

zátěže vede k okamžité zástavě krvácení u 91–100 % nemocných (47, 48). Třicetidenní recidivy se vyskytují v 7–30 % případů a jsou v převážné většině případů způsobeny akutní okluzí zkratu. Měsíční letalita je popisována mezi 28–55 % a je dána zejména závažností stavu, ve kterém nemocní k vytvoření urgentní spojky přicházejí. Velký význam má urgentní TIPS i u nemocných s krvácením ze žaludečních varixů (48), které hůře reaguje na endoskopickou léčbu a u nemocných s krvácením z portální gastropatie. I TIPS má však své kontraindikace a limitace (49). Jsou dány jak anatomickými poměry, např. přítomností kavernomu portální žíly, tak i celkovou kondicí nemocného. Obzvláště u nemocných s významnou jaterní insuficíencí (Child-Pugh skóre > 13) je úmrtnost po výkonu extrémní a TIPS u nich indikován není (2–4, 49). V tomto případě je možné indikovat zavedení jícnového stentu a dále pečlivě aplikovat metody první linie (3, 4). Prognóza těchto nemocných je ale vysoce nepříznivá.

Primární a sekundární prevence

Základní snahou při péči o nemocné s portální hypertenzí je, aby k atace krvácení nebo její recidivě nedošlo. Samozřejmou součástí je terapie základního onemocnění, která riziko dekompenzace a krvácení významně ovlivňuje (4). Zásadní je řádná dispenzarizace nemocných a preventivní léčba. Horní endoskopie je u nemocných s jaterní cirhózou indikována vždy v době diagnózy. Interval další endoskopické endoskopií by se měly řídit nejen předchozím endoskopickým nálezem, ale i stavem a kompenzací základního jaterního onemocnění (2–4).

Primární prevence

Léčebnou intervencí se u nemocného s portální hypertenzí snažíme, aby k varikóznímu krvácení (primární prevence) nebo u ideálním případě ani k rozvoji varixů (preprimární prevence) nedošlo nebo aby riziko příhody bylo alespoň sníženo. Účinná je farmakologická léčba neselektivními betablokátory i endoskopická eradikace varixů ligací. Volba jednoho nebo druhého léčebného postupu je do značné míry na domluvě mezi lékařem a pacientem, samozřejmě s ohledem na možné kontraindikace a přidružené choroby (3). Oba přístupy přinášejí srovnatelné výsledky z pohledu přežívání nemocných (50, 51). V prevenci krvácení je mírně účinnější endoskopická léčba (50). Z pohledu přežívání je tento rozdíl vyvážen pravděpodobně komplexními účinky NSBB (52). Pro kombinaci obou metod v primární prevenci nejsou relevantní data, ale v případě nemocného ve vysokém riziku první ataky ji můžeme zvážit.

Neselektivní betablokátory snižují HVPG snížením minutového srdečního výdeje a pravděpodobně i přímým působením na splachnickou cirkulaci (53, 54). V hemodynamických studiích byl s pozitivním výsledkem na snížení HVPG testován efekt propranololu, nadololu, timololu, mepindololu a karvedilolu (52). Největší množství dat pochází ze studií s propranololem. Jako neúčinnější na snížení portálního tlaku se dnes považuje karvedilol, neselektivní betablokátor působící i jako α_1 -antagonista (52, 55), který je účinnější i u vyššího procenta nemocných než propranolol (31 % vs. 43 %) (52). Jako další prospěšný efekt karvedilolu je popisován jeho antioxidační, antifibrotický a protizánětlivý účinek (56–58). Použití karvedilolu v klinické praxi je v porovnání

Tab. 3. Klasifikace žaludečních varixů dle Sarina, relativní výskyt, riziko krvácení (2, 75, 76)

Typ varixů	Popis	Relativní výskyt	Riziko krvácení
GOV 1	přecházející z jícnu na malé zakřivení žaludku	70 %	28 %
GOV 2	přecházející z jícnu na velké zakřivení do fundu	21 %	55 %
IGV 1	izolované varixy v žaludečním fundu	7 %	70 %
IGV 2	izolované varixy v žaludku mimo fundus	2 %	9 %

s propranololem ale spojeno s vyšším rizikem nežádoucích účinků (59). Proto je doporučováno začít léčbu nízkou iniciální dávkou, 3,125 mg 2x denně a je doporučeno dávku zvyšovat velmi pozvolna dle tolerance s cílovou dávkou 6,25 mg 2x denně.

V klinické praxi se v indikaci betablokátoru řídíme jak pokročilostí jaterního onemocnění, přidruženými chorobami, snášenlivostí, tak i aktuálním endoskopickým nálezem.

U nemocných bez varixů (preprimární prevence) jsou názory na podání neselektivního betablokátoru rozporuplné a plošné podávání v současné době doporučeno není (2–4). U nemocných s malými varixy (F1) ještě bez přítomnosti dalších rizikových faktorů (červené známky na varixech, stadium C dle Child-Pugh klasifikace) je benefit z profylaktické léčby neselektivním betablokátozem z části dokumentován a v současné době je akceptován jako spíše prospěšný (2–4). K terapii neselektivním betablokátozem jsou ale jednoznačně indikováni nemocní s malými varixy a přítomností varovných známek na varixech nebo patřící do skupiny C dle Child-Pugh klasifikace.

U nemocných se významnými varixy (F2–F3) je v současné době podávání neselektivního betablokátoru standardem. Léčba vede ke snížení rizika krvácení i snížení úmrtnosti (60). V případě použití propranololu je možným a částečným ukazatelem efektivity léčby dosažení bazální srdeční frekvence 55 pulzů za minutu či snížení klidové frekvence o 20 % proti vstupním hodnotám (3). U terapie karvedilolem tyto parametry přínosné nejsou. V případě plošné dostupnosti měření portosystémového gradientu (HVPG) by optimálním přístupem byla řízená terapie s ověřením efektu léčby invazivním měřením. Základním ukazatelem odpovědi na léčbu je průkaz poklesu HVPG pod 12 mm Hg nebo snížení alespoň o 20 % proti výchozím hodnotám. Poměrně velká část nemocných, to je 46–75 % podle zvoleného preparátu, ale na podání betablokátoru poklesem HVPG neodpoví (4–6, 60, 61). Vzhledem k vysokému výskytu nežádoucích účinků je problematická i spolupráce nemocných a adekvátní edukace hraje zásadní úlohu.

Endoskopická eradikace jícnových varixů ligací je jako alternativa k farmakoterapii indikována dle volby nemocného a lékaře nebo u nemocných s kontraindikací či intolerancí farmakoterapie a při jejím selhání. Data ukazují, že použití ligace snižuje riziko krvácení v průměru o 64 % (NNT 4), úmrtnost na krvácení o 80 % (NNT 7) i úmrtnost celkovou (NNT 5) (62). V metaanalýzách v porovnání s farmakoterapií je pak stejně