



Obr. 5. Nativní CT břicha, místo extravazace k. l. do dutiny břišní je označeno šipkou

Fig. 5. CT scan without contrast media. Leak of contrast media into the peritoneal cavity (arrow)

u výkonů zahrnujících lymfadenektomii. Incidence postoperačního chylózního ascitu se udává 7 % u komplexních abdominálních chirurgických výkonů, 1–9 % u retroperitoneální lymfadenektomie a 1–5 % u laparoskopické nefrektomie. U robotické retroperitoneální lymfadenektomie je popisována incidence 0–9 % (1, 3, 7).

Daný stav, pokud se neléčí, vede k dehydrataci, hypoalbuminemii a malnutrici, což může vést ke zhrůšenému hojení operační rány, prodloužení rekonvalescence a ve výjimečných případech i k úmrtí pacienta. Většina případů chylózního ascitu je zvládnutelná konzervativně, dle literárních údajů se jedná o 92,1 % nemocných s pooperačním chyloperitoneem (10).

Jako relativně nová metoda léčby chylózního ascitu se uvádí olejová kontrastní lymfografie, která má klinickou úspěšnost 55–80 % (7–9). Doporučuje se provádění intranodální lymfografie, kde se k. l. aplikuje přímo do lymfatické uzliny, která byla punktována pod UZ kontrolou. Původní pedální lymfografie, při které se musela vypreparovat lymfatická céva, se v současnosti používá minimálně vzhledem k náročnosti preparace a zavedení jehly do lymfatické cévy na hřbetu nohy. Lymfografii lze kombinovat s intervencí zahrnující embolizaci/sklerotizaci místa sekrece, embolizaci lymfatické uzliny nebo lymfatické cévy. Klinická úspěšnost radiologických metod je 70–89 % (7–9). Pokud

hodnotíme úspěšnost konzervativní léčby a minimálně invazivních radiologických postupů (lymfografie, embolizace, sklerotizace), tak je popisovaný klinický efekt u 96,7 % případů pooperačního chylózního ascitu (7–9).

U pacientů, u kterých konzervativní léčba a lymfografie s embolizací nevedla k zástavě tvorby chyloperitonea, je další postup závislý na celkovém stavu nemocného. Pokud je v dobré kondici, tak je indikována chirurgická léčba – operace s ošetřením míst sekrece lymfy. V případech, že celkový stav nemocného neumožňuje chirurgickou operaci, doporučuje se provést peritoneovenózní spojku (Denver zkrat). U chylózního ascitu po retroperitoneální lymfadenektomii je klinická úspěšnost dané spojky 90 %, nejčastější komplikací je jeho uzávěr až ve 30 % (11).

V literatuře je popisovaný algoritmus léčby chylózního ascitu vzniklého po retroperitoneálních operacích (6). Nejprve se doporučuje konzervativní postup. V případě, že se po třech týdnech konzervativní léčby stav nezlepší, měla by následovat olejová kontrastní lymfografie, která může být spojena s embolizací nebo sklerotizací místa úniku lymfy/chylu. Pokud chyloperitoneum přetrvává, tak dle stavu nemocného se rozhoduje mezi chirurgickou revizí a zavedením peritoneovenózního shuntu. Přehledně je algoritmus uveden na obrázku 6 (6).

V českém písemnictví jsou kazuistická sdělení o léčbě postoperačního chyloperitonea pomocí prolongované konzervativní léčby, radioterapie a operace s peroperačním průkazem zdroje sekrece lymfy aplikací indocyaninové zeleně (12–14). Ve všech případech se jednalo o pacientky, které podstoupily retroperitoneální lymfadenektomii při operaci pro gynekologickou malignitu. Naše pracoviště se lymfografií a lymfatickým intervencím věnuje dlouhodobě. Již jsme publikovali metodiku provedení intranodální lymfografie a terapeutický efekt lymfografie jsme popsali u nemocných s pooperačním chylotaxem (15–16). Léčba pooperačního chylózního ascitu je další možností využití zmiňovaných radiologických metod.