**Ascites**

= přítomnost volné tekutiny v dutině břišní, více než 150 ml (fyziologicky do 20 ml v závislosti na fázi menstruačního cyklu)

- klasifikace dle množství:

* patrný pouze zobrazovacími metodami
* zjistitelný fyzikálním vyšetřením (1-1,5l)
* tenzní

- klinický obraz - zvětšení objemu břicha, břišní dyskomfort (pocit plnost, tlaku, meteorismus, flatulence), umbilikální hernie, dušnost (vyšší postavení bránice), často kombinace s otoky DKK, genitálu, anasarkou

- patofyziologie - portální hypertenze (zvýšen hydrostatický tlak), hypoalbuminémie (snížen onkotický tlak), zvýšená produkce lymfy, sekundární hyperaldosteronismus (zvýšené vstřebávání Na+), snížená resorpce

- nejčastější příčiny: 80% jaterní cirhóza, 10% nádory, 5% městnavé srdeční selhání

**Příčiny portální hypertenze**

**1) prehepatální** - trombóza v. lienalis či v. portae

**2) intrahepatální** - presinusoidální - meta jater, myeloproliferace, schistosomóza

- sinusoidální - cirhóza

- postsinusoidální - venookluzivní onemocnění

**3) posthepatální** - Budd-Chiariho sy, srdeční selhání, konstriktivní perikarditida

**Příčiny ascitu**

* **jaterní cirhóza**
* **nádory** - meta jater, tumory břišních orgánů (typicky ovarium), karcinomatóza peritonea, mezoteliom
* **záněty** - bakteriální peritonitidy, SBP, TBC, schistosoma, mykotické
* **hypoalbuminemie** - nefrotický sy, protein-loosing enteropatie, těžká malnutrice
* **postižení pankreatu** - akutní pankreatitida, ruptura cysty/pseudocysty
* **kongesce jater** - srdeční selhání, Budd-Chiariho sy, konstriktivní perikarditis

**Diagnostika**

- anamnéza

- fyzikální vyšetření - ascites nad 1000 ml, známky jaterní cirhózy (hepatomegalie, caput medusae, pavoučkové névy, palmární erytém, otoky), fenomén undulace či ledovce

- laboratoř - JT, CB, albumin, zánětlivé parametry, KO+dif, onkomarkery

- zobrazovací metody - UZ břicha (již 50-100 ml), event. CT, angio, MR

- diagnostická punkce - viz níže

**Diferenciální diagnostika**

**1) vzhled ascitu**

* slámově žlutý - většina transsudátů
* chylózní - obstrukce/poškození lymfatik
* hemoragický - trauma, malignita, TBC
* zbarvený žlučí - biliární peritonitida

**2) biochemie**

* CB, albumin - CB < 25 g/l, gradient albuminu sérum/ascites (SAAG) > 11 g/l - transsudát x exsudát
* amyláza, LD, TAG u chylózního ascitu

**3) hematologie**

* leukocyty nad 0,5 x 109/l nebo neutrofily nad 0,25 x 109/l - spontánní bakteriální peritonitida

**4) kultivace**

**5) cytologie**

**Terapie**

- symptomatická - restrikce tekutin a Na, diuretika (spironolakton a furosemid), paracentéza

- kauzální - u jaterní cirhózy restrikce tekutin a sodíku, diuretika v poměru 10:4 do max. dávky 400mg spironolaktonu a 160mg furosemidu, terlipressin, paracentéza (hradit albuminem 6-8 g/l k prevenci renálního selhání), event. TIPS

**Spontánní bakteriální peritonitida**

- translokace bakterií ze střeva, vliv portální hypertenze a hypoalbuminemie → edém střevní stěny a zvýšená permeabilita

- negativní prognostický faktor, častá příčina dekompenzace cirhózy, refrakterního ascitu

- diagnóza - > 250 granulocytů/mm3 v punktátu ascitu

- kultivace často negativní (nízká koncentrace mikrobů v tekutině), G- tyčky (E. coli, Klebsiela, Proteus)

- terapie - cefalosporin III. generace alespoň 5 dnů (event. Amoksiklav 1,2g á 6h), případně změna dle výsledku kultivace a citlivosti, po 48 hod terapie kontrolní punkce (pokles minimálně o 25%)

- profylaxe - po léčbě SBP, malá dávka chinolonu (norfloxacin 400 mg denně), cotrimoxazol