

Ked' brucho bolí v ramene

MUDr. Michal Kubina, MUDr. Iveta Čierna, PhD., MUDr. Tomáš Dallos, PhD.

2. detská klinika LF UK a DFNSP v Bratislave

Predstavujeme kazuistiku pooperačného rozvoja Chilaiditiho syndrómu a ilea u trinásťročnej pacientky, prejavujúceho sa bolesťou v pravom ramene.

Kľúčové slová: Chilaiditiho znak, Chilaiditiho syndróm, bolesti brucha, bolesti ramena.

Pediatr. prax, 2014, 15(6): 260–261

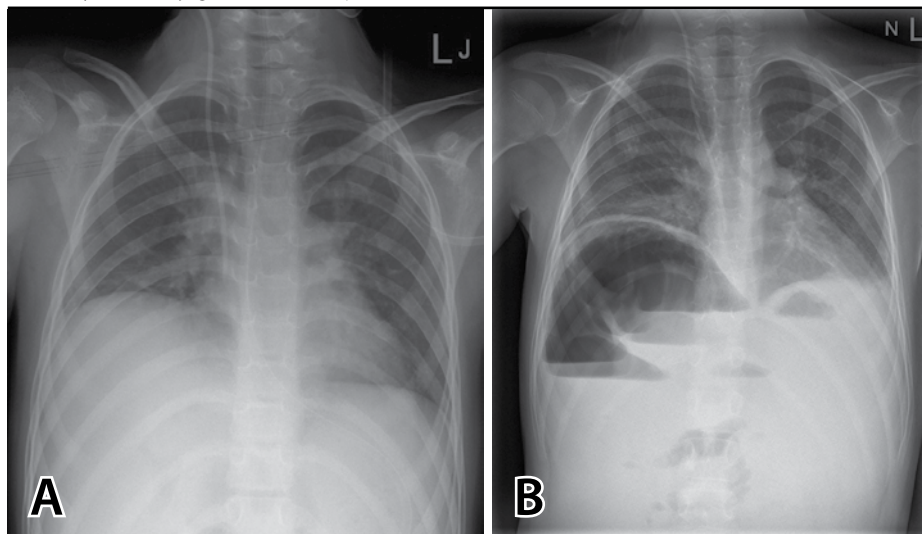
Kazuistika

Ide o trinásťročnú dievča po operácii gastroschízy v novorodeckom veku, s opakovanými resekciami tenkého čreva s následným syndrómom krátkeho čreva, t. č. liečená pre Crohnovu chorobu. V dôsledku kombinovanej morbidít bola hypotrofičká, rastovo retardovaná a nemala menarché. Napriek kombinovanej imunosupresívnej liečbe pretrvávala aktivita Crohnovej choroby, mala 4 – 6 kašovitých stolíc denne, bez makroskopickej enterorágie, avšak stolica na okultné krvácanie bola dlhodobo pozitívna. Pacientka bola chronicky anemická, opakovane vyžadovala transfúzie krvi, no aj napriek opakovanej parenterálnej substitúcii železa anémia pretrvávala, navyše udávala črevný diskomfort – nafukovanie, prelievanie črevného obsahu. Bola vykonaná pasáž tráviacim traktom s nálezom troch stenóz tenkého a hrubého čreva s výraznou prestenotickou dilatáciou, čo mohlo byť príčinou chronických strát krvi.

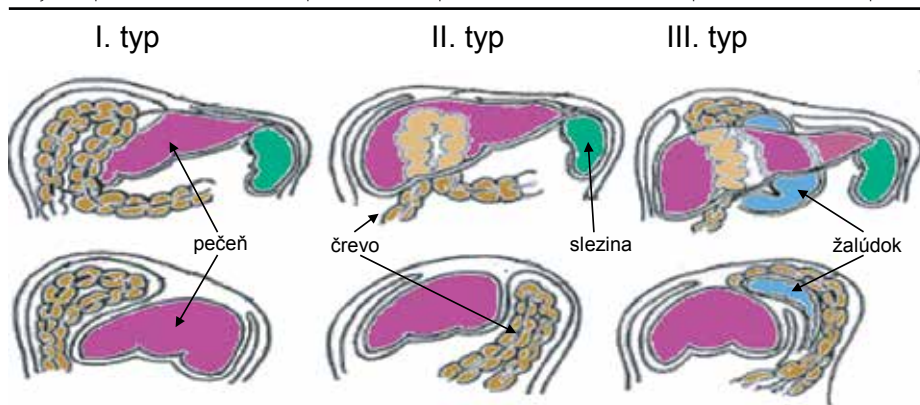
U pacientky bola preto vykonaná laparotomická pozdĺžna discízia troch stenotických úsekov tenkého a hrubého čreva. Na tretí pooperačný deň bola v stabilizovanom klinickom stave so zavedeným centrálnym venóznym katétrom (CVK) cestou pravej *vena jugularis interna* preložená na našu kliniku za účelom realimentácie. Stolicu od operácie nemala, peristaltika bola ale auskultačne prítomná, vetry odchádzali, bolesti brucha mala mierne v mieste operačnej jazvy, bola plne mobilizovaná, nezvracala a tekutiny per os tolerovala.

Už v prvých dňoch po operácii sa sťažovala na pobolievanie pravého ramena, ktoré sa pripisovalo polohovaniu dieťaťa počas operácie. V priebehu prvého dňa na našej klinike sa tieto bolesti stupňovali, pričom úľavu pociťovala v polohe na ľavom boku. Lokálne nebola prítomná asymetria ramien, nebol prítomný opuch ani podkožný emfyzém, pulzácie artérií na pravej hornej končatine boli dobre hmatné. Auskultačný nález oslabeného dýchania vpravo bol pre obavu z rozvoja neskorého pneumotoraxu po zavedení CVK dôvodom indikácie

Obrázok 1. A) Snímka hrudníka bezprostredne po operácii stenózy tenkého čreva a zavedení CVK – bez pneumotoraxu a s normálnym nálezom v podbráničnom priestore. B) Snímka hrudníka na tretí pooperačný deň s pravostranne vyššie uloženou bránicou v dôsledku pod bránicou uloženej a plynom výrazne distendovanej črevnej kľučky s hladinkami tekutiny. Centrálny venózný katéter zavedený do vena jugularis interna vpravo.



Obrázok 2. Typy hepatodiafragmatickej interpozície hrubého čreva (hore koronárny a dole mediálny rez). Typ I. – hepatická flexúra prominuje do predného subfrenického priestoru, typ II. – colon transversum prominuje do pravého zadného subfrenického priestoru, typ III. – žalúdok a hrubé črevo čnejú do pravého subfrenického priestoru extraperitoneálne (modifikované podľa Fukuchi Y, a spol.).



opakovanej röntgenovej snímky hrudníka. Táto, podobne ako snímka bezprostredne po zavedení CVK (obrázok 1A), nepreukázala pneumotorax, zobrazila sa však výrazne distendovaná črevná kľučka s hladinkami tekutiny v pravom podbráničnom priestore, ktorá dislokovala pravú bránicu kranálne (obrázok 1B). Klinický stav, vrátane bolesti pravého ramena, sa upravil po konzervatívnej liečbe ilea u detskej chirurgickej klinike.

Diskusia

Diferenciálne diagnosticky je nutné pri ne-traumatickej spontánnej bolestivosti v pravom epigastriu resp. prenesenej bolesti do pravého ramena vylúčiť, okrem iného, pneumotorax, pneumoperitoneum (bilaterálne prítomný voľný vzduch v subfrenických priestoroch) a subfrenický absces (chýbanie steny čreva a črevná haustácia v projekujúcej sa dutine). U našej pacientky išlo o pooperač-

račne vzniknuté ťažkosti, najviac so zavedeným centrálnym venóznym katétrom pravou v. jugularis interna, preto bolo nutné myslieť aj na iatrogénny neskorý pneumotorax, či hemotorax, ako aj pooperačný ileus. Po dôkladnom vylúčení týchto stavov a na základe radiologického nálezu bol u pacientky diagnostikovaný Chilaiditiho syndróm.

Chilaiditiho znak je prítomnosť vzduchovej bubliny v pravom podbráničnom priestore, ktorú sa dá zistiť na predozadnej röntgenovej snímke brucha v stoj. Je prejavom ventrálnej interpozície hrubého čreva medzi pečeň a bránicu (Hepatodiafragmatická interpozícia typ I., obrázok 2). Incidencia Chilaiditiho znaku je 0,02 – 0,2 %, pozoruje sa zväčša u starších osôb (až štyrikrát častejšie u mužov ako u žien). U detí ide o zriedkavý variant rotácie čreva.

Chilaiditiho syndróm je prítomnosť Chilaiditiho znaku so súčasnou klinickou sym-

ptomatológiou. Najčastejšie ide o bolesti brucha, nauzeu, hnačku, alebo zápchu, dýchavičnosť, či bolesti na hrudníku. U našej pacientky sa Chilaiditiho syndróm prejavil progredujúcimi bolesťami v pravom ramene, pri plnení lúmenu čreva a rozvíjajúcom sa ileu. Bolesť v pravom ramene bola spôsobená prenesením dráždenia (vetvy C3 – C5) cestou n. phrenicus, podobne ako to je pri infarkte myokardu na ľavom ramene, či pri Kehrovom znaku. U symptomatických pacientov s nekompletným uzáverom čreva je indikovaná konzervatívna liečba s nasogastrickou dekompresiou, podávaním laxatív a/alebo klyzmy, ktorej cieľom je uvoľnenie čreva a obnova pasáže. Pri kompletnom uzávere a zlyhaní konzervatívnej liečby je indikovaná chirurgická intervencia (transverzálna kolektómia, pravostranná hemikolektómia, extraperitonealizácia pečene).

Literatúra

1. Keles S, Artac H, et al. Chilaiditi syndrome as a cause of respiratory distress. *European Journal of Pediatrics*. 2006;165:367.
2. Hušan M, Škultéty J, et al. *Chilaiditiho syndróm ako príčina perforačnej náhlej príhody brušnej*. In: Slovensko-české biomedicínske štúdie. Bratislava : Slovenská biologická spoločnosť SAV a Česká biologická spoločnosť ČSAV;2010:54–56.
3. Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi Syndrome: A Rare Entity with Important Differential Diagnoses. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. Apr 2012; 8:276–278.
4. Goel A, Dewanda NK. Chilaiditi's syndrome masquerading as chest pain. *J Sci Soc*. 2014; 41:200–2. Dostupné 8. 12. 2014 na adrese: <http://www.jscisociety.com/text.asp?2014/41/3/200/141237>.

MUDr. Michal Kubina

2. detská klinika LF UK a DFNSP

Limbová 1, 833 40 Bratislava

michal.kubina@dfnsp.sk
