

Hepatorenální syndrom – update 2020

Karolína Krátká, Pavla Libicherová, Nikola Mejzlíková, Ivan Rychlík

I. interní klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

Hepatorenální syndrom (HRS) představuje závažnou komplikaci u nemocných s pokročilou jaterní cirhózou a současně se vyskytujícím ascitem. Podle současných diagnostických kritérií je řazen mezi méně časté formy akutního poškození ledvin (acute kidney injury – AKI), označován jako HRS-AKI. V důsledku přepracování diagnostických kritérií došlo k významnému posunu v diagnostice AKI u nemocných s jaterní cirhózou, s možností časného zahájení adekvátních opatření a příslušné léčby. V následujícím článku je popsána problematika AKI u jaterní cirhózy v širším kontextu, definována diagnostická kritéria a algoritmus léčby HRS-AKI.

Klíčová slova: akutní poškození ledvin, akutní selhání jater nasedající na chronické poškození jater, albumin, hepatorenální syndrom, jaterní cirhóza, terlipresin.

Hepatorenal syndrome – update 2020

Hepatorenal syndrome (HRS) is a serious complication in patients with advanced liver cirrhosis and ascites occurring simultaneously. According to current diagnostic criteria it is considered as one of the less common forms of acute kidney injury (AKI), referred to as HRS-AKI. As a result of the revision of the diagnostic criteria, there was a significant shift in the diagnosis of AKI in patients with liver cirrhosis, allowing early initiation of adequate measures and appropriate treatment. The following article describes the issue of AKI in liver cirrhosis in a wider context, the diagnostic criteria and algorithm of HRS-AKI treatment.

Key words: acute kidney injury, acute on chronic liver failure, albumin, hepatorenal syndrome, liver cirrhosis, terlipressin.

Úvod

Hepatorenální syndrom (HRS) představuje dlouhodobé úskalí hepatologické péče o pacienty s pokročilou jaterní cirhózou, se současně se vyskytujícím ascitem. Problematice snížené funkce a poškození ledvin u jaterní cirhózy nebyla v minulosti věnována patřičná pozornost, a tak se všechny formy deteriorace funkce ledvin shrnovaly pod jednotný pojem hepatorenální syndrom (HRS). Zvyšující se incidence různých forem AKI s negativním ovlivněním prognózy nemocných vedla odborníky k podrobnější analýze patogenetických mechanismů AKI a přehodnocení původních diagnostických kritérií HRS.

V současné době již je upuštěno od původního dělení HRS na 2 podtypy podle závažnosti a rychlosti rozvoje renálního poškození, přesto se však nevyhneme jejich uvedení. HRS 1. typu byl tradičně definován rychlým rozvojem renálního selhání s velmi špatnou prognózou a vysokou mortalitou, s mediánem přežití 1 měsíce. Původní klasifikace HRS 1. typu byla založena na dosažení konkrétní hladiny sérového kreatininu (SCr), a tak vedla k opožděné diagnostice renálního poškození při již velmi snížené glomerulární filtraci (SCr $\geq 1,5$ mg/dl, SCr ≥ 133 μ mol/l

odpovídající zhruba eGFR 30 ml/min). Použití fixních hodnot SCr ke stanovení HRS navíc nezohledňovala předchozí hladiny SCr, a tedy stupeň renálního poškození. HRS 2. typu byl naopak charakterizován pozvolným zhoršováním renální funkce a lepší prognózou, typicky u pacientů s refrakterním ascitem. HRS 2. typu však v současné době nereflektuje definici HRS-AKI, ale řadí se spíše mezi formy chronického onemocnění ledvin (chronic kidney disease – CKD, tedy HRS-CKD) (1).

Akutní poškození ledvin u jaterní cirhózy

AKI je častou komplikací u nemocných s jaterní cirhózou a je popisováno u 20–50 % pacientů přijatých k hospitalizaci pro známky dekompenzace jaterního onemocnění (2). Rozvoj jakékoliv formy AKI u cirhózy je nepochybně spojován s horší prognózou, v závislosti na příčině AKI. Může se jednat o vlastní formy AKI, nebo o AKI nasedající na preexistující terén CKD, s již přítomnou sníženou glomerulární filtrací a nebo současně s přítomnými známkami parenchymového poškození ledvin, s výskytem glomerulární hematurie či proteinurie. U jaterní cirhózy byl zaznamenán častější výskyt IgA nefropatie, nefropatie

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Karolína Krátká, Ph.D., karolinakratka@seznam.cz

I. interní klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

Cit. zkr.: Vnitř Lék 2020; 66(3): e58–e62

Článek přijat redakcí: 14. 11. 2018

Aktualizováno: 20. 4. 2020