

# Zaburzenia rytmu wypróżnień

# Hospitalizacja 1, grudzień - wywiady

K 80 I zgłosiła się do IP (dn. 02.12) z powodu:

- Bólów w lewym i środkowym podbrzuszu trwających od kilku tygodni
- Luźnych stolców ok. 2-4/dobę z domieszką śluzu, bez krwi
- Stanów podgorączkowych do 37,8°C
- Utraty apetytu, osłabienia
- Ubytku masy ciała około 4kg w ciągu ostatniego miesiąca
- Podwyższonych wykładników stanu zapalnego w badaniach lab. wykonanych ambulatoryjnie

# Dyskusja

- Co należy podejrzewać?
- Jakie informacje należy uzyskać od chorej dodatkowo?

# Hospitalizacja 1, grudzień - wywiady

## Choroby współistniejące:

- NT
- Gastropatia nadżerkowa
- Zaparcie epizodyczne
- Przebyta lewostronna nefrektomia z powodu Ca jasnokomórkowego,
- Przebyta resekcja narządu rodniego z powodu mięśniaków
- Przebyta cholecystektomia i appendektomia

# Hospitalizacja 1, grudzień - wywiady

Miesiąc wcześniej hospitalizowana w innym ośrodku z powodu:

- Bólów w lewym i środkowym podbrzuszu, dyzurii, stanów podgorączkowych ok 37,5- 38°C
- Przyjęcie poprzedzone rozpoznaniem ambulatoryjnie ZUM - nieskutecznie leczenie ciprofloksacyną p.o.
- Rozpoznano ZUM na podstawie objawów klinicznych i badania ogólnego moczu oraz podejrzenie zapalenia uchyłków
- Stosowano ceftriaxon, następnie po wypisie ciprofloksacynę z metronidazolem przez 7dni
- Zalecono odebranie za kilka dni wyniku TK j brzusznej wykonanego podczas hospitalizacji

# Dyskusja

- Co należy podejrzewać?
- Jakie badania należy wykonać?

**BIEGUNKA  
OSTRA**

<2 tygodnie



**BIEGUNKA  
PRZEWLEKAJĄCA SIĘ**

**BIEGUNKA  
PRZEWLEKŁA**

>4 tygodnie

# Biegunka - różnice anatomiczne

## Jelito cienkie

- duża objętość stolców
- wodnista biegunka

## Jelito grube

- częste wypróżnienia o małej objętości
- bolesne parcie na stolec
- stolce papkowate, ze śluzem, krwią i ropą



# Biegunka ostra

- infekcyjna
- polekowa
- toksyny
- nadwrażliwość pokarmowa
- niedokrwienne zapalenie jelita grubego
- ostre zapalenie uchyłków

# Biegunka przewlekła

- osmotyczna
- sekrecyjna
- tłuszczowa
- zapalna (wysiękowa)
- motoryczna

# Badanie przedmiotowe w dniu przyjęcia

- Stan ogólny średni
- Wydolna krążeniowo i oddechowo RR 160/70mmHg HR 98/min miarowa
- Bez sinicy, ślad obrzęków wokół kostek, skóra sucha, blada
- Kliniczne cechy odwodnienia
- Nad płucami szmer pęcherzykowy prawidłowy
- Brzuch miękki, bolesny nad spojeniem łonowym oraz w lewym podbrzuszu. W p. dole biodrowym wyczuwalny opór – masy kałowe? Inna patologia? Perystaltyka słyszalna
- Per rectum stolec brązowy, bez zmian w zasięgu palca



# Jakie badania laboratoryjne należy wykonać?

Krew pełna	Mocz	Koagulologia	Surowica	Surowica	Kał
Morfologia z rozmazem	Bad ogólne	PT/INR	Glikemia	Bilirubina	Krew utajona
OB	Posiew z antybiogramem	APTT	TSH	ALP	Pasożyty
Gazometria			Kreatynina	LDH	Cl. Difficile
			Mocznik	ALT	Kalprotektyna
			Na <sup>+</sup> i K <sup>+</sup>	AST	
			Mg <sup>++</sup>	Białko całkowite	
			CRP	Albumina	
			CK/CK-MB	Proteinogram	
			Troponina	Lipidogram	

# Badania lab. w dniu przyjęcia

CRP 44,7mg/l;

WBC 9,38tys/ul; neutrofile 73,6 %;

HGB 11,6g/dl;

HCT 34,9%;

Kreatynina 0,78mg/dl;

Mocznik 28mg/dl;

K<sup>+</sup> 4,29mmol/L;

Na<sup>+</sup> 141,7mmol/L;

Glukoza 112mg/dl

Badania obrazowe

# USG jamy brzusznej

Wątroba niepowiększona, o jednorodnej echogeniczności mięszu, bez zmian ogniskowych. Stan po cholecystektomii. Drogi żółciowe nieposzerzone.

Trzustka widoczna w zakresie głowy i trzonu, niepowiększona, bez zmian ogniskowych. Śledziona niepowiększona.

Stan po częściowej nefrektomii lewostronnej. Nerka prawa prawidłowej wielkości, o zachowanej warstwie mięszowej, bez zastoju moczu, bez litych zmian ogniskowych.

W nerce prawej dwie torbiele o średnicy 34mm i 43mm. Aorta brzuszna nieposzerzona.

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

Pęcherz moczowy dobrze wypełniony, bez nieprawidłowych przyściennych odbić. Bez cech wolnego płynu w jamie brzusznej.

# Rtg jamy brzusznej





# Rtg jamy brzusznej



Nie stwierdzono cech radiologicznych perforacji oraz niedrożności przewodu pokarmowego.



Niedrożność mechaniczna



Perforacja

# Rozpoznanie wstępne

- Jakież?
- Co można zrobić żeby uwiarygodnić rozpoznanie?

# TK jamy brzusznej wielofazowe z listopada

Esica obkurczona, z pogrubieniem ściany do 10 mm na długim odcinku, z bardzo licznymi uchyłkami. Powyżej i po stronie prawej zwraca uwagę również duży uchyłek esicy 19x29 mm wypełniony treścią kałową.

Bez uchwytanego wolnego gazu w jamie brzusznej.

Wątroba bez widocznych zmian ogniskowych. Stan po cholecystektomii, PŻW szer. do 10 mm, drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nieposzerzone.

Śledziona, trzustka bez widocznych zmian. Tętniak t. śledzionowej śr. 10 mm, o uwapnionych ścianach, prawdopodobnie wypełniony skrzepliną. Drugi mniejszy tętniak śr. 4 mm.

Gruczołak śr. 11 mm w odnodze prawego nadnercza.

Stan po częściowej nefrektomii NL, widoczny ubytek warstwy mięśniowej, poza tym nerki z prawidłowym wzmocnieniem po kontraście. Nerki bez cech zastoju, torbiele do 42x40 mm w nerce prawej.

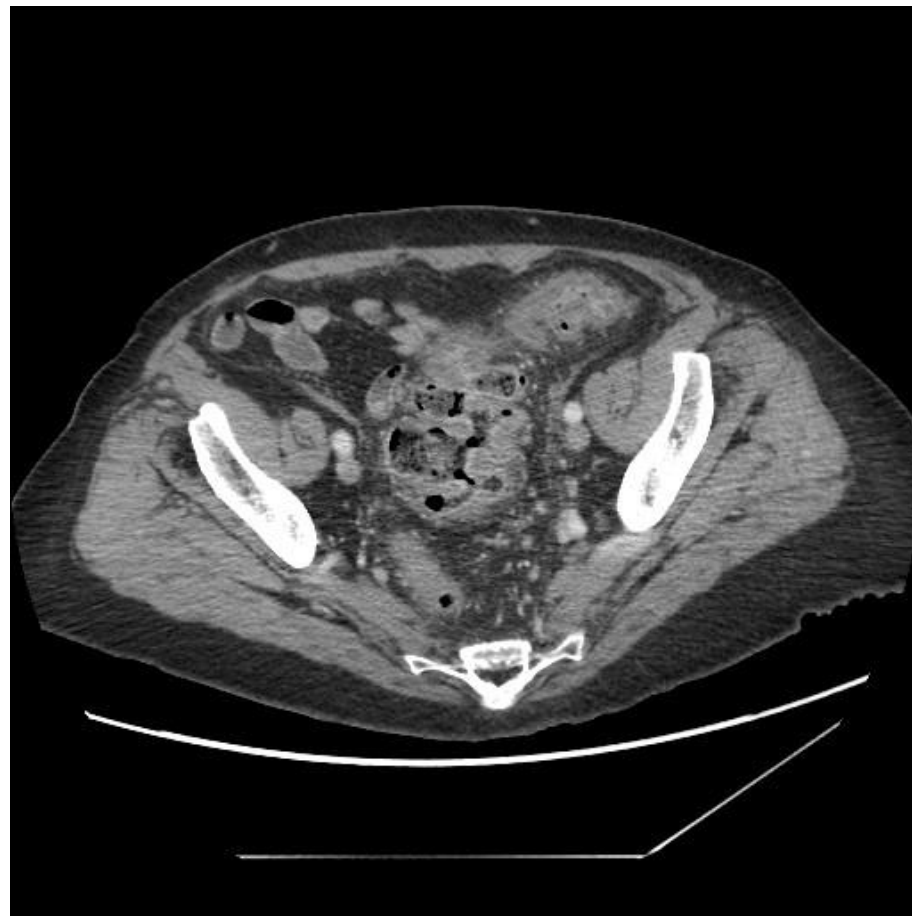
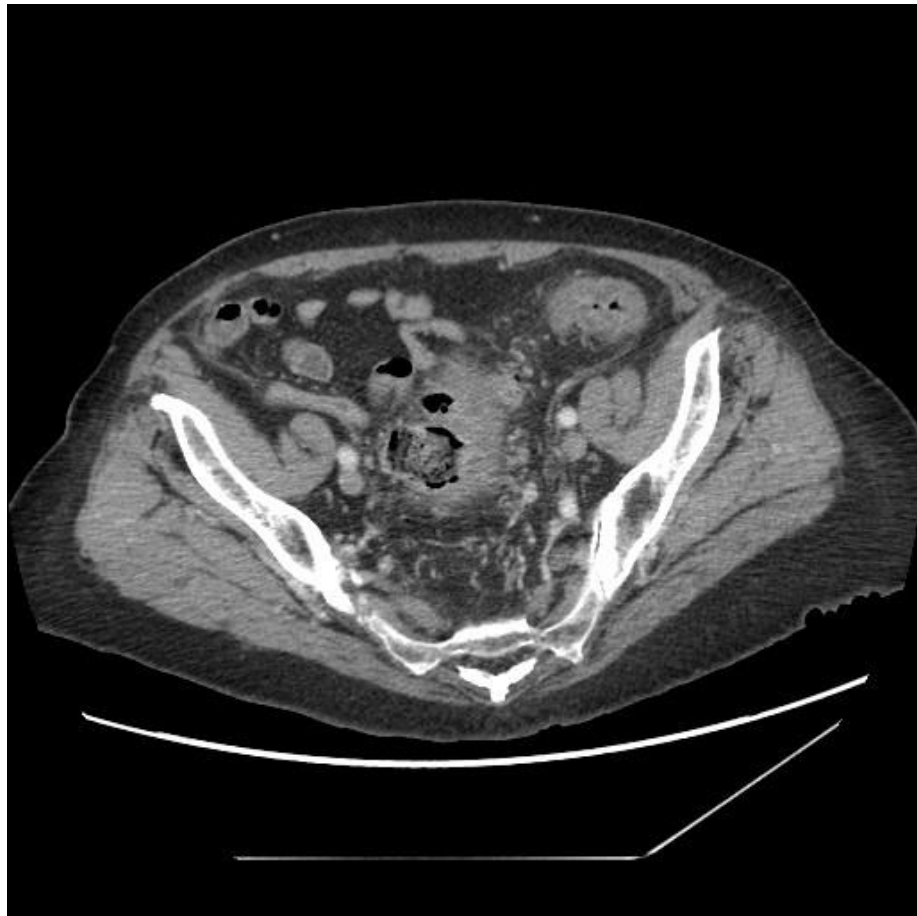
Pomiędzy lewym mięśniem lędźwiowym a lewą nerką niejednorodny obszar tkanki tłuszczowej 11x17mm-prawdopodobnie resztkowe zmiany pooperacyjne( do porównania z poprzednimi badaniami).

Aorta nieposzerzona, węzły chłonne okołoaortalne i krezki niepowiększone.

Bez cech wolnego płynu w jamie brzusznej.

Na granicy badania w segm. 9 PL pasmowaty obszar zagęszczeń 19x7 mm- płytka niedodmy?

# TK jamy brzusznej grudzień



# TK jamy brzusznej grudzień

- Obraz jelita grubego jest bardzo podobny do badania wcześniejszego (09.11.2016r). Jelito w części dolnej zstępnicy i w esicy jest zmienione, przez liczne uchyłki zmienione zapalnie oraz zmiany niedokrwienne w ścianie jelita. Wzmocnienie kontrastowe jest stosunkowo słabe. Nie stwierdzam obecności otorbionych zbiorników płynu, a jedynie płyn w uchyłkach esicy oraz zmiany w tkance tłuszczowej z nią sąsiadujących. T. krezkowa dolna drożna. Wątroba o stłuszczałym miększu jak poprzednio. Torbiele w nerkach i zmiany stare niedokrwienne również jak poprzednio. Poza tym narządy jamy brzusznej i miednicy mniejszej jak poprzednio.

# Różnicowanie

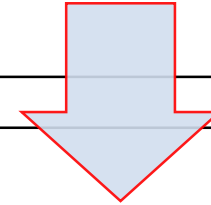
	ZA	PRZECIW
Choroba zapalna narządów miednicy mniejszej ( i inne choroby z punktem wyjścia z macicy i przydatków)		
Choroby czynnościowe przewodu pokarmowego (IBS)		
Guz jelita grubego		
Choroby zapalne jelit (IBD)		
Niedokrwiennie lub popromienne zapalenie jelita grubego		
Zapalenie pęcherza moczowego		
Zakażenie <i>C. difficile</i>		
Zapalenie wyrostka robaczkowego		

# Uchyłkowatość a choroba uchyłkowa

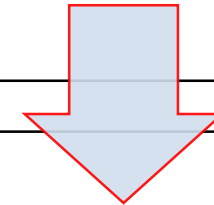
- uchyłek pełnościenny to uchyłek prawdziwy spotykany bardzo rzadko, najczęściej uchyłki rzekome- pseudouchyłki- przepukliny ściany jelita (zwykle w miejscu przejścia naczynia przez warstwy ściany jelita). Powszechnie używamy określenia choroba uchyłkowa w odniesieniu do pseudouchyłków, gdy pojawiają się objawy kliniczne
- Częstość uchyłków ok. 65% w populacji powyżej 80 rż.
- Najważniejszy czynnik ryzyka to niewłaściwa dieta:
  - ✓ uboga w błonnik
  - ✓ bogata w tłuszcz i węglowodany
  - ✓ obfita w czerwone mięso

# Zapalenie uchyłków sekwencja wydarzeń

Upośledzenie odpływu treści z uchyłka przez stolec, kamień kałowy lub z powodu wąskiego ujścia uchyłka



Zalegająca treść ulega zakażeniu przez florę jelitową



Produkcja toksyn i gazu, niedokrwienie błony śluzowej, obrzęk, zapalenie



## Wynik badania kału uzyskany w 2. dniu hospitalizacji

- Dodatni wynik badania kału na obecność toksyny *C. difficile*
- Dodatni wynik badania PCR na obecność *C. difficile*

# Karta zleceń lekarskich – proszę uzupełnić?

Karta Zleceń lekarskich		
Dieta:		
Leki:		
Lek:	Dawka:	Droga podania:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

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

# Jakie leczenie?

Zapalenie uchyłków leczenie szpitalne:

dieta zero (i TPN)

antybiotyk iv do wyboru:

metronidazol

fluorochinolon

cefalosporyna III generacji

aminoglikozyd

aztreonam

*Zakażenie C. difficile*

metrodnidazol

wankomycyna

fidaksomycyna

bezlotoksomab

probiotyki?

przeszczepienie stolca?

# Ambulatoryjne leczenie zapalenia uchyłków

Kto?

łagodny przebieg

bez gorączki

bez chorób współistniejących

nieleczeni immunosupresynie

Jak?

Dieta płynna żeby nie obciążać jelita

antybiotyki doustnie 7-10dni:

Amoksycylina + kw.klawulanowy

Kotrimoksazol + metronidazol

Fluorochinolon + metronidazol

# Epikryza

80-letnia pacjentka została skierowana do szpitala z powodu bólu podbrzusza z towarzyszącym podwyższeniem wartości stężenia wykładników stanu zapalnego. W wywiadach ponadto utrata masy ciała ok. 4 kg w przeciągu miesiąca, utrata apetytu oraz występowanie stanów podgorączkowych. W badaniu przedmiotowym uwagę zwracała tkliwość w podbrzuszu oraz wyczuwalny naciek zapalny lewej części okrężnicy. W wykonanym badaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej uwidoczono pogrubiałą ścianę lewej okrężnicy i kątnicy. W wykonanym badaniu bakteriologicznym kału stwierdzono obecność antygeny bakterii *C. difficile*. W wykonanej krótkiej sigmoidoskopii obrzęknięta błona śluzowa jelita z licznymi aftowymi nadżerkami oraz tarczkami.

cd.

Na podstawie obrazu klinicznego oraz badań obrazowych postawiono rozpoznanie rzekomobłoniastego zapalenia jelita grubego współistniejące z uchyłkami jelita grubego. Włączono antybiotykoterapię, płyny i. v., leczenie dietetyczne. Konsultujący chirurg nie stwierdził wskazań do leczenia zabiegowego. W badaniu histopatologicznym wycinka pobranego podczas badania endoskopowego nie stwierdzono nieprawidłowości. Pełną kolonoskopię zaplanowano za 6 tygodni w ramach planowej hospitalizacji. W radiogramie klatki piersiowej nie stwierdzono zmian patologicznych. W trakcie dyżuru w dniu 9.12 miał miejsce napad migotania przedsionków, który ustąpił po uzupełnieniu elektrolitów. Chora negowała ból w klatce piersiowej, markery martwicy mięśnia sercowego były w granicach normy. W badaniu echokardiograficznym bez istotnych odchyień. W trakcie hospitalizacji nastąpiła stopniowa poprawa stanu klinicznego oraz normalizacja wykładników stanu zapalnego. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym wypisano ze szpitala.

# Postępowanie po zapaleniu uchyłków

- Po pierwszym epizodzie zapalenia uchyłków i ustąpieniu stanu zapalnego wykonać kolonoskopię (minimalna insuflacja powietrza) przede wszystkim w celu wykluczenia raka jelita grubego alternatywnie można wykonać wlew doodbytniczy
- U chorych z ostrym zapaleniem unika się endoskopii dolnego odcinka przewodu pokarmowego z powodu ryzyka perforacji
- U 70% chorych stosowanie diety bogatobłonnikowej zapobiega nawrotowi zapalenia uchyłków

# Hospitalizacja 2, grudzień - wywiady

- Chora ponownie przyjęta (przed terminem planowej hospitalizacji) w dn. 25.12 z powodu gorączki 38°C i bólów brzucha oraz wyżki RR do 200/100 mmHg
- Pacjentka przywieziona została z IP Szpitala przy ul Barskiej, gdzie pierwotnie została przyjęta po upadku ze złamaniem przedramienia k. górnej prawej- założono opatrunek gipsowy
- Zgłaszała stale utrzymujące się bóle podbrzusza o umiarkowanym nasileniu, ograniczenie przyjmowania płynów i pokarmów, osłabienie
- Negowała wymioty, biegunkę, krew i śluz w stolcu, zgłaszała zaparcie
- Przedmiotowo cechy nieznacznego odwodnienia, blade powłoki skórne, bolesność w lewym dole biodrowym, bez gorączki



# Plan postępowania

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

# Badania lab. w dniu przyjęcia

CRP 112,5mg/l;

WBC 10,15tys/ul; neutrofile 77,6 %;

HGB 11,4g/dl;

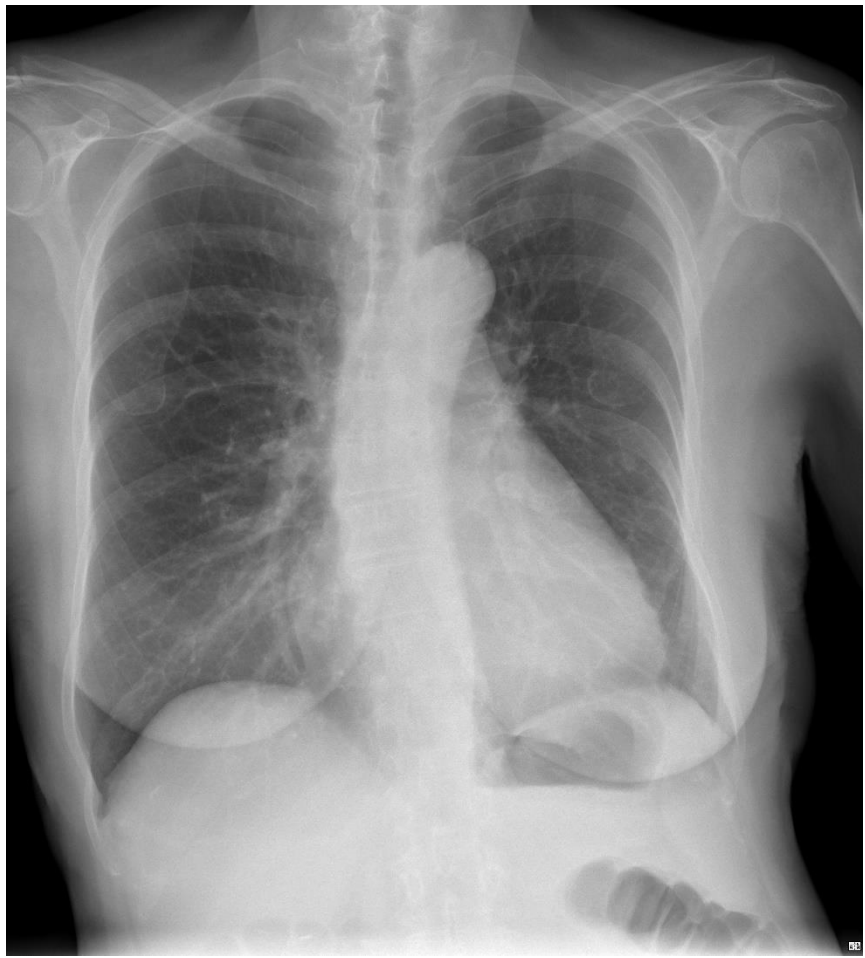
HCT 34,1%;

Kreatynina 1,1mg/dl;

K<sup>+</sup> 3,72mmol/L;

Na<sup>+</sup> 137,3mmol/L;

Glukoza 145mg/dl



## RTG kl.p.

Sylwetka serca powiększona. Krążenie płucne wydolne. Dość dobrze wysycony cień o wym. 9x5mm w rzucie przedniego odcinka żebra IV po stronie prawej zwapnienia? - obraz podobny jak w badaniu. Miąższ płucny bez świeżych zagęszczeń. Jamy opłucnej bez cech obecności płynu. Prawoboczne skrzywienie odcinka piersiowego kręgosłupa.

# USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej

Gazy w pętlach jelitowych - ocena utrudniona. Niewielka ilość płynu międzypętlowo w podbrzuszu po stronie prawej. Dystalny odcinek jelita grubego o hipoechogenicznej, pogrubionej do 6mm ścianie. W rzucie macicy (stan po jej usunięciu) widoczny hipoechogeniczny, niejednorodny obszar o wymiarach 63x48mm - zmienione zapalnie pętle jelitowe? Nie mogę wykluczyć zmiany o charakterze rozrostowym.

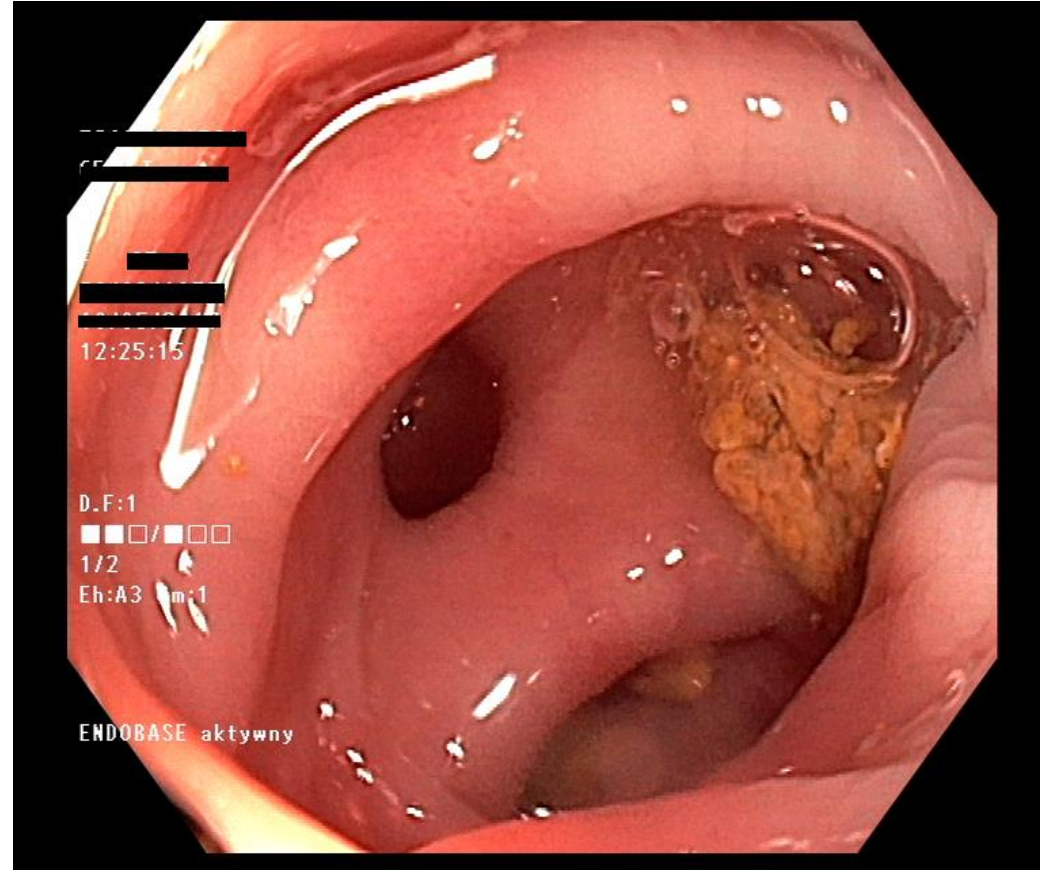
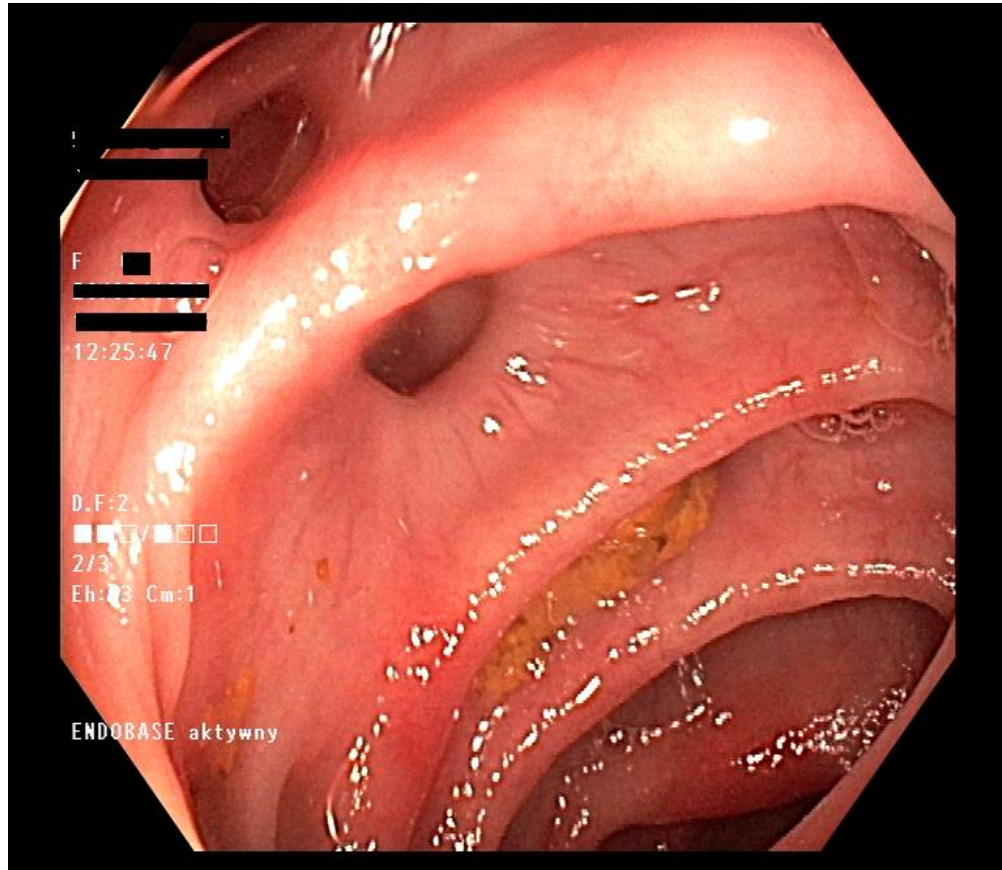
Wątroba niepowiększona, o jednorodnej, nieco podwyższonej echogeniczności mięszu, w uwidocznionym zakresie bez zmian ogniskowych. Stan po cholecystektomii. Drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nieposzerzone. PŻW szerokości do 9mm. Trzustka widoczna w zakresie głowy, trzonu i fragmentu ogona, niepowiększona, bez zmian ogniskowych. Śledziona niepowiększona. Nerki prawidłowej wielkości, o zachowanej warstwie mięszowej, bez zastoju moczu, bez litych zmian ogniskowych i uwapnionych złogów. W prawej nerce widoczne torbiele korowe średnicy do 52mm. Aorta brzuszna nieposzerzona. Okolica okołoaortalna częściowo przesłonięta przez gazy jelitowe, w widocznym zakresie bez nieprawidłowych odbić. Pęcherz moczowy pusty - nie do oceny.



# RTG jamy brzusznej przeglądowe

Zwiększona ilość gazu w jelicie cienkim i grubym. Pętle jelitowe są jednak nieposzerzone i nie wykazują poziomów płynu. W miednicy małej najpewniej zwapniałe flebolity.

# Kolonoskopia





# Kolonoskopia

W badaniu per rectum bez nieprawidłowości. przygotowanie do badania słabe, w skali Boston 2+1+3. Obejrzano całe jelito grube- rozpoznano ujście zastawki Bauhina, ujście wyrostka robaczkowego oraz charakterystyczny układ fałdów kątnicy stwierdzając w esicy i zstępnicy liczne szerokie uchyłki (odcinkowo w esicy usztywnienie ściany z zaleganiem mas kałowych- po sptukaniu błona śluzowa prawidłowa). W pozostałych częściach okrężnicy pojedyncze uchyłki. Siatka nacyniowa błony śluzowej prawidłowa. W okolicy odbytu guzki krwawnicze stopień III.

06.01.2017



06.01.2017 TK

W miednicy mniejszej przy bocznej lewej ścianie pęcherza moczowego ( między pęcherzem a odbytnicą) widoczny grubościenny, ze wzmacniającą się ścianą zbiornik gęstego płynu (ok. 27 jH) z poziomem płyn-gaz o wym.73x53mm.

Naciek okolicznej tkanki tłuszczowej.

Obraz może odpowiadać oklejonej perforacji uchyłka z wytworzeniem ropnia.

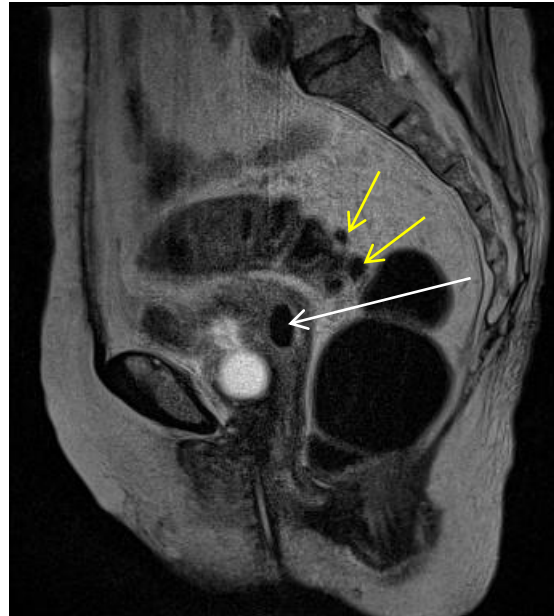
06.01.2017



## **20.01.2017 - MR miednicy bez i z kontrastem**

Stan po spontanicznym opróżnieniu się ropnia okołosieczego do kikuta pochwy- dane kliniczne i pośrednie wnioski na podstawie badań obrazowych. Większość objętości ropnia stanowi zbiornik bezsygnałowego gazu. Orientacyjne wymiary gazu wynoszą 12/33/45mm (wym. zbliżone do AP/CC/RL) Zbiornik otoczony jest mankietem tkanek zapalnych wykazujących wzmocnienie kontrastowe; opisany mankiet od przodu, szeroką podstawą obejmuje tylną ścianę pęcherza moczowego na lewo od linii środkowej ciała. Pęcherz moczowy jest spadnięty; w jego świetle widoczny balon cewnika Foley'a (gazu w pęcherzu moczowym nie stwierdzam). Pojedyncze uchyłki esicy- ropień pochodzi najpewniej z zapalenia jednego z nich. Zaleganie mas kałowych w odbytnicy.

# 20.01.2017 - MR miednicy bez i z kontrastem



# Powikłania choroby uchyłkowej

- ropień uchyłka
- ropień okołouchyłkowy
- perforacja uchyłka
- zapalenie otrzewnej
- zwężenie jelita, niedrożność
- przetoka (jelitowo-pęcherzowa, jelitowo-pochwowa, jelitowo-jelitowa, jelitowo-skórna)
- krwotok
- ropnie wątroby
- sepsa

# Ropień wewnątrzbrzuszny metody leczenia

- U chorych z niewielkim ropniem <4cm czasem wystarczające leczenie antybiotykami
- U pozostałych chorych konieczny chirurgiczny drenaż ropnia:
  - metodą otwartą
  - przezskórnie pod kontrolą TK lub USG



# Epikryza 2

- 80-letnia pacjentka została przyjęta do szpitala z powodu bólu w lewym dole biodrowym oraz gorączki do 38 st C. Jest to kolejny epizod bólów brzucha od około 2-3 miesięcy wymagający hospitalizacji. Podczas poprzednich pobytów rozpoznawano zapalenie uchyłków jelita grubego oraz zakażenie *Cl. difficile*. Chora była wówczas leczona ciprofloksacyną i metronidazolem, następnie metronidazolem z dobrym efektem. Chora była wypisana do domu i kwalifikowana do dalszej diagnostyki endoskopowej po 6 tygodniach, jednak zgłosiła się do szpitala wcześniej i została przyjęta w dniu 25 grudnia, po upadku w dniu 24 grudnia wikłanym złamaniem dalszego końca kości promieniowej lewej (opatrunek gipsowy założono w Szpitalu przy ul. Barskiej).

cd.

Włączono antybiotykoterapię empiryczną, wykonano kolonoskopię uwidaczniając esicę licznymi uchyłkami z makroskopowo niezmienną ścianą, odcinkowo usztywnioną. Posiewy krwi jałowe. Uwzględniając wywiady, wyniki dotychczasowych badań dodatkowych wysunięto hipotezę ropnia w miednicy małej. Badaniem TK potwierdzono obecność ropnia około 7 cm średnicy między odbytnicą a pęcherzem. Chora konsultowana chirurgicznie, zakwalifikowana do dalszego leczenia w Klinice Chirurgii. Była hospitalizowana w tamtejszym oddziale w dniach 11.01-17.01.2017. Wykonano wówczas zabieg nakłucia ropnia przez powłoki brzuszne ewakuując treść ropną. Posiew z otrzymanej treści jałowy.

cd...

Chora ponownie przeniesiona do tutejszej Kliniki w dniu 17.01. celem kontynuacji leczenia. W dniu przyjęcia chorej do oddziału stwierdzono ropny wyciek z pochwy czego nie obserwowano wcześniej. Uwzględniając dane z wywiadu, badań dodatkowych oraz obraz kliniczny rozpoznano samoistną ewakuację ropnia do kikuta pochwy. W kontrolnych badaniach obrazowych znaczna regresja zmiany. Pochwę płukano roztworem Octaniseptu. Chora bez dolegliwości bólowych, bez gorączki, wykładniki stanu zapalnego niskie. Konsultowana przez chirurga dwukrotnie, bez wskazań do zabiegu operacyjnego. W posiewie z wydzieliny z pochwy wyizolowano Klebsiella pneumoniae ESBL i E. coli ESBL .

cd...

Uwzględniając stan kliniczny, niskie wykładniki stanu zapalnego rozpoznano nosicielstwo a nie zakażenie. Podczas pobytu w Klinice obserwowano podwyższone wartości glikemii. Z uwagi na przebyty stan zapalny odstąpiono od rozpoznania cukrzycy. Zalecono dietę cukrzycową, kontrolę glikemii oraz wykonanie OGTT w warunkach ambulatoryjnych po ustabilizowaniu stanu chorej. Podczas pobytu chora rehabilitowana, leczona żywieniowo, porusza się z pomocą osób drugich lub balkonika. Na czas powrotu do samodzielnego funkcjonowania chora zgłoszona do usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych przez pracowników socjalnych szpitala. Pacjentkę w stanie ogólnym średnim, optymalnym wypisana do domu.

Dziękuję