

účinnost terlipresinu na snížení HVPG (27), podle současných doporučení (2–4) a metaanalýz (23, 28) je použití všech 3 léků, jak po stránce zástavy krvácení, prevence recidivy, tak i ovlivnění letality srovnatelné.

Endoskopické ošetření

Endoskopická léčba krvácení je spolu s farmakoterapií vazoaktivní látkou základním terapeutickým postupem. Vzhledem k tomu, že až 30 % nemocných s portální hypertenzí a krvácením má nevarikózní zdroj krvácení, je endoskopické vyšetření nezbytné také k potvrzení zdroje a etiologie krvácení (29). Vysoký terapeutický efekt podané vazoaktivní léčby (30, 31) umožňuje přistoupit k endoskopii po komplexním zajištění a stabilizaci nemocného. Načasování endoskopie je doporučeno nejpozději do 12, lépe do 6 hod. od přijetí do nemocnice (2–4, 6). V České republice je tento interval ale obvykle i významně kratší. U rizikového nemocného (masivní krvácení, obtížný výkon, jaterní encefalopatie, nespolupracující nemocný) je k zajištění dýchacích cest před výkonem obvykle nutná orotracheální intubace. Pro zlepšení přehledu během endoskopie je Evropskou endoskopickou společností (ESGE) (32) i Evropskou asociací pro jaterní onemocnění (EASL) (2, 4) doporučováno 30–120 min před endoskopií intravenózní podání erytromycinu (250 mg). V této indikaci se využívá silného účinku erytromycinu na žaludečních motilitu.

Za endoskopickou léčebnou metodu volby akutního krvácení v oblasti jícnu je dnes považována ligace jícnových varixů (2–6), která má v porovnání se sklerotizační léčbou vyšší účinnost a signifikantně nižší výskyt komplikací (33, 34). Nejčastěji provádíme ošetření pomocí multiligátorů a kromě krvácejícího varixu ligujeme i další varixy, a tak zahajujeme již i sekundární profylaxi. Skleroterapii pomocí 1–3% polidokanolu (35) lze použít v případě, že ligace není technicky možná. Problematika varixů žaludečních a ektopických je probrána v textu dále.

Další terapie

Krvácení je velmi často spojeno s rozvojem nebo zhoršením jaterní encefalopatie. Léčba v případě manifestní encefalopatie u akutního krvácení je stejná jako v ostatních situacích a sestává zejména z podávání laktulózy (15–30 ml à 8–12 hod. k dosažení 2–3 stolic denně), případně v kombinaci s rifaximinem (36, 37). U rizikových nemocných může být tato léčba indikována i preventivně (2, 4). Současně musíme dbát na dostatečnou korekci hypovolemie a minerálových dysbalancí. V léčbě se vyhýbáme nefrotoickým (aminoglykosidy, NSAID) a vazodilatačním lékům (2). V době ataky krvácení u nemocných s ascitem neprovádíme velkoobjemové paracentézy a léčbu neselektivním betablokátozem zahajujeme až po stabilizaci nemocného a zvládnutí akutní příhody, nejčastěji od 5. dne.

Kombinace farmakoterapie a endoskopické léčby přináší v současnosti nejlepší kontrolu akutního krvácení a snižuje riziko časných recidiv (38). Dnes je považována za léčbu první linie.

Selhání léčby

V rámci komplexního sledování nemocného je nutno identifikovat faktory predikující možnost selhání terapie, ke kterým patří zejména známky šoku při přijetí, pokročilost jaterního onemocnění (podskupina B a C dle Childov-Pughovy klasifikace, MELD skóre > 18), renální insufici-

ence, aktivní krvácení v době endoskopie, s jaterní cirhózou asociovaná tromboza portální žíly, hepatocelulární karcinom a zejména vysoký portosystémový gradient (HVPG > 16–20 mm Hg) (39–41).

Selhání léčby znamená, že výše uvedená terapie nevedla k zástavě krvácení a krvácení pokračuje nebo po úspěšné hemostáze v úvodu došlo k časně recidivě krvácení, a to do 5 dnů od 1. ataky krvácení. V prvním případě by dalším krokem mělo být dočasné zavedení plně potahovaného metalického jícnového stentu (Danišův stent) nebo balónkové tamponády nebo provedení urgentní transjugulární portosystémové spojky.

V případě časných recidiv je u jícnových varixů indikováno druhé endoskopické ošetření (2–4). Pokud byla první ataka krvácení závažnějšího charakteru nebo je nemocný ve vysokém riziku další recidivy krvácení, je třeba primárně zvážit zavedení TIPS-u (2–4).

Balónková sonda

Balónkovou tamponádu pomocí trojcestné dvoubalónkové Sengstakenovy-Blakemorovy sondy lze ke kompresi krvácejícího jícnového varixu použít v případě selhání léčby první linie nebo k zajištění nemocného k transportu k definitivnímu ošetření. Technicky správné zavedení sondy a její následné udržování vyžaduje erudovaný personál a není jednoduché. Tlak v balónku musíme udržovat nad hodnotou předpokládaného tlaku v portální žíle. Správným zavedením a adekvátní insuflací vzduchem lze dosáhnout hemostázy v 60–90 % případů. Po desuflaci je však riziko recidivy krvácení poměrně velké (až 50 %). Použití sondy je spojeno i s vysokým rizikem komplikací (10–15 %). Hrozí především aspirace, proto je k zajištění dýchacích cest často nutná současná orotracheální intubace. Při technicky nesprávném použití hrozí i lacerace jícnu. Maximální doba insuflace takto zavedené sondy je 12–24 hod. (4–6). Při delším intervalu je vysoké riziko nekrózy jícnu (42).

Jícnový stent

Dedikovaný jícnový stent (SX-Ella stent Danis®) k zástavě nekontrolovatelného krvácení využívá svou expanzní sílu, kterou komprimuje krvácející varix a působí proti portálnímu tlaku. Tím dochází k zástavě krvácení. Jeho zavedení během současné terapeutické endoskopie je díky speciálnímu zaváděči poměrně snadné. Závaznost krvácení dosahuje v 90–100 % (43, 44). Uváděné komplikace jsou poměrně málo závažné. Nejčastěji se jedná o migraci stentu a otlakové ulcerace při horním a dolní okraji hrdla stentu (43–45). Na základě dosud publikovaných dat je použití dedikovaného jícnového stentu lepší metodou v porovnání s balónkovou sondou, zejména z důvodu menšího výskytu komplikací (4, 46).

Záchranný TIPS

Transjugulární intrahepatální portosystémová spojka (TIPS), jako side to side portosystémová anastomóza, nejlépe pomocí ePTFE potaženého stentu, je preferenčně indikována při selhání metod první linie jako definitivní terapeutické řešení (2–4). Kombinace snížení portálního tlaku vytvořeným zkratem a endovaskulární uzavření zdroje krvácení tkáňovým lepidlem bez nutnosti operační