

Aleksandra Borowska, Sylwia Tarka, Agnieszka Dąbkowska

Zgon 57 letniego mężczyzny z powodu niezdiagnozowanego przemieszczenia narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej

Case of death of 57 year old man with hernitation abdominal organs to the chest, never diagnosed before

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. med. Paweł Krajewski

W pracy przedstawiono przypadek 57 letniego mężczyzny, który zginął z powodu zaostrzenia niewydolności oddechowej i krążeniowej w wyniku przemieszczenia narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej w obrębie przepukliny przeponowej, która nigdy wcześniej nie była u niego zdiagnozowana.

The report describes a case of death of 57 year old man who died due to cardiac and pulmonary insufficiency caused by the diaphragmatic hernia and translocation of the abdominal organs, such as bowels and part of liver, to the chest. The diaphragmatic hernia was associated with pulmonary and liver anomalies. The disease was never diagnosed before, during his whole life.

Słowa kluczowe: przepuklina przeponowa; wrodzona; anomalie wątroby
Key words: diaphragmatic hernia; congenital; anomalies of the liver

WSTĘP

Zgon w trakcie interwencji lekarskiej, a zwłaszcza lekarza Pogotowia Ratunkowego budzi bardzo duże emocje otoczenia. Pacjenci, którzy umierają w takich okolicznościach niejednokrotnie poddawani są sekcjom sądowo-lekarskim, zlecanym przez Prokuraturę na prośbę rodziny zmarłego, która to podejrzewa, iż ich bliski był bądź to źle zdiagnozo-

wany, bądź też udzielona mu pomoc nie była prawidłowa. Jednak zdarzają się sytuacje, w których mimo szerokiej wiedzy i doświadczenia postawienie prawidłowej diagnozy jest bardzo trudne czy wręcz niemożliwe. Wtedy to pomoc udzielona zgodnie z regułami szeroko pojętej „sztuki lekarskiej” nie daje rezultatów. Poniżej przedstawiamy przypadek mężczyzny w średnim wieku, którego objawy i wywiad wskazywały na ostry epizod wieńcowy, a rozpoznanie sekcyjne okazało się być odmienne i zaskakujące.

OPIS PRZYPADKU

W dniu 28.07.2005 roku w Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Warszawie wykonano sekcję zwłok 57 letniego mężczyzny. Zgon nastąpił w miejscu zamieszkania podczas interwencji lekarza pogotowia, który wystawił kartę informacyjną o następującej treści: „Zgon nagły, przyczyna nieustalona, możliwość wystąpienia ostrego zawału serca. Alkoholizm w wywiadzie. Bez obrażeń zewnętrznych”. Z relacji rodziny wynika, iż ww. mężczyzna uprzednio leczył się na nadciśnienie tętnicze. W dniu zgonu od rana źle się czuł, uskarżał się na brak powietrza i ból w klatce piersiowej. Poza tym wyraźnie zaznaczona była sinica twarzy, szczególnie ust. Około godziny 17 wezwano Pogotowie Ratunkowe. Lekarz po przybyciu na miejsce zastał leżącego na podłodze mężczyznę w stanie agonalnym: sinica uogólniona, źrenice szerokie z powolną reakcją na świa-

tło, oddechy płytkie, nieregularne; nad płucami furczenia, akcja serca niemiaraowa około 45 uderzeń/minutę; tony serca stłumione, ciśnienie tętnicze nieoznaczalne. Pacjenta zaintubowano i przez około 20 minut prowadzono czynności reanimacyjne, bez efektu leczniczego.

W czasie sądowo-lekarskiej sekcji zwłok, po otwarciu klatki piersiowej, niespodziewanie okazało się, iż niemal cała prawa strona klatki piersiowej wypełniona jest narządami jamy brzusznej.

Fot. 1. Widoczny fragment wątroby pod lewą kopułą przepony; prawa jama opłucnowa wypełniona narządami jamy brzusznej.

Fot. 1. One of the three parts of liver is located under the left diaphragmatic leaf. The abdominal organs are moved to the right hemitorax.



W jej obrębie stwierdzono: pętle jelita czczego i krętego razem z fragmentem krezki, większą część jelita grubego (bez końcowego odcinka zstępnicy i esicy) wraz z wyrostkiem robaczkowym; a także

Fot. 2. Prawa jama opłucnowa po odprowadzeniu narządów jamy brzusznej. Widoczny jest otwór w przeponie oraz prawe płuco nieodmowe.

Fot. 2. Right hemitorax after reduction of abdominal organs. The foramen in the diaphragm and the right lung are shown.



fragment wątroby z pęcherzykiem żółciowym. Całość dawała się odprowadzić do jamy brzusznej przez okrągławy otwór znajdujący się po prawej stronie przepony średnicy około 8 cm o gładkich, dość równych, obłych, nie podbiegniętych krawędziach.

Fot. 3. Wrota przepukliny.

Fot. 3. Ring of hernia.



Płuco prawe zapadnięte, niedodmowe. Ponadto w prawym płucu zwracał uwagę ledwo zaznaczony środkowy płat połączony pasmowatym zrostem ze ścianą klatki piersiowej (fot. 2). Co ciekawe, również płuco lewe posiadało nietypową odmianę anatomiczną w postaci podziału trójpłatowego. Na szczególną uwagę zasługuje wątroba.

Fot. 4. Wątroba.

Fot. 4. Liver.



W omawianym przypadku występowała w postaci trzech części połączonych ze sobą pasmem tkanki wątrobowej. Część środkowa o wymiarach: 9x8x4 cm z pęcherzykiem żółciowym, jak już to było wspomniane wyżej, była przemieszczona do klatki piersiowej. Pozostałe dwie części (prawa o wymia-

rach 14x10x9 cm; lewa 17x14x6 cm) pozostawały w jamie brzusznej, odpowiednio pod prawą i lewą częścią kopyły przepony, oddzielone od siebie podstawą korzenia krezki, który dalej przez opisany otwór w przeponie przechodził do klatki piersiowej. Żołądek, trzustka, śledziona, nerki i nadnercza pozostawały w typowym dla siebie położeniu.

Badaniem makroskopowym i mikroskopowym stwierdzono ponadto: nierównomierne ukrwienie mięśnia sercowego, miażdżycę tętnic wieńcowych, ogniska niedodmy płuc oraz obrzęk w obrębie płuca lewego, marskość drobnoguzkową wątroby oraz ogólne przekrwienie narządów wewnętrznych. Nie stwierdzono zmian urazowych.

Jako przyczynę zgonu podano: narastającą niewydolność oddechową spowodowaną przemieszczeniem narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej w obrębie przepukliny przeponowej, co przyczyniło się do pogłębienia niewydolności układu krążenia i oddychania.

DYSKUSJA

Wrodzona przepuklina przepony jest wadą spotykaną z częstością około 1/2500 urodzeń [1]. Najczęściej ujawnia się w okresie noworodkowym jako ciężka choroba zagrażająca życiu. Do rzadkości należą przypadki, w których wada ta została zdiagnozowana po pierwszym miesiącu życia [2]. Istnieją jedynie jednostkowe doniesienia o odkryciu wrodzonej przepukliny przepony u dorosłych [3, 4]. W jednej z prac podano, iż w literaturze opisanych jest tylko około 100 takich przypadków [4].

Wrodzona przepuklina przepony u dorosłych może nie dawać żadnych objawów i stanowić przypadkowe znalezisko przy okazji diagnostyki np. w kierunku choroby nowotworowej [4], albo zamaskować się pod postacią objawów sugerujących ostrą chorobę gastroenterologiczną lub sercowo-płucną [3, 5, 6]. Taka sytuacja opisana jest między innymi w publikacji pt. „Bochdaleka hernia in adult” [7], gdzie u 41 letniego pacjenta z ostrym bólem w klatce piersiowej stwierdzono lewostronny ubytek w przeponie; po wykluczeniu urazu w wywiadzie uznano, iż jest to wada wrodzona

Można podejrzewać, iż u opisywanego przez nas powyżej zmarłego również doszło do bardzo późnego (w 57 roku życia) ujawnienia się wrodzonej przepukliny przeponowej. Przemawiają za tym: brak urazu w wywiadzie, towarzyszące anomalie rozwojowe wątroby i płuc, a także obecność w klatce piersiowej narządów, które prawidłowo położone są wtórnie zaotrzewnowo i mają ograniczoną ruchomość (wstępnica i poprzecznicza). O ile anomalie

rozwojowe płuc dość często towarzyszą wrodzonej przepuklinie przepony [1, 8] to na szczególną uwagę zasługuje obecność u opisywanego mężczyzny wątroby pod postacią trzech części, połączonych jedynie pasmem tkanki. W piśmiennictwie podkreśla się, że anomalie wrodzone wątroby są niezwykle rzadkie chociaż, częściej niż w populacji ogólnej, występują u pacjentów z wrodzonymi wadami przepony [9]. Również dość rzadko, bo jedynie w 27% przypadków wrodzonej przepukliny przepony, dochodzi do przemieszczania do klatki piersiowej narządów jamy brzusznej innych niż jelita i sieć [4], a taka sytuacja zaistniała u opisywanego zmarłego. Dostępne są prace, w których przedstawiana jest teoria, iż wpuklanie się do jamy klatki piersiowej stosunkowo dużych narządów mięsistych takich jak śledziona i wątroba, poprzez stworzenie rodzaju zapory mechanicznej, może być właśnie czynnikiem zapobiegającym wczesnemu ujawnieniu się ubytku w przeponie [2].

Autorzy artykułu pt. „Prevalence of Incidental Bochdalek's Hernia in Large Adult Population” [4] sugerują, iż populacja ludzi z niezdiagnozowaną wrodzoną przepukliną przepony jest większa niż to się w tej chwili szacuje. Informacja ta ma znaczenie zarówno dla lekarzy klinicyistów, do których pacjenci tacy trafiają, zgodnie z tym co opisano wyżej, z objawami sugerującymi różne inne, często ostre choroby, ale także istotna dla lekarzy Medycyny Sądowej, którzy mogą spotkać się z takimi przypadkami podczas sekcji. Szczególne problemy interpretacyjne mogą stwarzać przypadki podobne do opisanego w pracy pt. „Bochdalek Hernia In adulthood: a case report and review of recent literature” [10] gdy dorosły z niezdiagnozowaną wrodzoną przepukliną ulega wypadkowi. Zatem mimo iż pęknięcie przepony może towarzyszyć urazom obejmującym klatkę piersiową i brzuch [4] to w różnicowaniu warto brać pod uwagę możliwość istnienia wrodzonych wad tego ważnego dla życia mięśnia.

PIŚMIENNICTWO

1. Gosche R., Islam S., Boulanger S.: „Congenital diaphragmatic Hernia: searching for answers”. *Am J Surg* 2005; 190: 324-32.
2. Kitano Y., Lally K., Lally P.: „Late-presenting congenital diaphragmatic hernia”. *J Pediatr Surg* 2005; 40 (12): 1839-43.
3. Karanikas I. D., Dendrinou S. S., Liakakos T. D., Koufopoulos I. P.: „Complications of congenital posterolateral diaphragmatic hernia in the adult. Re-

port of two cases and literature review" J Cardio-vasc Surg (Torino). 1994 Dec; 35(6): 555-8.

4. Mullins M. E., Stein J., Saini S. S., Mueller P. R.: „Prevalence of Incidental Bochdalek's Hernia in a Large Adult Population" AJR Am J Roentgenol 2001; 177:363-6.

5. Mei-Zahav M., Solomon M., Trachsel D., Langer J. C.: „Bochdalek diaphragmatic hernia: not only a neonatal disease." Arch Dis Child. 2003; 88(6): 532-5.

6. Perch P., Houck W. V., DeAnda A. Jr.: „Symptomatic Bochdalek hernia in an octogenarian".

7. Kao.CI.: „Bochdaleka hernia in adult". J Emerg Med. 2002; 23(3): 283-4. Ann Thorac Surg. 2002, 73(4): 1288-9.

8. Hosgor M., Karaca I., Karkiner A., Ucan B., Temir G., Erdag G., Fescekoglu O.: „Associated malformations in delayed presentation of congenital dia-

phragmatic hernia". J Pediatr Surg. 2004; 39(7): 1073-6.

9. Daver G. B., Bakhshi G. D., Patil Arun, Ellur Sunderraj, Jain Mohit, Daver N. G.: „Bifid liver in a patient with diaphragmatic hernia". Indian J Gastroenterol 2005; 24 (1): 27-8.

10. Jastaniah S., el-Tahir M. I., Grillo I. A., Batouk A., al-Shehry M. Y., Softah A., el-D N el-Tayeb: „Bochdalek hernia in adulthood: a case report and review of recent literature". Indian J Chest Dis Allied Sci. 1998; 40(4): 281-5.

Adres autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Warszawie
ul. Oczki 1, 02-007 Warszawa