

DOPORUČENÝ POSTUP PRO DIAGNOSTIKU A LÉČBU KRVÁCENÍ DO ZAŽÍVACÍHO TRAKTU PŘI PORTÁLNÍ HYPERTENZI

Pracovní skupina pro portální hypertenzi při České hepatologické společnosti doporučuje při podezření na krvácení do zažívacího traktu způsobené portální hypertenzí následující soubor diagnostických a léčebných opatření

Při prvním kontaktu s nemocným

Vyhodnotit nezbytné anamnestické údaje

- určit počátek krvácení
- odhadnout velikost krevní ztráty
- zjistit, zda jde o první či opakované krvácení
- popsat, zda je známo jaterní onemocnění, abusus alkoholu, užívané léky

Provést fyzikální vyšetření s důrazem na

- stav vědomí
- hodnoty krevního tlaku, tepové frekvence, dechové frekvence
- projevy anemie
- palpační vyšetření břicha

Zajistit

- žilní přístup
- podání infúze krystaloidů nebo volumexpanderů
- podání terlipresinu (Remestyp) v dávce 1 mg i.v. při respektování kontraindikací
- monitorování a zajištění základních vitálních funkcí během transportu

Při převzetí nemocného nemocničním zařízením

Pokračovat v další léčbě na jednotce intenzivní péče (JIP), preferenčně interního typu, s dostupnou urgentní terapeutickou endoskopií

- Vyhodnotit kromě standardních vyšetření na úrovni JIP skóre podle Child-Pughovy klasifikace.
- Pokračovat v náhradě intravazálního volumu/hemosubstituci a případně korekci koagulopatie s cílem dosáhnout oběhové stabilizace nemocného. Hodnotu hemoglobinu je vhodné udržovat kolem 80g/l s přihlédnutím k přidruženým chorobám a stavu pacienta.
- Standardně podat širokospektré antibiotikum/chemoterapeutikum podle zásad antimikrobiální profylaxe.
- Pokračovat ve farmakologické léčbě podáváním terlipresinu v dávce 1-2 mg/4 hod i.v.; při kontraindikacích nebo projevech nežádoucích účinků podávat somatostatin i.v. v dávce 250 µg bolus a dále kontinuálně 250 µg/ hod či octreotid v dávce 25 µg/ hod (při respektování kontraindikací).
- Provést endoskopické vyšetření co nejdříve, nejlépe bezprostředně po dosažení oběhové stabilizace.
- Endoskopické vyšetření: určit zdroj, aktivitu krvácení a provést endoskopické ošetření.
- Pokračovat v podávání vazoaktivních látek (terlipresin, somatostatin, analoga somatostatinu) po dobu 5 dnů ve stejné dávce.

Pokud se při úvodní endoskopii nepodaří krvácení zastavit je třeba zvážit zavedení balónkové tamponády u krvácení z jícnových nebo žaludečních varixů, maximální doba tamponády je 24 hodin.

Selhání léčby (pokračující krvácení, hemodynamická nestabilita, recidiva krvácení) je indikací ke kontrolní endoskopii.

Při selhání druhé terapeutické endoskopie a současné farmakoterapie je indikováno zavedení balónkové tamponády (maximální doba tamponády je 24 hodin) a provedení portosystémové spojky, preferenčně transjugulární intrahepatální portosystémové spojky (TIPS). Při neproveditelnosti TIPS chirurgické řešení, preferenčně devaskularizace.

Pokračovat v podávání antimikrobiální profylaxe a hemosubstituci je-li nutná. Je nutno zajistit adekvátní energetický příjem. U nemocných s tenzním ascitem je vhodná odlehčovací punkce. K prevenci encefalopatie je možno podávat laktulózu.

Po zvládnutí ataky akutního krvácení

Každý nemocný po krvácení způsobeném portální hypertenzí musí být léčen s cílem zabránit recidivě krvácení (sekundární prevence). Musí být podrobně vyhodnocena příčina portální hypertenze a hepatopatie a léčeno základní onemocnění včetně zvážení transplantace jater.

Sekundární prevence

- Endoskopické ošetření varixů do dosažení eradikace varixů (preferenčně ligací).
- Trvalé podávání neselektivních* betablokátorů v dostatečné dávce (dosažení poklesu tepové frekvence o 20% či na 55 tepů/minutu) při respektování kontraindikací.
- Kombinace endoskopického postupu a současného podávání betablokátorů je pravděpodobně nejvhodnější metodou prevence opakovaného krvácení.
- Po dosažení eradikace endoskopické kontroly každých 6 měsíců.
- Při recidivě krvácení v důsledku portální hypertenze zajistit změření portosystémového gradientu a zvážení zavedení portosystémové spojky (Child Pugh A preferenčně chirurgické, Child Pugh B a C TIPS), výjimečně devaskularizační operace; typ výkonu by měl být volen s ohledem na možnost transplantace jater.

Primární prevence (týká se pacientů, kteří z jícnových varixů dosud nekrváceli)

- Pacienti se středními a velkými varixy a pacienti s malými varixy s „červenými znameními“ by měli být preventivně léčeni s cílem zabránit prvnímu krvácení.
- Standardním postupem je trvalé podávání neselektivních* betablokátorů za stejných podmínek jako u sekundární prevence.
- Při kontraindikacích či nesnášenlivosti betablokátorů je vhodnou metodou primární prevence endoskopická ligace varixů.

**) Vzhledem k tomu, že v ČR není v současné době k dispozici žádný z neselektivních betablokátorů ověřených studii (t.j. propranolol či nadolol) lze s určitými výhradami připustit použití metipranolu (Trimepranol; nevýhodou je krátký poločas), atenololu (nevýhodou je selektivita) či carvedilolu (nevýhodou je absence dlouhodobé studie posuzující též alfa složku tohoto léku).*