efektivní ve snížení letality a spíše efektivnější ve snížení rizika krvácení (50) za cenu vyššího rizika závažnějších komplikací (4).

Sekundární prevence

Po první epizodě krvácení jsou nemocní v horizontu 2 let vystaveni riziku recidivy krvácení v 60–63 % (63). Sekundární prevence má být proto zahájena hned po zvládnutí akutní ataky. V sekundární prevenci se uplatňuje TIPS, endoskopická léčba i léčba neselektivním betablokátorem.

Časný TIPS

Indikace k časnému TIPS provedenému do 72 hod. od ataky krvácení by měla být s respektem ke kontraindikacím TIPSu racionálně zvážena u všech nemocných s vysokým rizikem recidivy krvácení. To jsou nemocní ve skupině C dle Childovy-Pughovy klasifikace, případně ve skupině B s aktivním krvácením v době endoskopie navzdory současně podávané vazoaktivní terapii (2, 4). Toto doporučení se zakládá na datech prokazujících vysoké riziko recidivy krvácení u nemocných s vysokým portosystémovým gradientem a u nemocných s pokročilejším jaterním onemocněním. Za významné riziko je považován portosystenový gradient (HVPG) > 20 mm Hg naměřený do 72 hod. po atace krvácení. Časné snížení gradientu pomocí TIPS (do 72 hod.) v této podskupině nemocných vede k signifikantnímu snížení rizika recidivy krvácení a snížení jak časné tak roční úmrtnosti (64). V posledních 10 letech byly ve 2 multicentrických studiích jako rizikové podskupiny definovaní nemocí s krvácením ve funkční třídě Child-Pugh C nebo nemocní Child-Pugh B se současným aktivním krvácením v době endoskopie (65, 66). I u těchto nemocných byl prokázán pozitivní efekt časného TIPS-u (s potahem z ePTFE) se zlepšeným přežíváním nemocných v horizontu 6 týdnů (97 % vs. 67 %, NNT 3,3) i jednoho roku (86 % vs. 61 %, NNT 4,0) (65) v porovnání s kombinovanou endoskopickou léčbou a léčbou NSBB. Je třeba ale zdůraznit, že těchto výsledků bylo dosaženo ve vysoce selektované skupině nemocných (65, 66). Indikace časného TIPS-u je od roku 2010 (6) ve většině terciálních evropských centrech akceptována (2, 4).

V případě, že nemocný není kandidátem časného TIPS-u, zahájíme sekundární profylaxi farmakoterapií neselektivním betablokátorem (karvedilol, propranolol, nadolol) v kombinaci s endoskopickou eradikací jícnových varixů (2–6).

Kombinovaná léčba

Farmakoterapie neselektivním betablokátorem v sekundární prevenci snižuje riziko recidivy krvácení v průměru z 60–63 % na 42 % spolu se signifikantním snížením letality (z 27 % na 20 %) (67). Optimální je kombinace s endoskopickou ligací jícnových varixů (67, 68). V případě, že nemocný nemůže být současně léčen betablokátorem, není dnes endoskopická léčba jako monoterapie doporučována (2, 4). V tomto případě by měla být na základě endoskopického nálezu, kdy není dosaženo eradikace varixů a dle pokročilosti jaterního onemocnění, zvážena indikace k TIPS (4). U nemocných ve skupině A a B dle Childa a Pugha případně posoudit možnost indikace k chirurgické portosystémové spojce (5, 6). U všech nemocných je také vždy nutné podle pokročilosti jaterního onemocnění zvážit transplantaci jater.

Problematická je skupina s pokročilejším jaterním onemocněním ve skupině Child-Pugh B a C, zejména pak nemocní s refrakterním ascitem. Objevuje se stále více prací prokazujících u těchto nemocných i negativní efekt betablokátoru s rizikem zhoršení oběhových parametrů a zkráceným přežíváním (69–72). V případě, že je v rámci sekundární prevence indikována terapie NSBB, je u nemocných s refrakterním ascitem nutné velmi pečlivé monitorování hodnot krevního tlaku, sérového sodíku, kreatininu a v případě horšení těchto parametrů včas dávku betablokátoru redukovat, nebo léčbu NSBB ukončit (2, 4). V tomto případě by měla být opět primárně zvážena zejména indikace k transplantaci jater a u nemocných, kteří kandidáty nejsou pak indikace k TIPS-u.

Žaludeční varixy

Žaludeční varixy se tvoří u 5–33 % nemocných s portální hypertenzí a zdrojem krvácení jsou v 5–10 % (25% riziko krvácení v horizontu 2 let) (73). U žaludečních varixů má prognostický význam kromě rozlišení velikosti varixu, pokročilosti jaterního onemocnění (Childova-Pughova klasifikace) a přítomnosti varovných známek také lokalizace varixu (74, 75). K jejich popisu je v současné době nejčastěji užívána klasifikace dle Sarina (75) (Tab. 3). Z prognostického hlediska jsou nejzávažnějším nálezem izolované gastrické varixy v oblasti žaludečního fundu (IGV 2. typu), které jsou zdrojem krvácení z varixů žaludku až v 78 % (74, 76).

Léčba akutní ataky krvácení

V případě akutního krvácení z varixu žaludku je základní léčba včetně farmakoterapie identická jako u krvácení z varixů jícnových. Odlišná je léčba endoskopická, při které je za metodu volby u gastroezofagealních varixů 2. typu (GOV 2) a izolovaných žaludečních varixů (IGV) považováno použití okluze krvácejícího varixu syntetickým nebo přirozeným tkáňovým lepidlem (2, 4–6). Nejlépe zdokumentovaný efekt je při užití syntetického N-butyl-2-cyanoakrylátu (Histoacryl®) (77, 78). U gastroezofageálních varixů 1. typu (GOV 1) lze provést i ligaci. Použití jiných hemostatických metod, jako hemoklipů, polidokanolu, nebo endoloopu, není podpořeno dostatečnými daty.

Jako záchrannou léčbu nelze z podstaty problému použít dedikovaných jícnový stent nebo klasickou Blakemorovu-Sengstakenovu balónkovou sondu, ale pouze sondu jednobalónkovou (Lintonova-Nichlasova) s kompresí žaludečního fundu. V případě selhání léčby je indikován TIPS (2, 5, 79).

Primární a sekundární prevence

Doporučené postupy pro primární a sekundární prevenci jsou v případě žaludečních varixů založeny na méně obsáhlých důkazech než u varixů jícnových.

U GOV varixů 1. typu v primární prevenci můžeme volit mezi léčbou betablokátorem a léčbou endoskopickou. Po endoskopické léčbě jícnových varixů dochází v určitém procentu k vymizení často asociovaných GOV 1. typu (30–60 %) a GOV 2. typu (20 %). Proto je při souběhu těchto nálezů doporučováno začít eradikací varixů jícnových a v léčbě varixů žaludečních pokračovat až tehdy, pokud po 6 týdnech od ošetření nedojde k jejich vymizení. V sekundární prevenci volíme mezi farmakoterapií a endoskopií nebo TIPS (2–4, 6).