

High-output stoma

Štěpánek V.1, Bortlík M.1

1 Gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

vasikstepanek@seznam.cz

Úvod

Velká část pacientů s idiopatickým střevním zánětem musí během svého života podstoupit chirurgickou léčbu. Její součástí může být ileostomie – většinou přechodná, výjimečně trvalá, bez možnosti obnovit kontinuitu trávicí trubice. V obou případech může dojít k závažné komplikaci označované jako high-output stoma.

Popis případu

Pacientovi narozenému v roce 1945 byla diagnostikována Crohnova nemoc (CN) v roce 2005. Již následující rok byla provedena explorativní laparotomie pro ileózní stav, který poté odezněl. V dalších letech potvrdily opakované koloskopie stenotizující formu CN. Pacient byl léčen mesalazinem v tabletové formě a topickým kortikoidem. Dále byl léčen pro arteriální hypertenzi a mírný stupeň renální insuficience.

Klinicky relativně uspokojivý stav vyústil roku 2020 v akutní operaci pro perforaci ilea s peritonitidou. Bylo resekováno 70cm ilea a založena terminální ileostomie. Postoperačně byla nutná katecholaminová podpora a stav pacienta byl ještě komplikován fascitidou v okolí rány. Do domácí péče byl pacient propuštěn 5 týdnů po operaci.

V měsíci srpnu roku 2021 byl hospitalizován na interní JIP pro akutní renální selhání (kreatinin 508 mmol/l, urea 28,2 mmol/l, hyponatremie, hypomagnesemie) s potřebou dialýzy. K vyloučení postrenálního selhání bylo provedeno CT břicha s nálezem pyelolithiázy bez dilatace dutého systému levé ledviny. Na doporučení urologa byl pacientovi zaveden stent a navýšen per orální příjem tekutin. Odpady do stomie dosahovaly až 2000ml/den. Pacient byl po kompenzaci stavu propuštěn, avšak po jednom měsíci musel být znovu hospitalizován z důvodu dalšího prerenálního selhání (kreatinin 1059 mmol/l, urea 34,7, Na 116 mmol/l, Mg 0,45mmol/l). Opět zprvu dialyzován, následně po zaléčení infuzní terapií byl propuštěn domů, doporučeno bylo navýšit p.o. příjem tekutin na 3-4l/den s případným dalším navýšením při zvýšených odpadech do stomie. Za další 2 dny se pacient znovu vrátil pro již třetí renální selhání s minerálovou dysbalancí během 2 měsíců (odpady do stomie přes 3l/den). Pro podezření na relaps CN byl konzultován gastroenterolog, který dospěl k závěru, že příčinou opakovaných stavů prerenálního selhání ledvin jsou vysoké odpady ileostomií při nesprávném perorálním příjmu tekutin. Základním léčebným opatřením byla úpravaperorálního příjmu tekutin na max. 1,5l/den s restrikcí hypoosmolárních tekutin a preferencí izotonické tekutiny. Ke zpomalení pasáže trávicím traktem bylo doporučeno zvýšit příjem rozpustné vlákniny a byl přidán loperamid. Odpady do stomie se významně snížily, klinický stav i laboratorní hodnoty se postupně zlepšily. Gastroenterologem doporučená obnova střevní kontinuity nebyla provedena pro vysoké operační riziko u polymorbidního pacienta

Diskuse a závěr

V předložené kazuistice prezentujeme případ nemocného s komplikovaným průběhem CN, který si vyžádal chirurgickou léčbu a provedení vysoké ileostomie. Nesprávný režim příjmu tekutin vedl opakovaně k prerenálnímu selhání s těžkou hyponatremií a nutností dialýzy. Příčinou je příjem velkého množství hypotonické tekutiny vedoucí k efluxu natria a magnézia do střevního lumen a

sekrecí tekutiny do lumen po koncentračním spádu. Základním terapeutickým opatřením je restrikce bezsolutových tekutin a zpomalení střevní pasáže.