

PACJENT Z BÓLEM BRZUCHA

HOSPITALIZACJA 1

Mężczyzna lat 41 dotychczas nie leczący się z powodu chorób przewlekłych zgłosił się do IP z powodu występujących od 2 dni:

- opasujących bólów w nadbrzuszu
- nudności i wymiotów treścią pokarmową

Dodatkowo od kilku lat nadużywa alkohol.

Wieloletni nikotynizm.

DYSKUSJA

- Jakie jeszcze informacje należy uzyskać od chorego?
- Co należy podejrzewać?

HOSPITALIZACJA 1: wywiady

Choroby przewlekłe:

- Zespół zależności alkoholowej
- Nikotynizm

Operacje:

- Stan po appendektomii w przeszłości

Nadwrażliwości: neguje

Leków na stałe nie przyjmuje.

HOSPITALIZACJA 1: badanie przedm.

Stan ogólny średni

Wydolny krążeniowo i oddechowo RR 165/90 mmHg, HR 110/min

Skóra o prawidłowym zabarwieniu i uciepleniu.

Cechy odwodnienia. Bez obrzęków obwodowych.

Czynność serca miarowa. Tętno serca głośne, prawidłowo akcentowane.

Nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy symetryczny.

Brzuch twardy, znaczna tkliwość palpacyjna w nadbrzuszu, objawy otrzewnowe (+), bez oporów patologicznych, perystaltyka nieobecna. Wątroba 3 cm poniżej łuku żebrowego. Blizna po appendektomii.

Per rectum: ślad brązowego stolca, bez zmian w zasięgu palca.

DYSKUSJA

- Rozpoznanie wstępne:
- Diagnostyka różnicowa:

Jakie badania laboratoryjne należy zlecić?

Krew pełna	Surowica		Mocz	Koagulologia	Kał
Morf z rozm.	AlAT	Magnez	Bad ogólne	PT/INR	Krew utajona
Gazometria	AspAT	Lipidogram	Amylaza	APTT	Pasożyty
Amoniak	Bilirubina	CK	<i>inne</i>	D-dimery	<i>inne</i>
Mleczany	ALP	CK-MB		<i>inne</i>	
HbCO	GGTP	Troponina I			
OB	LDH	CRP			
<i>inne</i>	Kreatynina	Białko całk.			
	Mocznik	Albumina			
	Kw. moczowy	Proteinogram			
	Sód	PCT			
	Potas	<i>inne</i>			
	Wapń				
	Fosfor				

BADANIA LABORATORYJNE

WBC	10,0 tys/ul	amylaza	1562 U/l
Hgb	14,2 g/dl	lipaza	879 U/l
Hct	37 %	bilirubina	1,1 mg/dl
MCV	104 fl	ALT	115 U/l
kreatynina	1,5 mg/dl	AST	34 U/l
mocznik	90 mg/dl	GGTP	300 U/l
K	3,3 mmol/l	cholesterol	250 mg/dl
Na	136 mmol/l	trójglicerydy	340 mg/dl
glukoza	178 mmol/l	INR	1,3
CRP	87 mg/l		

DYSKUSJA

- Jakie jeszcze badania dodatkowe należy wykonać?

BADANIA OBRAZOWE

USG jamy brzusznej:

Badanie w trybie ostrego dyżuru.

Duża ilość gazów w pętlach jelitowych - ocena utrudniona.

Wątroba niepowiększona, o jednorodnej echogeniczności mięszu, w uwidocznionym zakresie bez zmian ogniskowych. Drogi żółciowe nieposzerzone.

Trzustka widoczna fragmentarycznie w zakresie głowy i trzonu, powiększona, o zatartych zarysach.

Śledziona niepowiększona.

Nerki prawidłowej wielkości, o zachowanej warstwie mięszowej, bez zastoju moczu, bez litych zmian ogniskowych. Aorta brzuszna nieposzerzona.

Okolica okołoaortalna częściowo przesłonięta przez gazy jelitowe, w widocznym zakresie bez nieprawidłowych odbić.

Pęcherz moczowy dobrze wypełniony, bez nieprawidłowych przyściennych odbić.

Nie uwidoczniono wolnego płynu w jamie brzusznej.

BADANIA OBRAZOWE

RTG jamy brzusznej

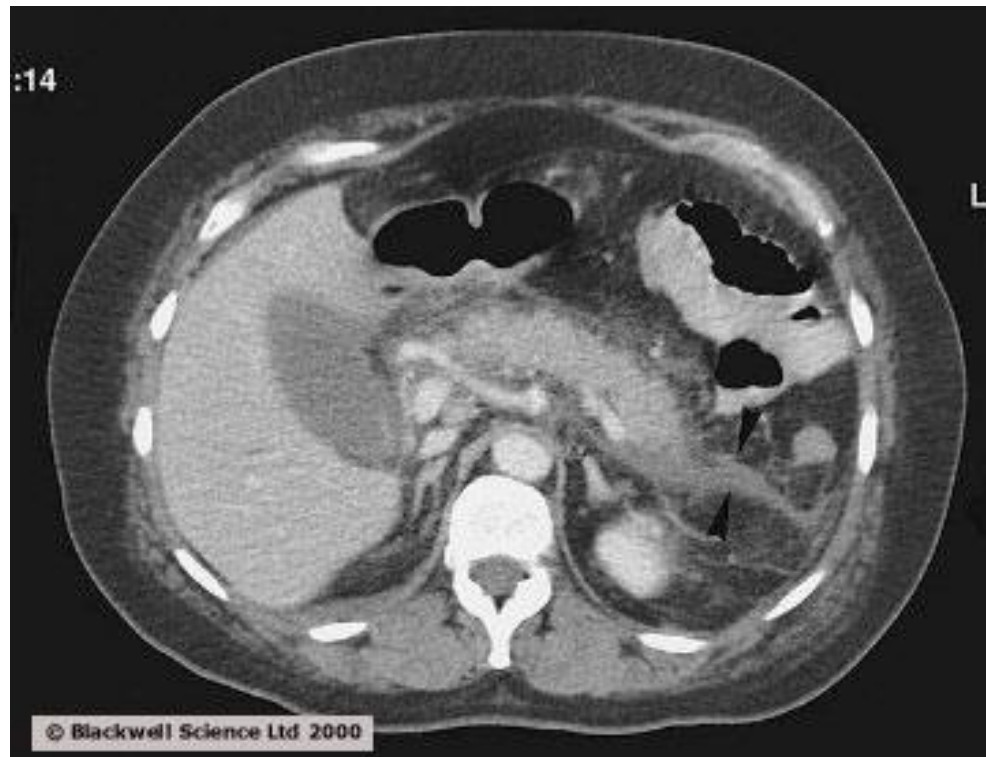
Proszę opisać



BADANIA OBRAZOWE

- CT jamy brzusznej – 48-72h, 5-7 doba

**Proszę opisać
trzustkę**



BADANIA OBRAZOWE

- CT jamy brzusznej – 48-72h, 5-7 doba

„Trzustka w całości powiększona. Wokół trzustki obecna niewielka ilość płynu. Widoczne zatarcie struktury i granic mięszu trzustki i tkanek okołotrzustkowych najpewniej w przebiegu obrzęku zapalnego – ostre zapalenie trzustki?”

BADANIA OBRAZOWE

- RTG klatki piersiowej

3. doba

Proszę opisać



DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

Ból nadbrzusza

PRZYCZYNA	ZA	PRZECIW

KRYTERIA ROZPOZNANIA OZT

Spełnienie 2 z 3 kryteriów

1. Typowy obraz kliniczny
2. Zwiększona aktywność enzymów trzustkowych
 - lipazy – preferowana, najbardziej czuła
 - amylazy >3 razy powyżej górnej granicy normy
 - amylazy w moczu
3. Wyniki badań obrazowych typowe dla OZT (USG jamy brzusznej, TK ew. MRI)

PRZYCZYNY OZT

Idiopathic

Gallstones

Ethanol

Trauma

Steroids

Mumps/**M**alignancy

Autoimmune

Scorpion stings/**S**pider bites

Hiper – TG, - CA, - parathyroidism

ERPC (ECPW)

Drugs (m.in. azatiopryna, NLPZ, diuretyki)

LECZENIE

- Intensywne nawodnienie dożylne
- Zwalczanie bólu (paracetamol, metamizol, tramadol, opioidy)
- W pierwszych dobach dieta ścisła
- Leczenie żywieniowe (dojelitowe – sonda, p.o./pozajelitowe)
- Leczenie przeciwzakrzepowe
- Kontrola glikemii, ewentualna insulinoterapia
- Antybiotykoterapia tylko w szczególnych przypadkach (zakażona martwica, zapalenie dróg żółciowych przy etiologii kamiczej)
- Leczenie inwazyjne:
 - ECPW (w etiologii żółciopochodnej)
 - Cholecystektomia (elektywnie po > 6 tyg. od OZT)
 - Usuwanie martwicy (nekrozektomia endoskopowa/klasyczna)

DRABINA ANALGETYCZNA



- Do rozważenia na każdym stopniu drabiny:
- koanalgetyki
 - blokady, neurolizy
 - metody operacyjne
 - metody onkologiczne (radioterapia, chemioterapia itd.)
 - neuromodulacja, masaż, akupunktura, akupresura, autohipnoza i in.
 - leki łagodzące objawy niepożądane

KARTA ZLECENÍ LEKARSKICH

Karta Zleceń lekarskich		
Dieta:		
Leki:		
Lek:	Dawka:	Droga podania:
1.		
2.		
3.		
4.		

np. <https://bazalekow.mp.pl/leki/substs>

BADANIA LABORATORYJNE - kontrola

WBC	5,4 tys/ul	amylaza	37 U/l
Hgb	14,0 g/dl	lipaza	40 U/l
Hct	37 %	bilirubina	1,0 mg/dl
MCV	102 fl	ALT	87 U/l
kreatynina	0,7 mg/dl	AST	34 U/l
mocznik	24 mg/dl	GGTP	157 U/l
K	4,1 mmol/l	INR	1,3
Na	136 mmol/l		
glukoza	98 mmol/l		
CRP	15 mg/l		

POWIKŁANIA OZT

- Ostry zbiornik okołotrzustkowy
- Torbiel rzekoma trzustki
- Ostry zbiornik martwiczy
- Otorbiona martwica
- Zakażenie martwicy
- Przetoki
- Powikłania naczyniowe
- Powikłania narządowe

EPIKRYZA

41-letni mężczyzna dotychczas nie leczący się z powodu chorób przewlekłych od kilku lat nadużywający alkoholu został przyjęty z powodu występujących od 2 dni nasilonych opasujących bólów w nadbrzuszu z towarzyszącymi wymiotami treścią pokarmową.

Przy przyjęciu był w stanie ogólnym średnim, w badaniu przedmiotowym zwracała uwagę tachykardia oraz podwyższone ciśnienie tętnicze, brzuch był twardy ze znaczną tkliwością palpacyjną w nadbrzuszu z dodatnimi objawami otrzewnowymi, osłuchowo bez perystaltyki. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie białka C-reaktywnego, zwiększoną aktywność enzymów trzustkowych, podwyższone parametry nerkowe, hipokaliemię, zwiększoną aktywność enzymów wątrobowych (wskaźnik De Ritisa >1) oraz hipertrójglicydemię. W USG jamy brzusznej opisano powiększenie trzustki z zatarciem granic. Na podstawie obrazu klinicznego i wykonanych badań dodatkowych rozpoznano ostre zapalenie trzustki o etiologii toksycznej oraz ostre uszkodzenie nerek w przebiegu odwodnienia. Po zastosowaniu typowego leczenia: intensywne nawodnienie parenteralne z suplementacją elektrolitów, leki przeciwbólowe, żywienie dojelitowe uzyskano szybką poprawę stanu klinicznego oraz parametrów biochemicznych krwi. W kontrolnej tomografii nie stwierdzono odległych powikłań OZT. W kontrolnym radiogramie klatki piersiowej uwidoczniiono płyn u podstawy płuca lewego. Chorego wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.

ZALECENIA

- Jakie są proponowane zalecenia do domu?



→ lata później....

HOSPITALIZACJA 2

Mężczyzna lat 45 zgłosił się do IP z powodu:

- bólów w nadbrzuszu promieniujących do pleców trwających od około 2 miesięcy
- utraty masy ciała ok. 3 kg/miesiąc
- luźne stolce ok. 4-5/dobę
- od wielu lat nadużywa alkohol
- nikotynizm – 45 paczkolet

DYSKUSJA

- Co należy podejrzewać?
- Jakie jeszcze informacje należy uzyskać od chorego?

HOSPITALIZACJA 2: wywiady

Choroby przewlekłe:

- Nadciśnienie tętnicze
- Stan po przebytych ostrym zapaleniu trzustki
- Zespół zależności alkoholowej
- Nikotynizm

Operacje:

- Stan po appendektomii w przeszłości

HOSPITALIZACJA 2: badanie przedm.

Stan ogólny dość dobry

Wydolny krążeniowo i oddechowo RR 145/80 mmHg, HR 90/min

Wyniszczenie (BMI 16 kg/m²). Skóra o prawidłowym zabarwieniu i uciepleniu.

Cechy odwodnienia. Bez obrzęków obwodowych.

Czynność serca miarowa. Tętno serca głośne, prawidłowo akcentowane.

Nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy symetryczny.

Brzuch miękki, tkliwy palpacyjnie w nadbrzuszu, bez oporów patologicznych, perystaltyka (+). Wątroba wysunięta 3 cm spod łuku żebrowego. Blizna po appendektomii.

Per rectum: ślad brązowego stolca, bez zmian w zasięgu palca.

DYSKUSJA

- Rozpoznanie wstępne:
- Diagnostyka różnicowa:

Jakie badania laboratoryjne należy zlecić?

Krew pełna	Surowica		Mocz	Koagulologia	Kał
Morf z rozm.	ALAT	Magnez	Bad ogólne	PT/INR	Krew utajona
Gazometria	ASPAT	Lipidogram	Amylaza	APTT	Pasożyty
Amoniak	Bilirubina	CK	<i>inne</i>	<i>inne</i>	<i>inne</i>
Mleczany	ALP	CK-MB			
HbCO	LDH	Troponina			
OB	Kreatynina	CRP			
<i>inne</i>	Mocznik	Białko całk.			
	Kw. moczowy	Albumina			
	Sód	Proteinogram			
	Potas	<i>inne</i>			
	Wapń				
	Fosfor				

BADANIA LABORATORYJNE

WBC	8,0 tys/ul	Amylaza	102 U/l
Hgb	11,2 g/dl	Lipaza	30 U/l
Hct	35%	ALT	98 U/l
MCV	102 fl	AST	34 U/l
Kreatynina	0,5 mg/dl	GGTP	150 U/l
Mocznik	20 mg/dl	Wit. B12	950 ng/l
K	3,5 mmol/l		
Na	136 mmol/l		
Glukoza	201 mmol/l		

Dlaczego jest zwiększone stężenie witaminy B12?

DYSKUSJA

- Jakie jeszcze badania dodatkowe należy wykonać?

BADANIA OBRAZOWE

USG jamy brzusznej:

Żołądek oraz dwunastnica wypełnione treścią płynową przesłaniają nadbrzusze.

Wątroba nieznacznie powiększona o podwyższonej echogeniczności mięszu, w uwidocznionym zakresie bez zmian ogniskowych. Drogi żółciowe wewnątrz- i zewnątrzwątrobowe nieposzerzone.

Pęcherzyk żółciowy cienkościenny, bez złogów.

Trzustka o niejednorodnej echogeniczności mięszu, niepowiększona, z obecnymi zwapnieniami. Przewód trzustkowy nieregularnie poszerzony do max do 3- 4 mm na granicy głowy i trzonu.

Śledziona niepowiększona.

Obie nerki prawidłowej wielkości o zachowanej echostrukturze , bez zastoju moczu

Aorta brzuszna nieposzerzona.

Pęcherz moczowy słabo wypełniony-nie do oceny.

Nie uwidoczniono wolnego płynu w jamie brzusznej.

BADANIA OBRAZOWE

RTG jamy brzusznej



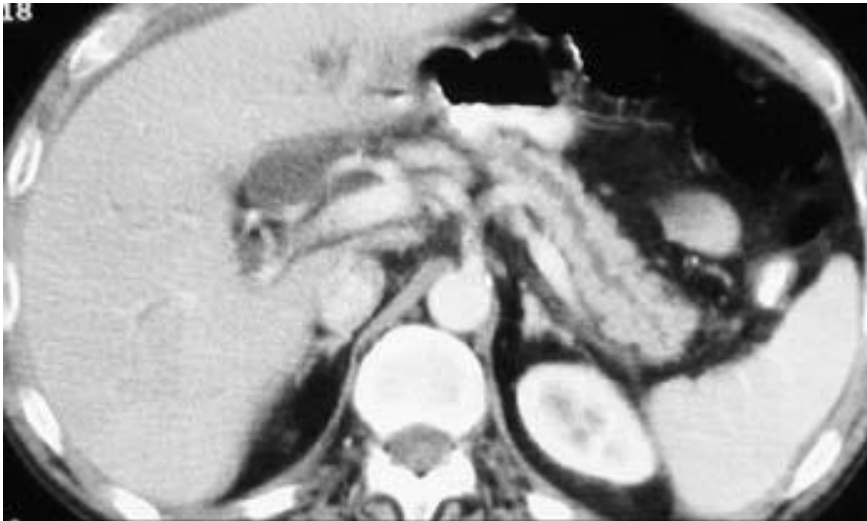
<http://emedicine.medscape.com>

DYSKUSJA

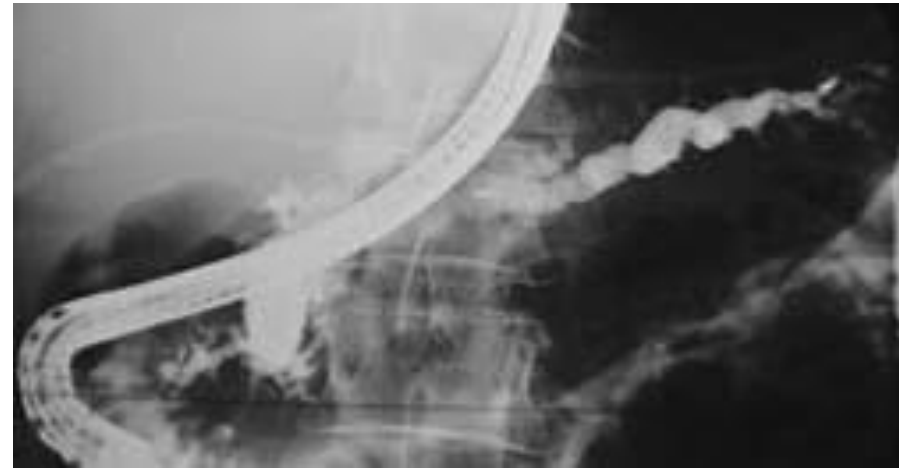
- Jakie badania można zrobić, aby uwiarygodnić rozpoznanie?

BADANIA OBRAZOWE

CT jamy brzusznej



ECPW



DYSKUSJA

- Jakie jest wstępne rozpoznanie?
- Jakie badania można zrobić, aby uwiarygodnić rozpoznanie?

PRZYCZYNY PZT – TIGARO

- **T** toksyczno-metaboliczne (alkohol, hiperkalcemia, PChN, nikotynizm)
- **I** idiopatyczne
- **G** genetyczne (mukowiscydoza, niedobór alfa1-antytrypsyny)
- **A** autoimmunologiczne
- **R** recurrent (nawracające) OZT/ severe (ciężkie OZT)
- **O** obstructive (zaporowe) – odmiany anatomiczne np.: trzustka dwudzielna, guzy, kamica przewodowa

KRYTERIA ROZPOZNANIA PZT

- Typowe wywiady
- Obecność charakterystycznych zmian w badaniach obrazowych trzustki
 - **pewne:** poszerzenie przewodu trzustkowego > 3 mm, zwapnienia w obrębie trzustki, złogi w przewodach trzustkowych;
 - **wątpliwe:** powiększenie całej trzustki, zwłóknienia w mięszu trzustki, torbiele rzekome, ropnie trzustki, ogniska martwicy, zanik trzustki)
- Objawy niewydolności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej (chudnięcie, ból brzucha, przewlekła biegunka tłuszczowa, cukrzyca typu 3, zwiększone stężenie elastazy 1 i tłuszczu > 7 g/kg w kale)
- Test sekretynowo-cholecystokininowy

LECZENIE

- Przyczynowe (leczenie uzależnień, ECPW z protezowaniem PŻW, operacyjne)
- Objawowe:
 - uzupełniania niedoborów enzymów trzustkowych (zmniejsza liczbę luźnych stolców, działa przeciwbólowo – zmniejszenie ciśnienia w przewodach trzustkowych)
 - leczenie bólu (enzymy trzustkowe, drabina analgetyczna, neuroliza, pankreatektomia – op. Whipple'a)
 - wyrównanie gospodarki węglowodanowej,
 - zapobieganie niedożywieniu (dieta wysokokaloryczna, wysokobiałkowa, preparaty białkowe)
 - leczenie powikłań
- Leczenie nasileń – ang. *acute on chronic*

KARTA ZLECENÍ LEKARSKICH

Karta Zleceń lekarskich		
Dieta:		
Leki:		
Lek:	Dawka:	Droga podania:
1.		
2.		
3.		
4.		

np. <https://bazalekow.mp.pl/leki/substs>

POWIKŁANIA PZT

- Torbiele rzekome trzustki
- Zwężenie i niedrożność PŻW
- Wodobrzusze trzustkowe
- Zakrzepica żyły śledzionowej
- Tętniaki rzekome
- Rak trzustki

EPIKRYZA

45-letni mężczyzna po przebytych ostrym zapaleniu trzustki, od wielu lat nadużywający alkoholu został przyjęty z powodu występujących od 2 miesięcy nasilonych bólów w nadbrzuszu promieniujących do pleców z towarzyszącymi tłuszczowymi stolcami do 5 wypróżnień na dobę. W od momentu pojawienia się dolegliwości schudł 3 kg. W wywiadach przebyte OZT o etiologii toksycznej przed 4 laty.

Przy przyjęciu w stanie ogólnym dość dobrym, w badaniu przedmiotowym zwracała nieznaczna tkliwość palpacyjna w nadbrzuszu i cechy wyniszczenia. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niedokrwistość makrocytarną, hiperglikemię, nieznacznie zwiększoną aktywność amylazy oraz enzymów wątrobowych. W USG jamy brzusznej uwidoczono trzustkę o niejednorodnej echogeniczności miąższu, niepowiększoną, z obecnymi zwapnieniami. Przewód trzustkowy nieregularnie poszerzony do 3-4 mm na granicy głowy i trzonu. Na podstawie obrazu klinicznego i wykonanych badań dodatkowych rozpoznano przewlekłe zapalenie trzustki o etiologii toksycznej z cechami wewnątrz- i zewnątrzwydzielniczej niewydolności narządu. Po zastosowaniu suplementacji enzymów trzustkowy, doraźnie tramadolu doustnie i diety z ograniczeniem cukrów uzyskano ustąpienie dolegliwości bólowych brzucha, unormował się rytm wypróżnień oraz obserwowano zadowalającą kontrolę glikemii. Zalecono prowadzenie dzienniczka glikemii i konsultację diabetologiczną w trybie ambulatoryjnych celem ewentualnego wdrożenia w przyszłości insulinoterapii. Chorego wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.

ZALECENIA

- Jakie są proponowane zalecenia do domu?

ZALECENIA DO DOMU

1. Dieta trzustkowa bogatokaloryczna i bogatobiałkowa z ograniczeniem cukrów prostych
2. Zakaz palenie papierosów oraz spożywania alkoholu
3. Prowadzenie dzienniczka kontroli glikemii
4. Konsultacja w Poradni Leczenia Uzależnień
5. Leki:
 1. Enzymy trzustkowe a 25 tys. j. do głównych posiłków
 2. Tramadol a 50 mg do 3x/dobę

HOSPITALIZACJA 3

Chory ponownie zgłosił się do szpitala z powodu wystąpienia żółtaczki. Od 5 dni występują bóle w nadbrzuszu, obserwuje ściemnienie moczu oraz odbarwienie stolca. Dzień przed przyjęciem zaobserwował zażółcenie skóry i twardówek oraz pojawił się świąd skóry.

Od ostatniej hospitalizacji zgłasza stopniowy wzrost masy ciała, nie występują tłuszczowe stolce, bez dolegliwości bólowych w nadbrzuszu.

Od pół roku chory nie spożywa alkoholu.

Przedmiotowo: zażółcenie skóry i twardówek, tkliwość palpacyjna w nadbrzuszu, perystaltyka (+), bez objawów otrzewnowych.

DYSKUSJA

- Co należy podejrzewać?
- Jakie badania należy wykonać?
- Jakie leczenie wdrożyć?

BADANIA LABORATORYJNE

WBC	5,0 tys/ul	Amylaza	75 U/l
Hgb	14,2 g/dl	Lipaza	34 U/l
Hct	37%	bilirubina	4,2 mg/dl
MCV	98 fl	bezpośrednia	3,9 mg/dl
Kreatynina	0,7 mg/dl	ALT	54 U/l
Mocznik	42 mg/dl	AST	32 U/l
K	4,2 mmol/l	GGTP	73 U/l
Na	136 mmol/l	CRP	15 mg/l
Glukoza	154 mmol/l		

BADANIA DODATKOWE

USG jamy brzusznej

Badanie w trybie ostrodyżurowym. Duża ilość gazu w jelitach utrudnia ocenę.

Trzustka o niejednorodnej echogeniczności miąższu, niepowiększona.

Przewód trzustkowy nieregularnie poszerzony do max do 3- 4 mm na granicy głowy i trzonu.

Przy głowie trzustki niejednorodny echogenicznie obszar o wym 43 x 38 mm, z hipoechogenicznym obszarem płynowym w części centralnej o śr 20 mm - konglomerat pętli jelitowych ??

Mierne poszerzenie dróg żółciowych obu płatów wątroby. PŻW poszerzony na całej długości: do 14mm we wnęce, do 10mm w odcinku dystalnym, bez widocznych nieprawidłowych odbić w świetle.

Wątroba w uwidocznionym zakresie bez zmian ogniskowych.

Pęcherzyk żółciowy cienkościenny, bez złogów. Śledziona niepowiększona.

Obie nerki prawidłowej wielkości o zachowanej echostrukturze , bez zastoju moczu

Aorta brzuszna nieposzerzona.

Pęcherz moczowy słabo wypełniony-nie do oceny.

Nie uwidoczniono wolnego płynu w jamie brzusznej.

DYSKUSJA

- Jakie jest rozpoznanie wstępne?
- Jakie badanie dodatkowe należy wykonać?
- Jakie powinno być dalsze postępowanie?

DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

żółtaczka

- Jaka jest definicja żółtaczki?
- Wymień przyczyny żółtaczki

ŻÓŁTACZKA

- Żółte zabarwienie twardówek, błon śluzowych i skóry spowodowane odkładaniem się w tkankach bilirubiny.

Przedwątrobowa	Wewnątrzwątrobowa	Pozawątrobowa
Niedokrwistość hemolityczna Uszkodzenie erytrocytów Zakażenia (sepsa) Ciężkie oparzenia Hipersplenizm Nocna napadowa hemoglobinuria	Marskość wątroby Autoimmunologiczne zapalenie wątroby PBC Polekowe uszkodzenie wątroby Alkoholowe zapalenie wątroby Nowotwory wątroby (pierwotne i wtórne)	Kamica przewodowa Rak trzustki PSC Pierwotny rak dróg żółciowych

ŻÓŁTACZKA

	Przedwątrobowa	Wewnątrzwątrobowa	Pozawątrobowa
Ból			
Świąd			
Hepatomegalia			
Splenomegalia			
Obj. Courvoisiera			
Stolec			
Mocz			
Bilirubina całk.			
Bezpośrednia			
pośrednia			
ALP/GGTP			

BADANIA DODATKOWE

CT/MRI jamy brzusznej:

Wątroba umiarkowanie powiększona o równomiernym wysyceniu po podaniu kontrastu. Naczynia wątroby prawidłowe. Pęcherzyk żółciowy o niepogrubiałej ścianie, bez obecności złogów.

Trzustka z poszerzonym znacznie przewodem Wirsunga (do 6 mm) w trzonie (3 mm) w ogonie, w głowie szczelinowato zwężony. Pojedyncze zwapnienie w miększu trzustki. Drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe znacznie poszerzone, PWW o szerokości 15 mm, PŻW w górnej części 9 mm zwęża się do prawie niewidocznego na poziomie bruzdy, naciek wokół głowy trzustki. Poza tym narządy jamy brzusznej i miednicy mniejszej prawidłowe.

DYSKUSJA

- Jakie powinno być dalsze postępowanie?

BADANIA DODATKOWE

ECPW



BADANIA LABORATORYJNE - kontrola

WBC	6,3 tys/ul	Amylaza	64 U/l
Hgb	13,7 g/dl	Lipaza	37 U/l
Hct	37%	biirubina	1,0 mg/dl
MCV	97 fl	bezpośrednia	0,12 mg/dl
Kreatynina	0,68 mg/dl	ALT	50 U/l
Mocznik	27 mg/dl	AST	30 U/l
K	4,1 mmol/l	GGTP	65 U/l
Na	137 mmol/l	CRP	8 mg/l
Glukoza	105 mmol/l		

ROZPOZNANIE KOŃCOWE

Żółtaczka mechaniczna u osoby ze zwężeniem przewodu żółciowego wspólnego o etiologii pozapalnej. Przewlekłe zapalenie trzustki. Stan po przebytych ostrym zapaleniu trzustki. Nieprawidłowa tolerancja glukozy. Nadciśnienie tętnicze. Zespół zależności alkoholowej w wywiadach. Nikotynizm w wywiadach. Stan po appendektomii w przeszłości

EPIKRYZA

46-letni mężczyzna z przewlekłym zapaleniem trzustki o etiologii toksycznej został przyjęty z powodu dolegliwości bólowych brzucha, zażółcenia powłok skórnych i twardówek. W wywiadach od około dwóch dni ciemne zabarwienie moczu, odbarwienie stolca i świąd skóry. Przedmiotowo poza zażółceniem powłok skórnych i bolesnością palpacyjną w nadbrzuszu, uwagę zwracał obecny objaw Courvoisiera. W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu stwierdzono zwiększone stężenie bilirubiny całkowitej z przewagą frakcji bezpośredniej i zwiększoną aktywność enzymów ekskrecyjnych wątroby, CRP i WBC były w normie.

Na podstawie badań obrazowych wysnuto podejrzenie guza głowy trzustki. Chorego zakwalifikowano do zabiegu ECPW, podczas którego stwierdzono niedrożność dróg żółciowych w odcinku trzustkowym i zwężenia głównego przewodu trzustkowego, założono protezę do PŻW i do przewodu Wirsunga. Zabieg odbył się bez powikłań. Obserwowano dobrą tolerancję zlecanej diety po zabiegu. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano poprawę kliniczną i zmniejszenie stężenia bilirubiny całkowitej. W badaniach dodatkowych nie stwierdzono zwiększonego stężenia markerów CEA i Ca19.9. Zaplanowano wykonanie badania EUS z biopsją trzustki w ramach planowej hospitalizacji za 2 tygodnie. Ponadto zaplanowano wykonanie ponownego zabiegu ECPW z ew. usunięciem protez z dróg żółciowych i trzustkowych za 3-4 miesiące. Chorego wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.

PODSUMOWANIE

Diagnostyka różnicowa bólów brzucha

Ostre i przewlekłe zapalenie trzustki

- przyczyny (I GET SMASHED, TIGARO)
- objawy
- rozpoznanie
- postępowanie
- powikłania

Żółtaczka

- przyczyny
- diagnostyka różnicowa
- postępowanie w żółtaczce mechanicznej

Temat: Pacjent z bólem brzucha

Opracowali:

Klinika Gastroenterologii
i Chorób Wewnętrznych WUM I WL

Przedstawił:

Klinika: