



Obr. 1. Nativní CT vyšetření břicha a retroperitonea před operační revizí. Na snímku patrný objemný hematoma vlevo (v tabulce pacient číslo 5, kdy pro urgentnost stavu a manifestní šok nebylo možno kontrastní vyšetření doplnit a indikována urgentní operační revize)

Fig. 1. Unenhanced CT scan of the abdomen and retroperitoneum prior to surgical revision. The image shows a voluminous haematoma on the left (patient 5 in the table in whom the urgency of the condition and manifest shock did not allow for a contrast scan to be taken, and urgent surgical revision was indicated)

feochromocytomu u 38letého pacienta se vstupním hemoglobinem 38 g/l (tabulka 1).

Ve sledovaném souboru jsme nezaznamenali komplikace související bezprostředně s provedeným výkonem. Jedna pacientka s karcinomem ledviny šest týdnů po výkonu zemřela v důsledku mnohočetné generalizace, ostatní dva pacienti s maligní etiologií jsou doposud bez recidivy onemocnění. Ve sledovaném souboru jsme po výkonu zaznamenali tři případy rozvoje renální insuficience. Jeden případ byl asociován terminálním stavem pacientky (kreatinin před úmrtím 308 $\mu\text{mol/l}$). Rozvoj renální insuficience u pacienta s masivní krevní ztrátou (vstupní hemoglobin 38 g/l) byl nejspíše prerenální etiologie v důsledku předoperační ischemie (šest měsíců po výkonu kreatinin 147 $\mu\text{mol/l}$). V jednom případě pak pacientka s tuberozní sklerózou podstoupila pro plicní a renální selhání (terminální hodnoty kreatininu 907 $\mu\text{mol/l}$) transplantaci ledviny a plic a žije doposud. Sledování pacientů (follow up) bylo průběžné od začátku příhody až doposud včetně zhodnocení finálního stavu pacientů (tabulka 1).

DISKUZE

Spontánní krvácení do retroperitonea není častou komplikací. Soubor devíti pacientů ošetřených za 20 let dvěma centry ve Finsku publikoval již před 20 lety Hellstrom (14). Dalších pět případů prezentoval

roku 2013 Adanur (15) a recentně dvanáct případů diagnostikovaných v rozmezí let 1997–2017 publikoval roku 2019 Arabagiu (16). Dominantním klinickým příznakem v hodnoceném souboru byla bolest bedra a břicha, naproti tomu jsme typicky hmatnou rezistenci zaznamenali jen sporadicky, což při dostupnosti zobrazovacích metod a obecnému ústupu fyzikálního vyšetření v praxi není s podivem. Zásadní v celkovém přístupu zůstává velký podíl pacientů s rozvinutým šokem před zahájením terapie. V našem souboru až 50 % pacientů mělo rozvinutý šok. Dle zaznamenaných výsledků nelze v časné diagnostice opomenout ani jiné příznaky, jako je hematurie či psoatický příznak. V porovnání s literárními údaji udává Arabagiu manifestní šok pouze u 25 % případů (3 z 12 pacientů), osm pacientů mělo bolest bedra, hematurie byla zaznamenána v šesti a zvracení ve dvou případech (16). Jako nejčastější příčina Wunderlichova syndromu bývá udáván angiomyolipom ledviny, kdy čeští autoři udávají klinickou symptomatologii (bolest bedra či epigastria) u větších angiomyolipomů až u 43 % pacientů ještě před možným rozvojem spontánního krvácení (17). Jako zdroj krvácení byl typický angiomyolipom v našem souboru zaznamenán v 50 % (čtyři případy z osmi), naproti tomu Arabagiu udává tuto etiologii jen ve dvou případech z dvanácti a naopak zaznamenal osm pacientů se spontánní rupturou karcinomu ledviny (16).

V klinické praxi se management péče o krvácení do retroperitonea, mimo obecně platná doporučení, řídí i celkovým stavem pacienta, eventuálně