K nejčastějším komplikacím chronické pankreatitidy patří pankreatická pseudocysta, absces, pankreatické píštěle, pankreatický ascites, segmentární portální hypertenze, stenóza duodena a choledochu, krvácivé komplikace a vznik karcinomu pankreatu.

Pseudocysta

Pseudocysta může vzniknout u chronické pankreatitidy na podkladě zánětlivého procesu nebo na podkladě stenózy pankreatického vývodu se vznikem intraduktálního přetlaku. Dochází k narušení pankreatického vývodu a leaku pankreatického sekretu dovnitř, nebo vně pankreatu. Většina pseudocyst zřejmě vzniká na podkladě obstrukce a obsahuje čirý sekret. Pseudocysty jsou většinou asymptomatické, výrazné klinické symptomy vznikají při kompresi trávicího traktu, nebo žlučovodu cystoidem, obávanou komplikací je krvácení.

Základní diagnostickou metodou jsou zobrazovací metody jako je UZ břicha a CT. ERCP má význam v určení komunikace pseudocysty s pankreatickými vývody a zejména odliší cystoid s volným vývodním systémem až k papile od cystoidu, kdy je mezi ním a papilou obstrukce. Forma s přítomnou obstrukcí mezi cystoidem a papilou se nehodí k transkutánní drenáži. EUS se hodí k přesnějšímu zobrazení cystoidu a jeho vztahu k trávicí trubici při zvažování vnitřní endoskopické drenáže.

Asymptomatické cystoidy do velikosti 4 cm se většinou samovolně resorbují a postačí jejich kontroly. Rozměrnější a symptomatické cystoidy je vhodné řešit. Řadu cystoidů lze řešit **chirurgickou drenáží**, cystoidy naléhající na žaludek, nebo na duodenum mohou být **drénovány endoskopicky**. U cystoidů komunikujících s pankreatickým vývodem a bez obstrukce mezi cystoidem a papilou je vhodná **transkutánní drenáž**, tato forma cystoidů je nicméně vzácná.

Absces

Pankreatický absces je relativně vzácnou komplikací u chronické pankreatitidy a typicky vzniká jako infekční komplikace cystoidu. Dominují projevy mitigované infekce, ideální diagnostickou metodou jsou zobrazovací metody.

Pankreatické píštěle

Pankreatické píštěle vznikají na základě zánětu pankreatické tkáně (zánětlivé změny, autodigesce pankreatickými enzymy), mohou být ovšem i důsledkem úrazu. Poměrně často souvisí vznik píštělí s přetlakem v pankreatickém vývodu. Rozlišujeme zevní a vnitřní píštěle, vnitřní píštěle mohou vycházet z pankreatických vývodů nebo ze zniklých komunikujících pseudocyst. Píštěle mohou dát vznik komunikujícím pseudocystám, **pankreatickému ascitu**, nebo pankreatickému fluidothoraxu.

Enteropankreatická píštěl může být asymptomatická.

Pankreatický ascites

Jedná se o relativně nebezpečnou komplikaci pankreatických píštělí, kdy dochází k úniku pankreatického sekretu do dutiny břišní bez ohraničení okolními tkáněmi. Vzniklý ascites má vyšší koncentraci bílkovin (nad 30 g/l) a pankreatické amylázy. Preferuje se endoskopické řešení píštěle, dříve dominoval konzervativní postup (parenterální výživa, paracentézy, diuretika) s parenterální výživou následovaný chirurgickým řešením.

Segmentární portální hypertenze

Vzniká za předpokladu, že se chronická fibrotizace rozšíří i mimo slinivku břišní a dojde k postižení lineální žíly, nebo přímo porty a horní mesenterické žíly. Tato segmentární portální hypertenze vede ke vzniku kolaterál ve stěně žaludku a manifestuje se **žaludečními varixy v oblasti fundu** (IGV1) a splenomegálií. Základem diagnózy je ultrazvuk (lokální trombóza) a **gastroskopie**. Případné **krvácení z varixů** se řeší klasicky a po úspěšné zástavě krvácení se doporučuje splenektomie. Preventivní splenektomie není indikována!

Stenóza duodena a choledochu

Stenóza choledochu bývá distálně uložená a objevuje se v pokročilých fázích nemoci. Proces postupuje progresivně, začíná zvětšením žlučníku a suprastenotickou dilatací choledochu. Symptomy začínají později a zahrnují bolest a **cholestázu** včetně **ikteru**. Oblenění toku žluči vede k opakujícím se cholangitidám. Endoskopické řešení se zavedením plastového stentu je dočasným opařením, definitivním řešením je chirurgický zákrok s vytvořením biliodigestivní anastomózy.

Stenóza duodena je opět projevem velmi pokročilé fáze chronické pankreatitidy. Přechodná stenóza může být důsledkem exacerbace zánětu nebo vznikem pseudocysty, která časem regreduje. Řešením je chirurgický zákrok s vytvořením gastroenteroanastomózy.

Krvácivé komplikace

Krvácení u chronické pankreatitidy může proběhnout do trávicí trubice jako důsledek segmentární portální hypertenze, dále může být přítomno krvácení z pseudocysty a krvácení ze vzniklých pseudoaneuryzmat. Pseudoaneuryzmata vznikají v důsledku poškození lokálních cév pankreatickými enzymy nebo rostoucí pseudocystou. Pseudoaneuryzmata typicky vznikají na slezinné, hepatické, gastroduodenální a pankreatoduodenální tepně. Základní diagnostickou metodou při akutním krvácení je angiografie a CT vyšetření. Zástavu krvácení je možno provést cílenou embolizací při angiografii, jinak bývá nutné chirurgické řešení.

Karcinom pankreatu

Je obávanou komplikací chronické pankreatitidy a typicky doprovází její alkoholickou formu. Celoživotní riziko pacientů s chronickou pankreatitidou je 4-6%. Provádějí se pravidelné kontroly s měřením CA 19-9 a ultrazvuky břicha, ale pro časnou diagnostiku nemají ideální efekt.