

616.366—003.7—06:617.553—002.36

CHOLELITIÁZA KOMPLIKOVANÁ RETROPERITONEÁLNÍ FLEGMÓNOU

MUDr. Jan JANDA, pplk. MUDr. Oldřich SMOLA, pplk. MUDr. Radoslav MATOUŠEK

Šiklův patologicko-anatomický ústav LF UK v Plzni
(přednosta: prof. MUDr. Josef Vaněk, DrSc.)Chirurgické oddělení vojenské nemocnice v Plzni
(náčelník: pplk. MUDr. Jaroslav Daněk)Interní oddělení vojenské nemocnice v Plzni
(náčelník: pplk. MUDr. Radoslav Matoušek)

Komplikace cholelitiázy jsou všeobecně známé (1, 2). Jsou to především mechanické komplikace způsobené zaklíněním konkrementu ve žlučových cestách. Následkem toho může vzniknout hydrops žlučníku, při infikování empyém s gangrénou stěny žlučníku, následnou perforací a peritonitidou. Při uzávěru ductus choledochus vzniká obstrukční ikterus, někdy cholangitis. Nalehá-li velký konkrement na stěnu žlučových cest, může se vytvořit dekubitální perforace do střeva, vzniká biliodigestivní píštěl. Je-li konkrement větších rozměrů, může mechanicky uzavřít průchodnost tenkého střeva a vzniká biliární ileus. Dalším druhem komplikací je akutní nebo chronická cholecystitis, abscedující hepatitida, biliární cirrhóza, akutní a chronická pankreatitida. Za komplikaci můžeme považovat i karcinom žlučníku, který se bez cholelitiázy prakticky nevyskytuje.

S poměrně vzácnou komplikací cholelitiázy jsme se setkali u naší nemocné, kde v údobí po biliární kolice došlo ke vzniku abscedující flegmony retroperitoneálního tuku. Tuto jednotku vymezili nedávno Štěrba a Šoustek (9).

A. H., 54letá žena. V létě 1973 měla poprvé bolesti pod pravým obloukem žeberním, šířící se dozadu a spojené s nadýmáním, nauzeou, zvracením. Žlutá nikdy nebyla, průjemem netrpěla. Držela dietu s omezením tuků a dráždivých jídel, přesto se však podobné obtíže opakovaly. Koncem května 1974 začala mít prudké bolesti kolikovitého rázu pod pravým obloukem žeberním, trvající asi hodinu. Zvracela. Bolesti se opakovaly a nemocná byla přijata na interní oddělení.

Při přijetí vážila 90 kg, puls 88/min, TK 120/80. Měla výraznou palpační citlivost pod pravým obloukem žeberním, ale i vlevo od pupku. Žloutenka nebyla patrná. Byla podána antacida, anticholinergika, Oxymykoin. Dostavila se přechodná úleva. Laboratorní nálezy: FW 50/74, 95/106; KO: leukocytóza 16 000 až 20 000 s posunem doleva, červený obraz v mezích normy. Diastázy v den přijetí v séru 256 j., v moči 512 j., opakovaná vyšetření v séru 64 j., v moči 128 j.; glykémie 90 až 94 mg%; jaterní testy a transaminázy opakovaně normální; v moči Ehrlich pozitivní látky. V dalším průběhu se potíže opakovaly. Teplota se zvýšila na 38–39 °C. Lokální nález — původně bolestivost pod pravým obloukem žeberním — se změnil v tuhou rezistenci velikosti pěsti. Hodnoty diastáz se neměnily. Bylo rozhodnuto pro revizi dutiny břišní. Při operaci se pod hepatálním ohbím tračníku a mediálně od ligamentum hepatoduodenale našly abscesové dutiny průměru až 5 cm, které byly vyprázdněny. V okolí lig. hepatoduodenale byl tuhý krvácející infiltrát. Na omentu, které bylo retrahované a změněné zánětem, v okolí lig. hepatoduodenale i v bursa omentalis se našly rozstříknuté nekrózy tukové tkáně. Pankreas byl prosáklý, ve žlučníku solitární kámen 2 cm v průměru. V dutině břišní byl nalezen sérohemorrhagický výpotek v množství do 1000 ml, všechny tkáně byly prosáklé, změněné zánětem. Byla provedena drenáž abscesových dutin a Douglasova prostoru. Operační závěr: abscedující pankreatitida, difúzní peritonitida. Kultivační vyšetření materiálu z abscesu prokázalo kmen *Pseudomonas fluorescens* s cit-

livostí na tetracyklinová antibiotika, Kanamycin a Colistin. Třetí pooperační den se objevily výrazné známky peritoneálního dráždění, teplota měla septický charakter, ze zavedených drénů byla značná putridní sekrece. Stolice, močení a větry bez obtíží. Sedmý pooperační den se objevila lehká žloutenka, stav nemocné se progresívně horšil a nemocná zemřela 12 dnů po operaci.

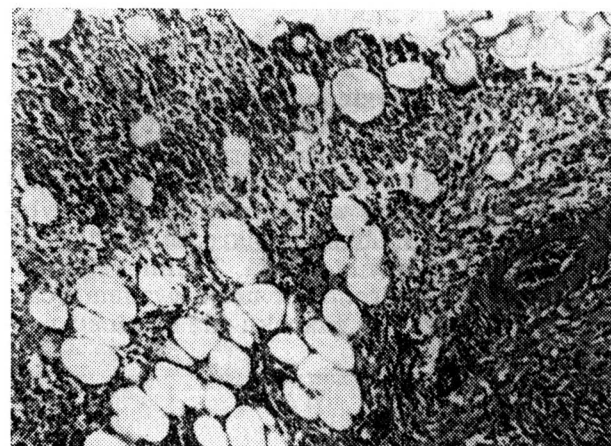
Pitva byla provedena za 50 hodin po smrti. (č. p. 445/74). Šlo o 54letou obézní ženu, s operační ránou po laparotomii ve střední čáře a dvěma gumovými drény. Okraje laparotomické rány a okraje drenáží byly zeleně povleklé. Po otevření břišní dutiny se našla difúzní fibrinózně hnisavá peritonitida s abscedující flegmónou retroperitonea. Maximum změn bylo v oblasti pankreatu, radixu, mezentéria a flegmóna se šířila distálně podél psoatických svalů až do malé pánve. V sestupné části duodena byl perforační otvor 5 cm po provalení abscesu z tukové tkáně v oblasti hlavy pankreatu. Šlo o typický obraz perforace abscesu tukové tkáně, který perforoval do střeva. V peripankreatickém tuku byly steatocytonekrózy, krvácení, vlastní tkáň slinivky byla makroskopicky nezměněna. Tepny mezentéria byly volné, minimálně sklerotické, ve žlučníku solitární cholesterolový kámen, žlučové cesty volné. Z ostatních nálezů uvádíme jen paralytickou dilataci žaludku s erozemi, nevelkou aspirací žaludečního obsahu, aktivaci sleziny, kolaps paravertebrálních partií plic a mozku.

Histologicky jsme vyšetřili materiál odebraný při explorativní laparotomii (č. b. 4427/74) i při pitvě (č. h. II-2004). V obojím materiálu je shodný nález, který odpovídá abscedující flegmóně s Balserovými steatocytonekrózami. V bioptickém vyšetření nebyla zastižena tkáň slinivky, v pitevním materiálu byl pankreas autolyzován, v žilách se našla indukovaná tromboflebitida. Rozsah nálezu v peripankreatické tkáni a intersticiu slinivky břišní kolísá, někde převažují změny nekrotické, jinde dominuje obraz flegmóny. Pro pokročilou autolýzu bylo upuštěno od kultivačního vyšetření nekrotických hmot. Kultivační vyšetření sleziny prokázalo přítomnost *B. coli haemolyticum*, *Proteus* a *Streptococcus faecalis* shodný s kmeny vypěstovanými ze sleziny. Anaerobní kultivace byla v obojím případě negativní.

Klinický průběh, makroskopický i mikroskopický nález dovolují zařadit naše pozorování do nedávno vymezené jednotky abscedující flegmóna retroperitoneálního tuku [9]. V souhlase s autory původní práce se domníváme, že prvotní změnou je steatocytonekróza, která se sekundárně infikuje. K infekci patrně může dojít i normálně nepatogenními kmeny střevních bakterií. Všechny kmeny, které byly vypěstovány v našem pozorování, patřily mezi normální flóru střevního traktu. Postmortální vyšetření sleziny i kostní dřeně nepotvrdilo přítomnost *Pseudomonas fluorescens*. Masívní ná-



Obr. 1
Nekróza tukové tkáně s leukocytární flegmonózní infiltrací v okolí (č. b. 4427/74, hematoxylin-eozin, zvětšeno 80krát)



Obr. 2
Flegmóna tukové tkáně, při horním okraji zachycena steatocytonekróza (č. b. 4427/74, hematoxylin-eozin, zvětšeno 80krát)

lez střevní flóry post mortem může být projevem sepse způsobené těmito organismy, s větší pravděpodobností bude však projevem postmortálního pomnožení, zvláště při době, která uplynula mezi smrtí a pitvou.

Nekróza tukové tkáně může vzniknout dvojím možným způsobem. První, klasicky popsáný při akutní hemorrahické nekróze pankreatu, je zprostředkován uvolněnou pankreatickou lipázou, která se dostává krevní a lymfatickou cestou na vzdálená místa, takže nekróza tukové tkáně se objevuje nejen v dutině břišní, ale i v podkožním tuku, synovii a kostní dřeni [1, 2, 4]. Druhý mechanismus předpokládá aktivaci intracelulární lipázy (hormonálně regulovaná lipáza a monoglyceridová lipáza) adrenalin, jehož účín je zprostředkován cyklickým—3', 5' — adenosin monofosfátem [8].

V našem pozorování stejně jako v práci Štěrbové a Šoustkové [9] se nenašla hemorrha-

gická nekróza slinivky břišní. Steatocytonekrózy se našly rozstříknuté i mimo oblast pankreatu. Štěrba a Šoustek [9] popisují steatocytonekrózy jen paripankreatické oblasti a uvádějí jejich vznik v souvislosti s cholelitiatickými záchvaty. Nález rozstříknutých steatocytonekróz v našem pozorování je stejný, jako se popisuje při hemorrhagické nekróze pankreatu. Pro postižení pankreatu svědčí i laboratorní nález zvýšených diastáz jak v séru, tak i v moči. V ilustrativním pozorování Štěrby a Šoustka byly diastázy normální. V morfologickém obraze akutního zánětu slinivky břišní dominuje v počátečních stádiích intersticiální edém a nevelká polymorfonukleární infiltrace a typický obraz hemorrhagické nekrózy se vyvíjí během další doby (1, 2, 4, 5). Domníváme se, že ne všechny akutní záněty pankreatu přejdou nebo skončí jako hemorrhagická nekróza (6, 7), přesto, že se mohou najít Balserovy steatocytonekrózy (3), které jsou pro toto postižení slinivky břišní typické. Mnoho akutních zánětů slinivky břišní patrně proběhne pod obrazem akutní intersticiální pankreatitidy (4).

Abscedující flegmóna retroperitoneálního tuku je závažnou a většinou letální komplikací cholelitiázy. Vzniká bez prvotního postižení vlastního pankreatu (9); v našem pozorování laboratorní nálezy a přítomnost steatocytonekrózy i mimo oblast pankreatu svědčí pro jejich pankreatogenní původ. Z klinického hlediska průběh ošetření potvrzuje význam včasného chirurgického zákroku při klinicky pro-

kázané cholelitiáze, zvláště u obézních nemocných.

Souhrn

U 54leté obézní ženy se popisuje smrtelná abscedující flegmóna retroperitoneálního tuku, vzniklá po biliární kolice. Na rozdíl od původních pozorování (9) svědčí laboratorní nálezy a přítomnost ložisek nekrózy tuku i mimo oblast slinivky pro její postižení, i když se typická hemorrhagická nekróza nenašla.

Literatura

1. Anderson, W. A. D.: Pathology, 7th ed., St. Louis, Mosby 1971, s. 1280—1281.
2. Bednář, B., Fingerland, A., Jehlička, V.: Patologická anatomie speciální, díl II., část 1., Praha, Státní zdravotnické nakladatelství 1963.
3. Fakan, F.: Osobní sdělení.
4. Güthert, H.: Pankreas. V. Kaufmann, E., Steemmler, M.: Lehrbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie, 11—12. Aufl. II. Band, (4. Lieferung), Berlin, Walter de Gruyter & Co 1958, s. 1364—1380.
5. Jordan, G. L. et al.: Haemorrhagic pancreatitis, Arch, Surg., 104, 1972, č. 4, s. 489—493.
6. Lisický, J.: Pankreatitis acuta. Rozhl. chir., 51, 1972, č. 7, s. 431—435.
7. Michek, J., Pospíšilík, J.: Význam biliopankreatického refluxu v chirurgii žlučových cest a pankreatu. Rozhl. chir., 51, 1972, č. 6, s. 320—324.
8. Skořepa, J.: Molekulová fyziologie lipidů a její klinická aplikace, Praha, Avicenum 1971, s. 238—252.
9. Štěrba, J., Šoustek, Z.: Abscedující flegmóna retroperitoneálního tuku. Čs. patol., 8, 1972, č. 2, s. 103 až 107.