

Klinika za ženske bolesti i porode, Klinički bolnički centar Split

RETROPERITONEALNI APSCES U TRUDNICE **RETROPERITONEAL ABSCESS IN PREGNANCY**

Vedran Hrboka, Žana Stanić, Ivica Tadin

Prikaz slučaja

Ključne riječi: retroperitonealni apsces, trudnoća

SAŽETAK. Retroperitonealni apsces je stanje koje se rijetko susreće u trudnoći. Češće se vidi nakon poroda, pobačaja ili carskog reza. Etiološki može biti primarni, nastao hematogenim putem, ili sekundarni, razvijajući se iz intraperitonealnih struktura, poglavito dijelova probavnog trakta koji nalježu na m. psoas. Prikazan je slučaj 27-godišnje drugorotkinje s verificiranim retroperitonealnim apscesom, liječene kirurškom incizijom i drenažom apscesa koja je uz antibiotsku terapiju i pojačanu njegu uredno iznijela trudnoću i rodila zdravo, donošeno dijete. Primarna bolest je kirurški zbrinuta u puerperiju.

Case report

Key words: retroperitoneal abscess, pregnancy

SUMMARY. retroperitoneal abscess in pregnancy is rarely encountered condition. It is more frequently reported to occur subsequent to deliveries, abortions or caesarean sections. Primary abscesses of this localization develop via hematogenous route. Alternatively, secondary abscesses result from a direct extension of an infectious process into retroperitoneum, especially from infected parts of digestive tract adjacent to psoas muscle. We report on 27-year secundigravida with verified retroperitoneal abscess, treated with surgical incision and drainage of the abscess. Supported by causal antibiotic therapy and intensive care measures the patient completed the course of pregnancy and vaginally gave birth to healthy, term, newborn. Primary disease was solved by surgery following delivery.

Uvod

Retroperitonealni apsces (RPA) je vrlo rijetko stanje u trudnoći.^{1–3} RPA dijelimo na primarni i sekundarni. Primarni apscesi su uglavnom hematogenog porijekla, zbog bogate prokrvljenosti m. psoasa. Vidaju se kod mlađih ljudi (83% je mlađe od 30 godina), češće kod muškaraca. U hemokulturi je u 88% slučajeva izoliran *Staphylococcus aureus*.^{4,5,6} Sekundarni apscesi nastaju zbog bliskog kontakta s abdominalnim i zdjelničnim organima, čime se infekcija iz tih područja lako prenosi na m. psoas.¹ Vidaju se češće kod starijih i osoba sa smanjenim imunitetom. U 80% sekundarnih RPA primarni uzrok je u bolestima gastro-intestinalnog trakta (Crohnova bolest, apendicitis, divertikulitis, pankreatični apsces i kolo-rektalni karcinom).^{4,5} Uzroci ovih apscesa su mikroorganizmi koji su u crijevnoj flori (*Escherichia coli*, *Bacteroides*, *Enterococcus*). Rijetko se sekundarni RPA mogu razviti i iz perinefritičkog apscesa, osteomijelitisa, tuberkuloze kralježnice ili kao post-operativna komplikacija nakon insercije materničnog uložka, paracervikalne analgezije, kiretaže ili carskog reza.^{4,7,8}

U *kliničkoj slici* dominira trijas: bol u lumbalnoj kralježnici, šepanje i intermitentna febrilnost.⁹ U mirovanju pacijent leži na nezahvaćenom boku, s flektiranom ipsilateralnom nogom u kuku. Ima pozitivan znak m. psoasa (bol pri hiperekstenziji kuka zahvaćene strane).⁵

U *laboratorijskim nalazima* može se naći leukocitoza, ubrzana sedimentacija eritrocita i anemija, no ti nalazi za ovu bolest nisu specifični. Dijagnoza se uspostavlja pomoću ultrazvuka, kompjuterizirane tomografije i nuklearno-magnetske rezonancije.²

Diferencijalno dijagnostički u obzir dolaze septički aritis i osteomijelitis, koji se mogu isključiti radiografski i punkcijom zgloba.^{5,6}

Terapija RPA može biti konzervativna i/ili kirurška. Konzervativna terapija podrazumijeva primjenu antibiotika. Stafilocoki i crijevni mikroorganizmi pokazuju najveću osjetljivost na klindamicin, aminoglikozide i anti-stafilokokne peniciline. Kirurška terapija uključuje drenažu, koja može biti perkutana ili otvorena kirurška incizija. U pacijenata s Crohnovom bolesti predlaže se incizija.¹

Prikaz bolesnice

A. B., 27-godišnja drugorotkinja primljena je u Kliniku za ženske bolesti i porode KBC-a Split u 32. tjednu trudnoće zbog izrazite mikrocitne anemije, ultrazvučnog nalaza oligohidramniona i intrauterinog zastoja rasta te bolova u desnoj preponi. Kliničkim pregledom trudnice utvrđena je nježnija osteomuskularna građa, bljedoća i nizak BMI. U krvnoj slici nađu se povišeni CRP (235 mg/L), L (13,26), te parametri CKS sugestivni za mikro-cistnu anemiju. Smještena je na odjel patologije trudnoće. Ordinira se po preporuci internista transfuzija deplazmatiziranih eritrocita te antibiotici (cefalosporini). Nakon par dana hospitalizacije bolesnica spominje da se bolovi iz prepone premještaju u područje križa i desne lumbalne lože. Pojavljuju se septičke temperature, te se uz klinički i ultrazvučni pregled postavi sumnja na retroperitonealni apsces. NMR zdjelice pokazuje retroperitonealno duž desnog m. psoasa, a kaudalno duž m. iliopsoasa apscesnu kolekciju veličine 11x9,9x11 cm. Istog dana konzilijarni kirurg u općoj anesteziji izvrši inciziju, evakuaciju i drenažu apscesa lumbosakralne regije.

Radi daljnje skrbi pacijentica se premješta u Jedinicu intenzivnog liječenja (JIL), gdje boravi tri dana. Ordiniraju joj se infuzijske otopine, antibiotici (meropenem i metronidazol), analgetici, gastroprotektivi i kisik. Hrana se per os. Učine se mikrobiološke obrade krvi, sekreta iz drena, urina, brisa nosa i rektuma. Iz kulture gnoja izolira se *Morganella morgagni* i *Klebsiella pneumoniae*. Iz hemokulture izolira se *MRSE* (*Staphylococcus epidermidis* metilicilin rezistentan). Tijekom liječenja u JIL-u pacijentica se oporavlja, sekrecija na dren se smanjuje. Vraća se u Kliniku za ginekologiju i porodništvo. Dospijećem antibiograma hemokulture i sadržaja iz rane mijenja se antibiotska terapija (vankomicin i gentamicin). Sumnja se na pojavu crijevnog sadržaja na dren, te iz tih razloga potrebe za totalnom parenteralnom prehranom se u dogovoru sa anesteziologom i kirurgom ponovno nakon tri dana premješta u JIL. U nastavku liječenja na dren ne izlazi sadržaj iz crijeva, prehrana se nastavlja per os, te se pacijentica ponovno vraća u Kliniku za ženske bolesti i porode. Po okončanju dvojne antibiotske terapije, učini se kontrolni bris rane iz kojeg se ponovno izolira *MRSE*. Uključuje se antibiotik po antibiogramu (klindamicin). Serijski se redovito određuju osnovni hematološki nalazi. Zapaža se kontinuirani pad vrijednosti CRP-a. Pacijenticu konzilijarno obilazi kirurg te se po uklanjanju drena svakodnevno vrši toaleta ispiranjem hidrogen-peroksidom i povidon-jodidom, a povremeno se učini debridement rubova incizije radi boljeg cijeljenja iz dubine i onemogućavanja ponovnog apscediranja u zaostalim džepovima.

Trudnoća je nadzirana rutinski. Kliničko i subjektivno stanje majke dobro. U 38. tjednu trudnoće pacijentica prijavljuje početak trudova. Uz opstetrički nalaz: cervix nestao, ušće otvoreno 6 cm, prednjačeća čest glava, vodenjak održan, nakon amniotomije i stimulacije trudova oksitocinom porodi se živo, donošeno, hipotrofično muško dijete porodne težine 2470 g, duljine 48 cm, Apgara 10; dijete se smjesti u odjel neonatologije gdje laboratorijski nalazi i klinička opservacija isključuju konalnu infekciju. Babinje protječe uredno, bez znakova kliničkog i laboratorijskog povrata bolesti.

Četvrtoga dana po porodu pacijentica se premješta u Kliniku za kirurgiju, radi kompletiranja dijagnostike, definitivnog razrješenja etiologije retroperitonealnog apscesa, s dijagnozom Tumor inflammatorius coli ascendens, Mb. Crohn susp. U ponovnom NMR abdomena i zdjelice nađe se retroperitonealno, parakolično desno, lateralno i kaudalno duž desnog m. iliopsoasa nepravilna organizirana kolekcija, u koju je uklonjena cekum i ascendentni dio kolona, sužuje njegov lumen, uz održanu pasažu kontrasta. Navedena kolekcija se ne može jasno odvojiti od stijenke crijeva i mjeri 11x8,7 cm. U komparaciji s prethodnim NMR nalazom uočena je progresija. Kolonoskopski se uspijeva ući do cekuma, nalaz uredan. Irigografijom, kontrastno sredstvo ne prolazi distalnije od oralnog segmenta desne fleksure. Nakon toga se izvrši operativni zahvat: hemicolecotomia l.dex. et ileo-transverso anastomosis lat-lat. Operacijski i postoperacijski tijek uredan.

Članak primljen: 17. 07. 2009.; prihvaćen: 15. 08. 2009.

Patohistološki nalaz: Inflammatio acuta partim abscondens. **Opis:** Materijal je isječak debelog crijeva duljine 14 cm, zajedno sa dijelom tankog crijeva duljine 12,5 cm; posebno je primljen još jedan isječak tankog crijeva duljine 15 cm. U masnom tkivu opisanog isječka crijeva vidi se 9 limfnih čvorova. Pregledom sluznice patološke promjene se ne nalaze. Pregledom masnog tkiva vide se dijelom čvršća, dijelom razmekšana područja koja svojim izgledom djeluju poput upale. Histološkim pregledom sluznice patološke promjene se ne nalaze, a u području masnog tkiva i na serozi vide se apscesne nakupine granulocita. Limfni čvorovi pokazuju reaktivne promjene u smislu limfatičkih folikula s naglašenim germinativnim centrima. Na drugom isječku tankog crijeva patološke promjene sluznice se ne nalaze, dok se na serozi i dijelu masnog tkiva vide infiltrati granulocita.

Rasprava i zaključak

Dijagnostika i terapija retroperitonealnog apscesa često kasni zbog nespecifičnih simptoma i znakova ove bolesti. U trudnoći izmijenjeni anatomske odnosi u abdomenu te fiziološke specifičnosti graviditeta dodatno otežavaju pravovremenu dijagnostiku. Iz tih razloga postoji opasnost od širenja upale u smislu difuznog peritonitisa, stanja koje je praćeno izuzetno visokom stopom fetalne i maternalne smrtnosti. Na RPA treba posumnjati kada uprkos terapije perzistiraju šepanje i bol u lumbalnoj kralježnici. Kako bi se smanjio maternalni i fetalni morbiditet nužan je timski pristup u dijagnostici i terapiji, koji uključuje opstetričara, radiologa, mikrobiologa, kirurga i anesteziologa.

Literatura

1. Kumar S, Malhatra N, Chanana C, Lal S. Psoas abscessus in obstetrics. Arch Gynecol Obstet 2009;279:247–9.
2. Kawamura K, Sekiguchi K, Chibata S, Fukuda J, Tanak T. Primary psoas abscess during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand, 2000;79(2):151–7.
3. Clausen HV, Fielding C. Retroperitoneal abscess and vena cava thrombosis following normal pregnancy and delivery. Clin Experim Obstet Gynecol 1992;19(2):109–11.
4. Saylam K, Anat V, Kirkpatrick C. Successful medical management of multifocal psoas abscess. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;102(2):211–4.
5. Gezer A, Erkan S, Saygi Erzik B, Erel CT. Primary psoas muscle abscess diagnosed and treated during pregnancy: case report and literature review. Infect Dis Obstet Gynecol 2004;12:147–9.
6. Swanson A, Lau KK, Kornman T, Wallace EM, Polyakov A. Primary psoas muscle abscess in pregnancy. Austral New Zeal J Obstet Gynecol 2008;48(6):607–8.
7. Segal S, Gemer O, Sestopal-Epelman M, London D, Velkes S, Jakim I. Retroperitoneal abscess after normal delivery. J Reprod Med 1996;41:276–8.
8. Athanasopoulos A, Petsas T, Fokaefs E, Skouras T, Galazidou E, Perimenis P, Barbalijs G. Paraneuritic abscess during pregnancy. Urol Inf 2004;73(2):185–7.

Adresa autora: Dr. Vedran Hrboka, Klinika za ženske bolesti i porode KBC-a u Splitu, Spinčićeva 1, 21 000 Split