

KAZUISTIKA

Pacient, 47 let, byl indikován k radikální nefrektomii pro nález objemného tumoru levé ledviny s infiltrací zádoových svalů, nádorovým trombem expandované renální žíly, postižením nadledviny a regionálních uzlin dle CT (obr. 1). Pro rozsah onemocnění byla provedena nefrektomie s trombektomií, adrenalectomií, lymfadenektomií a sutura pankreatu pro pooperační poranění. Histologicky byl verifikován renální konvenční karcinom 200 × 110 × 120 mm, G3 s metastázou nadledviny. Od sedmého pooperačního dne pacient udával bolesti břicha, jinak byl oběhově stabilní, bez alterace celkového stavu, afebrilní, pasáž obnovena. Dle CT prokázána kolekce tekutiny v bursa omentalis (obr. 2), jinak amylázy a zánětlivé parametry byly jen přechodně zvýšené. Drény po výkonu byly bez nápadnější větší sekrece a sedmý pooperační den byly již odstraněny, proto byla provedena perkutánní drenáž pankreatické kolekce pigtailem, podán Somatostatin a enterální výživa. Následně pro trvalou pokračující pankreatickou sekreci z drénu doplněno ERCP a zaveden pankreatický stent k odlehčení sekrece, nadále konzervativní postup a propuštění pacienta. Za tři měsíce provedeno kontrolní CT s regresí tekutinové kolekce, ale nově diagnostikován metaprocés jater a plic. Byla zahájena systémová onkologická léčba Sunitinibem. Jinak sekrece z drénu byla dále minimální a chirurg indikoval jeho odstranění.

DISKUZE

Relevantními rizikovými faktory vzniku PF jsou v případě urologických výkonů velikost tumoru, možné postižení okolních orgánů, uzlinový proces a eventuálně současný zánět. Samostatnou kapitolou v případě často objemných nádorů by mohla být cytoreduktivní nefrektomie, která je i v době biologické léčby u pacientů v dobrém biologickém stavu zatím stále indikována (7). Obecně je v chirurgii riziko vzniku PF u jednostranných resekcí pankreatu vyšší než u parciální pravostranné duodenopankreatektomie. V případě urologických výkonů toto riziko stoupá při současné jednostranné adrenalectomii. Další faktor ovlivňující vznik PF je



Obr. 2. CT nález peripancreatické tekutinové kolekce pooperačně

Fig. 2. CT finding of the peripancreatic fluid collection after surgery

stav pacienta, jeho komorbidity, obezita (8) a věk (9). Důležitý je také vlastní charakter pankreatické tkáně, kdy v případě sutury tzv. „soft pankreatu“ je riziko vzniku PF až 10× vyšší než u pacientů se středním nebo tuhým pankreatem (10). Neméně významným je stav pankreatických vývodů, kdy malý nedilatovaný pankreatický vývod (do 3 mm) je pro rozvoj PF rizikovější.

Možnou prevencí zabránění poranění pankreatu je v případě urologických výkonů úplná mobilizace sleziny, a tím i pankreatu (2) – kompletní přerušování splenokolického ligamenta a maximální uvolnění lineárního ohbí tračnicku. V případě poranění pankreatu je prevencí vzniku PF technická modifikace ošetření pankreatu a to ručním přešitím pankreatu po jeho ostrém přerušování skalpelem nebo ošetření pahýlu endoskopickým lineárním staplerem (11, 12, 13, 14). Možné je rovněž podání derivátů Somatostatinu před nebo ihned po ošetření pankreatu. Z dostupné literatury toto preventivní podání není ale paušálně doporučováno a jeho preventivní užití je spíše v selektivních případech („soft pankreas“, centra s menší zkušeností ošetření pankreatu).

Konzervativní léčba PF je úspěšná u 90–95 % pacientů (15). Mimo drenáž tekutinových kolekcí