



AKUTNÍ HYPOKORTICISMUS JAKO KOMPLIKACE PO GYNEKOLOGICKÉ OPERACI

Ľubušký M., Machač Š., Ľubušký D., Kudela M.

*Gynekologicko-porodnická klinika LF UP a FN Olomouc
přednosta prof. MUDr. Milan Kudela, Csc.*

ÚVOD

Akutní nedostatečná činnost kůry nadledvin - Addisonská krize - se řadí k život ohrožujícím stavům. Uvádíme kazuistiku pacientky s příznaky náhlé příhody břišní, jejíž příčinou byl akutní hypokorticismus.

KAZUISTIKA

Pacientka J. M., 28 let, léčena pro primární sterilitu, hypermenoreu a sekundární anemii. Dle UZ byl zjištěn v zadní stěně a v pravé hraně děložní intramurální myom velikosti 7 cm deformující dutinu děložní. Vzhledem ke sdružené indikaci byla pacientka idikována k laparotomické revizi a myomektomii. Pacientka přijata akutně před termínem plánovaného operačního výkonu pro febrilie, bolesti v podbřišku, cefalgie a celkovou slabost. Stanovena diagnóza akutní endometritidy - adnexitidy. Nasazeny antibiotika. 4. den hospitalizace zhoršení stavu, opakované zvracení, průjem, silící křečovitě bolesti v podbřišku. Laboratorně během dne normální hodnoty leukocytů (spíše pokles 5,5-4,6), postupný vzestup hodnot CRP (88,1-116,1). Po konzultaci s chirurgem provedena laparotomická revize bez patologického nálezu v dutině břišní, byla připojena plánovaná myomektomie. V pooperačním průběhu došlo k nástupu tonicko klonických křečí, hypoglykemického původu, s následnou ztrátou vědomí. Během 24 hodin po operaci se stav dále zhoršil, objevily se febrilie, somnolence, bylo vysloveno podezření na krvácení do dutiny břišní. Za účasti chirurga provedena relaparotomie opět s negativním nálezem. Následně na podkladě laboratorního a hormonálního vyšetření endokrinolog diagnostikuje akutně vzniklý periferní typ hypokorticismu. Po nasazení terapie hydrokortizonem se stav pacientky rychle upravil. 11. den po výkonu byla nemocná propuštěna do domácí péče a předána do další péče endokrinologovi.

ADDISONSKÁ KRIZE

Za hlavní příčinu Addisonovy nemoci (primární hypokorticismus) se pokládá autoimunitní poškození kůry nadledvin. Akutní insuficience kůry nadledvin může vzniknout při stresových situacích nebyla-li včas zvýšena substituce, například při horečnatém onemocnění, operačním výkonu nebo po úraze. Někdy může být Addisonská krize i prvním příznakem dosud nediodagnostikované Addisonovy nemoci.

Klinické příznaky (většinou nespecifické):
adynamie (nápadná únavnost, slabost), bolesti břicha, nauzea, zvracení, průjmy, hypotenze, tachykardie, hyperpyrexie, event. i hypovolemický šok
Kožní a slizniční hyperpigmentace u akutně vzniklého selhání kůry nadledvin většinou nejsou přítomny.

Laboratorní vyšetření:
hyponatrémie, hyperkalémie, acidóza, hemokonzentrace, zvýšená hladina močoviny, hypoglykémie

Stanovení diagnózy:
- kortizolová křivka (hladiny kortizolu v séru v časových odstupech během dne)
- metabolity kortizolu v moči
- ACTH v plazmě

Terapie:
- kortizol i. v. (po úvodní dávce 100 mg i. v. jako bolus je během 24 hodin často podáno 1000 mg i více, z toho 500 - 600 mg během prvních 6 hodin)
- doplnění krevního volumu fyziologickým roztokem (během úspěšné léčby dochází obvykle k anémii, v důsledku změny hypovolémie na normovolémii)
- 5-10% glukóza s přidáním NaCl (při hypoglykémii)

ZÁVĚR

Addisonská krize může být prvním závažným projevem dosud nediodagnostikované Addisonovy nemoci a může se manifestovat příznaky náhlé příhody břišní. Pro stanovení správné diagnózy a terapie je nutná úzká spolupráce s endokrinologem. Prognóza při trvalé substituci kortizolem je příznivá. Těhotenství nebo případné operační výkony nejsou kontraindikovány.