

616.346.2-079.4:616.381-003.217-008.844-079.4

CHYLÓZNÍ ASCITES PROBÍHAJÍCÍ POD OBRAZEM AKUTNÍ APENDICITIDY

K. HANUŠ, M. MATOUŠEK

Oddělení pro hrudní a břišní chirurgii s kardiokirurgickým střediskem Ústřední vojenské nemocnice — Praha
(náčelník oddělení: plk. MUDr. Jiří Burda)

Při onemocnění dutiny břišní vznikají složité otázky diferenciální diagnózy, které nabývají na naléhavosti při akutním onemocnění břicha, kdy právě přesná diagnóza, posouzení naléhavosti chirurgické revize a operačního přístupu často rozhoduje o životě nemocného. V našem sdělení bychom chtěli ukázat na náhle vzniklý chylózní ascites klinicky probíhající pod obrazem akutní apendicitidy.

48letá nemocná M. H. byla přijata na naše oddělení dne 23. 10. 1976 v 10.00 hod dopoledne s anamnézou náhle vzniklých bolestí břicha, které začaly předchozího dne po obědě, spolu s nauzeou. Během noci se bolesti přestěhovaly do pravého podbřišku s opakovaným zvracením. Klinický stav při přijetí svědčil pro rozvinutou apendicitidu. Laboratorně byla nalezena leukocytóza 24 000, chylózní sérum, normální hodnoty diastáz, moč chem. + sed. bílkovina opal., cukr +, aceton + + +, glykémie 100 mg%.

Vzhledem k anamnéze a klinickému obrazu bylo rozhodnuto o operační revizi. Dutina břišní byla otevřena střídavým řezem v pravém podbřišku. Již při otevření peritonea vytéká z břišní dutiny bílá tekutina, bez zápachu, která nemá charakter hnisu. Byla revidována ileocekální krajina, kde na apendixu, distálním ileu nebyl zjištěn žádný patologický nález. Apendektomie byla provedena obvyklým způsobem. Palpační nález na děloze a ovariích rovněž nesvědčil pro jejich poškození. Z peroperačního nálezu bylo vysloveno podezření na chylózní ascites, a proto jsme se rozhodli provést povšechnou revizi dutiny břišní. Po uzavření střídavého řezu provedena střední laparotomie, při které vytéká značné množství bílé, řídké tekutiny. Nález na kličkách tenkého i tlustého střeva nesvědčí pro žádný zánětlivý proces. Pouze na omentu a žaludku je někdejších fibrinových náletů, dále pod serózou omenta a tlustého střeva jsou bělavé skvrny zcela měkké, mapovité, nemající charakter Balserových nekróz. Dorzální peritoneum je prosáklé. Po otevření omentální bursy nacházíme zarudnutí zadní stěny žaludku a prosáknutí serózy pankreatu.

Tento nález nám potvrzuje diagnózu chylózního ascitu, kdy na základě změn v oblasti omentální bursy se nejspíše jedná o rupturu cisterna chyli, proto zaveden do omentální bursy a podjaterní krajiny drén, který byl vyveden samostatnou incizí a operační rána uzavřena v anatomických vrstvách. Pooperační průběh byl klidný, zajištěn ATB (Vibramycin, Neomycin), Trasylolem. Z drénů přetrvávala sekrece

do 4. pooperačního dne. 7. pooperační den byly oba drény odstraněny. Operační rána zhojena p. p. a nemocná byla propuštěna v dobrém stavu 15. den do domácího léčení.

Výsledky laboratorních vyšetření po operační revizi:

moč chem. + sed.: bílkovina +, cukr +, WF: 40/55, diastázy v mezích normy jak v séru a v moči, tak i ve výpotku. Elfo: celková bílkovina 5,0 g%, albuminy 62,1, alfa 1 glob. 5,8, alfa 2 glob. 8,0, beta glob. 8,0, gamaglobuliny 16,1, A/G 1,63. KO:HTK:39, leu:12 000, rozpočet: Tyč 14, Segment 74, Lymfocyt 4, Monocyt 6, ostatní vyšetření v mezích normy.

Diskuse

Chylózní zánět pobřišnice (Chylózní ascites, chylascos) je zařazován mezi takzvané zdánlivé záněty peritonea neboli peritonismy. Tyto obrazy mají všechny subjektivní a některé objektivní známky náhlé příhody břišní zánětlivého původu. S klinickým obrazem chylózního ascitu se setkáváme vzácně a etiologie s patogenezí daného onemocnění je v mnohém nejasná a ne zcela známá. Příčiny a mechanismy vedoucí k tomuto obrazu si představujeme následujícím způsobem: nejčastěji se jedná o přejedení nebo o příjem většího množství tučné stravy, kdy při porušení průchodnosti lymfatických cév v hrudníku či v břiše může dojít k jejich ruptuře, při nahromadění chylózní tekutiny buď zvýšením nitrohrudního či nitrobřišního tlaku, úporným kašlem, úderem do břicha, zvednutím těžkého břemene apod. Anatomické uspořádání tenkých kliček, kdy kořen mesenteria jde zleva doprava a se shora dolů, způsobí z velké části stékání lymfy do pravého hypogastria. Nahromadění tekutiny v této oblasti probíhá potom pod obrazem akutní apendicitidy. Přerušení souvislosti lymfatických cév a ztráta lymfy se projeví lymfopenií, jak ukazuje krevní obraz naší nemocné, dále dochází k současné ztrátě plazmy, to je k hemokonzentraci a k hypoproteinemii (viz laboratorní výsledky).

U naší nemocné se nepochybně jednalo o podobný mechanismus, kdy obtíže se projeví krátko po požití nezvyklého množství a složení jídla. Rovněž klinický průběh a laboratorní vyšetření jsou shodné s údaji zahraničních autorů. Předoperační diagnóza tohoto onemocnění bude nadále těžká, ale považujeme za účelné na toto onemocnění poukázat, protože při ne zcela jasném klinickém obrazu akutního břicha, po zvážení anamnézy a laborator-

ních výsledků je možné v diferenciální diagnóze o tomto onemocnění uvažovat.

Souhrn

Autoři poukazují na konkrétním případě 48leté pacientky na náhle vzniklý chylózní ascites klinicky probíhající pod obrazem akutní apendicitidy. Dotýkají se i otázky příčin a mechanismů vedoucích ke klinickému obrazu chylózního ascitu. Práce má význam zejména z hlediska diferenciální diagnostiky náhlých příhod břišních, především akutní apendicitidy. Cílem je upozornit na možnost výskytu tohoto relativně řídkého onemocnění.

Klíčová slova: Chylózní ascites.

Literatura

1. Bailey, M.: Acute Chyle Peritonitis. Emergency surgery, 1958, s. 207.
2. Dolencikij, S. J. - Ovčimikov, A. A. - Mulina, C. J.: Chylotoraks i chyloperitoneum u dětěj. Chirurgia, 1970, č. 6, s. 88.
3. Jirásek, A.: Náhlé příhody břišní. SZdN, Praha 1958, s. 287.
4. Kronberger L.: Über eine Chyluscyste des Mesenterium. Zbl. chir., 95, 1970, s. 1203.
5. Tabatadze, K. C. - Satulin, I. A. - Krutov, V. S. - Shulgalei, M. N. - Churavlev, V. I.: Ostryj chyloznyj ascit simulirujuščij kliniku ostrovo appendicita. Chirurgia, 1976, č. 12, s. 18.
6. Welcker, R. E.: Zur Appendektomie-Indikation. Zbl. chir., 94, 1969, s. 1409.