Pankreatický ascites

Pankreatický ascites je jednou ze známek narušení pankreatického vývodu. Tato narušení mohou mít podobu vnitřních, nebo zevních píštělí. Vnitřní pankreatické píštěle vznikají otevřením pankreatického vývodu do pouzdra pseudocysty. Zevní píštěle vznikají v důsledku diagnostických a terapeutických výkonů na slinivce břišní. Klinická diagnostika píštělí závisí na jejich lokalizaci. Otevření vývodu nebo pouzdra do peritoneální dutiny vede ke vzniku pankreatického ascitu, otevření do retroperitoneálního prostoru se manifestuje pohrudničním výpotkem. Pankreatickoenterické píštěle bývají asymptomatické, pokud nedošlo k mikrobiální kontaminaci.

Tyto píštěle často vznikají v terénu pankreatické nekrózy, kdy trávicí enzymy vytváří tunely do okolních tkání včetně pleurálního prostoru, nebo dutiny břišní.

Ascites je v tomto případě spojen s únikem pankreatické šťávy do dutiny břišní, zatímco pseudocysta vzniká tehdy, pokud okolní tkáně ohraničí tekutinu. Pokud dochází k leaku tekutiny z pseudocysty, může pankreatický ascites vzniknout také.

Příčiny

Asi 95% případů pankreatického ascitu je spojeno s chronickou pankreatitidou. Za předpokladu existence stenózy nebo striktury pankreatického vývodu, pankreatický sekret odtéká cestou menšího odporu. Kromě toho byly popisovány případy pankreatického leaku po traumatech (autonehody, vážná sportovní zranění). Relativně vzácně se může pankreatický ascites objevit po operacích v dutině břišní, při kterých došlo k poškození pankreatu.

Projevy

Pankreatický ascites se projevuje bolestmi břicha, ztrátou na váze, zvětšením břicha a při elevaci bránice i dušností. Pokud se tekutina dostane do pleurální dutiny, vzniká pleurální výpotek s vysokým obsahem amylázy. V případě ztráty bílkovin do ascitu se mohou objevit periferní otoky.

Pankreatický ascites je potenciálně velmi závažný stav, neboť aktivované pankreatické enzymy mohou způsobit digesci tkání dutiny břišní.

Diagnostika

Diagnostika ascitu a pseudocysty je možná pomocí zobrazovacích metod jako je UZ břicha nebo CT břicha. Pankreatické vývody včetně leaku je možné zobrazit pomocí **ERCP**, či MRCP. Vzorek pankreatického ascitu má podobu zkalené tekutiny s obsahem bílkoviny nad 30g/l a s vysokým obsahem pankreatických enzymů.

Terapie

Historicky byli pacienti s pankreatickým ascitem převedeni na parenterální nutrici a léčeni podáváním diuretik a opakovanými paracentézami ascitické tekutiny. K potlačení pankreatické sekrece se dále zkoušely substance jako oktreotid a jiná analoga somatostatinu. Za předpokladu minimální odpovědi na tuto terapii bylo po 6 týdnech indikováno chirurgické řešení. Chirurgické řešení zahrnovalo buď resekci části pankreatu s leakem, nebo v případě pseudocysty vytvoření cystogastrostomie, nebo cystojejunostomie.

V poslední době se zvyšuje význam endoskopické terapie pankreatického ascitu, která se ukazuje být efektivnější a bezpečnější variantou. Základem je **ERCP** se znázorněním pankreatického vývodu a nalezením místa leaku. Toto místo je následně přemostěno transpapilárním stentem. Souběžně může být provedena paracentéza ascitu, nebo transkutánní drenáž pseudocysty. Kromě transpapilárního stentu může být využit transgastrický nebo transduodenální stent, který je zasunut do části pankreatického vývodu. Tyto metody endoskopické terapie by měly být prováděny specializovanými gastroenterologickými centry.