

doporučení pro renální traumata. V případech spontánního krvácení však může být iniciální verifikace patologického procesu rozhodující pro další management, kdy chirurgická intervence je často nezbytná oproti možnému konzervativnímu přístupu, jak je tomu u traumat ledvin.

METODY

V letech 2003 až 2018 jsme zaznamenali osm případů spontánního krvácení do retroperitonea jako Wunderlichův syndrom. Retrospektivně jsme v souboru hodnotili etiologii krvácení, klinické projevy, diagnostické a terapeutické přístupy. Závěrem jsme zhodnotili celkové výsledky po léčbě, komplikace, přežívání.

Průměrný věk pacientů ve sledovaném souboru byl 39 let, nejmladší pacientce bylo v době řešení případu 24 let a nejstaršímu pacientovi 60 let. Postiženo bylo pět žen a dva muži, kdy u jedné pacientky jsme krvácení řešili dvakrát s odstupem pěti let. Pacienty v souboru jsme rozdělili dle etiologie krvácení, pacienty se spontánním krvácením do retroperitonea z důvodů antikoagulační terapie jsme do souboru nezařadili. Následně jsme zdokumentovali klinické projevy, ať již klasickou trias Wunderlichova syndromu (bolest, hmatná rezistence, hypovolemie až šok), či jiné příznaky (hematurie, zvracení, psoatický příznak aj.). Zdokumentovali jsme použité zobrazovací metody, zhodnotili vstupní laboratorní nálezy (hemoglobin a globální renální funkce) a dále jsme zaznamenali množství krevních transfuzních přípravků užitých k substituci krevní ztráty. Závěrem jsme zhodnotili výsledky léčby a finální stav pacienta.

VÝSLEDKY

Ve sledovaném souboru osmi případů jsme až překvapivě zaznamenali různorodou etiologii krvácení – čtyři případy krvácení byly způsobeny spontánní rupturou angiomyolipomu, ve dvou případech byl jako zdroj krvácení verifikován karcinom ledvin, v jednom případě jsme řešili krvácení u pacientky

s tuberózní sklerózou (oboustranná polycystická přestavba ledvin s četnými angiomyolipomy asociována s lymfangioleiomatózou plic) a v jednom případě jsme zaznamenali raritní nález spontánní ruptury extraadrenálního feochromocytomu.

Hlavním klinickým příznakem Wunderlichova syndromu v našem souboru byla bolest a to v 87,5 % (7 z 8 případů), dále až u 50 % pacientů jsme zaznamenali rozvinutý šok, oproti tomu hmatná rezistence byla popsána jen u dvou pacientů. Jiné příznaky jsme pozorovali celkem u 7 z 8 pacientů. U tří pacientů jsme zaznamenali masivní hematurii, ve třech případech zvracení, u jednoho pacienta byl popsán psoatický příznak, v jednom případě bylo vstupním symptomem gynekologické krvácení z metastázy pochvy a pacient s feochromocytomem měl v anamnéze před událostí úpornou cefaleu (tabulka 1).

Průměrná vstupní hodnota hemoglobinu byla ve sledovaném souboru 72 g/l. Nejnižší naměřená hodnota hemoglobinu byla u pacienta s feochromocytomem 38 g/l a nejvyšší vstupní hodnota pak byla 94 g/l u pacienta s karcinomem ledviny. Hodnocení krevní ztráty a podání transfuzních přípravků bylo následně zaznamenáno pouze v případech otevřených operačních revizí. Zdokumentované krevní ztráty byly od 2 000 ml až nad 3 000 ml krve, průměrně bylo podáno 6,4 erymas na jednoho pacienta, kdy v jenom případě bylo podáno až 26 erymas. Nejčastějším diagnostickým zobrazovacím vyšetřením byla vstupně ultrasonografie a následně CT s kontrastní látkou. V jednom případě bylo pro naléhavost stavu a rozvinutý šok provedeno jen nativní CT (obr. 1). Pět případů bylo řešeno otevřenou operační revizí a tři případy selektivní embolizací krvácející segmentální cévy ve snaze zachovat orgán. V jednom případě jsme provedli selektivní embolizaci u pacientky s tuberózní sklerózou a vstupní renální insuficiencí. Další dvě selektivní embolizace jsme indikovali jako záchovný výkon u pacientky s oboustranným nálezem vícečetných angiomyolipomů ledviny (recidiva krvácení po pěti letech). Mezi nejextenzivnější výkony patřilo provedení nefrektomie spolu se splenektomií a levostrannou hemikolektomií u 34leté pacientky s karcinomem ledviny T4N2M1 (vstupní hemoglobin 55 g/l) a nefrektomie s adrenalectomií a odstraněním extraglandulárního