

## Kazuistika

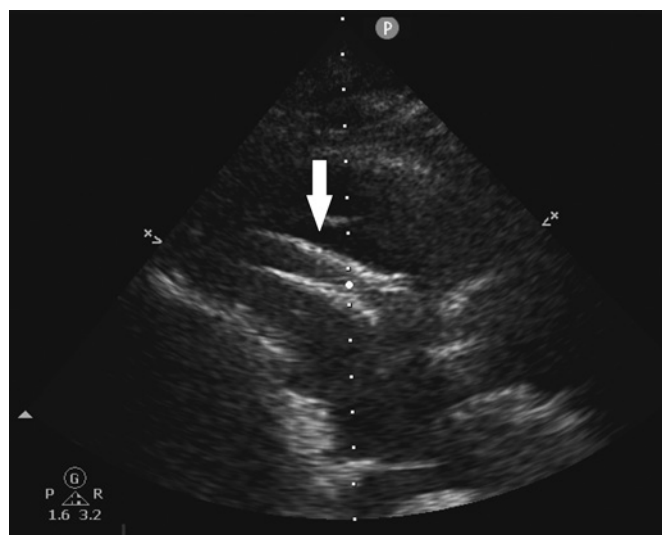
Jednasedmdesátiletá žena byla přijata na interní oddělení pro celkovou slabost a neschopnost perorálního příjmu stravy a tekutin. Nemocná měla již dříve diagnostikovanou jaterní cirhózu (funkčně Child-Pugh A) na podkladě nealkoholové steatohepatitidy (NASH) a v minulosti podstoupila dvakrát ligaci velkých jícnových varixů pro akutní varikózní krvácení. Při přijetí byl v objektivním nálezu patrný ikterus zejména na kůži a skléřách, hepatomegalie. Ascites přítomen nebyl, per rectum byla zjištěna černá stolice, která však byla barvou přisuzována užívání preparátu železa. V laboratorním nálezu dominovala hyponatremie (130 mmol/l), hyperkalemie (5,7 mmol/l), v krevním obraze normocytární normochromní anémie (114 g/l), trombocytopenie (79 tisíc). Krátce po přijetí se u pacientky objevila hemateméza. Při endoskopii bylo nalezeno aktivní krvácení z jícnových varixů. Endoskopista je ligoval s bezprostřední hemostázou. Nicméně u pacientky trvale odcházela meléna, později až charakteru enterorhagie. Laboratorně i přes hemosubstituci progredovala anémie, narůstala hodnota laktátu. Byla tedy provedena kontrolní gastroskopie, kde nebyly nalezeny známky aktivního krvácení. Zvažovali jsme zdroj krvácení v jiné etáži gastrointestinálního traktu (GIT). Na CT angiografii aorty však nebyl prokázán únik kontrastní látky nikde v GIT. Po návratu z CT se stav nemocné rychle zhoršil. Došlo k rozvoji hypotenze, šokového stavu s poruchou vědomí provázeného masivní enterorhagií a hematemézou.

Pacientku se podařilo hraničně hemodynamicky stabilizovat četnými krevními převody, následně byla opakována gastroskopie. Opět bylo nalezeno aktivní krvácení z jícnových varixů v místě provedené ligace. Endoskopista učinil pokus o hemostázu sklerotizací ethoxysklerolem, avšak neúspěšně. Danišův jícnový stent nebyl k dispozici. Proto jsme volili, jako ultimum refugium, tamponádu balónkovou sondou. Efekt byl okamžitý. Jelikož se jednalo o nemocnou s dosud dobrou kvalitou života, dlouhodobou adherencí k léčbě a nebyla přítomna významná jaterní

dysfunkce, pacientka byla přeložena na jiné pracoviště k zavedení TIPS. Implantovány byly celkem 2 stentgrafty, bezprostředně dobře funkční.

V odstupu tří dnů od zavedení TIPS došlo u pacientky opět k rozvoji symptomatické hypotenze. Klinicky byly přítomny známky tkáňové hypoperfuze. Diferenciálně diagnosticky jsme zvažovali recidivu krvácení do zažívacího traktu, gastroskopický nálezn byl však negativní. Pátrali jsme proto po jiných příčinách šoku a hemodynamické nestability mimo krvácení. Při echokardiografii byla k našemu překvapení nalezena v pravé komoře hyperechogenní trubcovitá struktura (Obr. 1). S ohledem na recentní zavedení TIPS bylo pomýšleno primárně na migraci jedné ze spojek. Kontrolní RTG snímek hrudníku naše podezření potvrdil. Echokardiograficky nebyla prokázána mechanická komplikace ve smyslu perforace síňového či komorového septa či srdeční dutiny. Funkce obou srdečních komor byla normální. Jedinou patologií byla lehká až středně těžká trikuspidální regurgitace. Nabízela se souvislost regur-

**Obr. 1.** ECHO s nálezem hyperechogenní trubcovité struktury



**Obr. 2.** CT snímek s nálezem TIPS v pravé komoře

