Ascites

Ascites je zvýšeném množství tekutiny v dutině břišní, většinou je způsobený portální hypertenzí při jaterním onemocnění, může však doprovázet i zánětlivá onemocnění a tumory břišní dutiny, trombózu portální žíly, Budd-Chiariho syndrom a těžkou pravostrannou kardiální insuficienci. Ascites je základní komplikací jaterní cirhózy, zhoršuje kvalitu života a je rizikem infekčních komplikací.

Nekomplikovaný ascites znamená nepřítomnost spontánní bakteriální peritonitidy, či hepatorenálního syndromu.

Patofyziologie vzniku ascitu

Ascites vzniká v důsledku portální hypertenze a celkového narušení oběhového systému. Městnání v portálním systému způsobuje narušení srdečního výdeje a periferní vasodilataci, objevuje se sklon k retenci sodíku a tekutiny, která postupně narůstá. K tomu se přidává činnost sympatiku, RAAS systému a ADH hormonu, což dále vede ke zvětšování objemu extracelulární tekutiny. Filtrace plazmy v jaterních sinusoidách je vlivem portální hypertenze zvýšena a může docházek k transudaci tekutiny do volné dutiny břišní.

Projevy

Malý ascites může být asymptomatický, větší se projevuje zvětšením obvodu břicha. Kromě toho se může vyskytovat sklon k zácpě a dušnost (u tenzního ascitu).

Diagnostika

Anamnéza a fyzikální vyšetření by měly být doplněny ultrazvukem břicha, který prokáže přítomnost ascitu, umožní označit místo pro případnou punkci a dokáže zjistit známky jaterní léze a jaterní cirhózy. Punkce ascitu by měla být provedena z diagnostického důvodu u nově vzniklého ascitu, či při výrazném zvětšení jeho objemu a deteriorace pacientova stavu. V získané tekutině můžeme zjistit koncentraci bílkovin a určit **albuminový gradient sérum-ascites**. Je-li tento rozdíl vyšší než 11g/l, je portální hypertenze pravděpodobnou příčinou ascitu. Cytologie může pomoci odhalit případnou tumorózní příčinu a hematologické vyšetření může prokázat spontánní bakteriální peritonitidu.

Komplikace

Nejzávažnější komplikací ascitu je spontánní bakteriální peritonitida a progrese celkového stavu do hepatorenálního syndromu.

Terapie

U pacienta je vhodné nasadit diuretika, zejména diuretika blokující aldosteron (spironolakton, eplerenon) v dávce až 300-400 mg/den v kombinaci s furosemidem v dávce až 160 mg/den. Pacient by neměl užívat nefrotoxickou medikaci jako prevenci hepatorenálního syndromu. Příjem sodíku v potravě by mě být omezen.

Refrakterní ascites

Refrakterní ascites je takový ascites, který není ovlivnitelný farmakologickou léčbou, či u kterého nelze diuretika dále navyšovat kvůli nežádoucím účinkům (renální insuficience). Refrakterní ascites většinou znamená progresi základního jaterního onemocnění a má šatnou prognózu. Situaci lze řešit opakovanými **paracentézami** nebo zavedením **TIPS**. Při paracentéze je doporučen albumin 6-8 gramů na litr vypuštěného ascitu a po paracentéze se doporučuje nasadit vyšší dávky diuretik jako prevenci jeho recidivy. Je možno vytvořit i chirurgickou spojku jako je distální splenorenální shunt, TIPSu se nicméně dává přednost.