

# Rzadka przyczyna niedrożności przewodu pokarmowego – zatrucie lekami schorzeniem chirurgicznym?

## A rare cause of gastrointestinal obstruction Drug poisoning as a surgical disorder?

**Wkład autorów:**

A – Projekt badań  
B – Zbieranie danych  
C – Analiza statystyczna  
D – Interpretacja danych  
E – Przygotowanie manuskryptu  
F – Analiza literatury  
G – Zbieranie funduszy

**Anna Lubecka<sup>1ABCDEF</sup>, Jacek Szmaja<sup>2E</sup>**<sup>1</sup>Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Kliniczny w Zielonej Górze; Kierownik kliniki: dr n. med.

Jędrzej Bandurski

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; Po. Kierownika kliniki: prof. dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz

Historia artykułu: Otrzymano: 29.04.2017 Zaakceptowano: 23.10.2017 Opublikowano: 28.02.2018

**STRESZCZENIE:**

Nietypowa przyczyna niedrożności przewodu pokarmowego. Przypadek trudny, o nietypowym przebiegu klinicznym. Pomimo zastosowania szerokiej diagnostyki obrazowej (TK, USG, RTG) oraz endoskopii, właściwe rozpoznanie oraz przyczynę choroby odkryto dopiero podczas laparotomii. Przyczyną niedrożności okazał się być bezoar. Masa złożona z przedawkowanego preparatu ziołowego doprowadziła do całkowitego zatkania jelita krętego. Znaczącym jest, iż w wywiadzie pacjent dwukrotnie podawał możliwość związku występujących dolegliwości z zażyciem preparatu ziołowego. Jak się ostatecznie okazało – miał rację.

**SŁOWA KLUCZOWE:** niedrożność, bezoar, leki dostępne bez recepty, perystaltyka, hipotonia, hakorośl rozestana, diabelski pazur**ABSTRACT:**

A case of a quite rare cause of ileus. A patient with misleading and unusual clinical symptoms. Despite a full-range of imaging methods (CT, sonography, X-ray) and endoscopy - it was the laparotomy that finally revealed the actual cause of ileus. It occurred to be a bezoar. A large mass of overused herbal preparation led to a total obstruction of the terminal ileum. It is significant that in anamnesis the patient reported twice that his symptoms might be connected with the usage of herbal drug. As it was finally revealed - the patient was right.

**KEYWORDS:**

niedrożność, bezoar, leki dostępne bez recepty, perystaltyka, hipotonia, hakorośl rozestana, diabelski pazur

**SKRÓTY:**

ASA – skala ryzyka okołoperacyjnego (American Society of Anaesthesiology)  
BPH – łagodny rozrost gruczołu krokowego (Benign Prostatic Hyperplasia)  
CRP – białko C-reaktywne  
NOAC – nowe doustne antykoagulanty (Novel Oral Anticoagulants)  
OIT – oddział intensywnej terapii  
OTC – leki dostępne bez recepty lekarskiej (Over-the-Counter Drugs)  
POZ – podstawowa opieka zdrowotna  
RTG – zdjęcie rentgenowskie  
SOR – szpitalny oddział ratunkowy  
TK – tomografia komputerowa  
USG – ultrasonografia  
ZRM – zespół ratownictwa medycznego

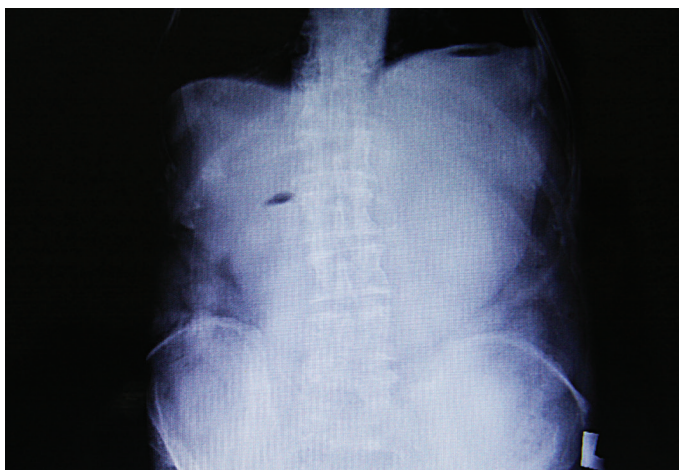
**OPIS PRZYPADKU**

87-letni pacjent zgłosił się do lekarza rodzinnego z powodu występujących od 4 dni bólów podbrzusza oraz nudności z towarzyszącymi objawami zatrzymania stolca. Chory zażywał przewlekłe: leki hipotensyjne, statynę,  $\alpha$ -bloker z powodu BPH oraz lek z grupy NOAC (w dawce zredukowanej) z powodu występujących napa-

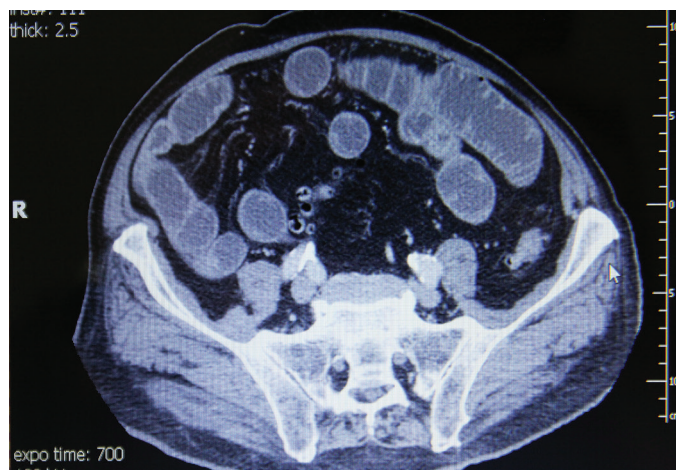
dowych zaburzeń rytmu serca. O innych lekach w wywiadzie nie wspominał. Lekarz rodzinny, będący jednocześnie Io anesteziologiem, nie ograniczył się do wystawienia skierowania do szpitala (jak często ma to miejsce w ramach POZ). W warunkach przychodni podjął próbę leczenia. Pacjent otrzymał: 1500 ml krystaloidów, leki przeciwbólowe i rozkurczowe oraz metoclopramid. Dolegliwości bólowe w znacznym stopniu ustąpiły, lecz po podanym bolusie płynów nadal utrzymywała się hipotonia rzędu 96/60 mmHg. Ze względu na brak poprawy stanu pacjenta po zastosowanym leczeniu, chory został przekazany przez ZRM do SOR.

W oddziale ratunkowym kontynuowano stabilizację chorego. Pacjent otrzymał kolejny bolus 1000 ml krystaloidów uzupełniony o siarczan magnezu oraz chlorek potasu, a także leki rozkurczowe. Diagnostykę poszerzono.

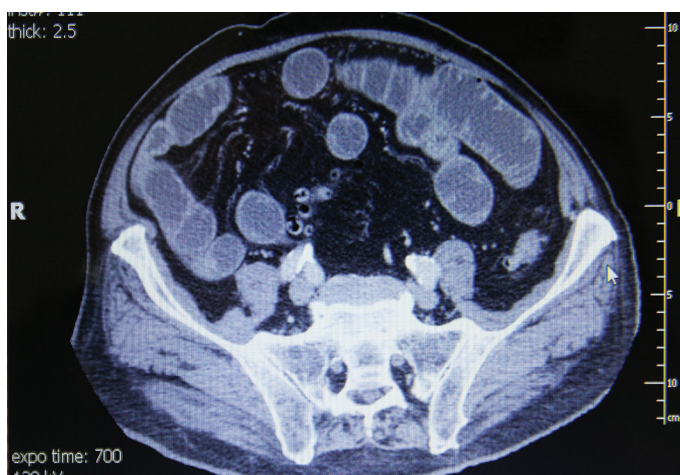
W badaniach laboratoryjnych obecne były cechy odwodnienia hipertonicznego odpowiadającego przesunięciu płynów do trzeciej przestrzeni: policytomia, wzrost hematokrytu, wzrost osmolalności surowicy a także hipokaliemia oraz wykładniki mocznicy z poziomem kreatyniny 2,3 mg/dl. Dodatkowo wykładniki stanu zapalnego: leukocytoza 12 tys./ $\mu$ l z przewagą neutrofilii, CRP = 129 mg/l (N 0,00–5,00). W badaniach dodatkowych obecny był podwyższony poziom amylazy w surowicy: 366 U/l (N 28–100). Bez cech kwasicy metabolicznej w badaniu gazometrycznym. W badaniu fizykalnym brzuch był nadal miękki, bez objawów otrzewnowych, z



**Ryc. 1.** Zdjęcie prześwietlenia jamy brzusznej na stojąco. Żołądek wypełniony treścią płynną. Widoczne dwa poziomy płyny: w dnie żołądka oraz w odźwierniku.



**Ryc. 2.** Skan ukazujący pętle jelita cienkiego całkowicie wypełnione treścią płynną.



**Ryc. 3.** Skan obrazujący kątnicę o pogrubiałych ścianach oraz zapadnięte jelito grube.



**Ryc. 4.** Bezoar wydobyty ze światła jelita krętego.

leniwą perystaltyką. Zlecono RTG prześwietlenie brzucha na stojąco (fot. 1), w którym uzyskano następujący obraz:

Zdjęcie technicznie średniej jakości (pacjent poruszył się). W obrazie widoczny jest niemal całkowicie wypełniony treścią płynną żołądek z dwoma poziomami płynu: w rzucie dna oraz w rzucie odźwiernika. W pozostałych częściach przewodu pokarmowego uwidoczniono bardzo małą ilość gazów jelitowych. Nie zaobserwowano typowego dla niedrożności obrazu poziomów płynu w jelitach. W obrazie USG zauważono poszerzone, wypełnione treścią płynną pętle jelitowe, bez widocznej perystaltyki. Sugerowane przez sonografistę rozpoznanie brzmiało: niedrożność.

Pacjent został skonsultowany w SOR przez dwóch chirurgów w odstępie kilku godzin. Pierwszy z nich zapisał w treści konsultacji, że „pacjent wiąże początek objawów z przyjmowaniem wyciągu z diabelskiego pazura z powodu objawów rwy kulszowej”. Brzuch w badaniu był miękki, bez objawów otrzewnowych. Perystaltyka obecna, lecz leniwa. W badaniu per rectum: bez oporów w zasięgu badania, stolec luźny. Wobec stwierdzonego braku wskazań do interwencji chirurgicznej pacjenta przyjęto na oddział chorób wewnętrznych ze wstępnym rozpoznaniem ostrego zapalenia trzustki.

Internista, zbierając wywiad, również zwrócił uwagę i zanotował:

„pacjent podaje spożywanie przeciwbólowych preparatów ziołowych, co wiąże się z wystąpieniem dolegliwości bólowych brzucha”. Diagnostykę i leczenie kontynuowano. W badaniach laboratoryjnych obserwowano dalszą progresję leukocytozy do szczytowej wartości 24 tys./ $\mu$ l. Włączono wlewy krystaloidów pod kontrolą bilansu płynów. Pacjent wykazywał retencję płynów a diureza godzinowa utrzymywała się z trudem na poziomie 0,5 ml/kg/godz., jednakże intensywna resuscytacja płynowa spowodowała w pierwszych dwóch dobach obniżenie poziomu kreatyniny w surowicy oraz normalizację ciśnienia tętniczego. Włączono zestaw antybiotyków: Metronidazol 500 mg co 8 godzin oraz Ceftriakson 1,0 g co 12 godzin, do zestawu dołączono Flukonazol w dawce 200 mg 1x1. Po włączeniu antybiotykoterapii uzyskano spadek poziomu CRP. Poziom prokalcytoniny oraz mleczanów utrzymywał się podwyższony, lecz nie do wartości znamiennej dla sepsy.

Diagnostykę obrazową uzupełniono o badanie kontrastowe TK jamy brzusznej. W obrazie TK zarówno żołądek, jak i dwunastnica oraz całe jelito cienkie, wypełnione były zalegającą treścią płynną (fot. 2). W obrębie kątnicy badanie wykazało pogrubienie ścian, sugerujące nacieki nowotworowe (fot. 3), a pętle jelita grubego charakteryzowały się zapadnięciem i obkurczeniem.

Podczas dwóch dni pobytu na oddziale chorób wewnętrznych pacjent został trzykrotnie skonsultowany przez chirurgów. W ko-



lejných badaniach brzuch nadal był miękki, perystaltyka leniwa. Chirurg zlecił odbarczenie żołądka za pomocą zgłębnika. Po jego założeniu z żołądka ewakuowała się treść płynna. Opisane powyżej badanie TK zostało wykonane już po założeniu sondy. W następnej kolejności wykonano gastroskopię w której stwierdzono objawy przepukliny rozworu przełykowego oraz obecność niewielkiej ilości zalegającej brunatnej treści. Poza tym obraz endoskopowy żołądka i dwunastnicy nie wykazał odchyłań.

W trzeciej dobie stan chorego uległ pogorszeniu. Nastąpił spadek ciśnienia tętniczego do wartości w granicach 90/60 mmHg bez reakcji na bolus płynów. Zaobserwowano spadek diurezy. Wobec nadal utrzymujących się cech niedrożności oraz wobec obrazu w TK, po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta skierowano na laparotomię i poproszono o konsultację anestezyjologiczną. Chory został zakwalifikowany do znieczulenia ogólnego w kategorii ASA III. Zabezpieczono dwie jednostki zgodnego grupowo koncentratu krwinek czerwonych.

## OPIS ZABIEGU OPERACYJNEGO

Jamę otrzewnej otwarto z cięcia pośrodkowego. Odessano około 300 ml klarownego płynu. Stwierdzono poszerzone pętle jelita cienkiego. W okolicy około 25 centymetrów przed zastawką krętniczo-kątniczą rozpoznano ciało obce – bezoar. Po otwarciu jelita powyżej przeszkody usunięto go, jelito zamknięto szwem dwuwarstwowym pojedynczym, a jamę brzuszną zaszyto z pozostawieniem drenu. Zabieg trwał 50 minut. Podczas trwania laparotomii w znieczuleniu ogólnym założono pod kontrolą USG cewnik centralny do żyły szyjnej wewnętrznej prawej.

Pacjent po wybudzeniu prezentował stan zadowalający i pozwalający na przekazanie do oddziału chirurgii. W przebiegu pooperacyjnym kontynuowano antybiotykoterapię dotychczasowym zestawem leków. Włączono inhibitor pompy protonowej oraz dożylny wlew preparatu aminokwasów. Pacjent nie wymagał wlewu katecholamin, diureza nie wymagała wspomagania. W czwartej dobie pojawiła się perystaltyka, usunięto dren, zgłębnik żołądkowy oraz cewnik Foley'a. Chorego spionizowano. W piątej dobie włączono płyny podawane doustnie, w kolejnej dietę płynną. Pacjent w siódmej dobie został w stanie ogólnym dobrym wypisany do domu.

Bezoar (fot. 4) będący przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego stanowi rozfragmentowaną niewchłoniętą masę ziołowego preparatu nazywanego potocznie diabelskim pazurem lub czarcim pazurem zawierającego hakorośl rozesłaną (*Harpagophytum procumbens*).

Po zabiegu dokonano oceny makroskopowej usuniętego bezoaru: po rozfragmentowaniu konglomeratu dodatkowo zidentyfikowano w nim gumkę o przekroju 3 mm i długości około 10 cm, czyli tzw. recepturkę. Taki też wynik otrzymano następnie z pracowni histopatologicznej. Patolog odstąpił od badania histologicznego. W jaki sposób ciało obce dostało się do przewodu pokarmowego? Najprawdopodobniej w sposób przypadkowy zostało ono połknię-

te wraz z preparatem ziołowym.

Hakorośl rozesłana jest rośliną występującą w rejonie Afryki Południowej. Bulwy jej korzenia wykorzystywane są jako szeroko dostępny lek OTC w co najmniej kilkunastu preparatach. Producenci zalecają lek jako substancję o działaniu przeciwbólowym i przeciwzapalnym. Jest rekomendowany w chorobach reumatycznych, bólach mięśniowych i stawowych. Według producenta lek polecany jest również jako przeciwutleniacz oraz czynnik wzmacniający wydzielanie soków trawiennych. W opisywanym przypadku pacjent zażywał lek przewlekłe, stosując go z powodu zespołu bólowego kręgosłupa w odcinku lędźwiowym.

## PODSUMOWANIE

Bezoary są rzadką przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego [1]. W większości lokalizują się one w żołądku. Bezoary utworzone przez masę tabletkową lub substancję leczniczą są rzadkością. W opisywanym przypadku, biorąc pod uwagę roślinne pochodzenie leku, materiał zatykający przewód pokarmowy można określić jako fitobezoar [2]. W skład materiału zatykającego światło jelita krętego dodatkowo weszło ciało obce w postaci opisanej gumki. Innym opisywanym w literaturze rodzajem bezoaru są trychobezoary – konglomeraty połkniętych włosów, najczęściej występujące u pacjentów chorych psychicznie lub osób w wieku starszym i w znacznym stopniu otepiałych.

## DYSKUSJA

W opisywanym przypadku nie ma było pułapek diagnostycznych i niejasności utrudniających zarówno rozpoznanie, jak i podjęcie decyzji o konieczności wykonania laparotomii. Były to:

- nietypowy dla niedrożności obraz RTG: radiogram niezawierający klasycznych poziomów płynu w pętlach jelita [3, 4];
- wzrost amylazy mogący sugerować zapalenie trzustki, jednakże opisywany w literaturze także jako zjawisko współtowarzyszące niedrożności na poziomie jelita cienkiego [5];
- brak objawów otrzewnowych, miękki brzuch i częściowo zachowana perystaltyka przez cały okres poprzedzający laparotomię.

Należy jednak zwrócić uwagę, iż pacjent co najmniej dwukrotnie podawał w wywiadzie związek dolegliwości z zażyciem leku o nazwie diabelski pazur. Jak się ostatecznie okazało miał on jednak rację. Aktualna jest zatem teza, iż podstawą postawienia prawidłowego rozpoznania jest dokładnie zebrany wywiad. Przypadek pokazuje również, jak ważna jest wnikliwa i krytyczna analiza informacji podawanych przez chorego w wywiadzie. Nawet te z pozoru mało prawdopodobne i mało istotne mogą kierować tor diagnostyczny w kierunku właściwego rozpoznania.

## PIŚMIENNICTWO

1. Noszczyk W.: Chirurgia – Repetytorium. PZWL, Warszawa 2009; s. 440.
2. Lawrence P.: Chirurgia ogólna. Urban & Partner, Wrocław 1998; s. 207.
3. Nielubowicz J.: Ostre schorzenia jamy brzusznej. PZWL, Warszawa 1976; s. 393.
4. Pruszyński B. (red.): Radiologia, Diagnostyka obrazowa. PZWL, Warszawa 2008; s. 298.
5. Kulig J., Nowak W. (red.): Ostry brzuch. PZWL, Warszawa 2007; s. 197.

Liczba słów: 1310

Liczba stron: 4

Tabele: –

Ryciny: 5

Piśmiennictwo: 12

DOI: 10.5604/01.3001.0011.5967

Spis treści: <https://ppch.pl/issue/11096>

Prawa autorskie: Copyright © 2017 Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny. Published by Index Copernicus Sp. z o.o. All rights reserved.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Autor do korespondencji: Lubecka Anna; Department of General, Endocrinological and Gastroenterological Surgery, Karol Marcinkowski Poznan University of Medical Science, Poznan, Poland; E-mail: [annalub@mp.pl](mailto:annalub@mp.pl)

Cytowanie pracy: Lubecka A., Szmeja J.: A rare cause of gastrointestinal obstruction. Drug poisoning as a surgical disorder?; Pol Przegl Chir 2018; 89 (1): 55 - 58