

Cysty a abscesy jater

Jaterní cysty

Dělíme je na cysty **kongenitální**, **parenchymatózní**, **žlučové**, **získané**, **neoplastické** a **traumatické**.

Kongenitální cysty

Vyskytují se buď *solitárně* nebo jako *polycystóza*.

Solitární

Jsou nejčastěji v pravém laloku, vznikají poruchou ve vývoji žlučovýchodů. Menší cysty sledujeme pomocí USG či CT, jen málokdy jsou symptomatické a téměř nerostou. Větší cysty je nezbytné chirurgicky odstranit – cystektomie a sutura. Každou odstraněnou cystu musíme histologicky vyšetřit, zda nejde o **cystadenokarcinom**.

Polycystóza

Kongenitální polycystóza se projeví u kojenců. Je často spojena s cystózou jiných orgánů (ledvin, pankreatu). Těžké formy jsou indikací k transplantaci.

Získané cysty

Mezi příčiny patří např. echinokokózy způsobené parazitem *Echinococcus granulosus* (velké cysty vyplněné tekutinou) nebo *Echinococcus multilocularis* (cysty tenkostěnné s okolní infiltrací). Vzniká tzv. *echinokoková cysta*.

Klinický obraz

Neurčitě obtíže s pocitem plnosti nadbřišku, někdy hmatný tumor. Méně často je přítomen ikterus z tlaku na žlučový, cholangitidy při fistulaci do žlučových cest, krvácení do GIT z tlaku na cévy.

Diagnostika

Využívá se USG, CT, sérologie, kožní testy a sledování eozinofilie. Při podezření na parazitární původ je kontraindikovaná punkce.

Terapie

Instilace 20% NaCl, 50% glukózy nebo 0,5% argentnitrátu (prevence šoku při rozlití obsahu cysty po peritoneu) a pak operačně odstraníme. Provádí se **cystektomie a pericystektomie**, popř. resekce s částí jater. Výkon je kryt **mebendazolem**. Recidivy hrozí při kontaminaci břišní dutiny.

Jaterní abscesy

Jsou buď **solitární** (60 %) nebo **mnohočetné** (40 %). Nejčastěji jsou lokalizovány v pravém laloku. Mezi původce patří **bakterie**, **améby** nebo **plísňe**.

Etiologie

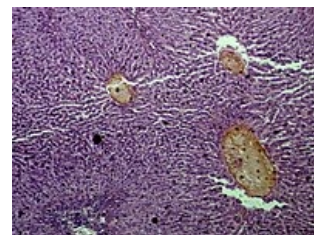
Nejčastěji vznikají sekundárně jako následek operace, traumatu, cholangitidy nebo infekce pseudocysty, např. hematologickým rozsevem přes *v. portae* nebo arteriálně při sepsi. **Kultivačně** prokazujeme *E.coli*, *Klebsiella*, *Enterobakter*, anaeroby (*Bacteroides*). Často vzniká jako *kryptogenní absces*, kdy dochází k přímému přestupu z okolí (nejčastěji ze žlučníku). V poslední době přibývá abscesů po provedených endoskopických žlučových cest.

Klinický obraz

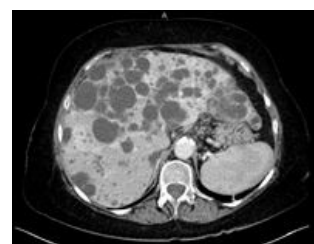
Vysoké teploty bývají u bakteriálních abscesů, u mykotických nikoli. Tlaková bolest v nadbřišku, nevolnost, pocit nemoci, frenikový příznak.

Vyšetření

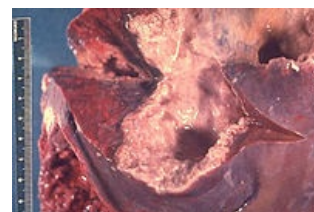
- **palpačně** – plnost a citlivost v pravém epigastriu



Játra s cystami způsobenými coccidii



CT polycystóza jater



Játra s abscesem způsobeným amébami

- **RTG** – vysoký stav bránice, stejnostranný fluidothorax
- **potvrzení diagnózy** – USG, CT, cílená punkce
- **v KO** – leukocytóza, anémie, zvýšení ALP, hyperalbuminémie
- **hemokultura** nemusí být pozitivní!

Terapie

Abscesy je třeba drénovat a to buď punkčně pod USG či CT kontrolou nebo otevřeně. Dutinu odsáváme a vyplachujeme roztoky antibiotik. Antibiotika podáváme i celkově.

Prognóza

U **solitárních** je dobrá. **Multilokulární** mohou být vyléčitelné.

Odkazy

Související články

- Cysty
- Absces

Použitá literatura

- ZEMAN, Miroslav, et al. *Speciální chirurgie*. 2. vydání. Praha : Galén, 2006. 575 s. ISBN 80-7262-260-9.

Zdroj

- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. [cit. 5.5.2010]. <<http://jirben.wz.cz>>.



CT – absces jater před drenáží



CT – absces jater po drenáži