

Krvácení do GIT při portální hypertenzi

Tomáš Fejfar¹, Tomáš Vaňásek¹, Petr Hůlek^{1,2}

¹II. interní gastroenterologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

²Katedra interních oborů LF OU Ostrava

Klinicky významná portální hypertenze v západních zemích vzniká nejčastěji na podkladě jaterní cirhózy. Méně často při trombóze portální žíly nebo žil jaterních. Krvácení do gastrointestinálního traktu je jednou z nejzávažnějších a potenciálně smrtících komplikací portální hypertenze. Adekvátní léčebný postup sestává ze zajištění nemocného volumexpanzí a hemosubstitucí, antibiotické profylaxe a zejména podávání vazoaktivní léčby spolu s endoskopickým ošetřením. V případě selhání léčby první linie je obvykle indikována transjugulární intrahepatální portosystémová spojka (TIPS). Jako most k TIPS-u či v případě jeho kontraindikace se zavádí dedikovaný jícnový stent (Danis) nebo balónková sonda. V primární a sekundární profylaxi se uplatňuje léčba neselektivním betablokátozem a endoskopická léčba.

Klíčová slova: krvácení, léčba, portální hypertenze.

Bleeding in portal hypertension

Liver cirrhosis is the most common reason of clinically significant portal hypertension in the western countries. Portal vein or hepatic veins thrombosis is less common. Variceal bleeding is the most severe life threatening complication of portal hypertension. Appropriate treatment includes initial general management, fluid replacement and hemosubstitution, antibiotic prophylaxis, vasoactive medication and endoscopic treatment. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) is standard option in case of first line treatment failure. Dedicated esophageal metal stent or balloon tamponade could be used as a bridge to the TIPS or in case of TIPS contraindication. Non selective beta-blockers and endoscopic therapy are used in primary and secondary prophylaxis.

Key words: bleeding, portal hypertension, treatment.

Úvod

Syndrom portální hypertenze

Portální hypertenze představuje syndrom, který vzniká v souvislosti se zvýšením tlaku v řečišti portální žíly (v. portae). Portální žíla shromažďuje krev z nepárových orgánů dutiny břišní, tedy ze žaludku, střeva, slinivky a sleziny, jaterním hilem ji přivádí do jater a svými větvemi ji rozvádí do jaterního parenchymu. Ke zvýšení tlaku v portální žíle dochází v důsledku zvýšeného odporu mezi portální žílou a pravou srdeční síní (1). Klinický význam nemá absolutní hodnota tlaku v portální žíle, ale portosystémový gradient (PSG), tedy tlakový gradient mezi portální žílou a pravou srdeční síní nebo jaterními žilami za stavu, kdy není zřejmá porucha jejich průchodnosti. Přesné měření tohoto tlaku je možné pouze invazivním způsobem. Nejdostupnější je změření tlaku

katétreem ve volné jaterní žíle (free hepatic venous pressure – FHVP) a poté v zaklíněné (wedged hepatic venous pressure – WHVP) s výpočtem rozdílu – gradientu (hepatic venous pressure gradient – HVPG). Měření skutečného PSG je možné jen přímo, např. při transhepatální punkci portální žíly. Normální hodnoty portosystémového gradientu se pohybují okolo 2–3 mm Hg. Portální hypertenze je pak definována jako zvýšení tohoto gradientu (nebo HVPG) nad 5 mm Hg. Klinického významu však nabývá většinou až v případech vzestupu na hodnoty vyšší než 10–12 mm Hg.

V Evropě je u 85–90 % nemocných příčinou portální hypertenze jaterní cirhóza. Méně časté příčiny jsou extrahepatální obstrukce portální žíly (EHPVO), obstrukce jaterních žil při Buddově-Chiariho syndromu (hepatic venous outflow tract obstruction – HVOTO) nebo levostranná portální hypertenze, která je nejčastěji spojena s chorobami slinivky

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Tomáš Fejfar, Ph.D., tomas.fejfar@fnhk.cz

II. interní gastroenterologická klinika LF UK a FN, Sokolská tř. 581, 500 05 Hradec Králové

Cit. zkr.: Vnitř Lék 2020; 66(2): e7–e16

Článek přijat redakcí: 30. 10. 2018

Článek přijat k publikaci: 17. 4. 2019