

V případě GOV 2. typu a IGV v primární prevenci můžeme volit mezi léčbou endoskopickou s aplikací tkáňového lepidla a léčbou neselektivním betablokátozem (4). Existují povzbudivá data preferující endoskopický přístup, ale zatím nejsou přijata v obecných doporučeních (4). V sekundární prevenci je doporučováno zavedení TIPS, obvykle s endovaskulární obliterací varixů nebo pokračování v endoskopické eradikaci aplikací tkáňového lepidla (4). S ohledem na pokročilost jaterního onemocnění je třeba vždy zvažovat i možnost jaterní transplantace.

Rektální varixy

Portosystémové kolaterály v oblasti rekta jsou poměrně často opomíjeny a v různých sestavách nemocných je výskyt popisován od 3,6 % do 78 % (5). Nepatří k častým zdrojům krvácení, jsou ale popisovány i ataky masivního život ohrožujícího krvácení.

Rektální varixy jsou zásobovány z dolní mezenterické žíly cestou horní či střední rektální žíly do povodí vnitřní ilické žíly. Léčebná strategie není stále jednotná. V léčbě akutního krvácení byla s úspěchem použita léčba sklerotizační i endoskopická ligace. V případě nestavitelného krvácení je zde opět indikace k TIPS (4).

Ektopické varixy

Novotvoření varixů v oblasti neostomat trávicí trubice je poměrně časté a může být zdrojem fatálního krvácení. Při indikacích těchto operačních zákroků je třeba na toto riziko pomýšlet.

Poměrně často nalézáme u nemocných s portální hypertenzí i změny v tračníku ve formě portální kolopatie s podslizničními angiektaziemi či ektopickými varixy. Zdrojem hemodynamicky významného krvácení jsou však v nízkém procentu.

S novými vyšetřovacími metodami jsou stále častěji u nemocných s portální hypertenzí popisovány i varixy v tenkém střevě. V případě krvácení jsou tito nemocní kandidáty TIPS nebo chirurgické portokavální spojky. S přímým endoskopickým ošetřením nejsou v současné době dostatečné zkušenosti.

Portální hypertenzní gastropatie

Portální hypertenzní gastropatie (PHG) je chorobný stav vznikající na podkladě portální hypertenze a projevuje se typickým endoskopickým a histologickým nálezem v oblasti sliznice žaludečního těla a antra. Během endoskopie nalézáme typickou mozaikovou strukturu (políčkování) sliznice, v těžších případech až s tvorbou červených skvrn a slizničním krvácením. Tento makroskopický obraz není zcela specifický pouze pro portální hypertenzi a zejména musíme odlišit někdy podobné slizniční změny při gastrické antrální vaskulární ektazii (GAVE).

Portální hypertenzní gastropatii nalézáme u 11–80 % nemocných a poměrně těsně koreluje se závažností portální hypertenze. Není asociována s infekcí *Helicobacter pylori*. Riziko akutního krvácení je poměrně nízké (do 3 % v horizontu 3 let), ale velice často je příčinou chronických krevních ztrát.

V případě hemodynamicky významného krvácení je léčba identická jako u nemocných s krvácením z jícnových varixů vyjma endoskopické

terapie a užití balonkové sondy (3, 4). V sekundární prevenci se též uplatňují neselektivní betablokátozy.

Krvácení při prehepatální portální hypertenzi

Prehepatální portální hypertenze je méně častou příčinou tvorby portosystémových kolaterál (5–10 %). V současnosti rozlišujeme zejména extrahepatální obstrukci portální žíly (EHPVO), kdy je okluze lokalizována pouze v oblasti kmene portální žíly, a stavy další, ke kterým patří zejména segmentální portální hypertenze při obstrukci slezinné žíly.

Léčba se v základních principech neliší od nemocných s krvácením na podkladě jaterní cirhózy, i když data pro farmakologickou léčbu vazoaktivními látkami (terlipresin, somatostatin, oktreotid) jsou poměrně chudá. V doporučeních se tedy vychází jen z bohatých zkušeností s terapií varikózního krvácení provázejícího jaterní cirhózu (4–6). Taktéž endoskopická léčba akutní ataky se nikterak neliší. V sekundární prevenci (riziko recidivy krvácení je popisováno 0,11 epizody/měsíc po první atace) je užití betablokátoru vzhledem k nedostatku randomizovaných studií s určitým otazníkem, ale obecně je akceptováno. Za léčbu volby je tedy považována kombinace endoskopické eradikace (ligace) varixů a podávání NSBB. V primární prevenci je preferována spíše endoskopická ligace než dlouhodobé podávání betablokátoru i z určité obavy z dalšího snížení jaterní perfuze a prohloubení ischemického infarktu. U nemocných, u nichž selhává endoskopická terapie, a stejně tak u dětí s poruchou růstu, symptomatickou portální biliopatií či symptomatickým hypersplenismem je plně indikováno chirurgické řešení pomocí portokavální nebo portoportální spojky.

Data pro užití antikoagulační terapie při chronických stavech jsou opět poměrně chudá a kontroverzní.

V případě akutní trombózy je však nutné volit aktivní přístup s terapií nízkomolekulárním heparinem a kumariny. Jsou popisovány i sestavy úspěšného užití lokální trombolytické terapie se zavedením katétru transhepatální cestou, zejména v případě současných známek střevní infarkce. Obdobně byl popsán u nemocných s akutní trombózou kmene portální žíly uspokojivý efekt TIPS se zprůchodněním portální žíly a následnou antikoagulační terapií.

V případě izolované trombózy lienální žíly, kdy kmen portální žíly není postižen, hovoříme někdy o takzvané levostranné nebo segmentální portální hypertenzi (LPH). Tento stav je nejčastěji spojen s onemocněním pankreatu, akutní nebo chronickou pankreatitidou nebo karcinomem pankreatu. Asociovanou trombózu lze u těchto onemocnění nalézt v 7–20 % případů. Jistě vzácnější příčinou tohoto stavu mohou být předchozí operační zákroky (resekce žaludku, výkony v oblasti omentální burzy), retroperitoneální fibróza či lymfomová infiltrace.

Diferenciální diagnostika je založena na US a CT vyšetření. Při endoskopii nalézáme převážně varixy žaludeční, plněné z malých gastrických žil. Nejčastějším nálezem jsou IGV 1. a 2. typu. Riziko krvácení je u těchto nemocných v porovnání s pacienty s jaterní cirhózou poněkud nižší (4–5 % nemocných), avšak krvácení je stejně závažné.

Léčba akutní ataky krvácení se opět nikterak neliší od nemocných s portální hypertenzí při jaterní cirhóze či EHPVO. Chirurgické řeše-