

Náhlé příhody břišní

Jaroslav Pekara

Definice NPB

- náhlý vznik
- z plného zdraví
- často rychlý průběh
- vysoký stupeň závažnosti
- může ohrozit i život nemocného
- jen podezření již znamená komplexní vyšetření

Klasifikace- rozdělení NPB

- etiologie velmi rozličná
- jednotícím ukazatelem je spíše příznakový soubor
- Nejdůležitější symptomy
 - subj.: bolest, nausea či zvracení,
porucha odchodu plynů, stolice, močení,
škytavka
 - obj.: poloha nemocného, vzhled obličeje,
pulsová frekvence, teplota, dech

Rozdělení NPB

Neúrazové

- Zánětlivé
 - ohraničené na orgán
 - přecházející do okolí
 - difuzní zánět pobřišnice
- Ileosní
 - ileus mechanický
 - ileus neurogenní
 - ileus cévní
- Krvácení do GIT
 - perforace
 - hemoperitoneum

Úrazové

- Perforace trávicího ústrojí
- Hemoperitoneum
- Smíšená forma

Subjektivní příznaky - bolest

- **Orgánová – viscerální**
 - izolované postižení orgánu, bez přechodu na pobřišnici
 - typická kolikovitá bolest z rozepnutí či stažení jeho stěny
 - nutí nemocného měnit polohu
 - nemá přesnou lokalizaci (epi-, meso- a hypogastrium)
- **Pobřišniční – somatická**
 - vzniká podrážděním pobřišnice obsahem trávicího ústrojí
 - trvalého charakteru
 - nutí nemocného zachovávat absolutní klid – neměnnou polohu
 - bolesti vykazuje přesnou lokalizaci
 - nervová dráha přes interkostální či brániční nervy , míchu, gyrus postcentralis

Zvracení

- Zvracení či nausea provází všechny NPB
- Reflexní typ - příčinou podráždění nervů peritonea – bez úlevy
- centrální vliv toxinů
- Obstrukční u ileosního stavu – může být dočasná úleva nebo až sterkorálního typu – tzv. miserere
- Ublinkávání – přetékání při pokročilé fázi paralytického ileu u peritonitidy

Zástava plynů a stolice

- Doprovází opět téměř všechny NPB
- Reflexní zástava – pareza - časným příznakem u zánětlivých NPB
- Paralytický ileus je známkou pokročilosti zánětlivé i ileosní NPB
- Průjem může doprovázet zánětlivé procesy mezikličkové a v pánvi
- Příměs krve enterorhagie ukazuje na možnost invaginace, trombozy či embolie mesenterických cév

Objektivní příznaky

- **vzhled obličeje** – bledost (anémie), apatie, exhausce, dehydratace, facies hypocratica, cyanoza, ikterus
- neměná **poloha**, pokrčení DK budí podezření na zánětlivou NPB
- **Neklid, naříkání** u renální koliky, stangulačního ileu
- **Puls** souvisí s rozvojem teploty + 1st.C o 10 tepů. *Tachykardie bez teploty* svědčí o prokročlosti NPB a o event. krvácení. *Bradykardie* u biliární peritonitidy.
- **Teplota** – spíše subfebrilní typická pro NPB, vysoká jen u pokročilých zánětlivých NPB. Nižší teplota u šokového stavu. *Lenanderův příznak*: rozdíl více než 1 C mezi axilární a rektální
- **Dech** bývá často urychlen a povrchní, spíše kostální dýchání

Status localis - břicho

- **Pohled** – změny barvy, žilní kresba, vyklenutí - propadnutí břicha, jizvy, poranění
- **Poklep** – *Pleniesův* příznak- bolestivý poklep, bubínek ??, ztemnění (tumor – tekutina?)
- **Pohmat** ohraničená či difuzní bolest – *peritoneální dráždění*
Blumberg-Šcotkin, Rovsing, Defens musculaire
- **Poslech** překážková peristaltika, *šplíchoty, sy padající kapky, kovové zvuky, mrtvé ticho*
- **p.r.** *snížení tonu svěrače* u paralytického ileu, *prázdna ampula* u nízkého ileu, *krev* u invaginace, UBD, cévní ileus, bolestivý a vyklenutý *Douglasův* prostor

Paraklinická vyšetření

- Nativní snímek břicha – vyloučení *pneumoperitonea*, *hladinky* (hydroaerické fenomény), *kontrastní konkrementy*
- Pasáž Telebrixem
- Ultrasonografie
- CT
- Laboratorní vyš.: *KO, moč + sed., transaminázy, bili, AMS , iontogram*

Chyby při dg. NPB

- odklad vyšetření – dostaví se pozdě
- podcenění anamnézy
- neúplné vyšetření
- podcenění nalezených symptomů
- pozor na vyšetření v období klamného zlepšení
- rozdílnost nálezu – v pokročilém věku, dětí, těhotných žen, obézních
- zastření příznaků podáním opiátů, spasmolytik, antibiotik, kortikoidů, antipyretik, projímadel
- kontrolní vyšetření s odstupem ne dříve než za 2 hodiny

Zánětlivé NPB ohraničené

- Appendicitis acuta
- Cholecystitis acuta
- Perforatio ulceris gastroduodenalis
- Pancreatitis acuta

Zánětlivé NPB ohraničené

- **Appendicitis acuta** / appendicitis chronica

- u dětí
- stařecká
- těhotenská

anatomická poloha

Diferenciální dg. – gastroenteritis, perforovaný vřed g-d, cholecystitis, adnexitis, GEU, perforovaná cysta či torze adnex, pneumonie, CA, M. Crohn, cystopyelitis

Komplikace: periapendikulární infiltrát – absces, difuzní peritonitis, pyleflebitis, adheze

Léčba: zásadně chirurgická

Zánětlivé NPB ohraničené

Cholecystitis ac.

- s biliární kolikou
- často přechází v pericholecystitický infiltrát
- pericholecystitický absces
- difusní biliární peritonitida (plíživá)

Diferenciální dg.: appendicitis, perforace g-d vředu, pankreatitis, pyelonefritis, ca žlučníku a pankreatu, IM, pleuritis, pneumonie

Léčba: akutní cholecystektomie, odložená cholecystektomie

drenáž: cholecystostomie, drenáž abscesu

pericholecystitický infiltrát pokročilý - konzervativně

Zánětlivé NPB ohraničené

Perforace gastroduodenálního vředu

u mužů 10 x častější, abusus NSAID

Duodenální vřed častější, 80% chronickou vředovou anamnezu

Prudká bolest jako bodnutí dýkou

Fáze klamného zlepšení

Pneumoperitoneum RTG

Dif. dg. Krytá perforace, apendicitis perf., IM, pancreatitis,
inkarcerovaná brániční kýla

Léčba: chirurgická, vzácně konzervativně u kryté perforace

Zánětlivé NPB ohraničené

Pancreatitis acuta

edematosní, nekrotizující, absces pankreatu, pseudocysta

Etiologie: biliární, alkoholická, hyperlipidémie, cévní, úrazy

Paraklinická vyš. Nativní RTG, US+ CT !!, ERCP i kurativně

Dif dg: cholecystitis, gastroenteritis, colica renalis, g-d vřed, aneurysma aorty abd., cévní ileus

Léčba: iniciální vždy konzervativní + širokospúeltrá atb udržení
aseptické nekrozy, chirurgická intervence při komplikacích – sepse
abscesy, drenáž + laparostoma

Komplikace: ARDS až multiorgánové selhání, DIC, šok, diabetes

Zánětl.NPB s přechodem do okolí

Pericholecystitis, periappendicitis

Vytvoření infiltrátu až abscesu

Diagnoza: US či CT, KO, biochemie

Léčba: závisí na progresi zánětlivé NPB, iniciálně konzervativní, pokud nehrozí sepse – pak intervence pod CT či US resp. Chirurgická indikace atb není vhodná u abscesu

Peritonitis circumscripta

Symptomy jsou stejné jako u difuzní peritonitidy, ale mírnější

Ohraničený zánět – infiltrát se může resorbovat či progredovat v absces event. perforovat do obrazu difuzní peritonitidy

Léčba: iniciálně konzervativní, při progresi NPB – operační výkon.

Peritonitis diffusa acuta

Perforace dutých orgánů do dutiny břišní

Per continuitatem

Metastatický rozsev hematogenní cestou – pneumonie, tonsilitis

Klinický obraz dán virulencí bakterií E.- coli, streptokoky, Bacteroides, Clostridium Welchii, pneumokoky

Hnisavá až sterkorální peritonitida – sepse

Klinika: nausea, při perforaci šokující bolest či trvalá dlouhodobá,

Facies hypocratica, defens musculaire, perit. dr. Blumberg, Rovsing.

Plenies, p.r. bolestivý Douglasův prostor

Léčba: chirurgická – odstranění příčiny, toileta a drenáž

Ileus – střevní neprůchodnost

- **Mechanický**

Obturační - intraluminální

- intramurální

- extramurální

Volvulus + strangulace

Strangulační – uskřínutí pruhy, v otvorech a invaginace

- **Neurogenní** – paralytický a spastický

- **Cévní** - tromboza a embolie

Obturační ileus

- Klinika: kolikovitá bolest, nausea – zvracení, zástava plynů a stolice
- Pomalu se rozvíjí chudá symptomatologie, závislá na výšce obstrukce
- Břicho je vzedmuté, s vysokým bubínkovým poklepem nad distendovaným střevem – *Wahlův* příznak, peristaltika překážková
- Diagnostika: nativ břicha, US, event. CT
- Léčba: u *intraluminálních* příčin – extrakce z enterotomie
 - / biliární ileus/
 - u *intramurálních* příčin - resekce
 - i *extramurálních* - adhezeolýza či stomie u inop. tumorů

Strangulační ileus

- *Klinický obraz:* dán krutou náhlou bolestí s reflexním zvracením a rychle se rozvíjejícím šokovým stavem. Ischemie střevní vede k nekroze stěny a difusní peritonitidě. P.r. – krev.
- *Etiologie:* adheze, inkarcerované kýly břišní stěny i vnitřní, invaginace (iloeilická, ileocoekální), invaginace polypoidním útvarem
- *Léčba:* operace, u invaginace někdy rozvinutí střeva irrigografií invaginát je nutno vytlačit nikoliv vytahovat, při nezdaru resekce

Neurogenní ileus

- **Paralytický** – nejčastější operační trauma, u zánětlivých NPB, strangulační či cévní ileus

Klinika: nadmutí, pocit tlaku v břiše, zástava plynů a stolice – *mrtvé ticho.*

Dg.: Na nativu břicha hladinky na tenkém i tlustém střevu, zvýšená plynatost

Léčba konzervativní, NG sonda, prokinetika, infuze, vzácně protektivní coekostomie

- **Spastický** – vzácný, spasmus svaloviny střeva při tabes dorsalis, meningitida, reflexně u bili či ren. koliky

Léčba svízelná nelze odlišit od obturačního ileu – event. spasmolytika

Cévní ileus

Embolie či tromboza mesenterických cév - působící hemoragickou infarctací až nekrozu střeva s následnou difusní peritonitidou

Paralytický ileus s rychle se rozvíjejícím šokovým stavem, zpočátku průjem s enterorhagií

Dg.: selektivní AG, event. Angio-CT, vzácně trombolyza či embolektomie chirurgická. Při rozvinutém cévním ileu často extensivní subtotální resekce tenkého střeva a tračníku

Výsledky jsou poznamenány *velkou mortalitou*, záleží na rychlosti dg a délce zachovaného tenkého střeva. *Malabsorbční sy a propteinkalorickou malnutrici* řeší dnes často úspěšně metabolické jednotky domácí parenterální výživou.

Krvácení do GIT

- 2/3 krvácející vředové choroby g-d.
- jícnové varixy
- karcinom žaludku, hemoragická gastritida
- hiátová hernie – GERD
- leiomyom, angiodysplasie a polypy na tenkém střevě
- CRC, divertikuloza
- hemoragické diatézy – warfarin

Klinika hemoragický hypovolemický šok, meléna, hemateméza

Dg.: fibroskopie, CT-angio, selektivní angiografie a embolisace

Léčba: hemostáza pomocí endoskopie - opichy Adrenalinem,, hemoklipy; při pokračujícím krvácení a ztráty kolem 1,5 až 2 l krve za den indikujeme k chir. Revizi. Opich krvácející cévy a příslušné přívodné tepny a. gastruodenalis, gastrica sin.

Blakemorova 3 balonková sonda