

Tab. 1. Rozdělení klinické závažnosti pankreatické píštěle dle ISGPF**Tab. 1.** Grading of clinical severity of pancreatic fistula according to ISGPF

Stupeň	A	B	C
Klinický stav	dobry	často dobrý	špatný
Specifická léčba*	ne	ano/ne	ano
UZ/CT	negativní	negativní/pozitivní	pozitivní
Drenáž po třech týdnech	ne	obvykle ano	ano
Reoperace	ne	ne	ano
Úmrtí související s PF	ne	ne	možné
Známky infekce	ne	ano	ano
Sepse	ne	ne	ano
Rehospitalizace	ne	ano/ne	ano/ne

pacient dokonce asymptomatický a známkou poranění může být překvapivě jen histologický nález tkáně pankreatu jako součást urologického preparátu. Z pohledu urologa lze rozdělit poranění pankreatu na „vědomé“, kdy je léze primárně ošetřena – například při extenzivním výkonu u rozsáhlého onkologického nálezu, nebo „nevědomé“, kdy je poranění diagnostikováno až v pooperačním období v důsledku rozvoje komplikací u pacienta. Přes primární ošetření pankreatu je riziko vzniku pankreatické píštěle (Pancreatic Fistula – PF) vysoké 10–30 % (3, 4, 5) a dle závažnosti se dělí do tří stupňů A, B, C (Tab. 1) (6). Zásadní pro definici pankreatické píštěle z roku 2005 dle ISGPS (International Study Group for Pancreatic Surgery) je jakýkoliv měřitelný výdej tekutiny ze zavedených drénů, a to po třetím operačním dnu, přičemž koncentrace amyláz v tekutině je 3x vyšší, než je normální sérová koncentrace (6). Drény mohou být zavedeny jak peroperačně, tak perkutánně pooperačně.

Mezi hlavní příznaky poranění pankreatu v pooperačním období patří trvalá sekrece ze zavedených drénů, v případě absence drénů jsou možnými symptomy bolest, zpomalená obnova pasáže a vyprazdňování žaludku či teplota až možný rozvoj šokového stavu (prakticky stejný klinický obraz jako při pankreatitidě). Ze zobrazovacích metod je zásadní sonografický či CT nález peripankreatických tekutinových kolekcí. Drenáž těchto kolekcí je zásadní pro zabránění vývoje pankreatické tenzní pseudocysty a zejména abscesu. Léčba je ve většině případů konzervativní – zajištění adekvátní drenáže, vynechání perorálního příjmu, parenterální či enterální výživa, případně podání antibiotik či derivátů Somatostatinu.

**Obr. 1.** CT nález tumoru levé ledviny s nádorovým trombem renální žíly a poškozením uzlin**Fig. 1.** CT finding of the left kidney with tumor, tumor thrombus of the renal vein and nodal involvement

Chirurgická léčba je indikována jen u stupně C, a to nejlépe s odstupem až po vyzrání píštěle na drénu. Metodou volby současnosti je v případě velké či symptomatické pseudocysty vnitřní endoskopická drenáž do žaludku eventuálně do střeva. Pro osud píštěle či pseudocysty je determinující, zda došlo při poranění slinivky k porušení Wirsungova vývodu nebo jen parenchymatózních větví. V případě tangenciálního poranění vývodu je konzervativní postup ještě nadějný, ale v případě jeho transektce je šance na spontánní zhojení nulová. V takovém případě je nutno distální část pankreatu řízeně derivovat (anastomóza na žaludek, střevo) nebo provést kompletní resekci této části.