

K PROBLEMATICE SUBFRENICKÝCH ABSCESŮ

T. SUCHÝ, K. ZÁHOŘÁK, I. HRUBECKÝ

VLVDÚ JEP Hradec Králové

(náčelník: plk. doc. MUDr. J. Vaňásek, CSc.)

chirurgická klinika LF KU Hradec Králové

(přednosta: prof. MUDr. J. Procházka, DrSc.)

porodnicko-gynekologická klinika LF KU Hradec Králové

(přednosta: prof. MUDr. K. Vácha, DrSc.)

Bez ohledu na pokroky v diagnostických metodách a zavedení účinných antibiotik zůstává subfrenický absces (dále jen s. a.) i nadále jednou z nejzávažnějších chirurgických komplikací abdominotorakálních onemocnění s velmi vysokou mortalitou. Dá se dokonce říci, že od doby první drenáže, provedené Volkmanem v r. 1879, se v podstatných rysech nezměnilo mnoho ani na principech léčby, ani na jejích výsledcích. V literatuře nalézáme analýzy rozsáhlých sestav, čítajících několik set až 3600 případů (Ochsner, de Bakey — cit. 1), kterými chtějí autoři přispět ke zlepšení neutěšeného stavu diagnostiky a léčení s. a. Shodně pokládají diagnózu s. a. za obtížnou, uvádějí celkovou mortalitu od 22 do 53 %, avšak mortalita chirurgicky léčených abscesů je nižší (18 až 37 %) než u neoperačních metod — včetně léčení antibiotiky — kde dosahuje 45–100 % (1).

Z těchto aspektů jsme se pokusili zhodnotit náš klinický materiál s uvedením unikátní kazuistiky s. a. gynekologického původu.

Klinický materiál

Za posledních 5 let bylo na chirurgické klinice LF KU v Hradci Králové léčeno 12 nemocných se s. a.; jelikož u jednoho pacienta není použitelná dokumentace, bude nadále posuzována sestava jen 11 pacientů. Převládají muži nad ženami v poměru 8 : 3, průměrný věk nemocných je 45 let, s kolísáním od 23 do 76 let. Průměrná délka hospitalizace je 50 dní. Zajímavý je interval od začátku obtíží do stanovení diagnózy, který je poměrně dlouhý — 11,7 dní. S. a. byl 8krát lokalizován vpravo, z toho jedenkrát subhepatálně, 3krát vlevo. Organový původ s etiologií s. a. je znázorněn v tab. č. 1.

Tab. 1

Organová geneze a etiologie

Žlučník	3	Zánět	4
Gastroduodenum	3	Operace	
Pankreas	1	— pro tumor	3
Tlusté střevo	3	— benign. onem.	3
Děloha	1	Trauma	1

Vnitřní genitál jako příčina vzniku s. a. není uveden v žádné dostupné publikaci, jde o unikátní případ, který si dovolueme dokumentovat podrobněji.

H. V., 32letá primigravida, byla přijata na gynekologickou kliniku LF KU v Hradci Králové 7. 6. 1976 pro předčasný odtok plodové vody. Provedeny neúspěšné provokace porodu, po kterých pro zkalenou plodovou vodu, alteraci ozev a hrozící asfyxii plodu 8. 6. 1976 indikován a proveden císařský řez podle Gelperta - Dörflera, kterým porozeno ve 40. týdnu gravidity vitální dítě ženského pohlaví. Od samého počátku má pacientka vysoké teploty, dostává Chloramphenikol, Gentamycin, Bisepitol. Horečky mají septický charakter s třesavkami. Pro zánětlivý nález v moči a výraznou bolestivost v krajině obou ledvin usuzováno na akutní pyelonefritidu. V moči nalezeny erytrocyty, leukocyty i četná flóra; při vylučovací urografii shledán normální nález na ledvinách i vývodných cestách močových. Již 14. 6. 1976 (za 6 dní) si pacientka stěžuje na bolest v pravé polovině hrudníku. Chloramphenikol vyměněn za Dalacin. Protože současně vzniká varikózní povrchová tromboflebitida na levém stehně a na rtg plic se objevuje pleuritida se suspektním infiltrátem v dolním plicním poli vpravo, je těžce septická pacientka 16. 6. 1976 přeložena na resuscitační oddělení I. interní kliniky LF KU v Hradci Králové s podezřením na pleuropneumonii nebo plicní infarkt vpravo. Léčena Vibramycinem a Colimycinem, po 2 dnech vrácena zpět na gynekologickou kliniku pro jasný obraz endometritidy puerperalis (páchnoucí lochia, metritická děloha sahající k pupku). V těžkém septickém stavu 18. 6. 1976 provedena hysterektomie a salpingektomie bilaterální, antibiotika vyměněna za Gentamycin a Lincocin. Teprve 24. 6. 1976 — za 16 dní od začátku septického stavu, pneumologický konziliář upozorňuje na hydroaerický obraz na snímku plic v pravém subfreniu a vyslovuje podezření na s. a. 25. 6. 1976 provádí přivolaný chirurg punkci abscesu a odsává 1000 ml hnisu. Horečky trvají dále, proto příští den jeden z autorů provádí po přesné lokalizaci abscesu pomocí rtg snímků punkci v 10. mezižebří v zadní axilární čáře a podél jehly provádí incizi a drenáž abscesu. Nepáchnoucí hnis vytéká pod tlakem, antibiotika změněna na Penicilin, Streptomycin,

Dalacin. Teploty však nutí pátrat dále, až 28. 6. 1976 nalezen a vydrénován absces Douglaso-va prostoru. Kultivačně z obou abscesů zjištěn anaerobní streptokok. 30. 6. 1976 klesají teploty, 1. 7. 1976 změněna antibiotika již podle citlivosti na Ampicilin, Streptomycin, Linkocin, Biseptol. Podávány krevní transfúze pro těžkou anémií. 7. 7. 1976 odstraněn drén z Douglaso-va prostoru, 13. 7. 1976 vysazena antibiotika, 19. 7. 1976 odstraněn drén z pravého subfrenia, 23. 7. 1976 pacientka zhojena, propuštěna do domácího léčení. Zajímavá je dynamika hodnot leukocytů a FW:

18. 6. 1976	leukocyty	18 900,	FW —
22. 6. 1976		26 400	—
25. 6. 1976		21 950	— drenáž s. a.
28. 6. 1976		17 000	117/134 drenáž Douglas. abs.
1. 7. 1976		9 700	100/130
7. 7. 1976		5 900	107/134
12. 7. 1976		6 300	77/120
10. 8. 1976		6 900	15/35 ambulantní kontrola

Na kasuistice je poučné to, že zřejmě již při císařském řezu došlo k zanesení infekce do subfrenia vpravo (infikovaná plodová voda). I přes těžký septický stav a přítomnost reaktivní exsudativní pleuritidy vpravo od 6. dne po operaci se na možnost subfrenického abscesu nemyslelo a upozornil na něj až hydroaerický obraz v pravém subfreniu 16. den po operaci. Za zmínku stojí i fakt, jak je třeba při přetrvávajících teplotách i při správně vydrénovaném s. a. myslet na multilokulární s. a. nebo absces jiné lokalizace, v tomto případě abscessus cavi Douglasi.

V naší sestavě máme jen jeden absces traumatického původu, vznikl po operaci traumatické ruptury sleziny a kaudy pankreatu spolu s resekci transversa při ruptuře mesotransversa jako důsledek dehiscence anastomózy tlustého střeva. S. a. byl příčinou úmrtí u 5 nemocných, úmrtnost v naší sestavě tedy činí 45 %. Cetnost výskytu jednotlivých symptomů v klinickém obraze s. a. byla v naší sestavě následující: pleuritis 5krát, leukocytóza 9krát, horečka 11krát, bolesti břicha 7krát, bolesti na hrudníku jedenkrát, ikterus jedenkrát, Oehleckerův příznak jedenkrát, poruchy pasáže 5krát, otok stěny hrudní jedenkrát.

Z uvedeného plyne, že nejčastějšími příznaky byly teplota a leukocytóza, ale i ostatní méně časté příznaky byly cenným vodítkem ke stanovení diagnózy s. a. Mikrobiální původ s. a. je znázorněn na tab. č. 2.

Hemokultura byla jedenkrát pozitivní, 2krát byla negativní, v ostatních případech nebyla vyšetřena. Všichni nemocní byli léčeni antibiotiky, byla použita prakticky všechna známá a dostupná antibiotika, v léčbě bylo vystřídáno nebo podáváno v kombinacích 2—8 druhů antibiotik, v průměru 5 druhů antibiotik na pacienta. Přehled léčebných postupů znázorňuje tab. č. 3.

Tab. 2

Mikrobiální flóra

E. coli	3
Enterobacter	1
Anaerobní streptokoky	1
Smíšená infekce	1
Negativní kultivace	3
Nezjištěno	1

Tab. 3

Způsob léčení

Extraserózní drenáž	2
Laparotomie — drenáž	6
Punkce	1
Neléčeno — sekční nález	2

Diskuse

Subfrenický absces vzniká nejčastěji jako důsledek nahromadění krve a sekretů s jistým podílem infekce v podbráničních prostorách, nejčastěji po apendektomii, gastrointestinálních afekcích, na dalším místě jsou hepatobiliární příčiny, méně často je příčina v pankreatu, slezině, tenkém a tlustém střevě, vzácně v ledvinách a orgánech hrudních. Trauma nepatří k častým příčinám s. a. Nejčastěji se rozeznává 5 anatomických typů abscesů: pravostranný horní přední, horní zadní a subhepatický, levostranný absces a absces burzy omentální. Převažují pravostranné lokalizace. Nejčastějšími bakteriálními původci bývají E. coli, dále žlutý stafylokok, proteus, časté jsou i negativní kultivace [1, 3].

Podezření na s. a. musí vzniknout vždy, kdykoliv po operaci či akutním onemocnění torakoabdominálním přetrvává nevysvětlitelná teplota a leukocytóza, často jen nemožnost zlepšení stavu pacienta — „failure to improve“ [3]. Důležité je udržet toto podezření i přes negativní výsledky tak dlouho, pokud je spolehlivě nevyloučíme nebo nepotvrdíme. Diagnóza vychází z klinických symptomů — bolesti břicha v podžebří nebo na hrudníku, teploty, někdy septické, jindy jen subfebrilní vzduchutí břicha, poruchy pasáže, škytavka, tachypnoe, kašel, ikterus, pleurální třetí šelest nebo přítomnost pleurálního výpotku, Oehleckerův příznak, někdy edém s vymizením mezižebních vpadlin, leukocytóza, vysoká FW, ale také zvýšená hladina alkalických fosfatáz. V potvrzení diagnózy s. a. má klíčové postavení rtg vyšetření. Nejčastějším nálezem je pleurální výpotek nad abscesem (70 %), dále elevace bránice a její snížená pohyblivost (56 %), hydroaerický obraz v subfreniích bývá přítomen jen ve 40 % [1, 2]. Jsou-li tato jednoduchá vyšetření negativní, lze provést scintigra-

fii jater, sleziny a plic, dále vyšetření horního gastrointestinálního traktu s baryovou náplní, popřípadě s irigoskopií, nakonec může přispět i břišní angiografie. Někdy však diagnózu stanovíme punkcí, laparotomií, nebo dokonce až při sekci (1, 2, 3).

Terapeutický postup je jednoznačný — nutno co nejdříve absces vyprázdnit a abscesovou dutinu vydatně drénovat. Punkce má jen diagnostický význam, musí být velmi obezřetná, aby nedošlo k infikování pleurální dutiny. Všeobecně za nejbezpečnější je pokládána technika extraserozní drenáže, která je však možná zpravidla jen u pravostranných abscesů, a to buď ze subkostálního řezu, nebo lůžkem 12. žebra. Z obou řezů pronikáme extraperitoneálně až k místu abscesu a zde absces otevíráme a drénujeme (1, 2, 3). Holliday (3) doporučuje extraserozní drenáž po transthorakálním ohledání bránice a upřesnění lokalizace abscesu. Vlevo je prakticky možná vždy jen transperitoneální drenáž.

Podle literárních údajů i našich vlastních zkušeností nejvýhodnějším způsobem léčení je již výše zmíněná extraserozní drenáž, tj. drenáž bez otevření pleurální a volné peritoneální dutiny. Ta se daří u pravostranných abscesů, obtížnější je u levostranných. Nám se osvědčila cesta 10.—11. mezižebřím, kam se po dokonalé lokalizaci pomocí rtg vyšetření horizontálním chodem paprsků ve stoje a vleže na levém boku a po punkčním ověření podél jehly provedenou incizí zavádí silný drén. Jeho zavedení si usnadňujeme na sondě do žlučových cest, umožňující dostatečné zahnutí drénu, což zabrání vážnutí a případnému poranění jater. Tímto způsobem jsme úspěšně a rychle vyléčili dva pacienty. Nejčastější, i když ne nejlepší metodou byla drenáž abscesu cestou laparotomie (6krát). Z této skupiny došlo ke dvěma úmrtím. Dvakrát byl absces léčen konzervativně pouze antibiotiky a byl diagnostikován až při sekci. Jeden-

krát byl absces léčen punkcemi, rovněž s letálním koncem. Žádný absces nebyl drénován po torakotomickém ověření, s touto metodou nemáme vlastní zkušenosti. Antibiotika mají jen pomocnou cenu, tlumí flegmonózní zánět v okolí abscesu, nepronikají však do abscesu, naopak, mají spíše negativní dopad svým maskujícím efektem. Samostatné použití antibiotik bez drenáže je zatíženo obrovskou mortalitou (3).

Souhrn

Subfrenický absces nadále zůstává vážnou komplikací abdominotorakálních onemocnění s vysokou mortalitou a těžkou morbiditou. Na s. a. musíme myslet vždy při trvajících nevysvětlitelných teplotách a leukocytóze, zvláště upozorňujeme na diagnosticky cennou reaktivní pleuritidu. V léčbě metodou volby je extraserozní drenáž, nám se osvědčila cesta 10.—11. mezižebřím. Prvořadý význam má prevence vzniku abscesu — fyziologické operování bez nahromadění sekretu a krve a zavlečení infekčního materiálu do subfrenií a řádné a včasné léčení zánětlivých a traumatických abdominotorakálních onemocnění. Uvedena vlastní sestava 11 nemocných s 45% úmrtností. Práce ilustrována pozoruhodnou kasuistikou s. a. po císařském řezu pro intrauterinní infekci.

Literatura

1. Bonfils-Roberts, E. A. et al.: Treatment of subphrenic abscess. Surg. Clin. North. Am., 55, 1975, č. 6, s. 1361—1366.
2. Bonfils-Roberts, E. A. et al.: Subphrenic abscess, comparison between operative and antibiotic management. Ann. Surg., 180, 1974, č. 2, s. 209—212.
3. Halliday, P. - Halliday, J. H.: Subphrenic abscess: a study of 241 patients at the Royal Prince Edward Hospital, 1950—73. Br. J. Surg., 63, 1976, č. 5, s. 352—366.

T. S. 500 08 Hradec Králové 8
Kluky, K hvězdárně 158.