

Splenektomie a sepse: pacienti musí být informováni o riziku, musí být vakcinováni a v určitých případech užívat profylakticky antibiotika – editorial

Z. Ráčil^{1,2}

¹ Interní hematologická a onkologická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, přednosta prof. MUDr. Jiří Mayer, CSc.

² CEITEC – Central European Institute of Technology MU Brno, ředitel prof. RNDr. Jaroslav Koča, DrSc.

Polák P et al. Upozornění na nebezpečí invazivních infekcí u splenektomovaných pacientů. Zkušenosti z FN Brno 2011. Vnitř Lék 2012; 58(9): 665–667.

Po staletí byla funkce sleziny předmětem mnoha dohadů, a zatímco pro Francouze byla centrem melancholie, pro Angličany naopak centrem zlosti („to vent one's spleen“ = uvolnit vztek). V každém případě však bylo nepochybné, že pokud slezina praskla, postižený zemřel. Moderní chirurgie díky možnosti provedení splenektomie umožnila přežití pacientů s rupturou sleziny, většinou vyvolanou traumatem. Tento chirurgický zákrok se dokonce stal terapeutickou modalitou pro některá hematologická onemocnění spojená s destrukcí krevních elementů ve slezině (idiopatická trombocytopenická purpura, korpuskulární hemolytické anémie, event. dříve také autoimunitní hemolytická anémie či vlasatobuněčná leukemie). Panoval názor, že odstranění sleziny má jen minimální, pakliže vůbec nějaký dlouhodobý následek, a na slezinu se pohlíželo jako na redundantní orgán podobně jako na appendix. Avšak od 1. poloviny minulého století začalo být zřejmé, že odstranění sleziny vede ke zvýšenému riziku infekčních komplikací (zejména vyvolaných opouzdřenými bakteriemi, jako je *Streptococcus pneumoniae*). Podobně pak byla u asplenických jedinců zaznamenána vyšší mortalita na malárii. V současné době víme,

že slezina zdaleka není „k ničemu“, ale že hraje komplexní roli v imunitním systému produkcí IgM paměťových buněk, eliminací opsonizovaných enkapsulovaných bakterií a modulací efektu cytokinů uvolňovaných během sepse.

Jako „overwhelming post-splenectomy infection (OPSI)“ je nazývána vzácná, avšak dramaticky probíhající infekční komplikace u nemocných po splenektomii, vyvolaná *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* a *Neisseria meningitidis* (výjimečně jiné), často začínající pod obrazem zcela banálního chřipkového onemocnění, ale velmi rychle progredující do těžkého septického stavu až šoku s větší než 50% mortalitou. Recentní rozsáhlá práce australských autorů, do které bylo zařazeno téměř 2 500 splenektomovaných pacientů [1], ukázala, že roční incidence závažných infekcí se pohybuje od 8 případů na 100 asplenických jedinců a rok. Přestože největší riziko OPSI vzniká první 2 roky po splenektomii, riziko je zcela jednoznačně celoživotní a k fatální infekci může docházet i mnoho let po chirurgickém zákroku. Právě dramatickost a možnost pozdního objevení infekce mnoho let po zákroku velmi demonstračně ukazuje práce Poláka et al v tomto čísle časopisu Vnitřní lékařství.

Prevence těchto kritických stavů vyžaduje intenzivní multidisciplinární přístup a u plánovaných zákroků musí být zahajována již 2 týdny před zákrokem. Celý přístup je založen na 3 jednoduchých bodech:

1. podrobné edukaci nemocného o rizicích stran chování při příznacích infekce a nutnosti informovat všechny ošetřující lékaře (včetně stomatology) o provedené splenektomii a o nezbytnosti zahájení okamžité domácí antibiotické léčby při rozvoji horeček,
2. vakcinaci,
3. u části nemocných podávání antibiotické profylaxe [2].

Podrobné informace přináší zmíněná práce Poláka et al.

Bohužel nejen v České republice, ale i v celé řadě zemí neexistuje jednoznačný přístup v dispenzarizaci asplenických nemocných. Jen v některých nemocnicích jsou k dispozici jasná, definovaná a dodržovaná doporučení pro prevenci OPSI u pacientů, kteří podstupují nebo podstoupili splenektomii. Zatímco u plánovaných výkonů, prováděných zejména z indikace hematologa, je adherence s doporučeními již relativně rozšířená a nemocní jsou

ve většině případů i nadále sledování hematologem, u pacientů s akutní, většinou posttraumatickou splenektomií je situace opačná a jen velmi malá část z nich obdrží adekvátní informaci a adekvátní profylaxi, či je dokonce dispenzarizována. Situaci velmi pěkně demonstruje recentní francouzská studie, která prokázala, že pouze 19 % splenektomovaných nemocných mezi roky 2000 až 2005 obdrželo všechny 3 doporučené vakcíny. Navíc většina plně vakcinovaných nemocných byly děti – mezi dospělými byla plná proočkova-

nost pouze 4 %. Podobně pouze naprosté minimum (přibližně pouze 10 %) nemocných obdrželo antibiotika pro zahájení empirické domácí léčby v případě rozvoje horeček [3].

Kazuistiky Poláka et al by tak měly být výzvou pro vytvoření nejen lokálních doporučení platných v jednotlivých nemocničních zařízeních, ale v ideálním případě republikových, multioborových guidelines pro organizaci péče o nemocné podstupující plánovanou či urgentní splenektomii. Jedině tak je možno účinně minimalizovat závažnost OPSI.

Literatura

1. Dendle C, Sundararajan V, Spelman T et al. Splenectomy sequelae: an analysis of infectious outcomes among adults in Victoria. *Med J Aust* 2012; 196: 582–586.
2. Ráčil Z. Prevence septických stavů u dospělých nemocných s funkčním hyposplenismem a po splenektomii. *Vnitř Lék* 2001; 47: 781–789.
3. Coignard-Biehler H, Lantermier F, Hot A et al. Adherence to preventive measures after splenectomy in the hospital setting and in the community. *J Infect Public Health* 2011; 4: 187–194.

doc. MUDr. Zdeněk Ráčil, Ph.D.
www.fnbrno.cz
e-mail: zracil@fnbrno.cz

Doručeno do redakce: 30. 5. 2012

**ZN ZDRAVOTNICKÉ
NOVINY**

Ty právě s tradicí

60 LET
1952-2012

Od všeho o něco více

- **více** poradenství pro provozovatele lékařských praxí
- **více** informací pro zaměstnance i managementy zdravotnických zařízení
- **více** zpráv z domácího a zahraničního odborného tisku
- **více** aktualit z evropských i světových kongresů
- **více** výsledků z klinických studií
- **více** novinek z oblasti farmacie

www.zdravky.cz



ambit media®