

Mechaniczna niedrożność jelita krętego spowodowana grzybem – opis przypadku

Mechanical bowel obstruction caused by a mushroom – a case report

Piotr Arkuszewski, Rafał Wichman, Adam Srebrzyński, Krzysztof Kuzdak

Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, Ogólnej i Naczyniowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Prz Gastroenterol 2012; 7 (4): 233–236

DOI: 10.5114/pg.2012.30508

Słowa kluczowe: mechaniczna niedrożność jelit, obturacja, grzyb.

Key words: mechanical bowel obstruction, obturation, mushroom.

Adres do korespondencji: lek. med. Adam Srebrzyński, Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, Ogólnej i Naczyniowej, Uniwersytet Medyczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika, ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź, tel.: +48 42 689 51 71, e-mail: adam.srebrzynski@interia.pl

Streszczenie

Zamknięcie światła jelita cienkiego przez nieprzeżuty i niestrawiony grzyb stanowi niezwykle rzadką przyczynę niedrożności obturacyjnej przewodu pokarmowego. W pracy przedstawiono przypadek 60-letniej chorej operowanej z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego, której przyczyną okazał się nieprzeżuty i niestrawiony pieprznik jadalny (*Cantharellus cibarius*), zwany też kurką albo liszką. Umieszczony był on w końcowym odcinku jelita krętego, około 10 cm od zastawki krętniczko-kątnicznej.

Wstęp

Mechaniczna niedrożność jelita cienkiego typu obturacyjnego spowodowana resztkami pokarmowymi zdarza się bardzo rzadko, a jej przyczynę najczęściej stanowią bezoary [1]. W zależności od składników bezoary dzieli się na: fitobezoary (niestrawione owoce lub warzywa), trichobezoary (włosy), laktobezoary (odparowane mleko), farmakobezoary (leki) i zróżnicowane, złożone z kęsów różnego rodzaju pokarmu [2, 3]. Mechaniczna niedrożność przewodu pokarmowego spowodowana całym grzybem lub bezoarem składającym się z grzybów występuje sporadycznie [4, 5].

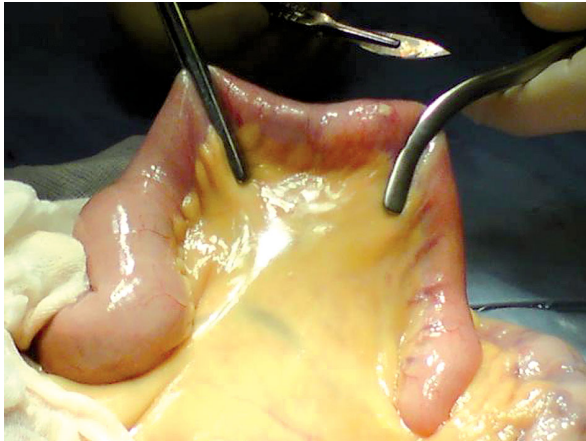
Opis przypadku

Kobieta, lat 60, przebywająca na oddziale neurologii z powodu podejrzenia niedokrwiennego udaru mózgu została przeniesiona do Kliniki Chirurgii Endokrynologicznej i Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Abstract

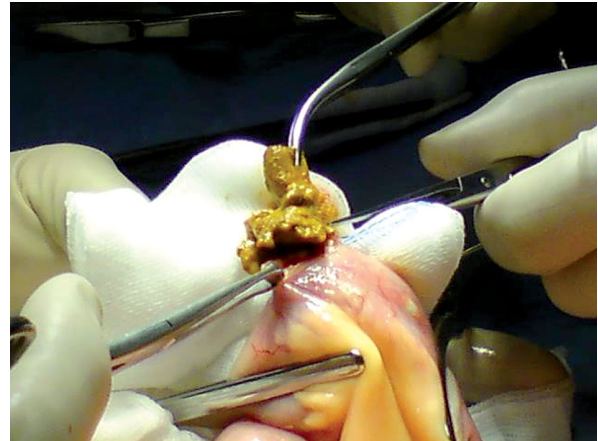
Occlusion of the lumen of the small intestine caused by an unchewed and undigested mushroom is an extremely rare cause of obturative gastrointestinal obstruction. Herein we report a case of a 60-year-old woman who was operated on due to symptoms of bowel obstruction caused by an unchewed and undigested mushroom known as the chanterelle (*Cantharellus cibarius*) or golden chanterelle. The mushroom was impacted in a terminal part of the ileum, approximately 10 cm from the ileocecal valve.

z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego. Ze względu na ograniczony kontakt słowny i powierzchowny kontakt logiczny zebranie wywiadu nie było możliwe. Z dokumentacji medycznej uzyskano informację o leczonym nadciśnieniu tętniczym, przebytym krwotoku podpajęczynówkowym oraz operacji neurochirurgicznej i zaklipsowaniu pękniętego tętniaka tętnicy środkowej mózgu po stronie lewej. Badaniem przedmiotowym stwierdzono brzuch wzdęty, bolesny uciskowo, z zaznaczonymi objawami otrzewnowymi. Ostatni stolec pacjentka oddała przed 2 dniami. Chorą zakwalifikowano do zabiegu chirurgicznego ze wskazań życiowych. Po otwarciu jamy otrzewnej stwierdzono cechy niedrożności jelit około 10 cm powyżej zastawki krętniczko-kątnicznej. Zaobserwowano ponadto kredowobiałe zabarwienie jelita grubego na całej długości. Palpacyjnie wykryto obecność ciała obcego w świetle jelita krętego. Podejrzewano, że może nim być oderwana końcówka sondy żołądkowej, dlatego nie podjęto próby



Ryc. 1. Jelito kręte z ciałem obcym w jego świetle. Z prawej strony widoczne jelito grube o kredowobiałym zabarwieniu

Fig. 1. The foreign body in the lumen of the ileum. On the right side a chalky white color of the large bowel can be observed



Ryc. 2. Ciało obce w momencie wyciągania go z jelita krętego za pomocą kleszczyków Peana
Fig. 2. The foreign body while taking it out from the ileum using Pean forceps

przemieszczenia go do kątnicy, tylko zdecydowano się naciąć ścianę jelita pomiędzy założonymi miękkimi klemami jelitowymi (ryc. 1). Po otwarciu jelita wydobyto z niego zachowany w całości, nieprzeżuty i niestrawiony grzyb (ryc. 2). Zszyto ścianę jelita. Na całej powierzchni sieci większej zaobserwowano drobne białawe guzki przypominające zmiany w rozsiewie nowotworowym. Pobrano z nich wycinki do badania histopatologicznego. Usunięto również lewy jajnik ze względu na zmiany guzowate. Skontrolowano hemostazę, zdrenowano jamę otrzewnej, a powłoki jamy brzusznej zamknięto

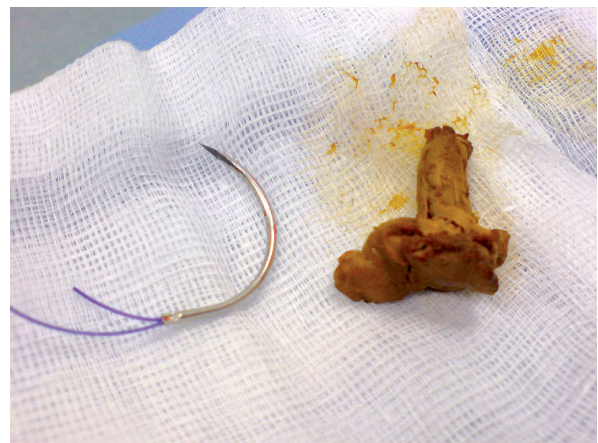
warstwowo. Po optukaniu z treści jelitowej grzyb zidentyfikowano jako pieprznik jadalny, nazywany też kurką albo liszką (ryc. 3–6).

Bezpośrednio po zabiegu chora nie została wybudzona i przewieziono ją na oddział intensywnej terapii, gdzie jej stan był bardzo ciężki. Po upływie około godziny od zakończenia operacji doszło do nagłego zatrzymania krążenia. Podjęta akcja reanimacyjna okazała się nieskuteczna i stwierdzono zgon. Według relacji uzyskanej po kilku dniach od córki pacjentki (nie mieszkaly razem) ostatni raz matka grzyby jadła w Wigilię Świąt



Ryc. 3. Zdjęcie pooperacyjne przedstawiające wyciągniętego z jelita pieprznika jadalnego i jego rozmiary

Fig. 3. The postoperative image demonstrating the appearance and size of the chanterelle taken out from the ileum



Ryc. 4. Widok grzyba od strony kapelusza
Fig. 4. The appearance of the mushroom from the side of the cap



Ryc. 5. Zdjęcie pooperacyjne przedstawiające rozmiary wyciągniętego z jelita pieprznika jadalnego w odniesieniu do igły chirurgicznej
Fig. 5. The postoperative image demonstrating the size of the chanterelle taken out from the ileum compared with the surgical needle



Ryc. 6. Zdjęcie pooperacyjne przedstawiające rozmiary wyciągniętego z jelita pieprznika jadalnego w odniesieniu do kleszczyków Peana
Fig. 6. The postoperative image demonstrating the size of the chanterelle taken out from the ileum compared with Pean forceps

Bożego Narodzenia, 6 tygodni przed operacją. W badaniu histopatologicznym w wycinkach z sieci stwierdzono liczne rozlane ogniska martwicy typu Balsera, w jajniku – ciała białawe oraz ogniskowo cechy obrzęku i umiarkowane nacieki zapalne złożone z limfocytów, plazmacytów i neutrofilów, a w wycinku z jajowodu – torbiel surowiczą okołojajowodową.

Omówienie

Tylko 4,3% przypadków niedrożności jelita cienkiego jest spowodowane bezoarami [1]. Najczęściej znajduje się je – w zależności od autorów – w jelicie cienkim [1] lub w żołądku [6]. Niedrożność jelita cienkiego jest najczęstszym powikłaniem obecności bezoarów, występuje u 94,73% pacjentów z bezoarami jelitowymi [6]. Powstawaniu bezoarów sprzyjają takie czynniki, jak przebyte operacje żołądka, niedokładne przeżuwanie pokarmu, niekompletne użębienie, trichotillomania z trichofagią, zaburzenia motoryki żołądka, niedoczynność tarczycy czy spożywanie posiłków w pośpiechu [1–3, 6–8]. Teicher i wsp. sugerują, że u osób bez czynników ryzyka przyczyną tworzenia się bezoarów mogą być nawyki żywieniowe związane ze spożywaniem dużej ilości surowych warzyw (zwłaszcza ziemniaków) i owoców [2]. W przedstawionym przypadku prawdopodobnie doszło do niezamierzonego połknięcia nierozdrobnionego w jamie ustnej grzyba, a proces jego trawienia został upośledzony z powodu osłabienia perystaltyki na skutek zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego.

Opisy niedrożności przewodu pokarmowego spowodowanej grzybem są sporadyczne. Hitosugi i wsp. przed-

stawili przypadek rozpoznanej w badaniu sekcyjnym całkowitej niedrożności opuszki dwunastnicy wywołanej przez grzyb shiitake o średnicy około 9 cm u 74-letniej kobiety przyjmującej od 6 lat leki przeciwdepresyjne i przeciwko chorobie Parkinsona [4]. Duża niedrożność przewodu pokarmowego i wtórne wymioty doprowadziły do odwodnienia i wstrząsu hipowolemicznego. Chora zmarła z powodu nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór. Tan i wsp. opisali przypadek niedrożności jelita krętego spowodowanej bezoarem o wymiarach 6 cm × 5 cm × 2 cm złożonym z grzybów, ulokowanym 1 cm do zastawki krętniczko-kątniczej [5]. Nie udało się przepchnąć go do kątnicy i dlatego ewakuowano go z jelita przez enterotomię. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Innymi fragmentami pokarmu powodującymi mechaniczną niedrożność jelita cienkiego mogą być migdały, albedo owocu pomarańczy i rukiew wodna [8].

Chirurgicznie bezoar z przewodu pokarmowego usuwa się – w zależności od jego lokalizacji – przez gastrotomię, enterotomię lub resekcję jelita cienkiego [1–3, 5–8]. Możliwym postępowaniem jest też rozdrobnienie bezoaru lub całego fragmentu pokarmu na kawałki i przepchnięcie ich do kątnicy [1, 8]. W przypadkach powikłanych obecnością wrzodów żołądka konieczne może być wykonanie resekcji żołądka [6]. Innym powikłaniem spowodowanym obecnością bezoaru może być perforacja jelita z zapaleniem otrzewnej [3, 6]. Bezoary z żołądka można usunąć także endoskopowo, przy czym nie zawsze jest to skuteczna metoda i konieczne może być przeprowadzenie ponownej endoskopii lub zabiegu chirurgicznego [6]. Zgony po chirurgicznym leczeniu nie-

drożności przewodu pokarmowego spowodowanej fragmentami pokarmu należą do rzadkości [1, 6]. Spowodowane były one powikłaniami, takimi jak zapalenie płuc, niewydolność nerek i niewydolność wielonarządowa z sepsą. Do zgonu mogą się również przyczynić choroby współistniejące i wiek pacjentów.

Należy stwierdzić, że mechaniczna niedrożność obturacyjna jelita cienkiego spowodowana zamknięciem jego światła przez grzyb lub inny fragment pokarmu jest niezwykle rzadkim stanem. Może prowadzić do zgonu, podobnie jak każda ostra choroba jamy brzusznej, zwłaszcza u osób starszych i z poważnymi chorobami przewlekłymi.

Piśmiennictwo

1. Ho TW, Koh DC. Small-bowel obstruction secondary to bezoar impaction: a diagnostic dilemma. *World J Surg* 2007; 31: 1072-8.
2. Teicher EJ, Cesanek PB, Dangleben D. Small-bowel obstruction caused by Phytobezoar. *Am Surg* 2008; 74: 136-7.
3. Quintana JF, Walker RN, McGeehan A. Child with small bowel obstruction and perforation secondary to ileal bezoar. *Pediatr Emerg Care* 2008; 24: 99-101.
4. Hitosugi M, Kitamura O, Takatsu A, et al. Autopsy case of duodenal obstruction from impacted mushroom. *J Gastroenterol* 1998; 33: 562-5.
5. Tan KB, Premasiri MK, Isaac J, et al. Mushroom bezoar: a rare cause of small intestinal obstruction. *Pathology* 2004; 36: 207-8.
6. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, et al. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 1813-7.
7. Klipfel AA, Kessler E, Schein M. Rapunzel syndrome causing gastric emphysema and small bowel obstruction. *Surgery* 2003; 133: 120-1.
8. Ward-McQuaid N. Intestinal obstruction due to food. *Br Med J* 1950; 1: 1106-9.