

616.711:616.832.959]—002.3

VERTEBRÁLNÍ EPIDURÁLNÍ ABSCES

Jan KULHÁNEK

Chirurgické oddělení vojenské nemocnice SNP v Ružomberku

(přednosta MUDr. Jan Kulháněk)

Vertebrální epidurální absces (epiduritis spinalis purulenta acuta, pachymeningitis externa purulenta acuta) je závažným onemocněním, které nepoznáno nebo pozdě diagnostikováváno vede k smrti nebo těžkým následkům z poškození míchy. Je komplikací hnisavých onemocnění a, jak vyplývá z našeho i cizího písemnictví, jeho častost v posledních letech stoupá.

Diagnóza v počátečních stádiích onemocnění je obtížná, při plném rozvoji příznaků jen rychle chirurgická pomoc — laminektomie, evakuace abscesu a adekvátní komplexní léčba — rozhodnou o dalším osudu nemocného.

V našem písemnictví se touto problematikou zabýval Mathon, Budínová a Hoffmeister, Novotný s Nosovou, kteří popisují jen několik případů. Největší zkušenosti u nás má Malý z pražské neurochirurgické kliniky, který podrobně zhodnotil průběh choroby u osmi nemocných.

Přesto, že se všeobecně pohlíží na toto one-

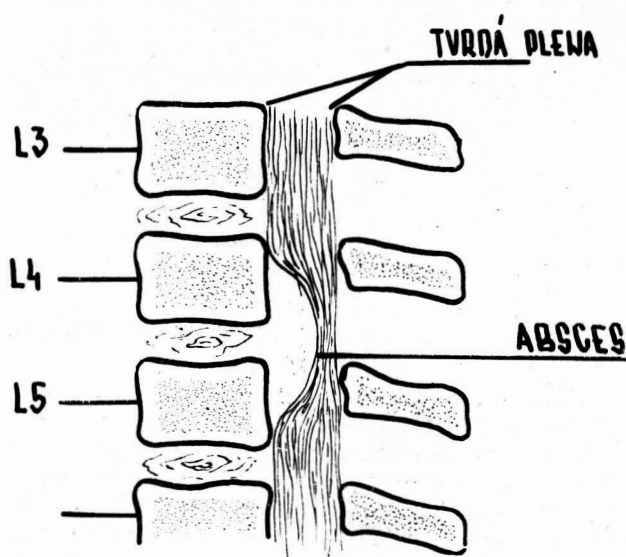
mocnění quoad vitam a především quoad functionem značně skepticky, dobré zkušenosti Malého u osmi nemocných, z nichž žádný nezemřel a všichni jsou schopni chůze, dovolují pohlížet na toto onemocnění optimističtěji, než se uvádí.

K podobným závěrům jsme došli i my, i když je vzhledem k charakteru oddělení — všeobecně chirurgické — počet hodnocených případů značně skromnější (tab.).

AUTOR	POČET PŘÍP.	ÚMRTVOST
BROWDER LEVRS 1937	71 VČ. LITER.	60 %
GRANT 1945	44 VČ. LITER.	31 %
JACOBV 1952	59 VČ. LITER.	45 %
UMBACH 1962	9	22 %
MALÝ, DRAHOZAL 1964	8	0
KULHÁNEK 1973	2	0

V rozmezí pěti let jsme měli možnost ošetřovat společně s naším neurologickým oddělením dva nemocné s vertebální epidurální abscesem.

U prvního nemocného, devítiletého chlapce, jsme indikovali laminektomii pro kompresi kaudy ve výši ploténky L_4L_5 expanzivním procesem, nádorem nebo středním výhřezem ploténky (v anamnéze byl pád na záda před třemi týdny) a nic z klinického, rentgenového a laboratorního vyšetření nenavštědčovalo pro jinou diagnózu, takže nález epidurálního abscesu, byl dokonce na přední ploše durálního vaku, byl pro nás překvapením. Nemocný se zhojil, zbyla jen paréza pravé dolní končetiny fibulárního typu (obr.).



Druhý nemocný, padesátisedmiletý voják z povolání, byl přijat na neurologické oddělení naší nemocnice pro bolesti v křížové krajině a v levé dolní končetině. Před čtyřmi týdny prodělal chřipkové onemocnění, od té doby se cítil malátný. Asi týden před přijetím dostal prudké bolesti do zad, nemohl vůbec chodit, později se bolesti začaly šířit do levé dolní končetiny. Měl potíže s močením. Při přijetí si stěžoval na tupé bolesti v kříži a v levé dolní končetině. Teplotu neměl. V noci zvracel a měl silné bolesti hlavy. Ráno zjištěna opozice šíje, teplota 37,2 st. C. Lumbální punkcí nasáta nejprve kapka žlutého hnisu, pak vytekl xantochromní likvor, který ihned koaguloval. Pandý +++++, bílkoviny 640 mg/%. RTG hrudní a lumbosakrální páteře: destrukce obratle Th_9 , ploténka $Th_{9,10}$ snížena, deformace Th_8 . V moči hyalinní a jemně granulované válce, leukocyty v krvi 18 000. Odpoledne byl nemocný zmatený, dezorientovaný, k večeru postupně upadal do bezvědomí. Byl silně meningeální, T 37,8 st. C, kompletně paraplegický. Podle anamnézy a objektivního nálezu předpokládáme jako primární onemocnění spondylitidu

$Th_8,9$, blíže neznámé etiologie s průvodní komplikací — epidurálním abscesem, který komprimuje míchu. Pro rychle se horšící stav nemocného — hluboké bezvědomí, vysoké teploty, kompletní paraplegii, provedli jsme téhož dne večer laminektomii z vitální indikace v rozsahu Th_{10} až L_1 a potvrdili klinický nález — přítomnost epidurálního abscesu ve výši L_1 po pravé straně tvrdé pleny. Provedli jsme evakuaci a drenáž epidurálního abscesu s instilací antibiotik. Pooperační průběh byl komplikován vysokými teplotami, opakovanými zánehy močových cest, vznikem proleženin menšího rozsahu a osm dní trvajícím bezvědomím v důsledku těžké meningitidy. Po osmiměsíčním nemocničním léčení se však stav nemocného natolik zlepšil, že mohl být propuštěn do domácího ošetřování a později doléčen v lázních. Při kontrolním neurologickém vyšetření před propuštěním byl subjektivně bez obtíží, močil normálně, byl schopen chůze, pohyblivost páteře byla normální.

Rozprava

Ve srovnání s nitrolebními abscesy jsou epidurální páteřní abscesy vzácné. Ze dvou třetin vznikají metastaticky cestou krevní nebo se šíří ze sousedství, nejčastěji jako průvodní komplikace akutně probíhající osteomyelitidy obratlů. Malý jí prokázal u většiny svých nemocných, my jsme ji našli v obou popsanych případech. Původcem onemocnění bývá většinou pyogenní stafylokok. Prokázali jsme ho u obou našich nemocných. Onemocnění probíhá převážně velmi rychle, začíná místními bolestmi, jež brzy vystřelují po celé páteři, nebo bolestmi kořenového rázu. Jsou přítomny známky zánětu — vysoké teploty, leukocytóza, zvýšená sedimentace. Rychle nastupují známky míšní komprese, které se v několika dnech vystupňují v úplnou paraplegii.

Závažnost neurologických důsledků onemocnění — mikční poruchy, poruchy hybnosti dolních končetin — opravňují chirurga provést operační revizi, i když diagnóza není zcela jednoznačná. Riziko zanedbání epidurálního abscesu je pro nemocného mnohem závažnější než nepatrné riziko dobře provedené chirurgické revize. Proto i pokusy o jen konzervativní léčbu antibiotiky je třeba zásadně odmítnout pro možnost vzniku těžkých neurologických poruch.

Diferenciálně diagnosticky přichází v úvahu polyradiculoneuritis, komprese metastázou, hemoblastóza, maligní nádor, míšní absces, transverzální myelitida. Všechny však mají odlišný průběh.

Rentgenové vyšetření, zejména zpočátku, je negativní, je nám tedy málo platné k určení diagnózy. Podobně i lumbální punkce, která sice, podaří-li se nabodnout epidurální prostor s hnisem, potvrdí diagnózu; je však příliš nebezpečná pro možnost zavlečení infekce do leptomeningeálního prostoru, kromě toho —

likvorový nález je netypický. Např. zcela shodný s myelitidou, tj. buď ve fyziologických mezích nebo má disociaci cytoproteinickou či proteinocytologickou nebo pleiocytózu a hyperproteinózu. Jsme přesvědčeni, že těžká meningitida u našeho druhého nemocného byla způsobena nabodnutím epidurálního abscesu při lumbální punkci a zanesením infekce do leptomeningeálního prostoru. Potvrdila nám sice diagnózu epidurálního abscesu, ale za jakou cenu! Proto ji ve shodě s Malým odmítáme. Ke správné diagnóze stačí podrobné vyšetření, neurologický obraz s charakteristickou dynamikou.

Úspěšný výsledek u našich dvou nemocných byl zajištěn především tím, že operace byly provedeny po zjištění diagnózy co nejdříve a rozsah laminektomie proveden v takové míře, aby hnisavé ložisko bylo široce otevřeno, evakuováno a drénováno, a to bez ohledu na stav nemocného. Našeho druhého nemocného jsme operovali bez jakékoliv anestézie, byl v hlubokém bezvědomí, septický, paraplegický. Vystačili jsme s laminektomií v rozsahu čtyř obratlů. Malý u dvou nemocných provedl úspěšně laminektomii v rozsahu 11 a 15 obratlových oblouků.

Výsledky léčby jsou dobré, pokud byla operace provedena včas. Bez operace je nemocný ztracen i při použití antibiotik, pozdní operace pak již nestačí zabránit trvalým následkům — poruchám hybnosti dolních končetin a mikčním obtížím. Je třeba opětovaně zdůraznit časový faktor, značnou důležitost délky období od vzniku prvních příznaků onemocnění do provedení operace. Sama komprese míšní není pro funkci tak nebezpečná — po uvolnění většinou dojde opět k návratu hybnosti — ale nebezpečí hrozí především z možnosti přestupu infekce metastatickou cestou do cévního zásobení míchy, kde v důsledku tromboflebitidy těchto cév může dojít k nezvratným změnám. Tedy špatné výsledky jsou způsobeny především pozdě provedenou operací.

Nelze opomenout, že na úspěšných výsledcích má nemalý podíl i pečlivá pooperační péče a rehabilitace.

Prvý nemocný se zhojil, zbyla jen paréza pravé dolní končetiny, u druhého nemocného s daleko závažnějším nálezem i průběhem onemocnění došlo k restituci ad integrum. Při kontrole po pěti a deseti letech se klinický nález u obou nemocných nezměnil.

Zkušenosti u našich dvou nemocných svědčí o tom, že toto poměrně vzácné onemocnění

neprobíhá vždy tak, aby bylo možné vždy správně stanovit diagnózu ještě před operačním výkonem. Důkazem toho jsou oba naši nemocní. U prvního jsme podle klinického obrazu a průběhu správně indikovali laminektomii, ale jako podklad ochrnutí obou dolních končetin jsme podle všech vyšetření předpokládali střední výhřez ploténky nebo nádorový proces, ale při operaci jsme překvapivě našli epidurální absces s lokalizací na přední ploše durálního vaku. Naopak u druhého nemocného jsme patologickoanatomický podklad — epidurální absces ze spondylitidy určili přesně ještě před operací. Od přijetí do operace uplynulo jen 24 hodin, během kterých se poměrně dobrý stav nemocného tak rychle zhoršoval, že operace se stala vitálně indikovanou. Diagnózu potvrdily jednak změny na hrudní a lumbosakrální páteři, tak i lumbální punkce s nasátím hnisu, především však rychle nastupující paraplegie dolních končetin a známky meningitidy. Konečně i anamnéza — chřipkové onemocnění před čtyřmi týdny — bylo pravděpodobně obdobím vyvíjejícího se zánětlivého procesu na hrudní a lumbosakrální páteři, poněvadž při přijetí byly zjištěny těžké destruktivní změny obratlů, a ty, jak známo, se rentgenologicky projeví po dvou až sedmi týdnech.

Tedy v prvním případě ani jedna známka, která by svědčila pro toto onemocnění, v druhém — klasický obraz epidurálního páteřního abscesu.

Závěrem možno konstatovat, že i když naše zkušenosti jsou skromné, opravňuje nás úspěšný výsledek léčby u našich dvou nemocných k souhlasnému názoru s pražskou neurochirurgickou klinikou, že při správném přístupu k diagnostice a léčbě tohoto závažného onemocnění, je plně na místě léčebný optimismus.

Souhrn

Dva nemocní s epidurálním vertebrálním abscesem byli úspěšně vyléčeni chirurgickou cestou — laminektomií a drenáží epidurálního prostoru. Úspěšný výsledek byl zajištěn především včas provedenou operací, použitím vhodných antibiotik celkově i místně a rehabilitací. Prodiskutována otázka diagnostiky, zdůrazněn význam anamnézy a dynamického vývoje klinického obrazu. Rentgen má podružný význam, bederní punkci pro nebezpečí zanesení infekce je lépe se raději vyhnout.

Písemnictví u autora