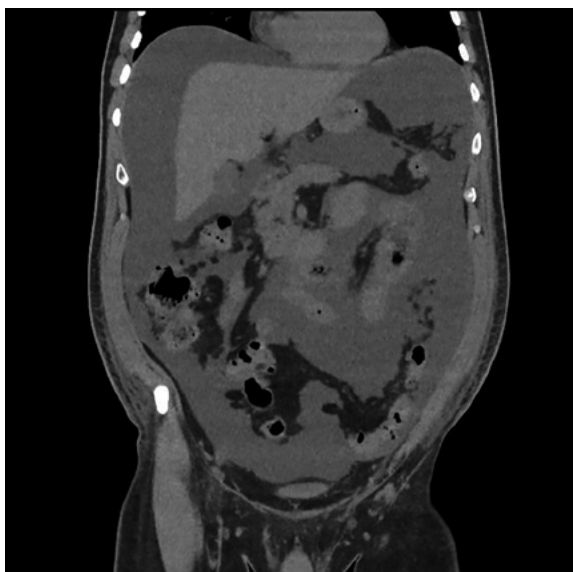




Obr. 1. CT rekonstrukce v koronární rovině zobrazuje ascites ve všech břišních kompartmentech

Fig. 1. CT reconstruction in coronal view shows ascitic fluid in the all abdominal compartments



Obr. 2. UZ obraz jehly (bílá šipka) zavedené do lymfatické uzliny

Fig. 2. Ultrasound image of needle (white arrow) inserted into the lymph node

extravazát do dutiny břišní (Obr. 4). Na kontrolním nativním CT na druhý den po lymfografii již byla extravazace do dutiny břišní z levostranných pánevních uzlin průkazná (Obr. 5). Následně bylo prováděno odpouštění chylózní tekutiny zavedeným drénem při subjektivních potížích 1x za 3–7 dní v objemech 1–1,5 litru. Vzhledem k pozvolnému klesání objemů drénované chylózní tekutiny se naplánovala relymfografie s pokusem o embolizaci místa extravazace lymfy aplikací akrylátového lepidla. V průběhu čekání na nástup k hospitalizaci na relymfografii s embo-



Obr. 3. Podávání olejové kontrastní látky přes jehly zavedené do tříselných uzlin oboustranně

Fig. 3. Administration of an oil contrast agent through the needles inserted in the groin lymph nodes



Obr. 4. Místo extravazace k. l. (bílá šipka) v plnící fázi lymfografie

Fig. 4. Leak of oil contrast media (white arrow) during filling phase of lymphography

lizací došlo k vymizení ascitu a 49. den po první lymfografii byl břišní drén extrahován.

DISKUZE

Chylózní ascites není běžnou komplikací chirurgických výkonů v oblasti břicha a pánve. Příčinou je poranění lymfatických cév, které hrozí zejména