

# Recidivující perianální absces kojence

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.<sup>1,2</sup>, MUDr. Tomáš Malý, Ph.D.<sup>3</sup>, MUDr. Kamila Michálková<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ústav molekulární a translační medicíny LF UP Olomouc

<sup>2</sup>Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

<sup>3</sup>Chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

<sup>4</sup>Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

Perianální abscesy (PA) jsou u dětí, zejména u kojenců, relativně časté. V léčbě je doporučována chirurgická léčba s incizí a drenáží abscesu. Využití ultrazvuku při identifikaci abscesu u kojenců s infekcemi kůže a měkkých tkání je pro definitivní diagnózu velmi prospěšné. V této kazuistice prezentujeme případ 11měsíčního chlapce kojeneckého věku s recidivujícím PA, který byl léčen chirurgickou incizí s drenáží a celkově antibiotiky.

**Klíčová slova:** recidivující perianální absces, kojeneček.

## Recurrent perianal abscess in a infant

Perianal abscesses (PA) are relatively common in children, especially in infants. Traditionally, incision and drainage is the treatment of choice. Examination by the ultrasound is useful in identifying abscess in infants with skin and soft tissue infections. In this case report we present a 11-month-old infant boy with recurrent PA treated using surgical incision with drainage and systemic antibiotics.

**Key words:** recurrent perianal abscess, infant.

## Úvod

Perianální abscesy (PA) se nacházejí v rozmezí 2 cm od análního okraje a jsou poměrně běžné u kojenců s odhadovanou incidencí mezi 0,5–4,3% (1). Všechny příznaky, které provázejí PA, jsou zevní a viditelné: v okolí anu je viditelné bolestivé zduření, otok, vyklenutí, zarudnutí a vyhlazení kožních řas. Všechny příznaky nemusí být vždy přítomné. Mezi komplikace PA patří anorektální píštěle, které vznikají jako následek provalení abscesu do análního kanálu. Klinické vyšetření je základní a většinou dostatečné pro stanovení diagnózy. Při vyšetření *per rektum* je patrná bolestivost. Optimální a akceptovanou terapií PA je chirurgická incize abscesu s jeho drenáží v celkovém znečistlivění. Ve většině případů jsou nemocní hospitalizováni. Menší povrchové abscesy je možno řešit v lokální anestézii a ambulantně. Někdy se provádí pouze perkutánní punkce s následnou drenáží abscesu.

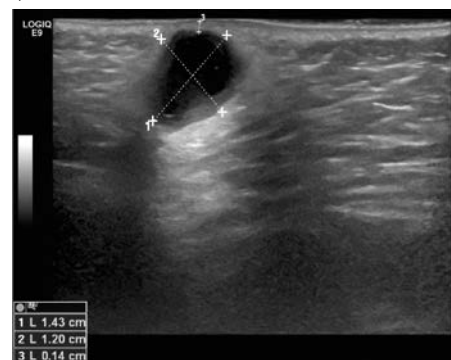
## Popis klinického případu

U 11měsíčního chlapce si matka den před vyšetřením na chirurgickém oddělení všimla zarudnutí kolem řitního otvoru. Dítě bylo plačtivé, ale bez teplot. Chlapec byl s III. fyziologické gravidity, porod byl císařským řezem v termínu, PH: 3800 g/PD:51 cm, kojeneček je doposud. Očkování bylo kompletní dle kalendáře + Synflorix. Byl přechodně dispenzarizován v odborné nefrologické ambulanci pro mírnou dilataci KPS vlevo až do spontánní úpravy.

Po vyšetření chirurgem byl odeslán do naší nemocnice k provedení punkce a evakuaci abscesu. Na UZ vyšetření perianální oblasti se vlevo těsně od konečníku subkutánně zobrazila kolekce tekutiny, která byla téměř anechogenní a měla jemný lem s vyšší echogenitou. Nález odpovídal perianálnímu abscesu. Operace byla provedena v klidné inhalační narkóze: v místě fluktuace a kožního zarudnutí byla provedena

incize a evakuace hnisu z abscesu, poté byl proveden výplach jeho kavity, která byla sondovatelná až do hloubky 2 cm a nakonec byl uložen rukavicový drén. Antibiotická léčba vzhledem ke klinickému stavu a rozsahu chirurgického

**Obr. 1.** UZ vyšetření perianální oblasti. Perianálně vlevo se těsně subkutánně zobrazuje kolekce tekutiny, je téměř anechogenní a má jemný echogennější lem. Nález odpovídá perianálnímu abscesu (primární PA ve věku 11 měsíců)



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc., vladimir.mihal@fnol.cz  
Dětská klinika LF UP a FN Olomouc  
Puškinova 5, 775 20 Olomouc

Cit. zkr: *Pediatr. praxi.* 2018; 19(3): 167–170  
Článek přijat redakcí: 30. 5. 2018  
Článek přijat k publikaci: 5. 6. 2018

zákroku nebyla zahájena. Z pomocných vyšetření před chirurgickým zákrokem: CRP: 6,9 mg/l (0–5,0 mg/l), leukocyty  $13,81 \times 10^9/l$  (rozmezí normálních hodnot 6,0–17,5  $\times 10^9/l$ ), erytrocyty  $4,70 \times 10^{12}/l$  (3,7–5,3  $\times 10^{12}/l$ ), hemoglobin 117 g/l (105–135 g/l), destičky  $443 \times 10^9/l$  (150–450  $\times 10^9/l$ ).

### Recidiva PA

Za dva měsíce od incize a drenáže primárního PA bez antibiotické léčby došlo u 13měsíčního chlapce k recidivě abscesu. Dětský chirurg při vyšetření pozoroval na č. 1 nevýraznou induraci (obr. 4). Na ultrazvuku byl patrný oválný hypoechogenní útvar o velikosti 9 x 5 x 12 mm, uvnitř kterého byly dva anechogenní drobnější okrsky – tekutinová kolekce byla se zahuštěným obsahem a měla vytvořenou hyperechogenní stěnu. Od tohoto útvaru směřoval do hloubky asi 2 mm široký hypoechogenní chobot.

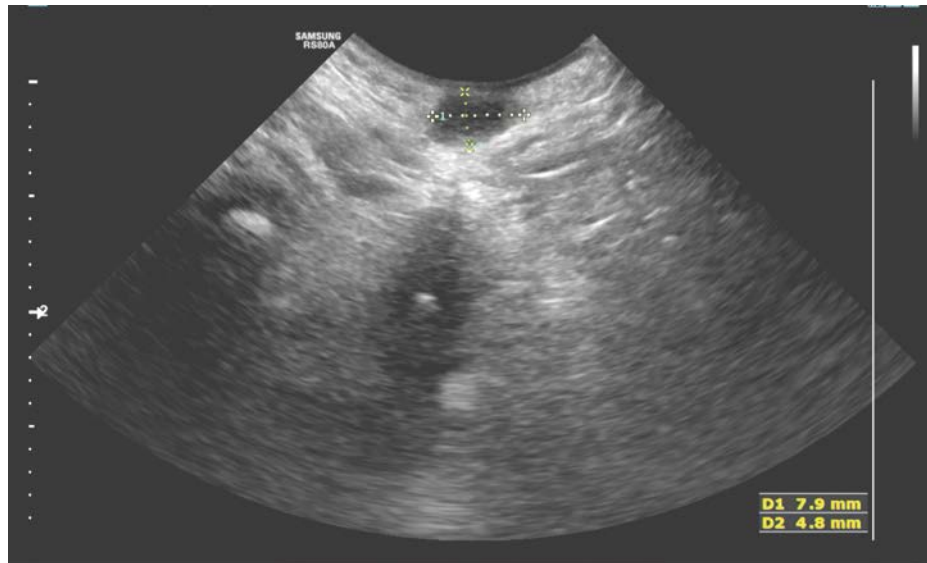
Chlapec byl přijatý v doprovodu matky k plánované exstirpaci výše uvedeného ložiska. Laboratorní vyšetření: CRP 0,4 g/l, leukocyty  $14,07 \times 10^9/l$ , erytrocyty  $4,92 \times 10^{12}/l$ , hemoglobin 122 g/l, destičky  $605 \times 10^9/l$ .

V klidné celkové anestezii byla provedena incize a evakuace 3–4 ml hnisu a nakonec i extirpace membrány abscesu s následnou drenáží pomocí CV cévky k proplachům (obr. 5). Purulentní obsah byl odeslán na kultivaci, kde byla potvrzena hemolytická *E. coli*, citlivá na podávaná ATB (potencované aminopeniciliny i.v.). Anaerobní kultivace byla negativní. Pooperační průběh byl bez komplikací a trvale afebrilní. Drén byl vytažen 7. pooperační den. Chlapec byl v dobrém klinickém stavu propuštěn do domácí a následně ambulantní péče 8. den hospitalizace.

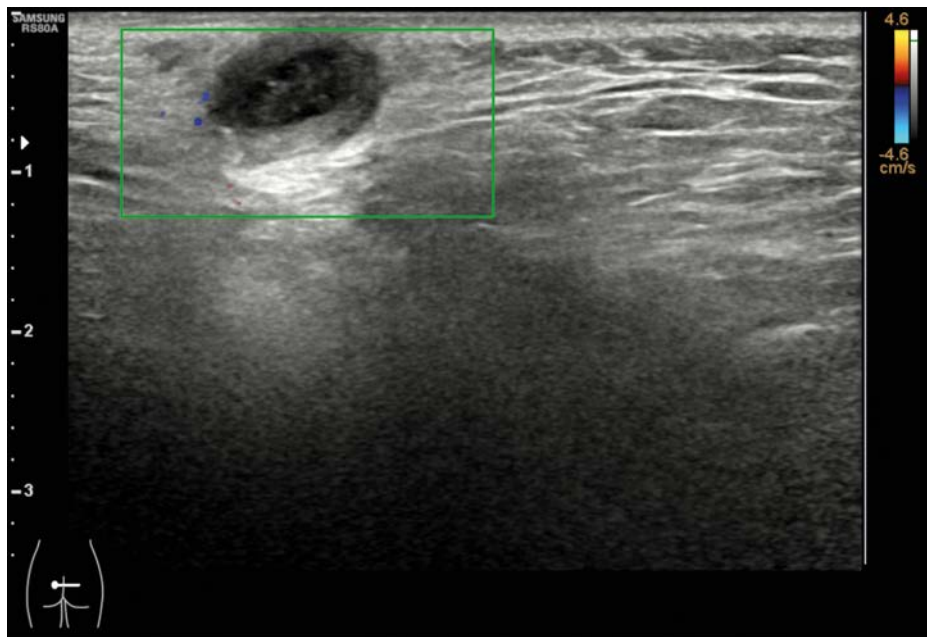
### Diskuze

Klinické vyšetření je základním a většinou i dostatečným krokem pro stanovení definitivní diagnózy PA. Bylo ale prokázáno, že fyzikální vyšetření často nestačí pro spolehlivou identifikaci PA a jeho závažnosti (2). Samotné fyzikální vyšetření proto nemusí být dostatečně spolehlivé, aby vyloučilo přítomnost PA, zejména u hlouběji lokalizovaných menších abscesů. Absces měkkých tkání obvykle vyžaduje invazivní léčbu s incizí a drenáží. Tento postup často způsobuje nepohodlí a úzkost dětským pacientům i jejich rodičům, proto je často vyžadována místní nebo celková anestezie. Dosavadní důkazy odvozené ze systematických přehledů a meta-analýz naznačují,

**Obr. 2.** Kontrolní UZ vyšetření v odstupu 14 dnů od operace. Hypoechogenní mírně nehomogenní útvar perianálně vlevo – drobné pooperační reziduum abscesu



**Obr. 3.** Další UZ vyšetření v odstupu 2 měsíců. Ve stejné lokalizaci jako při předchozích vyšetřeních perianálně vlevo se opět zobrazuje nehomogenní téměř anechogenní útvar s hypoechogenním lemem, jde o recidivu abscesu (recidiva PA ve věku 13 měsíců)



ji, že využití ultrazvuku je při identifikaci abscesu u pacientů s infekcemi kůže a měkkých tkání velmi prospěšné pro definitivní diagnózu. S ohledem na snadnost výkonu a absenci jakéhokoliv poškození spojeného s touto diagnostickou modalitou by měli lékaři před zahájením incize a drenáže abscesu vždy zvážit využití ultrazvuku, zvláště když je fyzikální vyšetření nejednoznačné (2).

Bylo publikováno několik charakteristik, které naznačují kongenitální etiologii PA: a) majorita PA se vyskytuje během prvního roku života (více než 60 % chlapců onemocní do konce 3. měsíce věku), b) existuje mužská dominance PA až 98 % chlapců (přebytek androgenů působících na anální žlázy

*in utero*, mající za následek vznik abnormálních žláz), c) abnormální Morgagniho krypty zachycují bakterie, které vedou k tvorbě abscesu (3). Normální krypty jsou obvykle mělké (1–2 mm). Shafer publikoval souvislost mezi perianálním formováním abscesu a nepravidelnou dentální linií s hlubšími kryptami (3–10 mm) a vyslovil hypotézu vývojové anomálie během fúze dorsální kloakální membrány se zadním střevem v 7. týdnu embryonálního vývoje (4, 5). Klinické projevy u většiny pacientů jsou lokální, s určitým stupněm nepohodlí a horečkou. Ve větších kohortách pouze 20 % pacientů s PA má horečku nad 38 °C a jenom 8 % má zvýšené hladiny leukocytů.

**Obr. 4.** Recidivující perianální absces na č. 1 v gynekologické poloze**Obr. 5.** Stav po reoperaci (incize, evakuace (3–4 ml) hnisu, kompletní exstirpace pouzdra abscesu, drenáž CV cévkou k proplachům)

Mikrobiologie PA u kojenců ukazuje prevalenci střevní flóry: anaerobů, koliformních bakterií a enterokoků. *Staphylococcus aureus* bývá vzácným nálezem a tento mikroorganismus nebývá přítomný ani u kojenců s recidivou PA.

Optimální management kojenců s PA se v literatuře neustále diskutuje a zůstává kontroverzním. Nejvíce akceptovaným přístupem a dnes i doporučeným postupem je incize abscesu s jeho

drenáží v lokální nebo celkové anestezii (6, 7, 8, 9), nutné je dodat, že většina závěrů týkajících se léčby PA je založena na retrospektivních studiích, bez randomizace. Incize a smyčková drenáž se ukázala jako bezpečný a účinný přístup při léčbě PA u dětí ve všech anatomických místech. Smyčková drenáž nabízí zkrácení léčby PA i snížení recidiv. Tato minimálně invazivní technika je dnes doporučována jako definitivní léčba při

subkutánním abscesu u dětí (6, 7, 8). Selhání léčby se vyskytlo u 17 % pacientů s PA ve skupině s incizí a jednoduchou drenáží a pouze u 4 % dětí ve skupině se smyčkovou drenáží ( $p = 0,03$ ) (9). Pro potvrzení výsledků by byla vhodná robustnější prospektivní randomizovaná studie, aby se tato nová technika, která vykazovala slibné výsledky, mohla stát vhodnější alternativou standardního léčebného přístupu.

Současné systémové použití antibiotik je doporučováno u omezeného počtu pediatrických pacientů s projevy generalizace infekce (9, 10). Rychlost tvorby píštěle u pacientů léčených antibiotiky je nižší ve srovnání s pacienty, kteří antibiotika neobdrželi; rozdíl je však jen hraničně významný. Antibiotika a chemoterapeutika jsou indikována především u šířících se neohrazených zánětů. Věk dítěte je dalším faktorem při ordinaci antibiotik. ATB terapie by měla být pokud možno podložena mikrobiologickým vyšetřením a určením citlivosti, ale v urgentních případech často nelze čekat na výsledek vyšetření. Pak se terapie zahajuje na základě zkušenosti a mikrobiologické situace v daném ústavu.

U našeho 11měsíčního pacienta se recidiva PA objevila poměrně pozdě – 2 měsíce od primární incize a jednoduché drenáže abscesu rukavicovým drénem bez krytí antibiotickou léčbou. Operační řešení recidivy PA bylo rozsáhlejší a zahrnovalo i extrakci membrány abscesu. Antibiotická léčba byla doporučena na základě určení původu infekce (hemolytické *E. coli*) i s citlivostí na ATB. Pooperační průběh byl bez komplikací.

### Stojí za zapamatování:

- PA nejsou vzácným problémem dětí a zejména kojenců mužského pohlaví.
- Klinické projevy pacientů jsou lokální zarudnutí, indurace nebo fluktuace s určitým stupněm nepohodlí dítěte, někdy doprovázené horečkou.
- Operační léčba se smyčkovou drenáží abscesu případně antibiotickým krytím, přináší dobré léčebné výsledky s nízkou mírou recidivy a celkovým zkrácením léčby.

*Tato práce byla podpořena Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (LO1304).*

#### LITERATURA:

1. Aprahamian CJ, Nashad HH, DiSomma NM, et al. Treatment of subcutaneous abscesses in children with incision and loop drainage: a simplified method of care. *J Pediatr Surg* 2017; 52(9):1438–1441.
2. Subramaniam S, Bober J, Chao J, et al. Point-of-care ultrasound for diagnosis of abscess in skin and soft tissue infections. *Acad Emerg Med* 2016;23(11): 1298–1306.
3. Fitzgerald RJ, Harding B, Ryan W. Fistula-in-ano in childhood: a congenital etiology. *J Pediatr Surg* 1985; 20: 80–81.
4. Shafer AD, McGlone TP, Flanagan RA. Abnormal crypts of Morgagni: the cause of perianal abscess and fistula-in-ano. *J Pediatr Surg* 1987; 22(3): 203–204.
5. Festen C, van Harten H. Perianal abscess and fistula-in ano in infants. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 711–773.
6. Ladd AP, Levy MS, Quilty J. Minimally invasive technique in treatment of complex, subcutaneous abscesses in children. *J Pediatr Surg* 2010; 45(7): 1562–1566.
7. T. Wright, L. Gilligan, O. Zhurbich, et al. Minimally invasive drainage of subcutaneous abscesses reduces hospital cost and length of stay. *South Med J* 2013; 106(12): 689–692.
8. Thompson DO. Loop drainage of cutaneous abscesses using a modified sterile glove: a promising technique. *Am J Emerg Med* 2015; 33(2): 271–276.
9. Malik AI, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7. Art. No.: CD006827. DOI: 10.1002/14651858.CD006827.pub2.
10. Gottlieb M, Peksa GD. Comparison of the loop technique with incision and drainage for soft tissue abscesses: A systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med* 2018; Jan; 36(1): 128–133.
11. Aprahamian CJ, Nashad HH, DiSomma NM, et al. Treatment of subcutaneous abscesses in children with incision and loop drainage: A simplified method of care. *J Pediatr Surg* 2017; 52(9): 1438–1441.
12. Ladde JG, Baker S, Rodgers CN, Papa L. The loop technique: a novel incision and drainage technique in the treatment of skin abscess in a pediatric ED. *Am J Emerg Med* 2015; 33(2): 271–276.