

Těžká akutní pankreatitida

MUDr. Zuzana Adamová, Ph.D., MUDr. Rostislav Čureček

Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice, a. s.

Akutní pankreatitida je zánět slinivky břišní, jehož závažnost může kolísat od lehkých forem až po ty život ohrožující. V naší kazuistice představujeme 49letého muže, který byl přijat pro ostrou bolest břicha, s diagnózou akutní pankreatitidy. Po šesti dnech hospitalizace se jeho stav začal zhoršovat a během deseti dnů zemřel na septický šok, jehož příčinou byla rozsáhlá perforace tračníku. V naší kazuistice chceme připomenout možnost závažného průběhu těžké pankreatitidy, přičemž perforace tračníku je raritní komplikace peripankreatické nekrózy.

Klíčová slova: pankreatitida, peripankreatická nekróza, perforace tračníku.

Severe acute pancreatitis

Acute pancreatitis is an acute inflammation of the pancreas that varies in severity from mild to life threatening. We report a 49-year-old man presenting for acute sharp abdominal pain, diagnosed as acute pancreatitis. After six days his condition started to deteriorate and within ten days died because of septic shock due to an extensive colon perforation. In our case presentation we aimed to commemorate the possibility of severe complications of acute pancreatitis. Colon perforation is rare complications of peripancratic necrosis.

Key words: pancreatitis, peripancratic necrosis, colon perforation.

Úvod

Akutní pankreatitida, zánět slinivky břišní, je významnou příčinou morbidit, ale i mortalit. Dle dostupných dat ÚZISu byla v roce 2018 důvodem k 11 125 hospitalizacím (tj. 104/100 000 obyvatel), z toho 267 pacientů zemřelo. Průměrná délka hospitalizace byla 8 dnů. Postihuje lidi v produktivním věku, průměrný věk hospitalizovaných byl 56 let (1). Dle revizované Atlantské klasifikace se rozděluje na 3 kategorie:

- lehká akutní pankreatitida – bez orgánového selhání, bez systémových komplikací,
- středně těžká akutní pankreatitida – s přechodným orgánovým selháním, které odezní do 48 hodin,
- těžká akutní pankreatitida – s perzistentním orgánovým selháním (2).

Zatímco lehká pankreatitida, která představuje asi 80 % forem, většinou během týdne odezní, těžká pankreatitida má vysokou mor-

talitu, udávanou až kolem 30 % (3). Nejčastější je biliární (40–70 %) či alkoholová etiologie (20–40 %), hypertriglyceridemie (1–14 %). Může vzniknout i iatrogeně, ať už po ERCP (endoskopické retrogradní cholangiopankreatografii) či při léčbě některými diuretiky, antibiotiky, antiepileptiky apod. Raritně může být příčinou dysfunkce Oddiho svěrače, pancreas divisum, hyperkalcemie, virové či bakteriální infekce, úraz či genetická zátěž, systémové onemocnění (lupus erythematosus), IgG4 asociovaná onemocnění, otrava (4–8).

Pacienta k lékaři přivádí bolest v epigastriu a event. v obou hypochondriích, která může vyzařovat do zad. Je trvalá a může být velmi intenzivní, maxima dosahuje v průběhu několika hodin. Pacienti vyhledávají polohu na boku s přitaženými koleny k břichu a ohnutými zády. Bolest je doprovázena zvracením, nevolností, nechutenstvím. Při vyšetření je břicho bolestivé, postupně se rozvíjí peritoneální dráždění, peristaltika je obleněná až

nepřítomná. Raritně, u těžkých forem, může pozorovat hnědočervené zbarvení kolem pupku (Cullenovo znamení), v oblasti třísel (Grey-Turnerovo znamení), na bocích.

V naší kazuistice chceme připomenout, že akutní pankreatitida může mít fatální průběh i u relativně mladých jedinců, léčebné možnosti jsou přitom limitované, tudíž o to důležitější je prevence.

Kazuistika

Pacient, 49 let, byl přijat na interní oddělení pro tři dny trvající bolesti břicha. Jednalo se o pacienta morbidně obézního (váha 140 kg, BMI 48 kg/m²), léčeného pouze pro hypertenzi. V minulosti podstoupil cholecystektomii.

Při příjmu byl afebrilní, eupnoický, anamnesticky neudával průjem či zvracení, popíjení alkoholu popřel. Laboratorní nález odpovídal pankreatitidě (AMS 7 µkat/l, CRP 270 mg/l; prokalcitonin, renální i jaterní funkce, triglyceridy byly v normě). Byla zahájena konzerva-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Zuzana Adamová, Ph.D., adamova@nemocnice-vs.cz
Nemocniční 955, 755 01 Vsetín

Cit. zkr: Med. praxi 2021; 18(4): 281–282

Článek přijat redakcí: 26. 4. 2021

Článek přijat k publikaci: 30. 6. 2021

Obr. 1. CT břicha s objemným pneumoperitoneem, suspektním abscesem jater, nekrózou pankreatu



tivní léčba pankreatitidy. Pět dní po přijetí, po vzestupu pankreatických enzymů, byl pacient předán k další péči na chirurgické oddělení.

Za dalších pět dní si začal stěžovat na zhoršení bolestí břicha. Byl nadále oběhově stabilní, afebrilní, s dostatečnou diurézou. Respirační obtíže při námaze se špatně posuzovaly vzhledem k Pickwickovu syndromu. Na CT břicha byla popsána zvětšující se akutní peripankreatická kolekce a vyjádřeno podezření na absces pravého jaterního laloku. Radiologové punktovali jak kolekci, tak ložisko jater (výkon byl obtížnější, protože kůže a část podkoží již nebylo možno zachytit na CT pro objem pacienta). Překvapivý byl biliární odpad z peripankreatické kolekce. Při punkci jater získali jen minimum materiálu, ložisko ještě nebylo kolikvované, pouze nekrotické. Nicméně pacientovi se po punkci ulevilo. Oba vzorky byly kultivačně sterilní.

Po třech dnech došlo k rozvoji septického stavu, při antibiotické terapii se objevily navíc úporné průjemy, *Clostridium difficile* jsme ani při opakovaném vyšetření neprokázali. Pro deterioraci stavu s oběhovou nestabilitou byla nutná intenzivní parenterální hydratace a podávání vasopresoru. Současně mírně stouply hodnoty obstrukčních jaterních enzymů (GGT 4 μ kat/l, ALP 3 μ kat/l). Domluvili jsme ERCP, které mělo být provedeno za dva dny.

Následující den se klinický nález na břiše zhoršil, bylo špatně prohmatné, bez peristaltiky. Zavedli jsme nasogastrickou sondu, do které vyteklo přes 2 l stagnačního žaludečního obsahu. Původně byla výživa realizována cestou nasojejunální sondy, při střevní paralyze

jsme podávání výživy ukončili. Od ERCP jsme upustili, protože obstrukční jaterní parametry spontánně poklesly. Protože stav se následující den neupravoval, naopak intraabdominální tlak stoupl na 20 mmHg, provedli jsme další CT břicha. Překvapením bylo objemné pneumoperitoneum (klinicky pacient peritoneální nebyl, však vzhledem k jeho konstituci měla všechna klinická vyšetření jen malou vypovídací hodnotu). Dále bylo vysloveno podezření na uzávěr truncus coeliacus, trombózu v. lienalis s infarzací sleziny, objemný absces jater (obr. 1).

Vzhledem k těmto nálezům byla operační revize nezbytná. V dutině břišní se nacházelo množství zkalené tekutiny. Kličky tenkého střeva a závěsy byly značně oteklé, křehké a krvácivé. Nejdříve jsme zrevidovali supramesokolickou část dutiny břišní – tělo i fundus žaludku byly bez patologického nálezu, na pyloru a duodenu byly patrné mapovité okrsky střevní ischemie, další takové okrsky byly na proximálním jejunu za duodenojejunálním ohbím. Játra se jevila vitální, na CT popisovanou abscesovou kolekci jsme nehmatali. Oblast vzestupného tračníku byla součástí abscesové dutiny. Zde byl patrný únik střevního obsahu. Stěna střeva byla nekrotická, rozpadlá, s defektem o velikosti asi 3 cm. Rozhodli jsme se pro pravostrannou hemikolektomii jako řešení perforace střeva. Ischemické okrsky žaludku a tenkého střeva jsme ponechali intaktní, k revizi za 24 h. Postupnou preparací v zánětlivém a nekrotickém terénu jsme uvolnili střevo v rozsahu pravostranné hemikolektomie. Konstrukci anastomózy či stomie jsme taktéž odložili, ve snaze o co nejrychlejší výkon, toto bylo plánováno až po stabilizaci pacienta v druhé době.

K další operaci již nedošlo, pacient zemřel na septický šok za 8 hodin po operaci. Při pitvě byla navíc nalezena nekrotická stěna duodena, ulcerovaná, s perforací. Dále patologové popsali obturující trombózu truncus coeliacus s rozsáhlými mapovitými nekrotizacemi jaterní tkáně a sleziny. Obturující trombóza byla také přítomna ve vena portae s následnou hemoragickou infarzací tenkého střeva.

Diskuze

Akutní pankreatitida je jedno z nejčastějších gastrointestinálních onemocnění, které vyžaduje přijetí do nemocniční péče. Zatímco lehká forma proběhne obvykle bez komplikací, těžká forma je spojena s vysokou morbiditou a letalitou. V místě pankreatu a jeho okolí se mohou vytvářet akutní peripankreatické kolekce či nekrózy. Při delším průběhu dojde k jejich ohrazení vůči okolí a po 4 týdnech pak mluvíme o pseudocystě či ohrazené nekróze. Nejzávažnější lokální komplikací je infekce pankreatické nekrózy, ke které dochází v 30–70 % a klinicky se manifestuje obvykle ve 3.–4. týdnu od počátku příznaků (9, 10). Riziko pankreatické infekce stoupá s rozsahem pankreatické nekrózy, takže u nekrotizujících 50 % objemu pankreatu se jich infikuje více než polovina (11). Infekce nekrózy je nejčastější příčinou úmrtí. Typicky bývá zprvu monomikrobiální (*E. Coli*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Enterococcus*).

U nekrotizujících pankreatitid se nyní preferuje maximálně konzervativní postup, nicméně, pokud je podezření na infekci nekrotizujícího pankreatu, intervence je již nezbytná. Nekrózu považujeme za infikovanou, pokud je na CT obraze patrný plyn či prokážeme bakterie v punktu. Pomýšlíme na ni při celkových známkách infekce a absenci jiného infekčního zdroje. Dle nálezu a možností daného pracoviště bývá první metodou endoskopická či perkutánní drenáž (musí se však jednat už o ohrazené kolekce (12)). Chirurgická léčba bývá v současné době již zcela upozaďována, nicméně v našem případě se jiná možnost nenabízela. I tak byl rozsah postižení příliš rozsáhlý.

Závěr

Naši kazuistikou jsme chtěli připomenout potenciální závažnost akutní pankreatitidy. Praktičtí lékaři se s tímto obrazem nesetkají, ale je dobré si uvědomit, že dvě nejčastější příčiny akutní pankreatitidy (cholecystolitida a pravidelná konzumace alkoholu) jsou ovlivnitelné a můžeme tak zasáhnout preventivně.

LITERATURA

1. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2018 [cit. 2021–4–20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008313/hospit2018.pdf>.
2. Floreánová K, Dítě P, Kianička B, et al. Akutní pankreatiti-

da – validace nové klasifikace na souboru 159 nemocných a prognostické faktory. *Vnitr Lek*. 2014; 60(7–8): 567–574.

3. Mandala A, Wamsteker EJ, DiMaggio MJ. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis.

F1000Res. 2018; 7: F1000 Faculty Rev-959. doi: 10.12688/f1000research.14244.2.

Další literatura u autorky
a na www.medicinapropraxi.cz