

Cudzie teleso ako príčina neskoro rozpoznanej vnútrobrušnej infekcie

MUDr. Lucia Lakyová, PhD., MUDr. Mária Stančáková, prof. MUDr. Jozef Radoňak, CSc.

I. chirurgická klinika LF UPJŠ a UN L. Pasteura, Košice

Vznik pečňového abscesu po perforácii gastrointestinálneho traktu prehltutím cudzieho telesa je vzácna komplikácia, v literatúre bolo opísaných doposiaľ iba 46 podobných prípadov. Predoperačná diagnostika je sťažená častou negatívnou anamnézou príhody, keďže perforácia a migrácia prebieha väčšinou latentne a symptómy sa môžu prejaviť aj po niekoľkých mesiacoch, či rokoch. Najlepšou diagnostickou metódou je podľa literárnych zdrojov v tomto prípade CT vyšetrenie. Autori prezentujú prípad 57-ročného pacienta prijatého pre febrilitu, triašky, hnačky a dyspeziu s CT dokázaným abscesom pečene neznámeho pôvodu. Pri chirurgickej revízii bola v abscesovej dutine nájdená 15 cm dlhá drevená palička, ktorú pacient prehltol pred pol rokom. Gastroskopické vyšetrenie realizované po prehltnutí cudzieho telesa neodhalilo žiadnu perforáciu gastrointestinálneho traktu. Latentný priebeh penetračného poranenia gastrointestinálneho traktu s následným abscesom pečene s občasným výstupom teplôt sa manifestovalo až po pol roku vyústením do septického šoku pacienta. Zobrazovacia technika v tomto prípade zlyhala pri diagnostike prítomnosti cudzieho telesa, ktoré bolo nájdené až peroperačne. Pacientov stav sa upravil po evakuácii abscesu a preplachovej drenáži a do domáceho ošetrovania bol prepustený na 19. pooperačný deň.

Kľúčové slová: cudzie teleso, perforácia gastrointestinálneho traktu, pečňový absces, neskorá diagnostika.

Foreign body as a cause of late recognised intraabdominal infection

Hepatic abscess due to perforation of the gastrointestinal tract caused by ingested foreign bodies is a rare complication, only 46 of cases were publicated in literature. Pre-operative diagnosis is difficult because of negative anamnesis of the accident, because perforation and migration pass of latent and symptoms can manifest aftre months, or years. The best diagnostic method according to literature in this case is CT. The authors report a case of 57-year-old man who was admitted with fever, shivers, diarrhoe, and dyspepsia with CT finding of hepatal abscess of unknown origin. Fifteen centimeters long wooden stick was found in the abscess cavity during surgery, which has patient swallowed half an year ago. Gastroscopy didn't release perforation of gastrointestinal tract. Latent course of penetrating injury followed by abscessus of liver with occasional fever manifested until half an year and it eventuated in sepic shock. Imaging technique has failed in this case of diagnostic of foreign body, which was found in the peroperative period. The patient recovered after evacuation of abscess and flushing drainage and he was released on 19. postoperative day.

Key words: foreign body, perforatio of gastrointestinal tract, liver abscess, late diagnostic.

Slov. chir., 2012; roč. 9(1): 30–32

Úvod

Perforácia čreva s následnou formáciou pečňového abscesu je zriedkavá príhoda. Je nutné myslieť na ňu hlavne v prípade pečňového abscesu a septického šoku neznámeho pôvodu (1). Príznaky bývajú nešpecifické a anamnéza často negatívna. Pri pečňovom abscese, ktorý neodpovedá na perkutánnu drenáž a antibiotickú liečbu, by sa malo myslieť na hlbšie pátranie po etiológii. Chirurgická liečba má hlavné postavenie v diagnostike, ako aj v liečbe pečňového abscesu spôsobeného cudzím telesom. Nápomocný býva aj ultrazvuk a CT vyšetrenie.

V tejto kazuistike rozoberáme vlastné skúsenosti s prípadom septického šoku a pečňového abscesu pri nerozpoznannej príhode prehltnutého cudzieho telesa.

Kazuistika

57-ročný pacient, hypertonik a diabetik 2. typu na perorálnych antiadiabetikách bol pri-

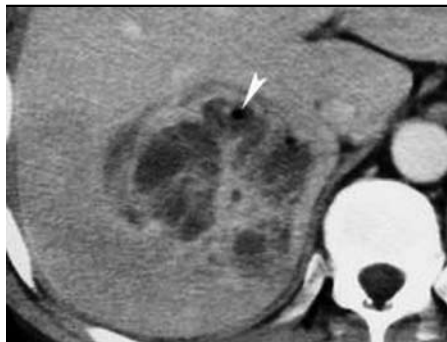
jatý na interné oddelenie okresnej nemocnice v Medzilaborciach pre febrilitu do 40 °C s triaškami, dyspnoe, kašľom s expektoráciou bieleho hlienu, vomitom a hnačkami. Pacient subjektívne udával celkovú slabosť trvajúcu asi týždeň, sťažoval sa, že nevládze už ani chodiť a má opakujúce sa výstupy teplôt. Napriek udávaniu nechutenstva a chudnutia bolesti brucha negoval, stolica a močenie boli v norme. Pacient pri prijíme bol výrazne schvátaný, spotený, mal výraznú leukocytózu, zvýšené CRP (Leu: 24,64 x 10⁹/l, CRP 139 mg/l), elevované hepatálne testy (GMT 7,28 ukat/l, ALP 2,85 ukat/l) a mierne zvýšené renálne parametre. V priebehu hospitalizácie boli nasadené antipyretiká, cefalosporíny, chinolóny a metronidazol bez výsledku kultivačného nálezu. Konzervatívna liečba mala iba prechodný efekt zníženia teplôt. Vzhľadom na známky rozvíjajúceho sa septického šoku s pozitívnymi hodnotami prokalcitonínu a nestabilný tlak bol pacient preložený na internú JIS, kde mu bola prechodne nasadená katecholamínová podpora.

V rámci diferenciálnej diagnostiky bol pacient vyšetrený stomatólogom – bez nálezu fokusu, prínosové dutiny boli taktiež bez patologického nálezu. Na RTG snímke hrudníka bola opísaná iba mierne vyššie uložená bránica bez zatienenia kostofrenických uhlov, so zmnoženou pľúcnou kresbou vpravo nadbránične a zhrubnutím pleury vľavo. Napriek zvýšeným renálnym parametrom v úvode liečby, bol močový sediment negatívny a USG obličiek potvrdilo iba bilaterálne lipomatózne zmeny renálnych sínusov. Echokardiografické vyšetrenie srdca zobrazilo miernu hypertrofiu myokardu ľK. Na podklade USG vyšetrenia brucha s nálezom hypoechogénneho útvaru vo veľkosti 63 x 58 mm s bublinami vzduchu v pravom epigastriu bolo supponované podozrenie na subfrenický absces, preto bol pacient následne indikovaný na statimové špirálové CT vyšetrenie abdomenu. V závere CT vyšetrenia bola opísaná zväčšená pečeň na úrovni MCL kraniokaudálneho rozsahu do 15,5 cm. V VIII. segmente bola nájdená

neostro ohraničená expanzívna lézia vo veľkosti 6,9 cm s hrúbkou steny do 7 mm s obsahom tekutiny aj vzduchu – najskôr abscesového charakteru (obrázok 1). Ako vedľajšia diagnóza bola nájdená malá hiátová hernia žalúdka a hypodenzná lézia sleziny pravdepodobne ako následok chronického infarktu. Vzhľadom na tento nález bol pacient preložený na I. chirurgickú kliniku UN L. Pasteura v Košiciach za účelom operačného riešenia hepatálneho abscesu. Pacient bol v deň prijatia po nevyhnutnej predoperačnej príprave operovaný. Subkostálnym rezom vpravo bola najskôr revidovaná celá dutina brušná, ktorá bola bez výpotku a iného patologického nálezu. Pri revízii pečene v oblasti VIII. segmentu bol nájdený absces vo veľkosti cca 200 ml. Zapáchajúci smotanový obsah bol evakuovaný a vzorka hnisu bola odobratá na K+C. Pri palpačnej revízii abscesovej dutiny bola nájdená, na prekvapenie chirurga, 15 cm dlhá drevená palička, ktorá bola v strede zlomená a na konci obalená vatou (obrázok 2). Abscesová dutina sa vypláchla opakovane betadinovým roztokom a po toailete sa do dutiny abscesu založila preplachová drenáž. Následná revízia žalúdka a duodena neukázala žiaden perforačný otvor, či fistulu, ktorou by mohol cudzí predmet preniknúť do pečene. Pacient po prebudení z anestézie na cieleňú otázku, ako sa mu dostala drevená palička do brucha, si následne spomenul, že pred pol rokom si čistil mandle, keďže má chronickú tonzilitídu a nedopatrením prehltnol paličku. Pri návšteve lekára po tejto príhode bol preto odoslaný na gastroscopické vyšetrenie, kde cudzí predmet už v žalúdku a duodene nenašli, preto to uzatvorili ako spontánny odchod cudzieho predmetu pasážou bez nutnosti ďalšej intervencie. Odvtedy mal pacient ťažkosti s občasnými výstupmi teplôt, avšak obvodný lekár im nepripisoval veľký význam, kým ho až pre problémy s dyspepsiou, chudnutím a kontinuálnymi horúčkami posledný týždeň nehospitalizovali. Keďže pri opise CT vyšetrenia rádiológovia neodhalili drevenú paličku, následným opakovaným, pozorným prezretím CT snímky operatér predsa len odhalil diskretné uložený predmet v abscesovej dutine, ktorý bol na prvý pohľad naozaj ťažko rozoznateľný.

Pacient v pooperačnom období mal počas sedemsnástich dní inštalovanú preplachovú drenáž striedavo s betadinom a Pamyconom a na podklade kultivačného nálezu: *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus viridans* a *E. coli* mal nasadenú dvojkombináciu ATB s chemoterapeutikom (Edicin, Gentamycin, Klion). Pacient bol postupne zatažený stravou, afebrilný, a v dobrom stave prepustený na 19. pooperačný deň do domáceho ošetrovania.

Obrázok 1. Absces v VIII. segmente pečene na CT vyšetrení



Diskusia

Najčastejšou vstupnou bránou cudzieho telesa do dutiny brušnej býva ingescia, či ponechanie inštrumentu pri operácii. Okolo 80 – 90 % všetkých prehltnutých cudzích telies prejde pasážou gastrointestinálneho traktu do jedného týždňa bez jeho poranenia (2). Pokiaľ sa objavia príznaky, ide väčšinou o obštrukciu gastrointestinálneho traktu. Perforácia s následnou infekciou sa objavuje pri menej než 1 % prípadov, a najčastejšou postihnutou oblasťou je ileocékalna, rektosigmoidálna oblasť alebo pylorus, či duodenum (3, 4). Najfrekvencovanejšími telesami spôsobujúcimi perforáciu bývajú ostré cudzie telesá ako je rybacia alebo kuracia kosť, ihly, zubné špáradlá, perá, či zubné protézy (5). Miestom vstupu cudzieho predmetu bývajú ústa, anus, urogenitálny trakt, alebo perkutánne (6).

Vznik pečeneového abscesu v dôsledku penetrácie cudzieho telesa je veľmi vzácný, v literatúre bolo opísaných doteraz asi len 46 prípadov (5). Klasická triáda symptómov pri pečeneovom abscesu (horúčka, bolesť a ikterus) je pomerne zriedkavá. Väčšina pacientov má nešpecifické príznaky ako je vracanie, anorexia a strata hmotnosti spojená s teplotami, čo sú známky systémovej odpovede organizmu na zápal a infekciu (4). Výsledky laboratórnych testov z krvi sú taktiež nešpecifické. V krvnom obraze sa objavuje leukocytóza, vo vnútornom prostredí sú zvýšené transaminázy, niekedy bilirubín, alkalická fosfatáza a CRP (7). Diagnostika tejto komplikácie je často sťažaná aj faktom, že pacient väčšinou anamnesticky neudá prehltnutie cudzieho telesa, pokiaľ sa symptómy objavia neskôr (5). Jediná možnosť, ktorá by mohla pomôcť pri diagnostike sú zobrazovacie metódy ako je RTG vyšetrenie (kovové telesá), CT alebo USG. Plastové a drevené telesá nie sú RTG kontrastné, a dajú sa vizualizovať len s USG prípadne CT vyšetrením. V rámci diferenciálnej diagnostiky býva niekedy nápomocná aj endoskopia, no len v skorom štádiu, keď teleso ešte nezačalo migrovať cez stenu GIT-u. Nevýhodou je, že sa nedá vyšetriť

Obrázok 2. Drevená palička extrahovaná počas operácie z pečene



tenké črevo. Perforácia a migrácia takého telesa prebieha väčšinou latentne. Migrácia do pečene, mezenteria, alebo do prednej brušnej steny je extrémne vzácná. Kľučka tenkého čreva sa môže obtočiť okolo cudzieho telesa a znokrotizovať. Medzi prezentáciou symptómov a poranením cudzím telesom býva rozlične dlhý čas, čo môžu byť mesiace, dokonca až roky.

V našom prípade zdrojom teplôt a subhepatálneho abscesu bola prehltnutá drevená palička s vatovým tampónom, ktorá penetrovala zrejme cez stenu žalúdka alebo duodena bez vzniku následnej peritonitídy. CT vyšetrenie realizované pred operáciou síce zobrazilo absces, no drevený predmet nebol identifikovaný rádiológom. Identifikovali sme ho až po operácii pri opätovnom posudzovaní CT nálezu. Peroperačne bola drevená palička nájdená hlboko v subhepatálnom priestore čiastočne zapichnutá v pečeni. Z anamnestických údajov od pacienta sme predoperačne nezistili pravú príčinu neznámych teplôt a zdroja abscesu, keďže išlo o niekoľkokomesačnú latenciu od zabudnutej príhody prehltnutia k manifestácii infekcie, hoci pacient navštívil lekára pre tento incident. Opis laboratórnych parametrov sa zhodoval so skúsenosťami aj z iných pracovísk (1, 5, 8), našli sme elevované zápalové parametre a pečeneové testy. Realizovaná gastroscopia po prehltnutí cudzieho telesa v tomto prípade nebola úspešná, predmet sa nenašiel. V literatúre bol opísaný podobný prípad prehltnutej ihly, ktorá spôsobila perforáciu duodena. Aj v tomto prípade gastroscopia cudzí predmet prehliadla, hoci na USG bola nájdená zhrubnutá stena duodena a CT objavilo predmet perforujúci duodenum s pečeneovým abscesom (9). Takéto prípady zabudnutých cudzích telies sa vyskytujú najmä u psychicky chorých pacientov, alebo u detí. Z prehľadu svetovej literatúry vyplýva, že hlavnou príčinou perforácie GIT-u je rybia kosť a miestom perforácie býva žalúdok. Najčastejším miestom následnej formácie abscesu je ľavý lalok pečene. Mikroorganizmy, ktoré sú izolované z abscesu sú väčšinou súčasťou

normálnej flóry orofaryngu (10). Prognóza závisí od rýchlosti diagnostiky a hlavne liečby. Liečba pyogénneho pečeneového abscesu je kontroverzná, obsahuje spektrum postupov, ktoré zahŕňajú antibiotickú liečbu, perkutánnu drenáž, alebo laparoskopickú, či otvorenú chirurgickú revíziu. Ak je absces menší ako 5 cm, vo všeobecnosti sa odporúča konzervatívna antibiotická liečba (11). U pacientov s rozsiahlejším nálezom je odporúčaná perkutánnu drenáž ako prvá línia liečby (12). Chirurgickú revíziu by mali podstúpiť pacienti s multilokulárnym abscesom, sprievodnými problémami so žľčovými cestami, alebo so známkami ruptúry abscesovej dutiny, či pri neohraničenom abscese (11). Chirurgická liečba má miesto taktiež v prípade podozrenia na perforáciu GIT-u. V našom prípade sme indikovali chirurgickú revíziu pre ťažký septický stav pacienta s nálezom pomerne rozsiahleho pečeneového abscesu nevediac o prítomnosti cudzieho telesa v abscesovej dutine.

Záver

Vznik pečeneového abscesu v dôsledku ingestie a následnej migrácie cudzieho telesa cez GIT

je extrémne vzácna komplikácia. Diagnostika je navyše sťažená častou negatívnou anamnézou pacienta, latentným priebehom ochorenia a obmedzením diagnostiky na zobrazovacie metódy, ktoré dokonca ani neboli úspešné v prezentovanom prípade. Liečba závisí od rozsahu abscesu, no pacient je zväčša indikovaný na chirurgickú revíziu s evakuáciou a preplachovou drenážou.

Literatúra

1. Starakis I, Karavias D, Marangos M, Psoni E, Bassaris H. A rooster's revenge: hepatic abscess caused by a chicken bone. *European Journal of Emergency Medicine*, 2005; 12 (1): 41–42.
2. Kanazawa S, Ishigaki K, Miyake T, Ishida A, Tabuchi A, Tanemoto K, Tsunoda T. A granulomatous liver abscess which developed after a toothpick penetrated the gastrointestinal tract: report of a case. *Surg Today*, 2003, 33: 312–314.
3. Harjai MM, et al. Intra abdominal Needles: an enigma (a report of two cases). *Int Surg.*, 2000; 85(2): 130–132.
4. Chintamani V, Lubhana P, Durkhere R, Bhandari S. Liver abscess secondary to a broken needle migration-a case report. *BMC Surg*, 2003; 3: 8.
5. Santos SA, Alberto SCF, Cruz E, Pires E, Figueira T, et al. Hepatic abscess induced by foreign body: Case report and literature review. *World J Gastroenterol.*, 2007; 13(9): 1466–1470.
6. Noushif M, Sivaprasad S, Prashanth A. Abdominal foreign body: late presentation as a rectus sheath abscess. *Singapore Med J*, 2011; 52(5): 94.

7. De la Vega M, Rivero JC, Ruiz L, Suárez S. A fish bone in the liver. *Lancet*, 2011; 358: 982.

8. Gundara JS, Harrison R. An Unusual Zoonosis: Liver Abscess Secondary to Asymptomatic Colonic Foreign Body. *HPB Surgery*, 2010: 1–3.

9. Jutte E, Cense H. Liver Abscess due to Sewing Needle Perforation *The Scientific World Journal*, 2010; 10: 1532–1534.

10. Tomimori K, Nakasone H, Hokama A, Nakayoshi T, Sakugawa H, Kinjo F, Shiraiishi M, Nishimaki T, Saito A. Liver abscess. *Gastrointest Endosc.*, 2004; 59: 397–398.

11. Chung YF, Tan YM, Lui HF, et al. Management of pyogenic liver abscesses –percutaneous or open drainage? *Singapore Med J*, 2007; 48: 1158–1165.

12. Ferraioli G, Garlaschelli A, Zanaboni D, et al. Percutaneous and surgical treatment of pyogenic liver abscesses: observation over a 21-year period in 148 patients. *Dig Liver Dis.*, 2008; 40: 690–696.

MUDr. Lucia Lakyová, PhD.

I. chirurgická klinika LF UPJŠ
a UN L. Pasteura
Trieda SNP 1, 040 11 Košice
lalucka@gmail.com

Tlačová správa

Beh pre život v šiestich mestách

Jedno z najväčších slovenských charitatívnych podujatí Beh pre život sa v tomto roku opäť rozrastie. Pre veľký záujem ľudí sa rozšíri o ďalšie mesto – Banskú Bystricu. Srdce Slovenska, ako sa tomuto mestu zvykne hovoriť, sa tak pridá k významnej udalosti na podporu výskumu rakoviny a vlastného zdravia, ktorá sa doposiaľ konala v Bratislave, Nitre, Žiline, Prešove a Trenčíne.

„Vlani sa behu zúčastnilo rekordných 12 315 bežcov! Veríme, že tento rok nás podporí minimálne 14 000 ľudí. Sme radi, že môžeme urobiť dobrú vec a pomôcť onkologickým pacientom na Slovensku. Je fantastické, že záujem o takéto podujatie, ktoré spája šport a podporu dobrej veci, stále rastie,“ uviedol Michal Dyttert za Nadáciu Tesco, ktorá charitatívny projekt organizuje v spolupráci s Nadáciou Výskum rakoviny. Cieľom tohtoročného behu pre život je vyzbierať 85 000 eur na nákup laboratórneho prístroja Incucyte™, ktorý sa stane prvým svojho druhu na Slovensku. „Incucyte™ je unikátny prístroj a ako prvý na Slovensku umožní sledovať vplyv rôznych typov buniek na vývoj nádorových buniek v laboratórnom

prostredí, a to aj on-line. Nový prístroj bude schopný kamerou zaznamenávať zmeny medzi bunkami aj niekoľko dní bez prerušenia,“ uviedla Margita Klobušická, prezidentka Nadácie Výskum rakoviny.

Termíny Behu pre život v roku 2012:

Mesto	Termín	Štart
Bratislava – Partizánska lúka	5. 5. 2012	11.00
Prešov – Hlavná ulica	12. 5. 2012	15.00
Žilina – Námestie A. Hlinku	19. 5. 2012	15.00
Nitra – Svätoplukovo námestie	26. 5. 2012	11.00
Trenčín – Mierové námestie	9. 6. 2012	15.00
Banská Bystrica – Námestie SNP	16. 6. 2012	11.00

Všetky informácie o behu nájdete kedykoľvek na internetovej stránke www.behprezivot.sk a na Facebooku Tesco Beh pre život.