

WEWNĄTRZMACICZNY SKRĘT KREZKI JELITA CIENKIEGO- A MOŻE COŚ JESZCZE...??

Opis przypadku klinicznego

lek. med . Ewa Rojas Perez

Kliniczny Oddział Neonatologii w Zielonej Górze

WYWIAD

- CI , PI , 37 Hbd
- Rodzice zdrowi, niespokrewnieni, matka lat 30, ojciec lat 43
- Wynik badania w kierunku GBS u matki – ujemny
- Tydzień przed porodem wystąpiły epizody nadmiernej ruchliwości płodu, wzmożona aktywność dziecka , która ustąpiła po 2 dobach
- W czasie wizyty kontrolnej 3 dni później w badaniu USG prenatalnie stwierdzono powiększony obwód brzucha płodu
- Matkę natychmiast skierowano do szpitala

PRZEBIEG PORODU

- Przy przyjęciu do szpitala – nieprawidłowy zapis KTG
 - Wykonano cc w trybie pilnym
 - Płyn owodniowy gęsto zielony
 - Ph z naczyń pępowinowych 7,39
-

OCENA NOWORODKA

- SŻD , mc 2890 g, długość- 49 cm
- Urodzony w zamartwicy, Apgar 1-4-6-7 pkt odpowiednio w 1-3-5-10 minucie życia
- Pojedyncza czynność serca, blade powłoki skórne
- W badaniu przedmiotowym zwracał uwagę powiększony obwód brzucha
- Brzuch twardy, tkliwy, zasiniony poniżej linii pępka

POSTĘPOWANIE – 1 DOBA

- **Intubacja w 1 ' życia, wentylacja SIMV-wysokie parametry respiratora**
- **Sedacja fentanylem, założono dojście centralne**
- **Podejrzewając MAS :Antybiotykoterapia skojarzona: Ampicyllina, Gentamycyna, pełne żywienie parenteralne**
- **Z powodu braku poprawy klinicznej stanu dziecka podano - Curosurf, następnie : wentylacja oscylacyjna Sensor Med-wysokie parametry oscylatora**
- **Po badaniu echokardiograficznym z uwagi na nadciśnienie płucne zastosowano wziewny NO**

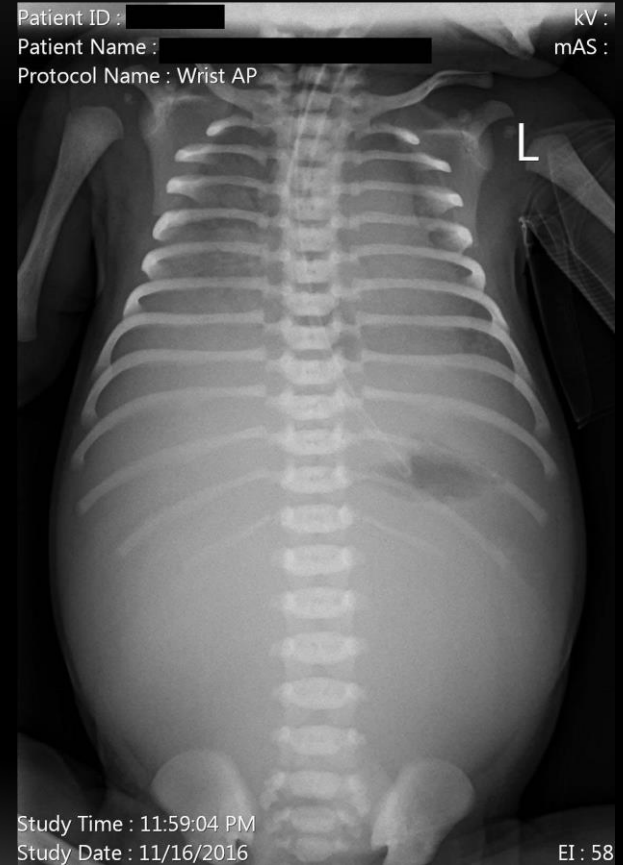
WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH

- **Gazometrie:**
 - ph- 7,05- 7,18- 7,22
 - p CO₂: 58-54-62 mmHg
 - p O₂: 33-29-34 mmHg
 - HCO₃: 16-20,1-21,3
 - BE : (-14,3-8,2-6,4)
- **Glikemia:** 94-41-48 mg%
- **Morfologia-** Hc- 21,6- wykonano transfuzję uzupełniającą KKCZ
- **CRP-** 32,5 (6 godz. życia)
- Posiew krwi-ujemny

WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH

- **RTG KLP:** zmiany mięszowo – niedodmowe, o charakterze MAS, w dolnym i środkowym polu płuca prawego
- **ZDJĘCIE PRZEGLĄDOWE JAMY BRZUSZNEJ :** obecność powietrza tylko w żołądku -nasuwa podejrzenie wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego
- **USG JAMY BRZUSZNEJ :** gęsta, niejednorodna treść z żołądku i jelitach. Pętle jelitowe nieruchome. Płyn w jamie otrzewnej – głównie w okolicy śledziony oraz lewego płata wątroby, krwawienie z przewodu pokarmowego, krwawienie do nadnerczy?
- **Usg przezciemiączkowe- bez odchyień**

RTGRAMY



WSTĘPNE ROZPOZNANIE

- **MAS**
- **Infekcja wewnątrzmaciczna**
- **Niedrożność przewodu pokarmowego- porażenna? Krwawienie z przewodu pokarmowego, nadnerczy?**

KONSULTACJE

- 1. Kardiologiczna- nadciśnienie płucne, serce anatomicznie bez odchyłeń**
 - 2. Chirurgiczna- dyskwalifikacja dziecka, z zabiegu operacyjnego ze względu na ciężki, niestabilny stan ogólny**
-

STAN PACJENTA – II-III DOBA

- Dramatycznie pogarszający się- trudności z utrzymaniem saturacji, narastająca kwasica oddechowa
- Kontynuacja wentylacji oscylacyjnej -Sensor Med- wysokie parametry oscylatora, ciągła podaż NO- 20 ppm
- Dalszy wzrost parametrów zapalnych –CRP – 66,9 mg/L; PCT 26,17 ng/ml; stosunek I:T >0,2
- Leczenie rozszerzono o Metronidazol
- Od 2 doby konieczność stabilizowania RR wlewem ciągłym Dopaminy, Dobutrexu
- W badaniach laboratoryjnych dodatkowo hyperbilirubinemia 15,57-20,54 mg/dl- leczona fototerapią
- Diureza stymulowana lekami moczopędnymi ze względu na oligurię

STAN PACJENTA IV DOBA

**Ponowna konsultacja chirurgiczna- lekarz chirurg
dyskwalifikuje pacjenta z zabiegu operacyjnego**

Z uwagi na hypotensję włączono do leczenia Levonor

Przetoczono dziecku FFP

Stan noworodka : Agonalny- doszło do zatrzymania krążenia

Nieskuteczna reanimacja- zgon.

BADANIE SEKCYJNE

- **Niedrożność jelita cienkiego na skutek najprawdopodobniej skręcenia krezki**
- **Jelito cienkie i krezka jelita całkowicie krwotocznie i martwiczo zmienione**
- **Martwica ogniskowa wątroby**
- **W jamie otrzewnej obecność około 150 ml krwistego płynu**
- **Płuca – cechy przekrwienia biernego, w świetle oskrzelików i pęcherzyków widoczny zaaspirowany materiał**

CZY MOŻNA BYŁO ZROBIĆ COŚ WIĘCEJ...?



REFERENCES

- Molvarec A , Babinszki A, Kovacs A, Toto F, Szalay J : Intrauterine intestinal obstruction due to fetal midgut volvulus: a report of two cases. *Fetal Diagn Ther* 2007;22:38-40.
- Morikawa N, Namba S, Fujii Y, Sato Y, Fukuba K: Intrauterine volvulus without malrotation associated with segmental absence of small intestinal musculature. *J Pediatr Surg* 1999;34:1549-1551.
- Black PR, Mueller D, Crow J, Morris RC, Husain AN: Mesenteric defects as a cause of intestinal volvulus without malrotation and as the possible primary etiology of intestinal atresia. *J Pediatr Surg* 1994;29:1339-1343.
- Finely BE, Burlbaw J, Bennett TL, Levitch L: Delayed return of the fetal midgut to the abdomen resulting in volvulus, bowel obstruction, and gangrene of the small intestine. *J Ultrasound Med* 1992;11:233-235.
- Yoo SJ, Park KW, Cho SY, Sim JS, Hhan KS: Definitive diagnosis of intestinal volvulus in utero. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999;13:200-203.
- Has R, Gunay S: 'Whirlpool' sign in the prenatal diagnosis of intestinal volvulus. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20:307-308.
- Park JS, Cha SJ, Kim BG, Kim YS, Choi YS, Chang IT, Kim GJ, Lee WS, Kim GH: Intrauterine midgut volvulus without malrotation: diagnosis from the 'coffee bean sign'. *World J Gastroenterol* 2008;14:1456-1458.
- Jequier S, Hanquinet S, Bugmann P, Pfizenmaier M: Antenatal small-bowel volvulus without malrotation: ultrasound demonstration and discussion of pathogenesis. *Pediatr Radiol* 2003;33:263-265.
- Miyakoshi K, Tanaka M, Miyazaki T, Yoshimura Y: Prenatal ultrasound diagnosis of small-bowel torsion. *Obstet Gynecol* 1998; 91:802-803.
- Noreldeen SA, Hodgett SG, Venkat-Raman N: Midgut volvulus with hemorrhagic ascites: a rare cause of fetal anemia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31:352-354.
- Steffensen TS, Gilbert-Barness EG, De Stefano KA, Kontopoulos EV: Midgut volvulus causing fetal demise in utero. *Fetal Pediatr Pathol* 2008;27:223-231.
- Cheung LY, Ballinger III WF: Manifestations and diagnosis of gastrointestinal diseases; in Hardy JD : *Hardy's Text Book of Surgery*, ed 2. Philadelphia, Lipincott, 1988, pp 460-484.

Dziękuję za uwagę
