

Objawy ze strony układu pokarmowego związane z zakażeniem SARS-CoV-2 u dzieci.

lek. Maciej Pelc, prof. dr hab. n. med. Bartosz Korczowski
I Klinika Pediatrii i Gastroenterologii Dziecięcej, Uniwersytet Rzeszowski.

Zakażenie wirusem SARS-CoV-2 w populacji pediatrycznej przebiega na ogół w sposób łagodny. Niemniej jednak objawy ze strony układu pokarmowego mogą być wiodące w obrazie klinicznym zarówno infekcji pierwotnej, jak i powikłań po przebytych zakażeniach. W niektórych przypadkach przebiegają zaskakująco gwałtownie. Objawy żołądkowo-jelitowe mogą:

- występować przed lub równoległe z objawami oddechowymi
- być jedynym objawem zakażenia
- stanowić powikłanie zakażenia

Wśród zakażonych (dodatni wynik met. PCR) koronawirusem pacjentów (n = 37) hospitalizowanych w I Klinice Pediatrii i Gastroenterologii Dziecięcej KSW nr 2 w Rzeszowie, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego stwierdzono u jedenastu (29,7%), przy czym u ośmiu z nich (21,6%) stanowiły one jedyną manifestację choroby. Obserwowano następujące objawy:

- jadłowstręt / utrata łaknienia (18,9%)
- ból brzucha (16,2%)
- wymioty (13,5%)
- biegunka (10,8%)
- dysfagia (8,1%)

Dane te są porównywalne z wynikami uzyskanymi z innych ośrodków. Zgodnie z aktualną literaturą objawy żołądkowo-jelitowe dotyczą około 15% pacjentów z dodatnim wynikiem testu PCR w kierunku SARS-CoV-2.

Interesującym objawem jest dysfagia, która u części pacjentów wystąpiła w trakcie aktywnego zakażenia SARS-CoV-2. U części natomiast miała charakter przewlekły (powyżej 14 dni) i skutkowała istotną utratą masy ciała. Z tego powodu u trzech pacjentów wykonano gastroskopię, w której nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych. W grupie młodszych dzieci (do 3 r.ż.) zamiast dysfagii obserwowano spadek łaknienia prowadzący niekiedy do odmowy przyjmowania pokarmu i zahamowania przyrostu masy ciała. U wszystkich pacjentów (zarówno tych z dysfagią jak i z utratą łaknienia) dolegliwości wycofały się samoistnie.

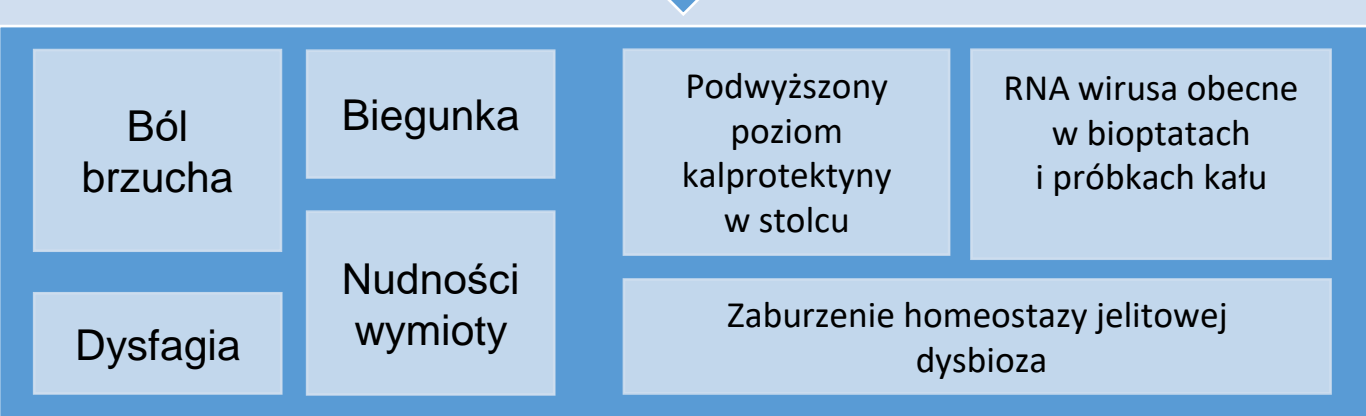
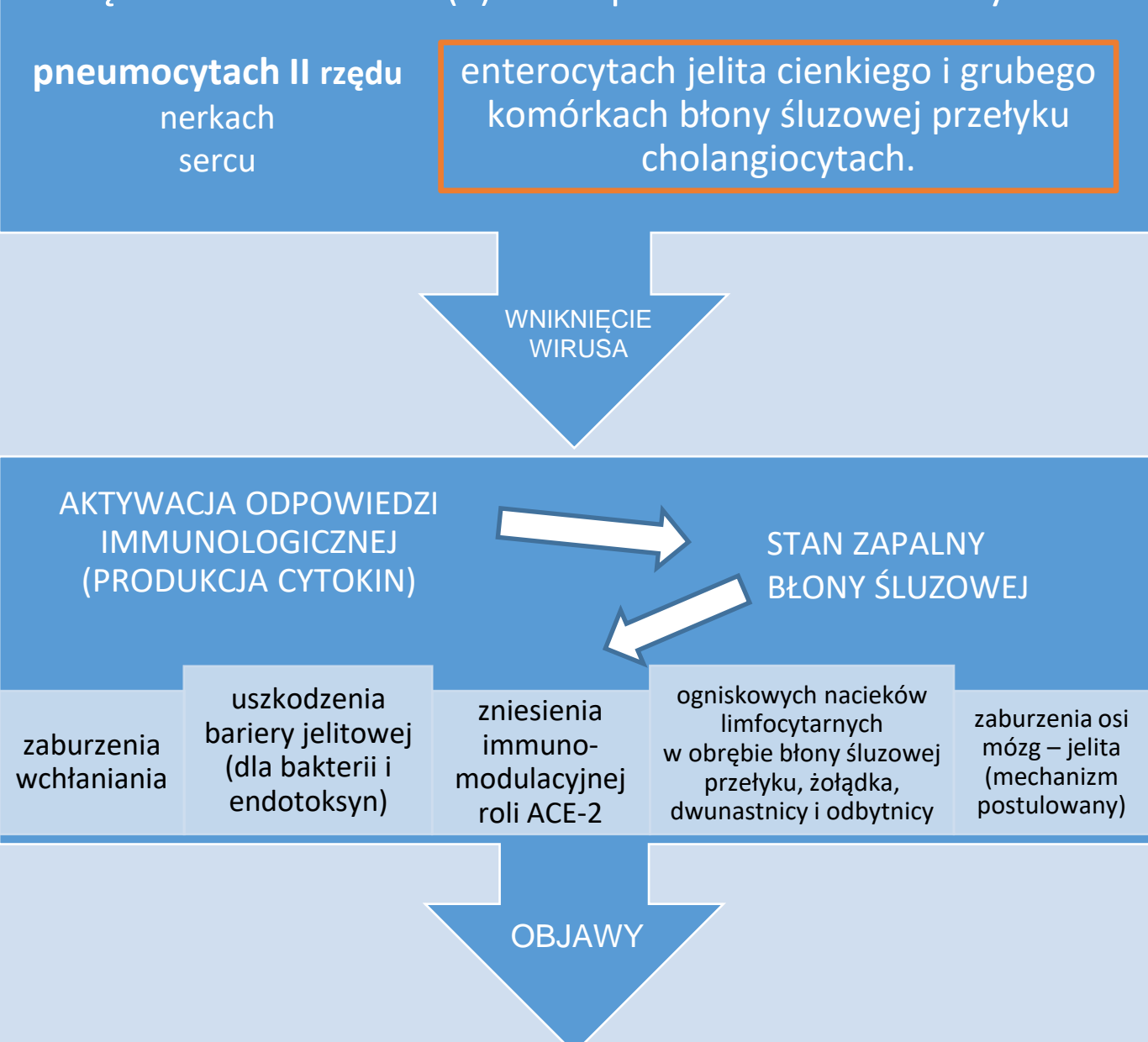
Zajęcie przewodu pokarmowego w przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 może zarówno wynikać z bezpośredniej inwazji wirusa, jak i być konsekwencją uszkodzenia tkanek przez intensywną odpowiedź immunologiczną. Ryc. 1 przedstawia patomechanizm powstawania objawów ze strony przewodu pokarmowego. Według dostępnych danych cząstki wirusa są zdolne przetrwać dłużej w przewodzie pokarmowym niż w drogach oddechowych.

Autorzy niektórych opisów przypadków i badań obserwacyjnych nad COVID-19 raportują o stwierdzanych zaburzeniach ze strony wątroby i dróg żółciowych. Cechy zapalenia wątroby mogą wynikać z bezpośredniego działania uszkadzającego wirusa lub być związane ze stosowaniem leków. Odchylenia biochemiczne ze strony wątroby stwierdzono u 16,2% zakażonych pacjentów naszej Kliniki. Ograniczały się one do łagodnej, przejściowej hipertransaminazemii. W żadnym przypadku nie stwierdzono cech cholestazy i zaburzeń koagulogramu.

W grupie nieswoistych zapaleń jelit trzech pacjentów wymagało hospitalizacji z powodu zaostrzenia choroby na tle zakażenia SARS-CoV-2. Stwierdzano nasilenie biegunki i bólów brzucha (2/3 pacjentów), wymioty (1/3), anemię (1/3) i wysokie stężenie białka c-reaktywnego (1/3). W jednym przypadku konieczne było wprowadzenie dożyłnej sterydoterapii, pozostali pacjenci nie wymagali eskalacji terapii.

Kolejną grupą objawów są następstwa przebytej infekcji SARS-CoV-2. Najbardziej spektakularny z nich to dziecięcy wieloukładowy zespół zapalny (PIMS albo MIS-C), który rozwija się u ok. 1/1000 dzieci po 4-8 tygodniach od zakażenia SARS-CoV-2. Jest to uogólniony proces zapalny charakteryzujący się gorączką i uszkodzeniem wielonarządowym z charakterystycznymi odchyleniami w badaniach dodatkowych. W naszej Klinice od początku pandemii COVID-19 hospitalizowanych było 40 pacjentów z PIMS. Większość z nich oprócz gorączki prezentowała wybitnie nasilone objawy ze strony przewodu pokarmowego. Dominował ból brzucha (86,5%) - znacznie nasilony już w dniu przyjęcia do szpitala. U trzech pacjentów był on powodem appendektomii. Często występowały również wymioty - 54,8%, biegunka - 51,4%, hepatosplenomegalia - 29%. W badaniach dodatkowych, poza podwyższoną wartością CRP, PCT, OB, interleukiny-6, ferrytyny, D-dimerów, NT-proBNP, obserwowano również hipertransaminazemię (58%). W badaniach obrazowych stwierdzano obecność wolnego płynu w jamie otrzewnowej (47%), obrzęk ściany jelit (18%), pogrubienie wyrostka robaczkowego (7,5%).

Oprócz drogi kropelkowej prawdopodobna jest również droga fekalno-oralna. Wirus wnika do komórek gospodarza poprzez wiązanie białka kolca (S) z receptorem ACE-2 obecnym w:



Podsumowanie i wnioski:

- Objawy ze strony przewodu pokarmowego stanowią zasadniczy element obrazu COVID-19 oraz PIMS
- Infekcja SARS-CoV-2 powinna być brana pod uwagę w diagnostyce różnicowej ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego
- Pacjent z silnymi bólami brzucha i podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego powinien w czasie pandemii COVID-19 być rutynowo oceniany pod kątem PIMS (na podstawie kryteriów klinicznych)
- Pacjenci po przebytych zakażeniach koronawirusem powinni pozostać w kilkumiesięcznej obserwacji pod kątem zaburzeń stanu odżywienia