

Atipična klinička prezentacija akutnog abdomena

Atypical clinical presentation of an acute abdomen

**Klara Jurić, Gordana Cavrić, Slavica Naumovski-Mihalić, Ingrid Prkačin,
Khaled Nassabain, Dubravka Bartolek, Marijana Živko***

Sažetak

Prikazali smo slučaj šezdesetogodišnjeg bolesnika s atipičnom kliničkom slikom akutnog abdomena. Bio je bezbolnog trbuha, uz očuvano, spontano pražnjenje crijeva. Atipičnoj prezentaciji akutnog abdomena kod našeg bolesnika mogli su pridonijeti prethodno preboljeli moždani udar i šećerna bolest.

Ključne riječi: akutni abdomen, klinička prezentacija

Summary

We have presented a case of a sixty-year-old patient with atypical clinical manifestations of acute abdomen: the abdomen was painless with preserved spontaneous bowel movement. Stroke and diabetes could contribute to such an atypical presentation.

Key words: acute abdomen, clinical presentation

Med Jad 2011;41(1-2):63-66

Uvod

Gastrointestinalna perforacija uzrokuje značajan mortalitet i zahtijeva hitan kirurški zahvat, stoga su brza dijagnostika i liječenje izuzetno važni.¹ Kod starijih bolesnika perforirani peptički ulkus, kao i drugi uzroci akutnog abdomena mogu se atipično prezentirati, jer su kod njih češći konfuzija, opća slabost, distenzija trbuha i nelokalizirajuća osjetljivost trbušne stijenke.²

Prikaz slučaja

Šezdestogodišnji bolesnik primljen je u Jedinicu intenzivnog liječenja Klinike za unutarnje bolesti radi sumnje na septičko zbivanje.

Bolesnik je bio višegodišnji hipertoničar i dijabetičar, s poznatom fibrilacijom atrijske, a dan prije sadašnjeg prijema otpušten je s Odjela neurologije, gdje je bio hospitaliziran 17 dana radi ishemijskog cerebrovaskularnog infarkta s posljedičnom desnostranom hemiparezom uz motornu disfaziju. U tom boravku je liječen i radi urinarnog infekta. Nije bilo podataka o ranijoj ulkusnoj bolesti ili dispeptičnim tegobama.

Prilikom prijema u Jedinicu intenzivnog liječenja Interne klinike, prema anamnestičkim i hetroana-

mnestičkim podacima, doznaje se da se pacijent unazad, otprilike 24 h, žali na otežano disanje, a unazad nekoliko sati to se pojačalo, uz povremeno nesuvisli govor, bljedoću kože, kašalj i iskašljavanje žućkastog sadržaja. Misli da je imao i povišenu temperaturu, ali je nije mjerio. Od lijekova je uzimao: karvedilol, acetilsalicilnu kiselinu, furosemid, uz kalij, inzulin, haloperidol i zolpidem. Stolica je bila uredna, a osjećao je lagano pečenje pri mokrenju. Prilikom prijema bio je otežano kontaktibilan radi disfazije, djelomično orijentiran, afebrilan, dispnoičan, tahipnoičan (32/min), APACHE II 14, GCS 14. Nad

¹ **Klinička bolnica Dubrava**, Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti (Klara Jurić, dr. med.); **Klinička bolnica Merkur**, Zagreb (Gordana Cavrić, dr. med., internist, Slavica Naumovski-Mihalić, dr. med., Ingrid Prkačin, dr. med.); **Dom zdravlja Centar**, Zagreb (Khaled Nassabain, dr. med.); **Klinika za traumatologiju**, Odjel za anesteziju i intenzivno liječenje, Zagreb (Dubravka Bartolek, dr. med.); **Opća bolnica Virovitica**, Odjel za unutarnje bolesti (mr. sc. Marijana Živko, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / Correspondence address: Mr. sc. Gordana Cavrić, dr. med., Klinika za unutarnje bolesti, Klinička bolnica Merkur, Zajčeva 19, 10000 Zagreb, e-mail: gcavric@yahoo.com

Primljeno / Received 2010-07-13; Ispravljeno / Revised 2010-10-15; Prihvaćeno / Accepted 2010-10-29

plućima lijevo bazalno bilo je oslabljeno disanje, a obostrano sprijeda postojali su čujni bronhalni šumovi, koji su upućivali na postojanje sekreta u većim dišnim putovima. Akcija srca je bila aritmična, uz mukle srčane šumove, RR 90/70 mm Hg, a srčana frekvencija 140/min. Trbuh je bio mekan, lagano difuzno bolan na palpaciju, uz nešto oskudniju peristaltiku, a jetra se palpivala oko 1 cm pod desnim rebrenim lukom. Obostrano su na nogama bili vidljivi blagi perimaleolarni edemi uz očuvane pulzacije perifernih krvnih žila, a digitorektalnim pregledom u ampuli je nađena stolica smeđe boje. Postavi se odmah nazogastrična sonda na koju se dobije oskudna količina starog hematiniziranog sadržaja. Bolesniku se uzmu uzorci za hemokulturu, urinokulturu, aspirat traheje za mikrobiološku dijagnostiku, postavi centralni venski kateter i započne liječenje. Iz aspirata bronha i iz urinokulture izoliran je *Pseudomonas aeruginosa* ($>10^5$, i u urinokulturi, i u aspiratu traheje), a meticilin rezistentni *Staphylococcus epidermidis* iz samo jedne hemokulture, tako da smo bili mišljenja da se radilo o kontaminaciji uzorka. Tijekom boravka u Jedinici intenzivnog liječenja, bolesnik je liječen antibioticima, inhibitorima protonske crpke, kristaloidnim otopinama, a tijekom prvog dana boravka i dopaminom. Kako se već nakon par sati boravka u Jedinici intenzivnog liječenja na nazogastričnu sondu dobivao žuti prozirni sadržaj, a

pacijent je bio bez bolova u trbuhu, uz održanu peristaltiku, nastavljena je konzervativna terapija, a treći dan boravka počeo je dobivati hranu putem nazogastrične sonde. Kasnije je sonda izvađena, te se hranjenje nastavilo peroralno. Pacijent je cijelo vrijeme bio afebrilan, uz, u jednom navratu, maksimalnu izmjerenu temperaturu do 37,2 °C. Uz sve primijenjene mjere, stanje pacijenta se značajno popravilo, bio je eupnoičan, surađivao je pri pregledu i bio bez subjektivnih tegoba. Također je bio i pretežno nižih vrijednost arterijskog tlaka ili normotenzivan.

Šestoga dana boravka se učini rutinska kontrolna rentgen snimka srca i pluća koja kao usputni nalaz opisuje zrak pod desnom kupolom ošita. Trbuh je pri tome bio mekan, bezbolan, oskudnije, ali prisutne peristaltike, a digitorektalno u ampuli se nađe smeđe-zelenkasta stolica.

Konzilijarni kirurg indicira hitan operativni zahvat. Intraoperativno se nađe perforirani kronični ulkus dvanaesnika, uz difuzni peritonitis. Učine se suture, a 3. postoperativni dan se iz kirurške jedinice intenzivnog liječenja premješta na Odjel kirurgije. Dvanaesti postoperativni dan umire pod kliničkom slikom sepse.

U Tablici 1. navedeni su neki važniji nalazi tijekom boravka u internističkoj jedinici intenzivnog liječenja.

Tablica 1. Važniji nalazi tijekom 6 dana boravka pacijenta u internističkoj jedinici intenzivnog liječenja
Table 1. Important findings during a 6-day stay in the Intensive Care Unit

	1. dan <i>1st day</i>	2. dan <i>2nd day</i>	3. dan <i>3rd day</i>	4. dan <i>4th day</i>	5. dan <i>5th day</i>	6. dan <i>6th day</i>
E (x 10 ¹² /l)	4,79	4,94	3,88	-	-	3,77
Hb (g/l)	143	145	119	-	-	103
Htc	0,40	0,40	0,32	-	-	0,30
L (x 10 ⁹ /l)	21,1	25,5	19,7	-	-	12,5
Na (mmol/l)	127	128	128	-	132	134
K (mmol/l)	5,2	4,6	4,4	-	3,6	3,7
Ureja mmol/l) <i>Urea</i>	13,3	12,6	14,7	-	-	-
Kreatinin (μmol/l) <i>Creatinine</i>	120	110	124	-	-	-
Amilaza(s) (U/l) <i>Amylase</i>	-	123	93	-	-	-
Amilaza (u) (U/l) <i>Amylase</i>	-	146	692	-	-	-
Ukupni proteini (g/l) <i>Total proteins</i>	-	43	-	-	-	-
Albumini (g/l) <i>Albumins</i>	-	19	-	-	-	-

	1. dan <i>1st day</i>	2. dan <i>2nd day</i>	3. dan <i>3rd day</i>	4. dan <i>4th day</i>	5. dan <i>5th day</i>	6. dan <i>6th day</i>
PV (%)	74	62	54	-	-	81
Fibrinogen (g/l) <i>Fibronogen</i>	4,0	4,4	7,2	-	-	-
Urin <i>Urine</i>	>100 E, 20-25 L, dosta bakterija <i>enough bacteria</i>	-	-	-	-	-
CVT (cm H ₂ O)	8-9	6-16	15-17	12-15	13-16,5	14
NGS	oskudno stari hematizirani sadržaj <i>inadequate old hematized content</i>	žuti prozirni sadržaj <i>yellow transparent content</i>	hrani se na NGS <i>fed in NGS</i>	hrani se na NGS <i>fed in NGS</i>	NGS izvađena <i>NGS taken out</i>	-
Peristaltika <i>Peristalsis</i>	prisutna <i>present</i>	prisutna <i>present</i>	prisutna <i>present</i>	prisutna <i>present</i>	prisutna <i>present</i>	prisutna <i>present</i>
Stolica <i>Stool</i>	0	0	1x b.o.	3x b.o.	1x b.o.	0
Hrana na NGS ili usta <i>Food in NGS or mouth</i>	ništa <i>none</i>	ništa <i>none</i>	hrana na NGS <i>food in NGS</i>	hrana na NGS <i>food in NGS</i>	hrana na usta <i>food in mouth</i>	hrana na usta <i>food in mouth</i>
Rtg srca i pluća <i>Lung X-Ray</i>	b.o.	-	-	-	-	slobodni zrak pod desnom kupolom ošita <i>free air under the right diaphragm cupola</i>

E – eritrociti / *erithrocites*; Hb- hemoglobin / *hemoglobin*; Htc – hematokrit / *hematocrite*; L – leukociti / *leucocites*; Na – natrij / *Sodium*; K – kalij / *Potassium*; PV – protrombinsko vrijeme / *protrombine time*; CVT – centralni venski tlak / *central vein pressure*; NGS – nazogastrična sonda / *nasogastric sonda*; b.o. – bez osobitosti / *no irregularities*

Diskusija

Prikazali smo slučaj šezdesetogodišnjeg bolesnika s akutnim abdomenom bez tipične kliničke slike; bio je bezbolnog trbuha, očuvane peristaltike, uz očuvano spontano pražnjenje crijeva. Bolesnik je bio afebrilan, a vrijednosti leukocita u krvi bile su tijekom boravka u internističkoj jedinici intenzivnog liječenja u postupnom padu. Kliničku sliku sepse opravdali smo izolacijom patogene bakterije iz urina i aspirata traheje. Kada je došlo do perforacije ulkusa dvanaesnika teško je reći. Tijekom hospitalizacije na Odjelu neurologije pacijent je dobivao po 1 tabletu

acetilsalicilne kiseline od 100 mg dnevno, a u jednom navratu je, radi povišene tjelesne temperature, u sklopu uroinfekta, dobio i 1 ampulu od 75 mg diklofenaka i.m. Nije dobivao blokatore H₂ receptora, niti inhibitore protonske crpke. Tijekom boravka u internističkoj jedinici intenzivnog liječenja bolesnik je dobivao ukupno 80 mg pantoprazola dnevno parenteralno podijeljeno u dvije doze, a bez primjene nesteroidnih antireumatika ili heparina. Stres je, uz istovremenu primjenu nesteroidnih antireumatika, vjerojatno pridonio razvoju duodenalnog ulkusa.

U literaturi se opisuje podatak da se na velikim serijama bolesnika s perforacijom šupljeg organa i

akutnim abdomenom, odsutnost peristaltike auskultacijom nađe tek u 48% pacijenata³, a najčešći nalaz je napetost trbušne stijenke (oko 85% pacijenata).³ Peptički ulkus je odgovoran za bolnost trbuha u oko 16% starijih pacijenata. Jedna trećina pacijenata s ulkusnom bolesti ne osjećaju nikakvu bolnost, posebno oni koji uzimaju nesteroidne antireumatičke.^{4,5} Leukocitoza i povišenje amilaza obično se brzo javljaju, uz perforaciju peptičkog ulkusa.⁴ U jednom drugom istraživanju provedenom na 292 bolesnika s akutnim abdomenom – signifikantna korelacija nađena je između povišene tjelesne temperature i perforacije šupljeg organa.⁶ Kod starijih bolesnika perforirani peptički ulkus, kao i drugi uzroci akutnog abdomena mogu se atipično prezentirati, jer je kod njih češća konfuzija, opća slabost, distenzija trbuha i nelokalizirajuća osjetljivost trbušne stijenke.² Atipičnoj prezentaciji akutnog abdomena kod našeg bolesnika mogli su pridonijeti prethodno preboljeli moždani udar s desnostranom hemiparezom i šećerna bolest – zbog oslabljenog osjeta, moguće i dijabetičke enteropatije.

Prikazom ovog bolesnika željeli smo prikazati atipičnu kliničku sliku akutnog abdomena u čijoj je podlozi bio perforirani duodenalni ulkus. Također želimo naglasiti važnost procjene i minimalnih kliničkih simptoma u bolesnika s mogućim poremećajem osjeta, kao što su stanja preboljelog moždanog udara i šećerna bolest.

Literatura

1. Langell JT, Mulvihill SJ. Gastrointestinal perforation and the acute abdomen. *Med Clin North Am.* 2008;92:599-625.
2. Yap KB, Ee CH, Jayaratnam FJ. Atypical presentation in the elderly – case report of an acute abdomen. *Singapore Med J.* 1995;36:96-8.
3. Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. *Br Med J.* 1972; 3:393-8.
4. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician.* 2006;74: 1537-44.
5. Lucas IS, Ibelings MS, Bruining HA. NSAID- use delays the diagnosis of “acute abdomen”. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1998;142:2233-4.
6. Navaroo Fernández JA, Torraga López PJ, Rodrigez Montes JA, Lopez Cara MA. Validity of tests performed to diagnose acute abdominal pain in patients admitted at an emergency department. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101:610-618.