

Niezwykłe powikłanie operacji cięcia cesarskiego u ciężarnej z nierozpoznanym zespołem Crohna

Unusual complication after caesarean section in a pregnant women with undiagnosed Crohn's disease

Biczysko Maciej¹, Kościński Tomasz¹, Biczysko Romuald²

¹ Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

² Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Autorzy opisali perforację kątnicy, stwierdzoną w czasie cięcia cesarskiego, wykonanego w trybie nagłym w 31 tygodniu ciąży u kobiety z nierozpoznaną chorobą Leśniowskiego-Crohna. Przebieg pooperacyjny był powikłany i wymagał resekcji jelita.

Słowa kluczowe: **cięcie cesarskie / poród przedwczesny / choroba Leśniowskiego-Crohna /**

Abstract

The authors have described a perforation of the colon, diagnosed during the course of cesarean section, performed as an emergency operation in 31st week of pregnancy, in a woman with undiagnosed Lesniowski-Crohn disease. The post operation course was complicated and required a partial resection of the bowel.

Key words: **cesarean section / premature birth / Crohn's disease /**

Adres do korespondencji:

Maciej Biczysko
Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM
60-355 Poznań, ul. Przybyszewskiego 49
e-mail: macbicz@op.pl

Otrzymano: 09.07.2008
Zaakceptowano do druku: 19.08.2008

Biczysko M, et al.

Coraz częściej wykonywane cięcia cesarskie, jak również wzrastająca częstość nieswoistego zapalenia jelit może spowodować wystąpienie obu tych zjawisk równocześnie. Cięcia cesarskie staje się metodą zakończenia ciąży u 1/3 ciężarnych, co sugeruje, iż technika operacyjna, kontrola stanu narządów jamy brzusznej w czasie operacji oraz obserwacja i opieka pooperacyjna winny uwzględniać także rzadko występujące, ale groźne dla zdrowia i życia kobiety ciężarnej zjawiska. Wpływ wyżej wymienionej choroby jelit na stan funkcjonalny narządu rodowego kobiety stał się tematem sporadycznych doniesień w piśmiennictwie światowym, a także rodzimym [1-5].

Choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego, jako różne postacie nieswoistego zapalenia jelit występują częściej, niż to było stwierdzane dotąd [5].

Zważywszy na niebezpieczeństwo, które może stanowić poważne zagrożenia dla młodych kobiet, znajomość koincydencji ciąży i omawianych schorzeń jelitowych staje się ważnym elementem wiedzy medycznej. Nasze doniesienie ma za zadanie zwrócić uwagę na rzadkie, ale groźne powikłanie, które może wynikać z samoistnej perforacji jelita w okresie ciąży. Biorąc pod uwagę coraz większą specjalizację w ramach każdej z dyscyplin medycznych, chcemy także wskazać, iż wykształcenie ogólnomedyczne jest warunkiem niezbędnym dla optymalnego sprawowania opieki lekarskiej w każdej dziedzinie klinicznej. Zasada ta obowiązuje również w położnictwie i chirurgii.

Opis przypadku

Ciężarna I. 20, została przekazana do kliniki z powodu zagrożającego porodu przedwczesnego (31 tydzień ciąży) i uogólnionego zakażenia, ze szpitala powiatowego w trybie nagłym. Ciężarna była w złym stanie ogólnym. Skarżyła się na osłabienie, bolesne otwieranie ust, trudności w połykaniu pokarmu i śliny. Od kilku dni występowały stany podgorączkowe do 37,4°C.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono język obłożony białą wydzieliną, śluzówki jamy ustnej z podobnymi nalotami, szczególnie w okolicy łuków podniebiennych. Skóra całego ciała pokryta była licznymi wykwitami o średnicy 0,5 do 2cm o charakterze zapalnym. Największa zmiana skórna była zlokalizowana na wewnętrznej powierzchni uda po stronie prawej. Węzły chłonne pachwinowe, karkowe i podżuchwowe były powiększone. Kontakt z ciężarną był wyraźnie utrudniony. Badanie jamy brzusznej wykazało ciężarną macicę z płodem w położeniu podłużnym główkowym, o wielkości odpowiadającej wiekowi ciążowemu. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: CRP - 96 i 239mg%, OB - 102 po pierwszej godzinie. Morfologia krwi Hb - 5,8mmol/l, a leukocytoza: 13 tys.

Badania konsultacyjne: hematologa, specjalisty chorób zakaźnych i dermatologa nie rozstrzygnęły rozpoznania.

W toku kilkudniowej obserwacji klinicznej stwierdzono: położenie płodu podłużne, główkowe, rozwój płodu prawidłowy, zgodny z wiekiem ciążowym. W czwartej dobie pobytu w klinice doszło do pogorszenia stanu chorobowego. Wystąpiły jednorazowo wymioty treścią pokarmową. Brzuch był wzdęty, szczególnie w nadbrzuszu, a perystaltyka była leniwa. Badanie kardiograficzne wykazało bradykardię płodu: 100 uderzeń serca na minutę i zawężenie oscylacji.

W czasie wykonywania badania ultrasonograficznego, w 3 dniu pobytu w klinice wystąpił nagły ból w podbrzuszu. Na tej podstawie rozpoznano przedwczesne oddzielenie łożyska. W trybie pilnym wykonano cięcie cesarskie. Urodzono noworodka o masie ciała 1750g, w stanie średnio ciężkim (2 punkty według Apgar). Stan ogólny noworodka szybko poprawił się. Po zeszczeniu mięśnia macicy, w czasie kontroli narządów jamy brzusznej stwierdzono w zatoce Douglasa treść kałową, płynną. Okazało się, że źródłem tej wydzieliny była punktowa perforacja kątnicy, o średnicy 3mm. Zaopatrzenie tego uszkodzenia było trudne. Przy próbie założenia szwu dochodziło do dalszego poszerzenia otworu w kątnicy. Wezwany do konsultacji chirurg założył szew na kątnicę i pokrył miejsce uszkodzenia przyczepkiem jelitowym. Pozostawiono dren w zatoce Douglasa i powłoki brzuszne zeszyto na głucho. Przebieg pooperacyjny był powikłany ropieniem rany. Położnicę zwolniono w 17 dniu po cięciu cesarskim do domu. Z powodu rozejścia się rany powłok została ponownie hospitalizowana. Stwierdzono wtedy przetokę jelitowo-powłokową. Dalsze leczenie przeprowadzono w Klinice Chirurgicznej. Ostatecznie w położu wykonano resekcję przetoki i hemikolektomię prawostronną z zespoleniem krętniczopoprzecznym, koniec do końca. Badanie histopatologiczne preparatu potwierdziło rozpoznanie kliniczne choroby Leśniowskiego-Crohna, pod postacią: *Ileitis terminalis et colitis*, które dotyczyło kątnicy i wstępnicy.

Dyskusja

Opisany przypadek wykazuje, że powikłaniem, aczkolwiek bardzo rzadkim, przebiegu ciąży może być nieswoiste zapalenie jelit [1-5]. Choroba ta może spowodować przedwczesną akcję porodową, jak również perforację jelita. W opisanym wyżej sytuacji klinicznej uszkodzenie ściany jelita w wyniku procesu chorobowego stało się wskazaniem do cięcia cesarskiego. Dokładna inspekcja jamy brzusznej przed zamknięciem powłok w czasie każdej laparotomii jest zawsze obligatoryjna. Pomińnięcie tego kroku w opisanym przypadku mogło znacznie opóźnić rozpoznanie przedziurawienia jelita grubego, co stanowiłoby zagrożenie życia dla położnicy.

Autorzy pragną podkreślić znaczenie dokładnej inspekcji całej jamy otrzewnej w czasie laparotomii, ze szczególnym uwzględnieniem źródła uprzednio przeoczonego krwawienia lub uszkodzenia narządów sąsiednich.

Jak wynika z opisanego przypadku uszkodzenie przewodu pokarmowego może wynikać ze współistnienia choroby jelit, jak również może być skutkiem działania operacyjnego, w trudnych warunkach anatomicznych.

Zachodzi jeszcze pytanie, czy położnik może zeszyć uszkodzony przewód pokarmowy. Niestety ginekolodzy obecnie mają małą wprawę w operowaniu przewodu pokarmowego, wobec czego lepiej poprosić o pomoc chirurga, bowiem w przypadku powodzenia leczenia na tym może się zakończyć. Jednakże w sytuacji, gdy będą wymagane wtórne operacje, a jeszcze gorzej, gdy wystąpią objawy wstrząsu septycznego z możliwością zagrożenia życia wskutek kałowego zapalenia otrzewnej, analiza lekarska może wskazać na niedostateczną troskę o los pacjentki.

Niezwyczajne powikłanie operacji cięcia cesarskiego...

Wyrażamy taki pogląd, mając na uwadze opinię sądową, wykonaną przez jednego z autorów o przypadku uszkodzenia esicy w czasie cięcia cesarskiego i zaopatrzonego przez położnika.

Niestety położnica zmarła wskutek zapalenia otrzewnej i wstrząsu. Ponieważ działo się to w wieloprofilowym szpitalu wojewódzkim, oceniono postępowanie lekarskie jako mniej profesjonalne, niż mogłoby być dokonane, gdyby uszkodzenie jelita zaopatrzył chirurg. Doświadczony chirurg wykonałby przypuszczalnie sztuczny odbył, po zeszytciu ściany esicy i położnica by przeżyła.

Autorzy raz jeszcze podkreślają konieczność inspekcji całej jamy brzusznej przed zeszytciem powłok. Przedstawione doniesienie kazuistyczne wskazuje również na możliwość wywołania porodu przedwczesnego przez rzadko z ciążą współistniejące schorzenia. Stany zapalne, a z takim zjawiskiem mieliśmy do czynienia, uchodzą za częstą przyczynę porodu przedwczesnego [5].

Rozpoznanie zatem zagrożenia porodem przedwczesnym winno skłonić lekarza do poszukiwania przyczyny takiego stanu rzeczy, obok farmakologicznego eliminowania skurczów macicy.

Reasumując nasze przesłanie oparte o opisaną sytuację położniczo-chirurgiczną, wskazuje na konieczność brania pod uwagę rzadkich chorób wikłających przebieg ciąży, które mogą stanowić poważne zagrożenie dla życia płodu i matki.

Piśmiennictwo

1. Grześ B, Sozański L, Zimmer M, [et al.]. Przebieg ciąży i porodu u ciężarnych po częściowej resekcji jelita w przebiegu nieswoistych zapaleń jelit (choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego). *Perinat Neonat Ginekol.* 2008, 1, 152-156.
2. Grześ B, Sozański L, Zimmer M, [et al.]. Cięcie cesarskie kończące ciążę powikłaną ostrym rzutem choroby Leśniowskiego-Crohna. *Perinat Neonat Ginek.* 2008, 1, 69-72.
3. Wax J, Pinette H, Cartin A, [et al.]. Female reproductive health after ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis. *Obstet. Gynecol Surv.* 2003, 58, 270-274.
4. Judge T, Lichtenstein G. Inflammatory bowel disease. In: Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterology. Ed. Friedman S, McQuaid K, Grendell J. New York: *Mc Graw Hill Comp.* 2003, 108-130.
5. Baird D, Narendranathan M, Sandler R.: Increased risk of preterm birth for women with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology.* 1990, 99, 987-994.