Rozdział 5

OD OBJAWU DO ROZPOZNANIA, CZYLI DIAGNOSTYCZNA DROGA NA SKRÓTY

Piotr Albrecht, Maria Kotowska, Marcin Dziekiewicz

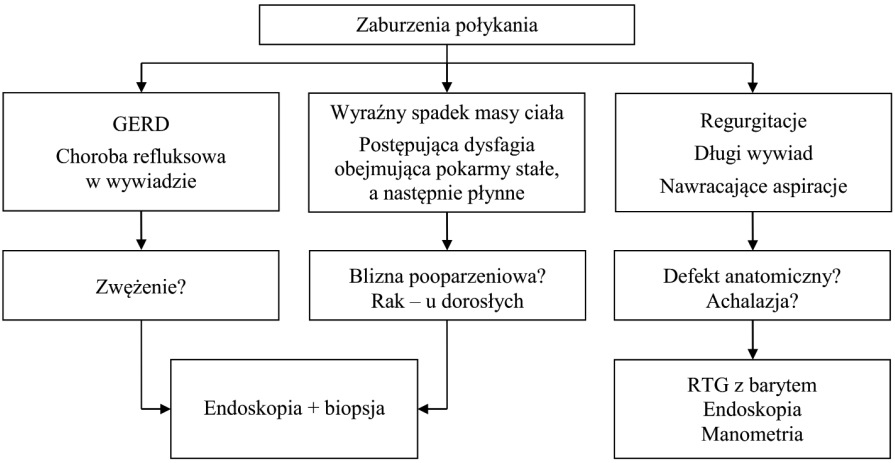
Myślenie kliniczne to przechodzenie od ogółu do szczegółu, od schorzeń najczęstszych do najrzadszych. Zgodnie z tą filozofią w niniejszym rozdziale przedstawione zostaną ogólne zasady i algorytmy postępowania diagnostycznego w najczęstszych, tzw. wiodących objawach, z którymi zgłaszają się chorzy i które mogą mieć związek z chorobami przewodu pokarmowego. Oczywiście chory może mieć kilka objawów wiodących jednocześnie, na ogół nie zmienia to jednak w sposób zasadniczy postępowania.

Zaburzenia połykania/dysfagia

Chory zgłasza zwykle, że ma trudności w połykaniu lub uczucie zatrzymania się kęsa pokarmowego w obrębie przełyku. Jeśli schorzenie jest postępujące, to najpierw są to trudności z połykaniem pokarmów stałych, a następnie płynnych. U niemowląt i małych dzieci na zaburzenia połykania wskazywać mogą objawy pośrednie – dziwne zachowanie podczas jedzenia, wykonywanie różnego typu ruchów szyją i głową mających ułatwić przemieszczenie się pokarmu, nadmierne ślinienie. Zaburzenia połykania są z reguły niebolesne.

U dzieci przede wszystkim trzeba myśleć o ciele obcym, które utkwiło w przełyku – jego obecność, ze względu na niebezpieczeństwo perforacji lub wtórnego zwężenia przełyku, powinna być jak najszybciej wykluczona (RTG, RTG z barytem, endoskopia) (szczegóły – patrz rozdz. 17 *Stany naglące w gastroenterologii*).

Ból towarzyszący dysfagii może sugerować zapalenie przełyku związane z chorobą refluksową, zakażenie *C. albicans* (głównie u chorych leczonych glikokortykosteroidami, lekami immunosupresyjnymi, z wrodzonymi niedoborami odporności, cukrzycą, a także, choć u dzieci nieczęsto, z chorobą nowotworową). Boleśnie przebiegają



Ryc. 5.1. Algorytm postępowania diagnostycznego w zaburzeniach połykania

zakażenia przełyku wywołane przez *H. simplex* i wirus cytomegalii (*Cytomegalovirus* – CMV) (najczęściej u chorych z HIV).

U dzieci zaburzenia mają bardzo często podłoże psychogenne (lęk przed ponownymi dolegliwościami, które miały tylko przejściowy, incydentalny charakter).

Algorytm postępowania w zaburzeniach połykania przedstawiono na rycinie 5.1.

■ PIŚMIENNICTWO

1. Kakodkar K., Schroeder J.W. Jr.: Pediatric dysphagia. Pediatr Clin North Am 2013, 60(4), 969-977.
2. Mezoff E.A.: Focus on diagnosis: Dysphagia. Pediatr Rev 2012, 33(11), 518-520.

Ostry ból brzucha

Ostry ból brzucha to źródło nie tylko tysiąca „niespodzianek" nawet dla doświadczonego gastroenterologa (czy chirurga). Szczególny niepokój powinny budzić tzw. bóle somatyczne powstające na skutek podrażnienia zakończeń bólowych nerwów somatycznych zlokalizowanych w otrzewnej ściennej, krezkowej i w sieci mniejszej.

Ból somatyczny ma stały charakter, wyraźną lokalizację i towarzyszy mu stale wzmożone napięcie powłok brzusznych (czasem tzw. brzuch deskowaty). Dodatkową cechą jest to, że chory unika wszelkich ruchów, nawet głębokiego oddychania.

Szczególnie niepokojącymi objawami towarzyszącymi ostrym bólom brzucha są: **gorączka, leukocytoza, nudności i wymioty, brak perystaltyki („złowroga cisza" w brzuchu), zatrzymanie stolca i gazów oraz objawy otrzewnowe. Alarmującymi objawami są także: fusowate wymioty, smoliste stolce, objawy wstrząsu, żółtaczka, nieodprowadzalna przepuklina, czy też zagęszczenie krwi (↑ hematokrytu)**.

Obecność objawów, takich jak: **ból brzucha, objawy otrzewnowe oraz nudności i wymioty, określa się jako tzw. ostry brzuch.** W takich przypadkach konieczna jest pilna konsultacja chirurgiczna i wykluczenie:

– u **niemowlęcia**: uwięźnięcia przepukliny, wgłobienia, niedokonanego zwrotu jelit, zapalenia otrzewnej, zapalenia uchyłka Meckela, bakteryjnego zapalenia jelit, odmiedniczkowego zapalenia nerek,
– u **dziecka starszego**: zapalenia wyrostka robaczkowego, ostrej biegunki bakteryjnej, zapalenia otrzewnej, niedrożności mechanicznej, wgłobienia, uwięźnięcia przepukliny, zadzierzgnięcia, zapalenia trzustki.

Należy także pamiętać o tzw. **ostrym brzuchu rzekomym** w przebiegu:
– *peritonismus*, czyli podrażnienia otrzewnej w przebiegu kwasicy ketonowej,
– niedrożności porażennej wywołanej zaburzeniami jonowymi:
  • hiponatremią (↓ Na^+),
  • hipokaliemią (↓ K^+),
  • hipochloremią (↓ Cl^-);
– wstrząsu,
– zapalenia płuc (zwłaszcza prawostronnego, płatowego).

W celu uniknięcia pomyłek diagnostycznych o często fatalnych skutkach dla chorego badanie pacjenta z tzw. ostrym brzuchem powinno się odbywać według utartego schematu, obejmującego dokładny wywiad, badanie ogólne, badanie fizykalne brzucha wykonywane w ściśle określony sposób oraz obejmować niezbędne badania pomocnicze.

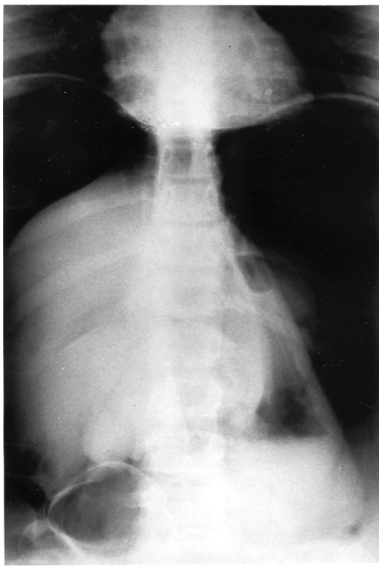
Wywiad powinien uwzględniać:
– charakter bólów (stałe, kolkowe, związek z jedzeniem, defekacją),
– obecność wymiotów (treścią pokarmową, żółcią, krwawych, fusowatych, treścią kałową),
– charakter wypróżnień (stolce biegunkowe, zaparte, z krwią, smoliste, brak stolca, bolesne oddawanie stolca z towarzyszącym parciem na stolec),
– obecność gorączki,
– występowanie chorób w otoczeniu (np. masowe zatrucie itp.).

Należy ocenić także stan ogólny, kolor twarzy, oddech, stan świadomości i ułożenie ciała.

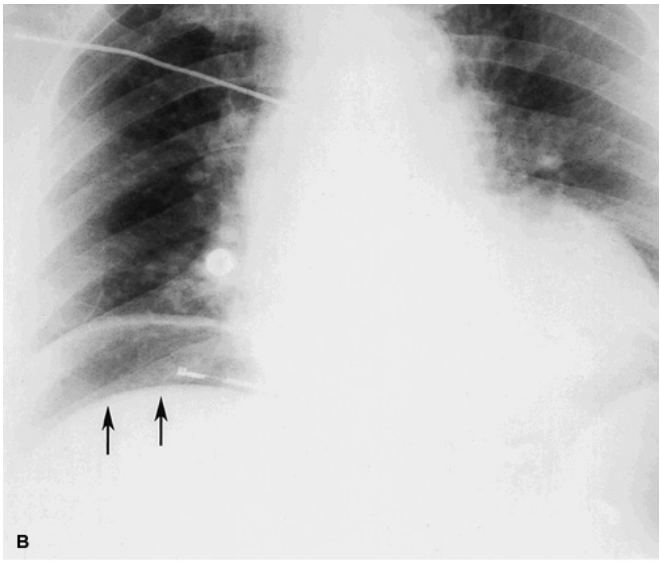
Badając brzuch, należy przestrzegać przedstawionej poniżej kolejności:
– oglądanie (wygórowania, wzdęcie, stawianie się jelit),
– osłuchiwanie (charakter szmerów perystaltycznych),
– opukiwanie (wątroba, śledziona, pęcherz moczowy, guzy),
– obmacywanie (zaczynając od lewego podbrzusza lub od okolicy niebolesnej),
– badanie *per rectum* jest niezbędnym elementem badania, jednak powinno być wykonywane po badaniach radiologicznych (aby nie wprowadzić powietrza do bańki odbytnicy).

Podstawowy zestaw badań pomocniczych przy podejrzeniu tzw. ostrego brzucha powinien obejmować: morfologię krwi z rozmazem, stężenie sodu, potasu, mocznika, kreatyniny, glukozy, aktywność fosfatazy alkalicznej, transaminaz, amylazy (w moczu i surowicy), lipazy, gazometrię, badanie ogólne moczu, a u niemowląt do 1. r.ż. ewentualnie punkcję lędźwiową i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR).

Badania obrazowe, chociaż na pewno nie wszystkie muszą być wykonywane, obejmują: USG, badania rentgenowskie [klatka piersiowa (powietrze pod przeponą? zapalenie płuc?), brzuch w pozycji pionowej lub poziomym promieniem (poziomy płynów? gaz pod przeponą?), brzuch w pozycji leżącej (złogi cieniujące?)], TK, RM.

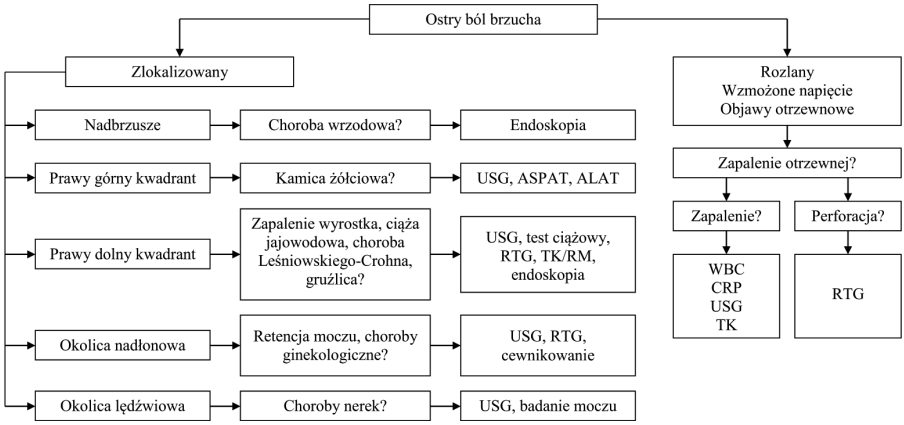


Ryc. 5.2. Odma otrzewnowa spowodowana przypadkowym przebiciem cewnikiem dożołądkowym wprowadzonym w celu usunięcia nadmiaru gazu z żołądka, wrodzonego uchyłka żołądka. Powikłanie bronchoskopii



Ryc. 5.3. Ten sam pacjent co na rycinie 5.2 po odbarczeniu odmy otrzewnowej

W szczególnych okolicznościach wskazane może być wykonanie pilnej gastroskopii.



Ryc. 5.4. Algorytm postępowania diagnostycznego w ostrych bólach brzucha. *Skróty*: WBC – liczba krwinek białych, CRP – biało ostrej fazy, TK – tomografia komputerowa, RM – rezonans magnetyczny, RTG jamy brzusznej – poziomym promieniem, USG – ultrasonografia

Rycina 5.4 przedstawia algorytm postępowania diagnostycznego w przypadku ostrych bólów brzucha.

■ PIŚMIENNICTWO

1. Doria A.S., Moineddin R., Kellenberger C.J. i wsp.: US or CT for Diagnosis of Appendicitis in Children and Adults? A Meta-Analysis. Radiology 2006, 241(1), 83-94.
2. McCollough M., Sharieff G.Q.: Abdominal pain in children. Pediatr Clin North Am 2006, 53(1), 107-137.

Przewlekły ból brzucha

Przewlekły ból brzucha u dzieci, definiowany jako ból stały lub nawracający i trwający przez okres dłuższy niż 2 tygodnie, to codzienny i trudny problem dla każdego lekarza. Jest on doznaniem frustrującym dziecko, rodziców i samych lekarzy. Diagnostyka różnicowa w znacznej mierze musi uwzględniać wiek, płeć, predyspozycje genetyczne i rodzinne, zwyczaje żywieniowe i działanie różnych czynników środowiskowych. Choć odróżnienie bólów organicznych od czynnościowych wydawać się może dość proste, to nie zapewnia stuprocentowej pewności rozpoznania. Skłania to często rodziców i niestety także lekarzy do tzw. buldożeryzacji diagnostyki, czyli przeprowadzania wszystkich znanych inwazyjnych, obciążających i kosztownych badań. Z doświadczenia wiemy, że w większości przypadków nie wnoszą one nic nowego do rozpoznania, utwierdzając jednak chorego, a zwłaszcza jego rodziców, w przekonaniu o jego poważnym stanie.

Postępowanie diagnostyczne powinno być rozważne i wykonywane cierpliwie, niespiesznie według określonego pięcioczynnikowego planu przedstawionego w tabeli 5.1 (nie wolno tego schematu rozumieć jako koniecznego do wykonania w każdych okolicznościach!).

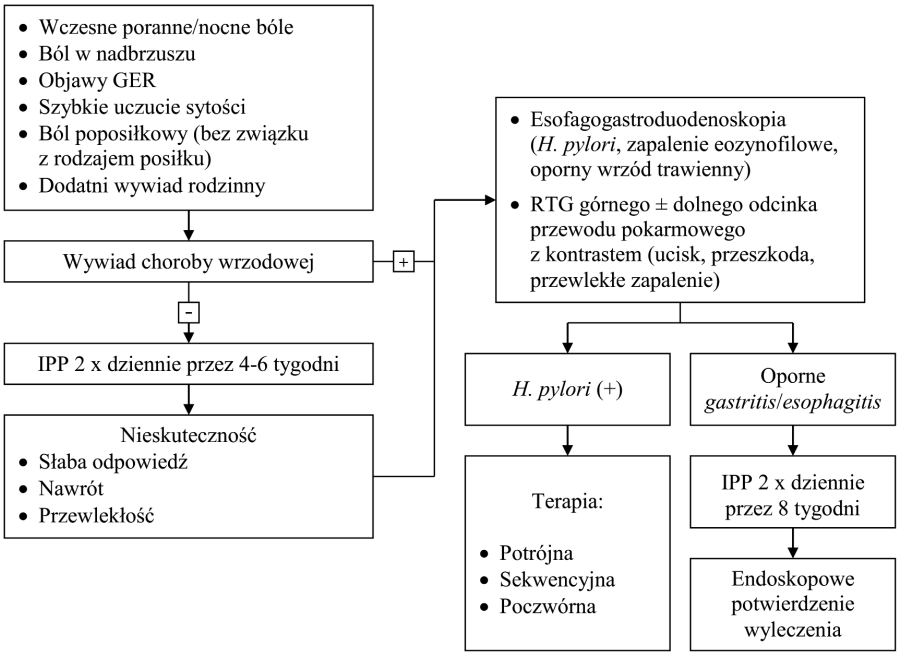
Badania obrazowe

W zależności od wskazań wykonuje się:

Tabela 5.1. Postępowanie diagnostyczne w przewlekłych bólach brzucha

<table>
<tr><td rowspan="4">Wywiad</td><td>• lokalizacja
• intensywność
• charakter i czas trwania
• obecność w dzień i (lub) w nocy</td><td>• łaknienie
• dieta
• uczucie sytości
• nudności
• refluks, regurgitacje
• wymioty</td></tr>
<tr><td>• rytm wypróżnień
• konsystencja stolca
• kompletność wypróżnień</td><td rowspan="2">• niezamierzony spadek masy ciała
• przebieg wzrastania
• cechy dojrzewania
• gorączka
• wysypki
• bóle stawowe</td></tr>
<tr><td>• wywiad rodzinny
• ostatnie podróże</td></tr>
<tr><td colspan="2">• dotychczasowe leczenie i interwencje dietetyczne</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">• wpływ bólu na funkcjonowanie w szkole, zabawę, kulturę fizyczną, kontakty z kolegami i rodziną</td></tr>
<tr><td>Badanie przedmiotowe</td><td colspan="2">• masa ciała, wzrost
• szybkość wzrastania, zaawansowanie procesu dojrzewania płciowego
• ciśnienie krwi
• całościowe badanie fizykalne
• badanie brzucha: lokalizacja bólu, opory, objawy otrzewnowe, guzy, objawy wyrostkowe
• wielkość wątroby, nerek i śledziony, cechy wodobrzusza, ból w boku
• objawy okołoodbytowe: oglądanie okolicy odbytu, badanie *per rectum*</td></tr>
<tr><td>Podstawowe badania laboratoryjne</td><td colspan="2">• badanie kału na krew utajoną
• morfologia z rozmazem, OB, CRP
• badanie ogólne moczu i posiew</td></tr>
<tr><td>Pomocnicze badania laboratoryjne (w zależności od wskazań)</td><td colspan="2">• kał na obecność leukocytów, pasożytów, antygenu *G. lamblia*, posiew
• jonogram, transaminazy, GGTP, ALP, amylaza, lipaza
• test ciążowy, badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową
• test wodorowy po obciążeniu laktozą/fruktozą
• testy serologiczne w kierunku amebozy, celiakii, testy w kierunku zakażenia *H. pylori*
• kalprotektyna w kale</td></tr>
</table>

– USG jamy brzusznej i miednicy małej,
– badania kontrastowe (górnego i/lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego), RM, TK (rezonans magnetyczny, zwłaszcza w pediatrii, jest preferowany – brak radiacji),
– endoskopię górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego z biopsjami, laparoskopię.



Ryc. 5.5. Schemat postępowania w przypadku podejrzenia wrzodu trawiennego jako przyczyny przewlekłego bólu brzucha. *Skróty:* GER – refluks żołądkowo-przełykowy, IPP – inhibitor pompy protonowej, RTG – rentgenogram

Postępowanie empiryczne

Nierzadko może być zastosowane jako pierwsze. Postępowanie to obejmuje:

– edukację chorego i rodziców,
– informacje na temat dzienniczka dolegliwości, określenia wzoru dolegliwości, diety i jej związku z bólem, odpowiedzi na działania terapeutyczne,
– obserwację w kierunku zaparcia jako czynnika sprawczego,
– interwencje dietetyczne, kontrolowane spożycie błonnika, zmniejszone spożycia laktozy, soków,
– próbę leczenia domniemanego owrzodzenia peptycznego (np. IPP, alkalizanty).

Algorytm postępowania w przypadku podejrzenia wrzodu trawiennego przedstawia schemat na rycinie 5.5.

■ PIŚMIENNICTWO

1. Di Lorenzo C., Colletti R.B., Lehmann H.P. i wsp.: American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain; NASPGHAN Committee on Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children: a clinical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005, 40(3), 245-248.
2. Fleisher D.R., Hyman P.E.: Recurrent abdominal pain in children. Semin Gastrointest Dis 1994, 5, 15-19.