawiących się guzikami czy monetami), u osób z zaburzeniami psychicznymi i emocjonalnymi (np. zjadających włosy), więźniów (połykających różne przedmioty), alkoholików (pijących politure) a także mogą być wynikiem przypadkowego połknięcia przedmiotów (np. pestek, tabletek) nie ulegających strawieniu w przewodzie pokarmowym [2].

W zależności od materiału z jakiego powstają, bezoary dzielą się na fitobezoary - z włókien i resztek roślinnych, głównie daktyli, orzechów kokosowych, selera, dyni, rodzynek itp., oraz trichobezoary - z połykanych włosów. Ciała obce zalegające w przewodzie pokarmowym mogą być przyczyną różnych dolegliwości i powikłań. Małych rozmiarów bezoary często nie dają żadnych objawów. Wraz z ich wzrostem mogą wystąpić: ból brzucha, zgaga, nudności, wymioty, wzdęcia, trudności z połykaniem, ubytek masy ciała. W krańcowych przypadkach dochodzi do niedrożności przewodu pokarmowego, perforacji i objawów „ostrego brzucha” [3, 4, 5].

W pracy przedstawiamy przypadek kliniczny i trudności diagnostyczne u pacjentki, u której podczas zabiegu operacyjnego z powodu objawów „ostrego brzucha” stwierdzono obecność ponad 2 kilogramowego trichobezoaru w żołądku.

Opis przypadku

Pacjentka lat 18, wzrost 170cm, waga 54kg, niewspółżyjąca, została przyjęta do Kliniki Chirurgii Ginekologicznej ICZMP w Łodzi z powodu silnego bólu brzucha, który rozpoczął się nagle, kilka godzin przed przyjęciem do szpitala a następnie nasilił się zwłaszcza w regionie podbrzusza.

W chwili przyjęcia do szpitala, stan ogólny pacjentki określono jako średnio ciężki. Ciśnienie krwi 135/80mmHg, tętno miarowe około 90/min., dobrze napięte. Kontakt logiczno-słowny zachowany, powłoki blade, tkanka podskórna bardzo skąpa, rysy twarzy zaostrome, język suchy obłożony szarym nalotem. Pacjentka zgłaszała silny ból i wzdęcie brzucha oraz nudności. Zaprzeczała występowaniu wymiotów. Wywiad ogólny i ginekologiczny był nieobciążony. Pacjentka miesiączkowała regularnie od 13 roku życia. Miesiączki występowały w odstępach 28-30 dni, trwały 4-6 dni, były miernie obfite i bolesne. Ostatnia miesiączka prawidłowa, o zwykłym przebiegu. Pacjentka jak i jej rodzina negowała wcześniejsze występowanie podobnych objawów jak również przebiecie hospitalizacji spowodowanej problemami ginekologicznymi lub chirurgicznymi. Wywiad przeprowadzony z rodziną nie wskazywał także na spożycie nieświeżej żywności lub inne zaburzenia w odżywianiu.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono:

- klatka piersiowa symetryczna,
- nad polami płucnymi obustronnie szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy,
- tony serca miarowe, bez szmerów patologicznych,
- brzuch wysklepiony znacznie powyżej poziomu klatki

piersiowej, wzdęty, powłoki napięte, twarde, uniemożliwiające badanie palpacyjne narządów jamy brzusznej,

- nad całą jamą brzuszną wypuk bębenkowy, perystaltyka żywa, o charakterze przelewania, słyszalna nad całą jamą brzuszną.

Objawy podrażnienia otrzewnej zaznaczone były zwłaszcza w podbrzuszu.

W badaniu ginekologicznym stwierdzono:

- część pochwowa szyjki macicy stożkowata,
- poruszanie macicą – żywo bolesne.

Pacjentka była niespokojna, silnie reagująca na dotyk.

W tej sytuacji odstąpiono od dalszego badania.

W wykonanym w trybie pilnym badaniu USG stwierdzono:

- trzon macicy w przodozgięciu, drobny, o wymiarach 3x2x3cm,
- zarysy ścian macicy gładkie, echostruktura jednorodna,
- echo endometrium szerokości 6mm,
- prawy jajnik z pęcherzykiem średnicy 16mm,
- w lewych przydatkach uwidoczniło się niejednorodną echogenicznie zmianę o trudnej do oceny wielkości ze względu na obecność rozdętych gazem pętli jelitowych, o średnicy (widocznej części) wynoszącej około 12cm, wypełnioną niejednorodną zawartością, częściowo płynną,
- widoczny był również wolny płyn w miednicy mniejszej,
- w nerkach nie wykazano cech zastojów i kamicy,
- w wątrobie nie obserwowano zmian ogniskowych.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono:

- leukocytoza – 11 000/ml,
- liczba erytrocytów – 4700000/ml,
- stężenie hemoglobiny 9,7g/dl,
- białko CRP – 27mg/dl.

Odstąpiono od badania radiologicznego przeglądowego jamy brzusznej na stojąco ze względu na pogarszający się stan chorej oraz istniejące wskazania do laparotomii.

Objawy kliniczne „ostrego brzucha” oraz podejrzenie skręconej i pękniętej torbieli przydatków lewych zdecydowały o otwarciu jamy brzusznej w trybie pilnym.

W znieczuleniu ogólnym dotchawiczym otwarto jamę brzuszną i stwierdzono obecność wolnego, mętnego, żółtawego, bezwonnego płynu w jamie otrzewnej w ilości około 1 litra, który odessano. Macica prawidłowej wielkości, niezmiennona, obydwaj jajniki prawidłowej wielkości, niezmiennone. Jelita rozdęte z cechami niedrożności porażennej.

W górnym biegunie rany, nad lewym jajnikiem uwidoczniła się dolna część ogromnego guza, o gładkiej powierzchni i spoistej konsystencji, ruchomego, wypełniającego całą lewą stronę jamy otrzewnej, sięgającego od okolicy lewych przydatków i esicy do wysokości przepony.

W miarę dochodzenia do punktu wyjścia zmiany rozszerzono dostęp do jamy brzusznej wykonując laparotomię pośrodkową dolną a następnie – także pośrodkową górną. Zmianę zidentyfikowano jako ogromny, twarde guz skrajnie rozciągniętego żołądka. Otrzewna ścienna i trzewna, jelita, krezka jelit, powierzchnia wątroby i przepona bez zmian makroskopowych. Poproszono o konsultację śródoperacyjną chirurga. Z jego udziałem nacięto przednią ścianę żołądka. Wewnątrz uwidoczniło się bezoar – zbitą masę włosów i pokarmu.

Objawy ostrego brzucha wywołane bezoarem żołądka – opis przypadku.



Rycina 1. Odmowa bezoar w trakcie usuwania z żołądka.



Rycina 2. Bezoar w całości – waga 2400g.



Rycina 3. Perforacja ściany żołądka.

Bezoar wypełniał prawie całkowicie światło żołądka, sięgając górnym biegunem do jego wpustu, zaś dolnym przechodząc poza odźwiernik do początkowych 15-20cm dwunastnicy. Zawartość żołądka rozkawałkowano i usunięto.

Łączna masa bezoaru wyniosła 2400g. Po opróżnieniu żołądka uwidoczniło się niekrwawiącą perforację jego przedniej ściany w okolicy wpustu, będącą przyczyną prezentowanych objawów otrzewnowych, wywołanych przedostającą się do jamy otrzewnej treścią pokarmową. Wycięto brzoży perforacji i zeszyto powstały ubytek w przedniej ścianie żołądka dwuwarstwowo, podobnie jak miejsce wykonanej uprzednio gastrotomii. Założono sondę do żołądka. Pozostawiono dreny w jamie otrzewnej i zeszyto warstwowo powłoki.

Stan ogólny pacjentki po zabiegu zadowalający. W pierwszej dobie po operacji w badaniach laboratoryjnych stwierdzono:

- leukopenię – 1 560/ml,
- liczbę erytrocytów – 3 230 000/ml,
- stężenie hemoglobiny – 6,5g/dl,
- stężenie białka w surowicy – 4,4g/dl.

Pacjentka wymagała przetoczenia 2 jednostek koncentratu krwinek czerwonych i 9 jednostek osocza. Zastosowano szerokowidmową antybiotykoterapię: amoksylicynę z kwasem klawulanowym, metronidazol i amikacynę uzyskując znaczną poprawę stanu ogólnego.

W przeprowadzonej ponownie po zabiegu rozmowie matka pacjentki przyznała, że córka od wielu lat posiada długie włosy i ma tendencję do podgryzania ich końcówek. Ustalono również, że pacjentka była hospitalizowana 2 lata wcześniej z powodu podejrzenia guza w jamie brzusznej w klinice chirurgii, z której wypisała się na prośbę matki, przed ukończeniem diagnostyki. Fakty te matka i pacjentka zataiły w czasie poprzedniego wywiadu.

W 4 dobie po zabiegu operacyjnym pacjentka w stanie ogólnym dobrym została przeniesiona do Kliniki Chirurgii Dziecięcej ICZMP, z której wypisano ją po kilku dniach. (Rycina 1, 2, 3).

Dyskusja

W średniowieczu bezoary uzyskiwane od zwierząt (np. łamy, kozy bezoarowej) uważane były za talizmany, przypisywano im właściwości magiczne i lecznicze. Stosowano je jako środki odtruwające [1, 4].

Pierwsze wzmianki o ludzkim bezoarze pochodzą z 1779r. i zostały sporządzone przez Baudamanta. Przeszło 100 lat później, w 1896r. Stelzner opisał pierwszy zdiagnozowany i udokumentowany przypadek trichobezoaru u człowieka [6].

Trichobezoary mogą osiągać bardzo duże rozmiary i w 90% przypadków występują u młodych kobiet z długimi włosami [6]. Nietypowy wywiad jak również niespecyficzne i późno występujące objawy utrudniają postawienie prawidłowego rozpoznania. Pacjenci nie przyznają się do swoich nawyków, a ich krewni często ich nie zauważają bądź je wręcz lekceważą. W przypadku bezoarów niewielkich rozmiarów podstawowe znaczenie posiada diagnostyka endoskopowa [4].

Bezoary o dużej masie rozpoznawane są najczęściej podczas badania palpacyjnego jamy brzusznej lub badania ultrasonograficznego [5]. Późne rozpoznanie może być przyczyną ujawnienia się powikłań.

Szpakowski M, et al.

Erzurumlu i wsp. [3] opisali grupę 34 pacjentów, leczonych z powodu obecności bezoaru w żołądku. W 4 przypadkach, mimo zastosowanego leczenia doszło do zgonu pacjentów z powodu niewydolności wielonarządowej i powikłań septycznych. U przedstawianej pacjentki objawy wystąpiły dopiero wówczas, gdy doszło do perforacji ściany żołądka i zapalenia otrzewnej. Należy stwierdzić, że perforacje żołądka mają często nietypowy przebieg.

W opisywanym przypadku rozciągnięcie i uszkodzenie ścian żołądka przez bezoar było dodatkowo przyczyną braku objawów krwawienia z jego ściany. Zatajenie przez pacjentkę oraz jej rodzinę faktów dotyczących nawyków i wcześniejszej hospitalizacji utrudniło postawienie prawidłowego rozpoznania. Charakter i lokalizacja objawów klinicznych, rozmiar bezoaru i rozciągnięcie żołądka, którego dolny biegun był widoczny podczas badania USG w miednicy, oraz obecność płynu w wolnej jamie otrzewnej sugerowały obecność skręconej szypuły i pękniętej torbieli jajnika. Zarówno ocena palpacyjna, jak i ultrasonograficzna była niemiernodajna, ze względu na obecność treści jelitowej i gazów w znacznie rozciągniętych jelitach.

Wszystkie zebrane informacje spowodowały, że pacjentka została przyjęta i zoperowana w oddziale chirurgii ginekologicznej zamiast w oddziale chirurgii ogólnej. Mimo wstępnej nieprawidłowej diagnozy, zastosowano prawidłowe leczenie. Po zabiegu operacyjnym i usunięciu bezoaru stan pacjentki uległ znacznej poprawie. Pacjentka po kilku dniach wróciła do domu.

Piśmiennictwo

1. Delińska-Galińska A, Kozielska E, Marek K, [et al.]. Przypadek bezoaru żołądka i jelita cienkiego u 3-letniego chłopca. *Med Wieku Rozwojowego*. 2006, 10, 539-543.
2. Studziński Z, Grzybowski Z. Olbrzymi trichobezoar żołądka współistniejący z ciążą wewnątrzmaciczną – opis przypadku klinicznego. *Ginekol Pol.* 1999, 70, 830-834.
3. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, [et al.]. Gastrointestinal bezoars: A retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol.* 2005, 11, 1813-17.
4. Raval M, Weiner T. Beware of flaming hairball – a brief review and warning. *J Pediatr Surg.* 2005, 40, 37-38.
5. Robles R, Parrilla P, Escamilla C, [et al.]. Gastrointestinal bezoars. *Br J Surg.* 1994, 81, 1000-1001.
6. Alsafwah S, Alzein M. Small bowel obstruction due to trichobezoar: Role of upper endoscopy in diagnosis. *Gastrointest Endosc.* 2000, 52, 784-786.