

ÚVOD

Spontánní krvácení do retroperitonea netraumatického původu jako tzv. Wunderlichův syndrom patří mezi raritní akutní urologické stavy. Typické pro tento syndrom je bolest bedra, hmatná rezistence boku, hypovolémie až šok. Za častý zdroj krvácení bývá označován angiomyolipom ledvin, vzácněji potom karcinom. Mezi jiné příčiny krvácení tzv. non-neoplastické mohou patřit aneuryzma arterie renalis, polyarteritis nodosa, arteriovenózní malformace, cysty. Hlavní rizikové faktory pro vznik krvácení zahrnují velikost tumoru, grade angiogenní komponenty a přítomnost tuberózní sklerózy (1). Větší riziko spontánní ruptury angiomyolipomu a následného krvácení je popisováno v období těhotenství (2). V takovém případě je doporučován císařský řez a nefrektomie v jedné době (3). Chang upozorňuje na vyšší výskyt krvácení do retroperitonea u pacientů na perorální antikoagulační léčbě a u dialyzovaných (4). U pacientů se spontánním krvácením do retroperitonea pak doporučuje Kendall radikální nefrektomii, pokud nejde o komplikaci antikoagulační léčby, vaskulitidu nebo trauma, neboť v 50–70 % je ledvina postižena karcinomem (5). V případě známé nemaligní etiologie jsou možné i nefron sparing výkony jako selektivní embolizace, resekce, enukleace tumoru, radiofrekvenční ablace, kryoterapie (6).

KAZUISTIKA

Pacient, 38 let, byl přivezen rychlou záchrannou službou (RZP) na urgentní příjem chirurgie pro kruté bolesti levé poloviny břicha. Nezvracel, močil bez obtíží, hematurii neměl, teploty a trauma negoval. Během transportu do nemocnice byl aplikován intravenózně Fentanyl 100 µg, ale jen s přechodným efektem. V anamnéze neměl žádné operace. Asi před třemi lety trpěl intenzivní bolestí hlavy, která následně vymizela. Před rokem byl vyšetřen praktickým lékařem pro hypertenzi s nálezem

systolického tlaku okolo 160 torr. Opět se objevily záchvatovité bolesti hlavy s tachykardií a tlaky na hrudi, proto provedeno CT mozku, rtg páteře a ergometrie s normálními nálezy. Kardiologem vyšetřen nebyl a nadále byl bez trvalé medikace.

Při příjezdu na ambulanci byl pacient schvácený bolestí, bledý, krevní tlak byl 150/90 torr, puls 92/min. Bylo provedeno sonografického vyšetření s nálezem lemu tekutiny okolo levé ledviny, jinak byl terén nepřehledný, proto indikováno urgentní CT vyšetření. Při vyšetření na CT došlo k rozvoji hypotenze s poklesem tlaku 90/60 torr a pulzové alteraci 110/min, objevila se i přechodná alterace vědomí. Na nativním CT byl verifikován objemný hematoma retroperitonea 20x15x10 cm před levou ledvinou, neodiferencovatelný od sleziny, zasahující za pankreas a žaludek. Jako zdroj krvácení byla zvažována ledvina nebo slezina (obrázek 1). Na místě byl sloužící urolog, který s ohledem na progresi klinického stavu a rozvoj hemoragického šoku indikoval urgentní operační revizi, CT s kontrastní látkou s ohledem na stav pacienta již provedeno nebylo.

Na operačním sále byla provedena laparotomie ze subkostálního řezu s nálezem hemoragického transudátu v dutině břišní, dále objemný hematoma retroperitonea vlevo a prokrvácené závěsy tlustého střeva. Laterokolicky bylo otevřeno retroperitoneum, kde se nacházelo velké množství koagul, mezi kterými i suspektní tumorózní hmoty. Dále bylo patrné masivní čerstvé krvácení od horního pólu ledviny, kde nález rozpadlé expanze s kapsulou uloženou v oblasti od hilu ledviny až k nadledvině. Etiologie a zdroj krvácení byl nejasný. Určit, zda se jedná primárně o ložisko ledviny či nadledviny, bylo problematické. Pro bezpečné ošetření krvácení a možný přístup k expanzi byla provedena nejprve nefrektomie s následnou levostrannou adrenalektomií a nakonec kompletní odstranění tumorózního ložiska, které fixováno kapsulou k ledvině, nadledvině až aortě. Následná revize operačního pole již neprokázala další zdroj aktivního krvácení. Vstupní bedside hemoglobin byl před začátkem výkonu dle anestezie 38 g/l, kdy celkem byla podána 12 x erymasa, 9 x plazma a 4 g fibrinogenu. Operační výkon i pooperační období proběhly