

Meckelův divertikl

MUDr. Simona Boráňová¹, MUDr. Michal Žáčik², MUDr. Jaromír Bernátek³

¹Krajská nemocnice T. Bati Zlín, a. s., Dětské oddělení

²Krajská nemocnice T. Bati Zlín, a. s., Oddělení zobrazovacích metod

³Krajská nemocnice T. Bati Zlín, a. s., Oddělení nukleární medicíny

Je prezentována kazuistika 17leté dívky přijaté pro zvracení, bolesti břicha od útlého věku, zvažována i mentální anorexie. Dívka byla opakovaně vyšetřována s negativním nálezem, vyloučena psychogenní etiologie, v závěru překvapivý nález Meckelova divertiklu.

Klíčová slova: zvracení, bolesti břicha, stolice.

Meckel's diverticulum

The paper presents the case of a 17-year old woman admitted after vomiting, stomachache from early age, mental anorexia considered. The woman repeatedly examined with negative findings, psychogenic etiology excluded, in the end a surprising finding of a Meckel diverticle.

Key words: vomiting, stomachache, defecation.

Pediatr. praxi 2012; 13(2): 116–117

Úvod

Meckelův divertikl (MD) je jedním z důsledků chybné oblitterace ductus omphaloentericus v časném období intrauterinního života a je nejčastější vrozenou anomálií tenkého střeva.

Nachází se 20–60 cm od Bauhinské chlopně na antimezenterální straně ilea s incidencí 2–3%. Jedná se o pozůstatek ductus omphaloentericus, jehož část bližší střevu zůstala zachována jako střevní výčlipka.

Střední část trávicí trubice v časném embryonálním vývoji komunikuje se zbývajícím žloutkovým váčkem kanálem zvaným ductus omphaloentericus. Během 5. týdne embryonálního vývoje ductus omphaloentericus začíná oblitterovat a v 6. týdnu již neexistuje žádná komunikace mezi primitivním střevem a přední stěnou břišní. Dojde-li k oblitteraci distálněji od střevního ústí, zbytek perzistuje jako Meckelův divertikl. Může být spojen vazivovým pruhem s pupkem. Vzácněji komunikuje divertikl pupkem navenek a projeví se po odstřižení pupečníku jako enteroumbilikální píštěl.

Divertikly mohou obsahovat heterotopickou sliznici. 50–80 % symptomatických divertiklů obsahuje žaludeční sliznici, pankreatická tkáň je přítomna u 2–6 %. Velmi vzácná je heterotopická sliznice duodena, jejuna, kolon nebo rekta. Tato sliznice může být příčinou krvácení, zánětu či ulcerace s možností perforace nebo krvácení (1, 2). Zřídka se může u dětí vyskytovat v MD tumor: karcinoid, sarkom, lymfom, leiomyom, adenokarcinom (3, 4).

Klinicky je 75 % pacientů s MD asymptomatických, ostatní trpí různými chronickými potížemi (především bolestmi břicha, krvácením

do GIT nebo intestinální obstrukcí) nebo přichází pod obrazem NPB: krvácení do trávicího ústrojí, zánět MD, ileózní stavy (1, 2, 4).

Stanovení diagnózy MD je před operací pro náhlou příhodu břišní velmi obtížné, v mnoha případech nemožné, a stanoví se až při operační revizi. Vyšetřovací metody jsou voleny v závislosti na klinických příznacích a stavu pacienta: endoskopické a sonografické vyšetření, CT enterografie, cílená angiografie a. mesenterica superior. U neakutních stavů je přínosné scintigrafické vyšetření pomocí radioizotopu ⁹⁹Tc, který se vychytává v ektopické žaludeční sliznici (pokud ovšem divertikl tuto sliznici obsahuje). Senzitivita této metody je 60–80 % (1).

U náhlých příhod břišních je po nezbytné předoperační přípravě indikována operační revize. Operační výkon je volen s ohledem na peroperační nález, jeho pokročilost a celkový stav pacienta (2).

Popis případu

Dívka z I. gravidity, gravidita nekomplikovaná, I. porod, v termínu, poporodní adaptace bez potíží. V RA otec trvalé problémy se zažíváním – blíže nespecifikované, matka otce taktéž.

Od útlého věku si dívka stěžovala na neurčitě bolesti břicha. Nemocnost běžná. Opakovaně byla hospitalizována v jiné okresní nemocnici pro bolesti břicha, 1x komoce mozku. V létě 2009 gastritis acuta – po Helicidu ústup potíží, následně appendicitis acuta s provedením appendektomie – dle sdělení negativní nález, bližší informace o výkonu, peroperačním nálezu nejištěny, byl proveden v jiné nemocnici.

V prosinci 2010 byla tato sedmnáctiletá dívka odeslána na naše oddělení od PL k hospitalizaci pro bolesti břicha, opakované zvracení, váhový úbytek (9 kg za 5 měsíců). Stolicí při dotazu popisovány jako zvyklé, bez pozoruhodností, bez příměsí krve. Sklon k ortostatické hypotenzi. V rámci diferenciální diagnostiky zvažována mentální anorexie.

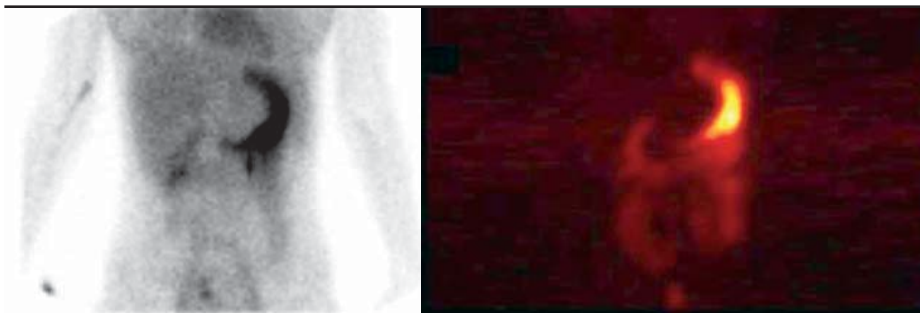
Při přijetí nápadná astenie, hmotnost 42,7 kg, výška 164 cm, BMI 15,9, břicho měkké, prohmatné, bez známek NPB, palpační citlivost paraumbilikálně. Menarche přítomno, sekundární pohlavní znaky vyjádřeny, menses pravidelné. Projev dívky laxní, pubertální, spíše negativistický.

V laboratoři FW 20/45, CRP 1,2, leu 11,2, htc 0,315, mcv 90, Fe 21, pozitivní ANA (fluorescence jadérek, hrubě zrnitá fluorescence cytoplazmy), stolice OK pozitivní, ostatní provedená vyšetření včetně opakované sonografie břicha bez pozoruhodností.

Již v den přijetí byla několikrát zaznamenána kašovitá až řídká stolice s velkým množstvím natrávené krve. Verifikován zcela zvyklý příjem potravy, psychogenní příčina potíží vyloučena. Zvracení nepřítomno, u dívky přetrvává intermitentní palpační citlivost paraumbilikálně s výrazným meteorizmem. Byl zvažován nespecifický střevní zánět, provedeno endoskopické vyšetření (gastro- i kolonoskopie) s makroskopicky zcela negativním nálezem. Dle histologie známky nespecifické kolitidy. Při dietě plný ústup potíží, dívka propuštěna do domácí péče.

Koncem ledna 2011 byla opět přijata pro obdobné potíže – zvracení, bolesti břicha. FW 25/55, KO v normě, CRP 5,3. Celkový stav beze

Obrázky 1 a 2. Scintigrafie, aplikován 99 mTc. Patologická akumulace radiofarmaka na rozhraní středního a pravého hypogastria, mediálně od střední části pravé ilické arterie. Nález suspektní z Meckelova divertiklu v dané lokalizaci



změn, hmotnost 47 kg, BMI 17,5. Vysloveno po-dezření na Meckelův divertikl.

Provedena scintigrafie 99mTc s nálezem suspektním z Meckelova divertiklu (obrázky 1, 2). CT enterografie bez průkazu patologie tenkého střeva, nevylučující však přítomnost Meckelova divertiklu (obrázek 3). Dívka indikována k revizi dutiny břišní. Peroperačně ve vzdálenosti asi 40 cm od céka nalezen divertikl uložený v mezenteriu délky asi 3 cm s úzkým krčkem, kterým komunikoval se střevem. Provedena resekce MD. Histologicky potvrzena ektopická tkáň žaludeční sliznice. Pooperační průběh bez komplikací, dívka 9. pooperační den propuštěna do domácí péče s doporučením ambulantních kontrol. Tyto však vzhledem k svému laxnímu postoji spíše nedodrží.

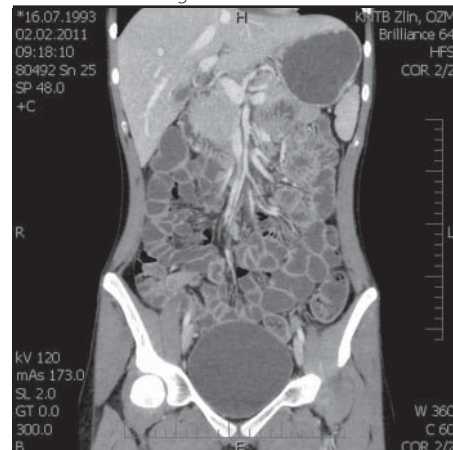
Závěr

Meckelův divertikl je nejčastější příčinou krvácení do tenkého střeva u dětí. Většina pacientů s MD je asymptomatických, jiní trpí chronickými potížemi či přicházejí pod obrazem NPB (1). Nejméně snadná diagnostika je u pacientů s chronickými potížemi, kdy klíčová je podrobná anamnéza a z důvodu intermitentní enteroragie sledování stolice v delším časovém horizontu.

Literatura

1. Kučera A. Meckelův divertikl. In Šnajdauf J, Škába R, a kol. Dětská chirurgie. Praha: Galén 2005: 220–222.
2. Zeman L, Kučera A, Vyhnánek M, Fryč R. Meckelův divertikl – Méně obvyklé projevy. *Pediatr. praxi* 2008; 9(4): 257–259.
3. Tošovský V. Náhlé příhody břišní u dětí – včasná diagnostika. Praha: Grada Publishing 1996: 114–120.

Obrázek 3. CT enterografie, postkontrastně v koronární rovině. Bez zřetelného korelátu Meckelova divertiklu na scintigrafii ve srovnání s CT obrazem



4. Voleská L, Harvánek K. Meckelův divertikl v dětském věku. *Postgraduální medicína* 2007; 9(7): 786.

Článek doručen redakci: 28. 7. 2011

Článek přijat k publikaci: 18. 1. 2012

MUDr. Simona Boráňová

Krajská nemocnice T. Bati Zlín, a. s.,
Dětské oddělení
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
s.boranova@seznam.cz