

# Wodonercze o niejasnej etiologii przebiegające z objawami „ostrego brzucha” – opis przypadku

## Hydronephrosis of unclear etiology with symptoms of acute abdomen – case report

Andrzej Żyłuk

Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie  
ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Żyłuk

### SUMMARY

We report a case of a patient whose clinical status and results of a plain chest X-ray showed digestive tract perforation, but in whom the true cause of the disease appeared to be hydronephrosis, probably caused by a tumour of the pyelo-ureteral junction. The course of the diagnostic process and causes of the false

diagnosis and unnecessary laparotomy are discussed. The usefulness of computed tomography scanning with contrast in the detection of clinically unclear abdominal disorders (i.e. radiologically “silent” perforation) is emphasised. **Key words:** acute abdomen, diagnostics, hydronephrosis, computed tomography.

### STRESZCZENIE

Przedstawiono przypadek pacjenta, u którego obraz kliniczny i przeglądowe zdjęcie RTG klatki piersiowej wskazywały na przedziurawienie przewodu pokarmowego. Prawdziwą przyczyną dolegliwości okazało się jednak wodonercze spowodowane prawdopodobnie guzem połączenia miedniczkowo-moczowodowego. W pracy omówiono przebieg diagnostyki oraz wskazano przy-

czyny niewłaściwego rozpoznania, którego konsekwencją była niepotrzebnie przeprowadzona laparotomia. Podkreślono również przydatność tomografii komputerowej z kontrastem w diagnostyce niejasnych klinicznie chorób jamy brzusznej (np. w radiologiczne „niemej” perforacji).

**Słowa kluczowe:** ostry brzuch, diagnostyka, wodonercze, tomografia komputerowa.

### WSTĘP

Terminem „ostry brzuch” określa się grupę chorób, których głównym objawem jest nagły i silny ból brzucha z towarzyszącymi innymi objawami. Jest to określenie opisowe – nieprecyzyjne, ale używane w codziennej praktyce klinicznej i w piśmiennictwie.

Najczęstszą przyczyną „ostrego brzucha” są choroby przebiegające z zapaleniem lub podrażnieniem otrzewnej, takie jak: przedziurawienie przewodu pokarmowego, zgorzelinowe zapalenia narządów jamy brzusznej, zadzierzgnięcia i martwice jelit oraz pęknięty tętniak aorty [1, 2, 3, 4]. Niektóre choroby internistyczne (czyli niewymagające leczenia operacyjnego) mogą przebiegać z burzliwymi objawami brzuszными, np.: porfiria, kamica nerkowa, zawał dolnej ściany mięśnia sercowego czy niewyrównana cukrzyca. W tych przypadkach właściwe rozpoznanie, do którego wykorzystuje się całą gamę badań obrazowych i biochemicznych, pozwala na uniknięcie niepotrzebnej laparotomii, jednakże wyniki badań w połączeniu z obrazem klinicznym nie zawsze prowadzą do właściwej diagnozy.

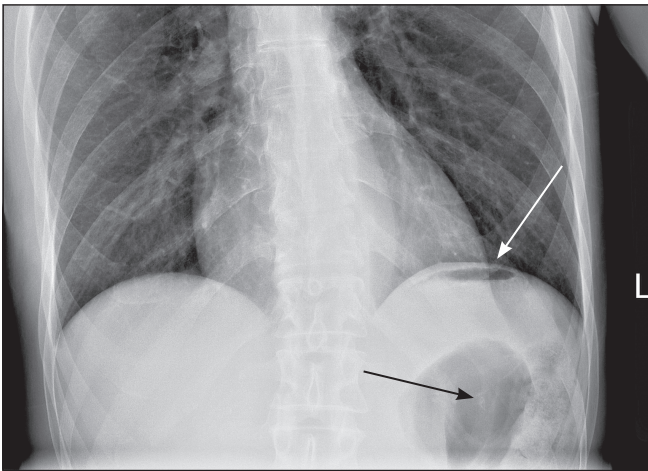
W omówionym przypadku obraz kliniczny i wynik badania RTG wskazywały na przedziurawienie przewodu pokarmowego,

ale prawdziwą przyczyną dolegliwości była choroba nerki – wodonercze spowodowane prawdopodobnie guzem połączenia miedniczkowo-moczowodowego.

### OPIS PRZYPADKU

54-letni mężczyzna zgłosił się na szpitalny oddział ratunkowy w godzinach wieczornych z powodu trwającego od kilku godzin silnego bólu brzucha, który rozpoczął się nagle w nadbrzuszu. Ból porównywany przez pacjenta do „dźgnięcia nożem” odczuwalny był w całym nadbrzuszu, choć bardziej po stronie prawej i promieniował do pleców. Wcześniej pacjent nie miał podobnych dolegliwości, nie chorował na wrzody żołądka ani dwunastnicy, a w wywiadzie był tylko epizod kamicy nerkowej przed kilku laty, któremu towarzyszyły zupełnie inne objawy. Pacjent oddał stolec w tym samym dniu i nie zgłaszał zaburzeń w oddawaniu moczu. Chory był mocno cierpiący, ale w dobrym stanie, można było też nawiązać z nim pełny kontakt logiczny. Brzuch był napięty (obrona mięśniowa), tkliwy przy badaniu na całej powierzchni, z zaznaczonym objawem Blumberga. Objaw Goldflama był obustronnie ujemny.

Zarówno wywiad, jak i badanie przedmiotowe wskazywały na perforację wrzodu trawiennego i takie wstępne rozpoznanie ustalono. Przegładowe zdjęcie RTG klatki piersiowej w pozycji stojącej uwidocznilo obecność gazu pod lewą kopułą przepony, z poziomem płynu, co wskazywało na perforację żołądka lub dwunastnicy z ropniem podprzeponowym (ryc. 1). Według badań biochemicznych liczba leukocytów wyniosła 10 G/L, CRP 138 mg/dL, a stężenie amylazy w moczu 300 j.



**RYCINA 1.** Przegładowe zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej z częścią jamy brzusznej, mylnie zinterpretowane jako wykazujące obecność powietrza pod lewą kopułą przepony (biała strzałka), z obecnością płynu – prawdopodobnie ropnia; czarna strzałka oznaczono powietrze w żołądku

Wobec takiego obrazu klinicznego i wyniku przegładowego zdjęcia RTG oraz nieustępowania dolegliwości po lekach rozkurczowych postanowiono po krótkim przygotowaniu wykonać laparotomię. Nie stwierdzono obecności powietrza i płynu w jamie otrzewnowej, nie znaleziono też miejsca perforacji w żołądku, dwunastnicy ani w jelitach. Przed operacją pacjent otrzymał antybiotyk (amoksyliny z metronidazolem); terapię kontynuowano po zabiegu.

W okresie pooperacyjnym dolegliwości znacznie się zmniejszyły, w pierwszej dobie wdrożono pojenie, a w drugiej odżywianie. Niestety, podczas trzeciej doby chory zaczął skarżyć się na dolegliwości takie same i o podobnym nasileniu jak przed operacją, stracił też chęć do jedzenia. Parametry stanu zapalnego utrzymywały się podwyższone: liczba leukocytów wynosiła 12 G/L, a CRP 211 mg/dL. Ponieważ laparotomia faktycznie nie ujawniła przyczyny choroby, w czwartej dobie wykonano tomografię komputerową (TK) jamy brzusznej, która wykazała upośledzoną drożność przejścia miedniczkowo-moczowodowego prawego, spowodowaną prawdopodobnie guzem i prawostronnym wodonerczem. Pacjenta niezwłocznie przekazano na oddział urologii, gdzie następnego dnia wykonano czasową nefrostomię prawostronną, po której dolegliwości ustąpiły. Zgodnie z relacją lekarza z Kliniki Urologii, pacjent miał potem wykonaną ureteroskopię, która nie wyjaśniła charakteru przeszkody, nadal był diagnozowany i miał czynną nefrostomię, bez dolegliwości.

## OMÓWIENIE

Przedstawiony przypadek wskazuje na trudności diagnostyczne, jakie chirurg może napotkać przy rozpoznawaniu przyczyny „ostrego brzucha”. Ostre wodonercze, spowodowane kamicą nerkową lub – jak w omawianym przypadku – niedrożnością moczowodu z innego powodu, może być przyczyną bardzo silnego bólu brzucha. Zwykle ma pewne cechy, które ukierunkowują rozpoznanie, takie jak promieniowanie bólu do okolicy lędźwiowej lub wzdłuż moczowodu – do pachwiny, objawy dysuryczne, dodatni objaw Goldflama; natomiast stosunkowo rzadko przebiega z dodatkowymi objawami otrzewnowymi [5]. W omawianym przypadku decydujący wpływ na przeprowadzenie niepotrzebnej, jak się okazało, laparotomii miał błędny opis badania radiologicznego, który wykazywał obecność powietrza pod lewą przeponą, co jednoznacznie sugerowało perforację. Powtórna analiza zdjęcia RTG (już po operacji) pozwoliła na właściwą interpretację tego obrazu jako powietrza na dnie żołądka, z poziomem płynu w jego świetle. Jednak badanie było oceniane i opisane przez doświadczonego radiologa, a w dodatku pasowało do obrazu klinicznego, który wskazywał na zapalenie otrzewnej.

Trudno obecnie odpowiedzieć na pytanie, czy w razie prawidłowej interpretacji zdjęcia RTG zapadłaby decyzja o operacji. Należy pamiętać, że przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy bywa w ok. 20% przypadków radiologicznie „nieme” [3]. Decyzja o leczeniu operacyjnym opiera się przede wszystkim na obrazie klinicznym, a ten wskazywał na brzuszną przyczynę dolegliwości i nie poprawiał się po leczeniu zachowawczym. Zatem niewykluczone, że pacjent bez mylnego wyniku badania RTG również byłby operowany. Bardziej prawdopodobne jest jednak, że miałyby wykonaną TK brzucha, co pomogłoby rozpoznać prawdziwą przyczynę, którą była choroba nerki. To badanie wykonywane bez kontrastu jest także złotym standardem w rozpoznawaniu kamieni nerkowych, bez względu na ich skład [5].

Według danych z piśmiennictwa TK brzucha z kontrastem jest bardzo przydatnym badaniem w niejasnych klinicznie przypadkach chorób brzusznych (np. w radiologicznie niemej perforacji), pozwalającym na wykrycie niewielkich ilości wolnego gazu w jamie brzusznej, niewidocznego na zwykłym zdjęciu RTG, a także wycieku kontrastu poza żołądek lub dwunastnicę [3, 6, 7]. Ultrasonografia jamy brzusznej wykonywana w trybie „ostrodyżurowym” ma znacznie mniejszą wartość diagnostyczną, pomaga przede wszystkim w wykazywaniu obecności wolnego powietrza w jamie otrzewnowej [8]. Jeżeli natomiast przegładowe zdjęcie RTG uwidoczni gaz w jamie otrzewnowej, to tomografia nie wnosi żadnej istotnej informacji mogącej mieć wpływ na zmianę sposobu leczenia, którym prawie zawsze jest laparotomia [9].

## PIŚMIENICTWO

1. Schein M.: Ostry brzuch. In: Zdrowy rozsądek w chirurgii ostrego brzucha. Eds: M. Schein, P.N. Rogers, A. Assalia. Med Media, Warszawa 2013, 15–22.

2. *Paduszyńska K., Celnik A., Pomorski L.*: Patients subject to surgery due to acute abdominal disorders during the period between 2001–2004. *Pol Przegl Chir.* 2012, 84 (10), 488–494.
3. *Schein M.*: Przewidywanie wrzodu trawiennego. In: *Zdrowy rozsądek w chirurgii ostrego brzucha*. Eds: M. Schein, P.N. Rogers, A. Assalia. Med Media, Warszawa 2013, 141–149.
4. *Talanow R.*: An unusual manifestation of acute appendicitis with left flank pain. *J Radiol Case Rep.* 2008, 2 (1), 8–11.
5. *Baniel J.*: Nagłe zachorowania urologiczne. In: *Zdrowy rozsądek w chirurgii ostrego brzucha*. Eds: M. Schein, P.N. Rogers, A. Assalia. Med Media, Warszawa 2013, 31–320.
6. *Systemans B.J., Devitt P.G.*: Computed tomography in acute abdominal pain: an overused investigation? *ANZ J Surg.* 2014, 84 (3), 155–159.
7. *Jeffrey R.B., Federle M.P., Wall S.*: Value of computed tomography in detecting occult gastrointestinal perforation. *J Comput Assist Tomogr.* 1983, 7 (5), 825–827.
8. *Mazzei M.A., Guerrini S., Cioffi Squitieri N., Cagini L., Macarini L., Coppolino F. et al.*: The role of US examination in the management of acute abdomen. *Crit Ultrasound J.* 2013, 5 (Suppl 1), 6.
9. *Solis C.V., Chang Y., De Moya M.A., Velmahos G.C., Fagenholz P.J.*: Free air on plain film: Do we need a computed tomography too? *J Emerg Trauma Shock.* 2014, 7 (1), 3–8.