
Komentář k článku

Liška V. a spol.: Embolizace portální žíly – zvýšení resekability pro maligní onemocnění

Jednou z příčin poruchy jaterních funkcí, zvýšené morbidity a letality po velkých jaterních resekcích je nedostatečná velikost ponechaného jaterního parenchymu. Jako velkou jaterní resekci zpravidla označujeme odstranění pěti a více jaterních segmentů. Riziko pooperačních komplikací výrazně narůstá při resekčních výkonech s ponecháním 20 % normálního jaterního parenchymu a 40 % parenchymu s přítomnou chronickou jaterní lézí. Principem selektivní embolizace větví portální žíly (PVE) je dosažení hypertrofie jaterního parenchymu na kontralaterální straně a snížení rizika jaterní insuficience po následné rozsáhlé jaterní resekci. Od prvních klinických zkušeností s PVE publikovaných v roce 1990 byla tato metoda využita při léčbě řady nemocných s primárními a sekundárními tumory jater. Postupně byly zpřesňovány indikace a technické aspekty PVE, objevily se nové poznatky o jaterní regeneraci, stále se upřesňuje optimální strategie léčby jaterních malignit. V současné době je na řadě pracovišť PVE prováděna jako předoperační příprava před plánovanou rozsáhlou resekci jater u vybrané skupiny nemocných. Přes dosažené zkušenosti s touto metodou a současné diagnostické možnosti není k dispozici standardizovaný postup a metoda, která by umožnila přesně definovat u kterých nemocných předoperační PTE indikovat. Z dosavadních studií vyplývá, že zřejmý profit s ovlivněním pooperační

morbidity a letality přináší PTE před resekci jater u nemocných s chronickým postižením jater cirhózou, steatofibrózou či chemoterapií.

Autoři článku uvádějí vlastní zkušenosti s PVE provedenou u 24 nemocných, ve snaze zvýšit resekabilitu nádorového onemocnění jater. Jedná se zřejmě v našich poměrech o nejširší sestavu nemocných u kterých byla systematicky indikována předoperační PVE. Je třeba vyzdvihnout snahu autorů o zavedení této metodiky do klinické praxe a multidisciplinární přístup při ošetřování nemocných s jaterními malignitami. Ke gratulaci k dosaženým výsledkům bych rád připojil i několik dotazů k autorům článku.

1. Autoři uvádějí úspěšnou kanylaci portálních větví a provedení PVE u 24 nemocných. Byla v některých případech PVE neúspěšná?
2. Jaká byla indikace k provedení PVE u nemocného s jaterní metastázou karcinomu žaludku?
3. Z jakého důvodu, podle mínění autorů, nedošlo u třetiny nemocných k dostatečné hypertrofii kontralaterálního laloku jater po technicky úspěšné PVE?
4. Třetina nemocných s PVE podstoupila radikální chirurgický výkon. Lze resekční výkon v kombinaci s radiofrekvenční ablací na kontralaterální straně považovat za radikální výkon?

Doc. MUDr. František Bělina, CSc.

Pozdní manifestace a následky nezjištěných bráničních ruptur

Reber, P. U., et al. J Trauma., 2004, Jan; 44(1): 183–188.

Tupá a penetrující poranění trupu mohou být spojena s poraněním bránice nebo její rupturou. Protože stanovení diagnózy je často velmi svízelné, mnoho těchto poranění unikne pozornosti a manifestuje s odstupem od iniciálního poranění známkami herniace až inkarcerace orgánů břišní dutiny.

Metodou retrospektivní analýzy dat byly hledáni pacienti, kteří byli přijati se známkami pozdních komplikací potraumatické brániční hernie.

Celkem bylo ošetřeno 10 pacientů s potraumatickou brániční hernií během 10letého období. Jednalo se o 6 mužů a 4 ženy, průměrného věku 65 let. Osm pacientů utrpělo tupá poranění a dva pacienti utrpěli penetrující poranění bránice. Ve dvou případech bylo poranění a následná herniace na pravé straně, u zbylých osmi pacientů na straně levé. Do hrudníku prolabovala játra (n = 2), střevo (n = 10), žaludek (n = 4), omentum (n = 5) nebo slezina (n = 1). Prodleva od prvotního traumatu do manifestace brániční kýly a stanovení diagnózy se pohybovala od 20 dnů do 28 let. U devíti pacientů byla diagnóza stanovena buď na základě skiagramu hrudníku nebo na základě pasáže horní části trávicího traktu kontrastní látkou. U jednoho pacienta na základě peroperačního nálezu. Všichni pacienti podstoupili operační zákrok, buď laparotomii (n = 9) nebo/a torakotomii (n = 2) s primární reposicí a suturou defektu. Jeden pacient zemřel třetí pooperační den, což představovalo 10% mortalitu; morbidita byla v tomto souboru 30 %.

Závěrem lze říci, že stanovení diagnózy s řešením ruptury či poranění bránice při prvotní hospitalizaci je základním faktorem, který může snížit incidenci pozdní manifestace a možných komplikací herniace a inkarcerace abdominálních orgánů přes bránici. Stanovení diagnózy traumatické ruptury bránice může být u polytraumatu velmi obtížné a vyžaduje vysoký stupeň podezření na toto poranění, zejména při poraněních dolní poloviny hrudníku a horní poloviny břicha.

*MUDr. Jan Šimonek
III. chirurgická klinika FN Motol*