

Agata Jarosławicka

## **Przypadek stenozы odźwiernika spowodowanej przez ropień wewnątrzbrzuszny (podwątrobowy) będący powikłaniem choroby wrzodowej (perforacji wrzodu)**

**A case pyloric stenosis caused through the intraperitoneal abscess (subhepatic) being the complication of the ulcerous disease (the perforation of the ulcer)**

Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazowej NZOZ „Nowy Szpital” w Świebodzinie  
Ordynator: Ryszard Adamcewicz

### **Słowa kluczowe:**

powikłania choroby wrzodowej  
zwężenie odźwiernika  
przetoka przewodu pokarmowego  
ropień wewnątrzbrzuszny  
grzybica żołądka  
drenaż ropnia  
żywienie pozajelitowe  
nieδροżność zrostowa jelit

### **Key words:**

complications of the ulcerous disease  
stenosis of the pylorus  
fistula of the digestive system  
intraperitoneal abscess  
mycosis of the stomach  
drainage of the abscess  
parenteral nutrition  
adhesional obstruction of intestines

### **Adres do korespondencji:**

Dr Agata Jarosławicka  
Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazowej  
NZOZ „Nowy Szpital w Świebodzinie”  
66-200 Świebodzin, ul. Młyńska 6  
Tel.: +48507060469  
e-mail: a.jaroslawicka@interia.eu

Przedstawiono przypadek chorego z powikłaniem choroby wrzodowej – zwężeniem odźwiernika, spowodowanym ropniem wewnątrzbrzuszny o etiologii grzybiczej po nierozpoznanej perforacji wrzodu. Powikłany pooperacyjną, wysoką przetoką przewodu pokarmowego. Operowany dwukrotnie - drenaż ropnia i zespolenie żołądkowo-jelitowe, oraz relaparotomia z powodu nieδροżności jelit. Leczony żywieniowo. Obserwacja pokazała samoistne udroźnienie odźwiernika po resorpcji ropnia.

*Introduced with the complication of the ulcerous disease - the narrowing of the pylorus, caused abscess intraperitoneal of mycosis aetiology after the unrecognizable perforation of the ulcer. The surgical complication - high fistula of the digestive system. Operated twice - the drainage of the abscess and gastroenterostomy, and relaparotomy because of the obstruction of intestines. Nutrition treated. The observation showed spontaneous opening a passage the pylorus after the resorption of the abscess*

### **Wstęp**

Mimo zaawansowanego leczenia choroby wrzodowej, nadal w zakresie działalności chirurga pozostaje leczenie powikłań, szczególnie tych najpoważniejszych - perforacji wrzodu, krwawienia i stenozы odźwiernika. W przypadku naszego pacjenta mieliśmy do czynienia z kilkoma powikłaniami choroby wrzodowej maskującymi wzajemnie swoje objawy, począwszy od stenozы odźwiernika z niedożywieniem, poprzez ropień wewnątrzbrzuszny, aż do wysokiej przetoki przewodu pokarmowego. Jednocześnie wyhodowanie z ropnia, obok flory bakteryjnej, grzybów typu *Candidia crusei* stanowi „znak naszych czasów” czyli konieczność leczenia zakażeń spowodowanych przez wielooporne bakterie i grzyby. Praca ma na celu przedstawienie problemów klinicznych, przed którymi stajemy na oddziałach powiatowych oraz rzeczywistej dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych w szpitalach poza ośrodkami klinicznymi.

### **Opis przypadku**

45-letni mężczyzna przyjęty do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazowej

NZOZ „Nowy Szpital w Świebodzinie” z objawami zaawansowanej stenozы odźwiernika. W wywiadzie choroba wrzodowa, około 3-4 tygodni przed przyjęciem do szpitala silny epizod bólu, z którym zgłosił się do lekarza rodzinnego, leczony PPI. Skierowany do szpitala z powodu pogorszenia stanu ogólnego, uporczywych wymiotów, utraty masy ciała (z 70 kg do 63 kg). W badaniach przy przyjęciu: Hb - 11,6 mg% Er - 3,8 Leu - 15,7, Ht - 34% Plt - 300 000, OB - 66, Fe - 9 ug/dl, AspAT - 36 ul/L, AlAT - 22 ul/L. Gastroskopia: Przełyk bz. W żołądku zaleganie treści pokarmowej, przejście do dwunastnicy niemożliwe. Rtg przewodu pokarmowego z kontrastem: Przełyk i wpust o gładkich zarysach i prawidłowej perystaltyce, żołądek wydłużony leżący poniżej talerza kości biodrowej. Brak przechodzenia kontrastu przez odźwiernik z zaleganiem barytu. Brak przechodzenia kontrastu do dwunastnicy. USG jamy brzusznej (22.02.2008) wątroba zmian nie wykazuje. Pęcherzyk żółciowy kamieni nie zawiera. Ściany pęcherzyka niepogrubiane. Żołądek powiększony, wypełniony płynem – obraz sugeruje stenozę odźwiernika. PŻW, trzustka, nerki, pęcherz moczowy w usg bez zmian. Zmiany w łożu pęcherzyka prawdopodob-

nie wtórne do zmian zapalnych w ok. opuszki dwunastnicy.

## Leczenie

Pacjent zakwalifikowany do antrektomii bądź plastyki odźwiernika. Śródoperacyjnie stwierdzono duży naciek zapalny w okolicy wnęki wątroby, obejmujący odźwiernik, dwunastnicę, pęcherzyk żółciowy, który zdrenowano. Wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe, aby zapewnić drożność przewodu pokarmowego. Założono długi zgłębnik nosowo-jelitowy poza zespolenie żołądkowo-jelitowe w celu włączenia żywienia dojelitowego we wczesnym okresie pooperacyjnym. Śródoperacyjnie pobrano materiał na badania histopatologiczne i mikrobiologiczne.

**Przebieg pooperacyjny:** W 3 dobie po zabiegu w drenie umieszczonym w okolicy ropnia stwierdzono treść żołądkową – nie weryfikowano treści badaniami laboratoryjnymi. Rozpoznano wysoką przetokę p. pokarmowego, dynamiczną – drenującą ok. 1200 ml, a po włączeniu żywienia dożylnego ok. 300-500 ml, pacjent z założoną sondą żołądkową – z sondy ok. 500 ml.

Reoperowany (11.03.08) w 12 dobie po zabiegu (20 doba pobytu) – laparotomia ze względu na narastające objawy niedrożności, w trakcie zabiegu nie stwierdzono perforacji, przetoki ani w obrębie żołądka ani dwunastnicy (podano błękit) uwolniono zlepione włóknikiem pętle jelit, pozostawiono dren w okolicy odźwiernika i w miednicy mniejszej. Przebieg pooperacyjny – od 3 doby po relaparotomii dreny z jamy brzusznej nie prowadziły żadnej treści, z sondy ok. 1500 ml. Po usunięciu drenów i sondy nie stwierdzono przetoki. Przebieg powikłany wysiękiem opłucnowym po stronie lewej (punkcja odbarczono, ok. 300 ml surowiczego płynu-posiew jałowy).

**Leczenie żywieniowe:** Od momentu stwierdzenia przetoki przewodu pokarmowego włączono całkowite żywienie dożylnie przez cewnik założony do żyły szyjnej wew. prawej od momentu stwierdzenia przetoki p. pokarmowego. *Nutritional Risk Score* (NRS)=5/6 pkt. Żywiony przy pomocy gotowych preparatów; Spoczynkowy wydatek energetyczny wyliczony wg wzoru *Harisa-Benedicta* wyniósł 1505 kcal [3]. Zapotrzebowanie energetyczne ustalono na poziomie 30-35 kcal/kg mc/24h= 1890- 2205 kcal. Żywiony przy pomocy gotowych preparatów; Aminomix R 1500ml/1500kcal, Intralipid R 20% 100 ml x 2 360 kcal, żelazo, Cer-

Tabela I

Wyniki badań laboratoryjnych. Efekty żywienia pozajelitowego a następnie dojelitowego – powrót masy ciała do 70 kg (średnia waga ciała pacjenta) oraz normalizacja parametrów biochemicznych.

wyniki badań	rozpoczęcie leczenia żywieniowego 3.03.2008	zakończenie leczenia żywieniowego 18.03.2008
Hg	9,4 g/dL	9,5 g/dL
RBC / Ht	3,20 mln/ $\mu$ L / 27%	3,30 mln/ $\mu$ L
WBC	16 tys/uL	8,8 tys/ $\mu$ L
PLT	380 tys/uL	291 tys/ $\mu$ L
Na <sup>+</sup>	137 mmol/L	139 mmol /L
K <sup>+</sup>	4,09 mmol/l	3,45 mmol /L
Białko całkowite	4,8 g/dL; N 6,6-8,7 g/dL	5,8-7,4 g/dL
albuminy	2 g/dL; N 3,4-4,8 g/dL	3 g /dL
Fe /TIBC	9/94; N 53-167 $\mu$ /dL	22 $\mu$ g/dL
AspAT / AlAT	36/22 U/L	37 / 25 U/L
OB/CRP	66 / CRP z dnia 13.03 -240 mg/dL	- / 71,92 mg/dL
kreatynina/mocznik	0,54 mg/dL 37 mg/dL	0,67 mg/dL / 11 mg/dL
waga	63 kg	

nevit, a potem witamina B1+ witamina B6, 5% glukoza 1000 ml (200 kcal) 0,9% NaCl, PWE do zbilansowania płynowego. Żywienie dożylnie zakończono po 15 dobach (w 8 dobie po relaparotomii), usunięto cewnik centralny z pobraniem posiewów z końcówki cewnika i krwi (przez cewnik + posiew z obwodu) –posiewy jałowe. Żywienie dojelitowe: a od 3 doby po relaparotomii otrzymywał płyny doustnie, w 5dobie dieta lekkostrawna, uzupełniana Peptisorbem 1000ml (tabela I – wynik żywienia pozajelitowego). Antybiotykoterapia: pacjent otrzymał empirycznie: metronidazol 3 x 500 mg oraz Zinacef 2 x 1,5 g Abactal 2 x 400 mg i.v.; celowanie: Klindamycin 300 mg co 8 h, Amfoterycyna B 50 mg/2 x dz i.v., Bi-septol 2 x 960 mg i.v.

Oprócz tego pacjent otrzymywał Polstygminę i.v. po relaparotomii (4 amp/dobę we wlewie ciągłym), leki przeciwbólowe, profilaktykę przeciwzakrzepową heparyną drobnocząsteczkową (HDCz), probiotyki (Trilac). Ponadto prowadzono rehabilitację przyłóżkową, oddechową, wczesne uruchamianie, pielęgnację skóry.

## Wyniki

Wypisany w 12 dobie po relaparotomii, w 30 dobie pobytu, w stanie ogólnym dobrym, z masą ciała większą o 5 kg niż masa ciała wyjściowa, bez objawów stenozy oraz bez objawów infekcji.

Chory pozostaje pod opieką poradni, w kontrolnej gastroscopii po dwóch miesiącach od zabiegu stwierdzono udrożnienie przejścia przez odźwiernik, bez nie-

prawidłowości w obrazie USG. Po roku od hospitalizacji pacjent bez dolegliwości, aktywny zawodowo, wzrost masy ciała.

## Omówienie

Trudności diagnostyczne w trakcie hospitalizacji spowodowała nierozpoznana wcześniej perforacja wrzodu żołądka i ograniczenie procesu zapalnego w otrzewnej do powstania ropnia.

Choroba wrzodowa w wywiadzie, objawy stenozy oraz brak ewidentnych objawów procesu zapalnego w jamie brzusznej zadecydowały o kwalifikacji pacjenta do antrektomii. Tymczasem stenozą nie była wynikiem przewlekłego procesu zapalnego, a wynikiem ucisku z zewnątrz przez ropień, powstały w wyniku innego powikłania choroby wrzodowej – perforacji. Ropnie wewnątrzbrzuszne są w większości przypadków powikłaniem interwencji chirurgicznej (77%), a rzadko pierwotnym procesem (4-21%) spowodowanym np. perforacją wrzodu żołądka [4]. Interesujące jest wyhodowanie z jamy brzusznej, obok bakterii, *Candidia crusei* naturalnie odporne na flukonazol. Zasiedlenie przewodu pokarmowego przez grzyby spowodowane jest prawdopodobnie przez leki obniżające pH, stosowanie antybiotyków w leczeniu choroby wrzodowej żołądka, często jako leków pierwszego rzutu, cytostatyków, sterydów (również wziewnych) oraz dietą z dużą ilością cukrów prostych. Zakażenie grzybicze to coraz częściej spotykany, ale niedoceniany problem kliniczny [1]. Grzyby *Candida* należą do organizmów powszechnie występujących w

**Tabela I**  
**Flora bakteryjna uzyskiwana z kolejnych posiewów mikrobiologicznych.**

rodzaj patogenu	Strep. Anginosus 28.02.08	Candidia crusei 28.02.08	Bacterioides stercoris 28.02.08	Enterobacter cloacae 11.03.2008	Candidia glabrata 11.03.2008	posiew z rany 18.02.2008r	
						Enterobacter cloacae	Enterococcus faecalis HLAR
amfoterycyna B		w			w		
amoksycykina/ kw.klawulanowy			w				
amikacyna				w		w	
ampicylina	w						w
ciprofloksacyna				o		o	
cefotaksym				w		o	
ceftazydym				w		o	
erytromycyna	w						
flucytozyna		św			w		
flukonazol		o			o		
gentamycyn				w		w	
itakonazol		św			św		
ketokonazol		św			św		
klindamycyna	w		w				
metronidazol			o				
mikonazol		św			św		
netilmycyna				w		w	
trimetoprim/ sulfametoksazol				w		w	
penicylina	w		w				w
piperacylina			w				
piperacylina/ tazobactam			w				
tikarcylina/ kw.klawulan			w				

przewodzie pokarmowym u zdrowych ludzi, ale miejsce ich naturalnego bytowania to jelito grube. W badaniach [2] *Candida* zostały wyodrębnione z jamy ustnej u ok. 30% zdrowych osób poddanych badaniu, u ponad 50% z jelita cienkiego i w 65% przypadków próbek kału. Dla niektórych grzybów kwaśne środowisko nie stanowi przeszkody w bytowaniu i rozmnażaniu. Problemem w leczeniu była naturalna oporność szczepu na flukonazol i konieczność leczenia amfoterycyną B. Znamienna jest wymiana flory bakteryjnej w kontrolnych posiewach (tabela II). Dodatkowo przebieg powikłany powstaniem przetoki – prawdopodobnie nacieczona zapalnie ściana żołądka po zdrenowaniu ropnia, uległa wtórnej perforacji, ponieważ dren prowadził typową treść żołądkową. Podjęto typowe dla leczenia przetok postępowanie: dieta ścisła, odbarczenie przewodu pokarmowego – utrzymano sondę żołądko-

wą, zmniejszenie wydzielania żołądkowego (Controloc 2 x 40 mg i.v.), wyrównywanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, leczenie żywieniowe, antybiotykoterapia o szerokim spektrum, potem celowana, rehabilitacja oddechowa, ruchowa, pielęgnacja skóry wokół drenu (przetoki), profilaktyka przeciwzakrzepowa, kontrola mikrobiologiczna.

#### Wnioski końcowe

Mimo zaawansowania zachowawczego leczenia choroby wrzodowej chirurdzy ciągle stają wobec leczenia powikłań. Chęć leczenia zachowawczego – używanie na szeroką skalę blokerów pompy protonowej (PPI) i antybiotyków może maskować objawy tak ciężkich powikłań choroby wrzodowej, jak perforacja wrzodu, prowadząc do kolejnych zaburzeń ropnia grzybiczego. Przetoki przewodu pokarmowego jako skutek leczenia chi-

rurgicznego stanowiły i stanowią w dalszym ciągu problem w chirurgii ogólnej, zarówno kliniczny jak i finansowy. Bronią w ręku chirurga jest możliwość całkowitego żywienia dożylnego i zaciągnięcie „długu czasowego” potrzebnego na wyrównanie stanu ogólnego, uzupełnienie niedoborów, leczenie infekcji. Wprowadzenie żywienia pozajelitowego i nowoczesnej antybiotykoterapii w połączeniu z prawidłową pielęgnacją chorego daje możliwość uratowania chorych z tak poważnymi powikłaniami.

#### Piśmiennictwo

1. Janus A. Nie daj się zjeść grzybom *Candida*. wyd. Biosłone Sieradz 2007.
2. Karoń J. Kandidiaza przewodu pokarmowego. Now Lek 1999; 68: 924 - 936.
3. Sobotka L. Podstawy żywienia klinicznego PZWL Warszawa 2007, 1-494.
4. Ciesielski LJ, Studniarek M. Ropnie wewnątrzbrzusne a-medica press Bielsko-Biała 1998, 1-229.