

Laddův syndrom

MUDr. Simona Boráňová¹, MUDr. Michal Žáčik², MUDr. Jiří Palíšek²

Krajská nemocnice T. Bati, Zlín, a. s.

¹Dětské oddělení

²Oddělení zobrazovacích metod

Prezentována je kazuistika týdenního novorozence s projevy zvracení s příměsí žluči. Prostý snímek břicha ve visu neprokázal v levém podžebří a epigastriu charakteristickou „dvojitou bublinu“. Dle klinického stavu bylo usuzováno na obstrukci v oblasti duodena. Dítě bylo přeloženo na vyšší pracoviště, kde bylo zindikováno k revizi dutiny břišní s nálezem typickým pro Laddův syndrom. Pooperační průběh byl komplikován sepsí.

Klíčová slova: zvracení, prostý snímek břicha ve visu.

Ladd's syndrome

The paper presents the case of a one-week newborn admitted after vomiting with admixture of bile. Simple snapshot of the abdomen in the hanging position did not prove the characteristic “double bubble” in the left hypochondrium and epigastrium. According to clinic status the obstruction in the area of duoden was being considered. The newborn relocated to a superior workplace where indicated to revision of the abdomen with a finding typical for Ladd's syndrome. Postoperative progress complicated by sepsis.

Key words: vomiting, simple X-ray picture of the abdomen in the hanging position.

Pediatr. praxi 2012; 13(4): 250–251

Úvod

Laddův syndrom patří do skupiny vrozených akutních střevních neprůchodností. Jedná se o poruchu rotace, při které se kombinuje kongenitální volvulus středního střeva a komprese duodena nerotovaným cékem. Malrotace intestinální se vyskytuje přibližně u 1 z 500 novorozenců (1).

Příznaky se objevují záhy po porodu, nejčastěji kolem 3.–4. dne zvracením obvykle s příměsí žluči, zácpou, bolestmi břicha. Břicho bývá vzduchové. Diagnóza je stanovena z klinického průběhu a radiologického vyšetření. Duodenální obstrukce, která anomálii polohy střev často provází, se ukáže na nativním snímku břicha ve visu charakteristickou „dvojitou bublinou“, s jednou velkou vzduchovou bublinou, která představuje žaludek, a druhou bublinou, která představuje plyn v dilatovaném duodenu orálně od místa blokady. Mezi další vyšetření patří pasáž gastrointestinálním traktem, irigografie s průkazem vysokého stavu céka a UZ mezenterálních cév (2, 3).

Léčba je chirurgická, kdy je nutno provést detorzi volvulu, uvolnit komprimované duodenum přerušením peritoneálních pruhů a stáhnout a zafixovat cékum doleva dolů. Současně se provádí appendektomie (4, 5).

Při včasné diagnóze je prognóza příznivá. Při pozdní diagnóze s nutností resekce kliček tenkého střeva vzniká tzv. syndrom krátkého střeva s nutností dlouhodobé parenterální výživy (1).

Kazuistika

Dítě ze IV. nekomplikované gravidity (1x UPT, 1x missed abortion), v anamnéze matky suspekt-

ní flebotrombóza PDK (medikace Clexane), hypotyreóza, anémie, II. porod v 39 t.g., SC pro dystokii ramének, nepoměr, slabé děložní kontrakce v I. době porodní, st. p. SC, plodová voda čirá. Vybaven vitální chlapec, nekříšen, Apgar 8–9–10, PH/PD 3 690 g/49 cm. Poporodní adaptace byla fyziologická, kojení a dokrm (dávky 20–50 ml), ikterus v pásmu observace. Čtvrtý den na novorozeneckém oddělení nastalo jedenkrát zvracení (ne obiloukem) s příměsí krve, u matky byly zjištěny ragády prsních bradavek, čemuž byl stav přisuzován. Pátý den byl novorozenec propuštěn do domácí péče, stolice v normě, váhový přírůstek.

V den propuštění ve večerních hodinách začalo zvracení (jehož charakter matka nedokázala popsat), celkem třikrát, po jídle v rozpětí asi 30–90 minut. Zpočátku se objevilo zvracení v podobě nenatraveného mléka s jasně červenou krví z matčiných prsou, bez přítomnosti nazelenaých štáv. Stolice byla normální, přítomna dvakrát v den propuštění z novorozeneckého oddělení, větry odcházely volně. Dítě afebrilní, bez známek infektu, vyšetřeno na LSPP, odesláno k observaci na lůžkové oddělení.

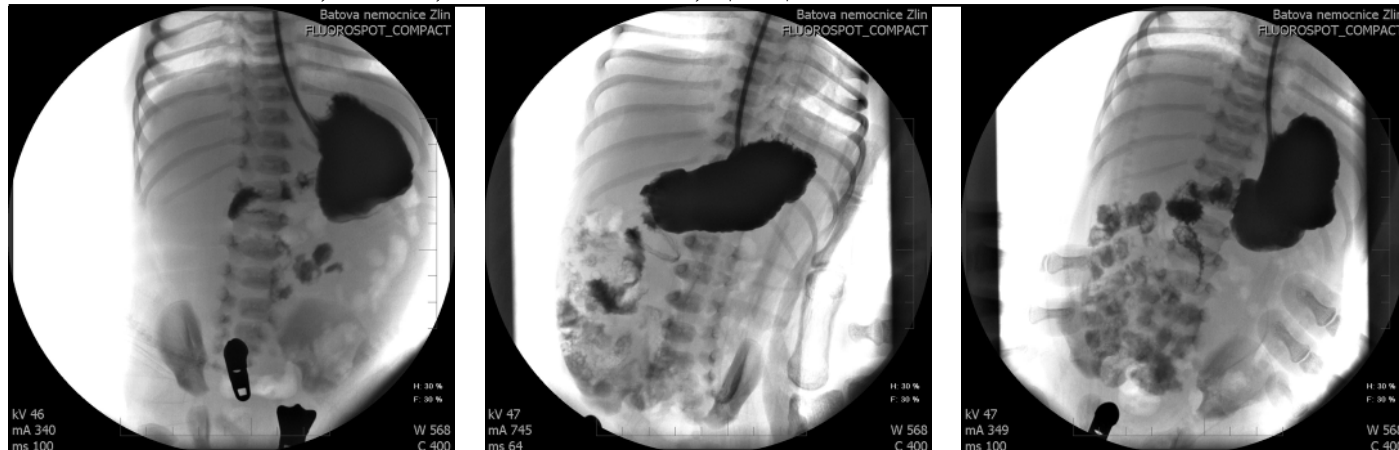
Při přijetí byl celkový stav dítěte výborný, chlapec aktivní, hlásil se k pití, velká fontanela v úrovni, lehký subikterus, břicho bylo měkké, prohmatné, játra ani slezina nehmatná, peristaltika normální, bez známek náhlé příhody břišní. Drobná pupeční kýla, třísla volná bilaterálně, testes oboustranně v skrotu. Hmotnost 3 490 g. Ihned po přijetí zvracení menšího množství nenatraveného mléka. Laboratorní vyšetření s nízkými zánětlivými parametry, v Astrupu metabolická alkalóza. Byla

zavedena podpůrná kapací infuze, perorální příjem velmi malý, verifikováno zvracení, které bylo zpočátku neprojektivové, v odpoledních hodinách již obloukem se zelenými štávami. Prostý snímek břicha ve visu neprokázal stagnaci obsahu gastrointestinálního traktu, jakož ani přítomnost obrazu dvou hladin. Ultrazvukové vyšetření bylo bez známek pylorostenózy, bez jiných nápadností žaludku. Stolice nebyla přítomna 24 hodin, větry odcházely volně. Provedeno chirurgické konzilium, s chudým nálezem na břiše. Pro opakované zvracení byla zavedena nazogastrická sonda (odpad za 8 hodin asi 20 ml zelené tekutiny), kontrolní rtg břicha ve visu s nově patrnou objemnou žaludeční bublinou s širokou hladinou, chudší střevní plynatostí (obrázek 1). Při pokusu o aplikaci klyzmatu nastal spontánní odchod stolice, celkem třikrát. Byla doplněna pasáž gastrointestinálním traktem s nejasným nálezem. Pro podezření na vrozenou vývojovou vadu v oblasti duodena bylo dítě přeloženo do spádové FN.

Obrázek 1. Prostý snímek břicha ve visu



Obrázky 2–4. Pasáž žaludkem a střevem, k.l. aplikována NG sondou. Na všech snímcích zúžení duodena v D2/3. D3 a první klička jejuna gracilní, plněny chabě, na obrázku 3 naznačena „vývrtka“. Kličky tenkého střeva lokalizovány v pravé polovině břicha



Zde byl zpočátku zahájen konzervativní postup, observace, provedeny kontrolní snímky pasáže GIT (obrázky 2–4). Následně byla doporučena chirurgická revize dutiny břišní. Peroperačně byl patrný dilatovaný žaludek a horní část duodena, které bylo přitaženo pruhy jdoucími od nedorotovaného céka uloženého ve střední čáře. Nález svědčící pro Laddovy pruhy. Nevytvořen typický Treitzův vaz, celé tlusté střevo bylo uloženo více vlevo. Tenké kličky přecházely nejdříve vpravo. Provedeno postupné uvolnění paracékálních pruhů fixujících dolní část duodena, poté ještě uvolnění i druhý oddíl duodena. Byla doplněna appendektomie, následně uloženy střevní kličky do dutiny břišní. Jejunum vloženo vpravo postupně až k céku, které operatér zafixoval vlevo od střední čáry. Výkon proběhl bez komplikací, 1 den UPV. Pooperačně se sepsa s dobrou reakcí na antibiotickou terapii. Postupná zátěž stravou, zprvu malými dávkami Nutrilon Allergy Digestive Care s dokrmováním NG sondou, následně byl nasazen Nutrilon 1. Další průběh byl bez potíží,

strava tolerována v dávkách 70–80 ml, běžně ublíkávání, prospívání. Chlapec byl propuštěn ve výborném klinickém stavu, hmotnost 3 690 g.

Závěr

Diagnóza Laddova syndromu je především stanovena na základě kliniky za použití radiodiagnostických metod. Přibližně u 15 % případů jsou radiologická vyšetření s negativním či nejasným nálezem. V těchto případech je určující klinický obraz s hlavním příznakem čili zvracením obvykle s příměsí žluči. Podle žlučového zbarvení zvratků usuzujeme na supra- nebo infrapapilární stenózu (až v 70 % je přítomna infrapapilární stenóza). Částečnou nebo kompletní duodenální obstrukci u Laddova syndromu zapříčiňují peritoneální pruhy jdoucí k nedorotovanému céku, které je lokalizováno pod játry. Volbou zobrazovacího vyšetření je prostý snímek břicha ve visu s nálezem „dvojitě bubliny“. Dále pasáž gastrointestinálním traktem, irigografie s průkazem vysokého stavu céka, eventuálně UZ s průkazem anomálního uložení mezenterálních cév (1, 2, 5).

Literatura

1. Kučera A. Laddův syndrom. In Šnajdauf J, Škába R, a kol. Dětská chirurgie. Praha: Galén 2005: 185.
2. Mihál V, Michálková K, Malý T, et al. Biliární zvracení jako projev nonrotace s duodenální obstrukcí. *Pediatr. praxi* 2008; 9(5): 344–346.
3. Zlámal Z. Několik poznámek chirurga k duodenální obstrukci u dětí. *Pediatr. praxi* 2002; 3(6): 288–289.
4. Kozderka C. Laddův syndrom. *Vox Pediatr* 2001; 9(1): 24–25.
5. Tošovský V. Náhle příhody břišní u dětí – včasná diagnostika. Praha: Grada Publishing 1996: 88–90.

Článek doručen redakci: 30. 11. 2011

Článek přijat k publikaci: 31. 1. 2012

MUDr. Simona Boráňová

Krajská nemocnice T. Bati, Zlín, a. s.

Dětské oddělení

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín

s.boranova@seznam.cz