

Jícnové varixy

Jícnové varixy, žaludeční varixy a méně časté varixy dalších částí trávicího traktu (tzv. ektopické varixy) jsou komplikací portální hypertenze. Klinický význam varixů je dán zejména rizikem jejich krvácení s výraznou mortalitou (20-40%).

Většina žaludku je drénována cestou portálního řečiště, oblast okolo kardie a oblast jícnu je drénována cestou vena azygos vtékající do horní duté žíly. Normální portální tlak je 5-10 mm Hg a gradient mezi portální žilou a dolní dutou žílou je 1-5 mm Hg. Portální hypertenze vzniká při zvýšení gradientu nad 5 mm Hg.

Varixy se nejčastěji vyskytují v oblasti gastroezofageální junkce, mohou být izolované na jícně, nebo přecházet na žaludek, nebo se vyskytovat pouze v žaludku.

Jícnové varixy

U jícnových varixů hodnotíme jejich délku (od gastroezofageální junkce), mohutnost a „red signs“ jako jsou červené skvrny (cherry-red spots).

Podle mohutnosti hodnotíme jícnové varixy jako F1-F3

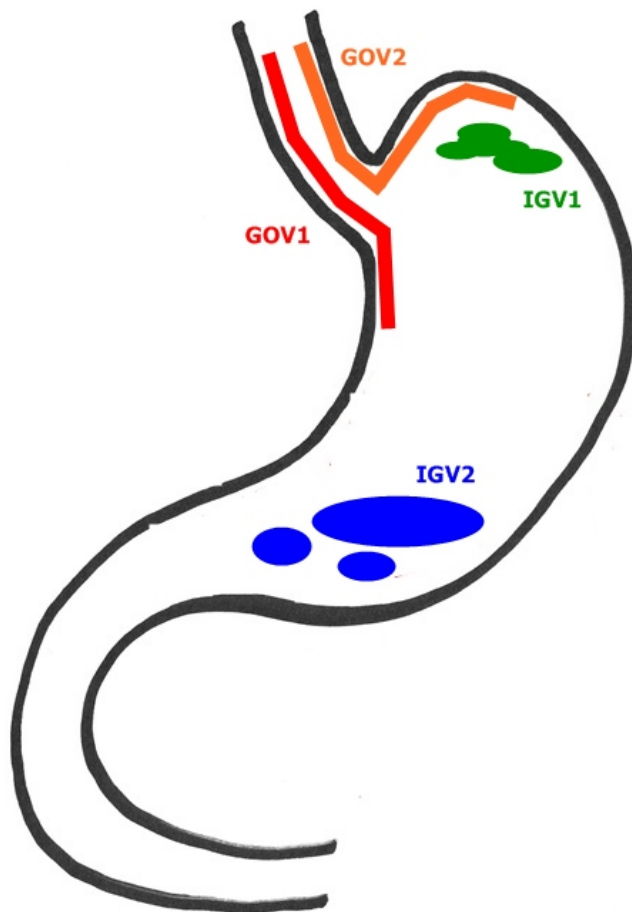
F1 – lehce prominují, nejsou vinuté

F2 – vinuté, rozměrné, zabírají však pod 50% lumen

F3 – rozměrné a vinuté, zaplňují nad 50% lumen

Žaludeční varixy

Vyskytují se asi u 6-15% pacientů s jaterní cirhózou a objevují se častěji po ligaci jícnových varixů. Poměrně často jsou spojeny s výskytem jícnových varixů, nebo vzácněji izolovaně při trombóze vena lienalis (segmentální portální hypertenze). Žaludeční varixy klasifikujeme na 4 skupiny (**GOV1** – jícnové varixy přecházející na malou křivinu, **GOV2** – jícnové varixy přecházející na žaludeční fundus, **IGV1** – izolované žaludeční varixy ve fundu, **IGV2** – izolované žaludeční varixy v oblasti antra).



© MUDr. Jiří Štefánek
www.travici-potize.cz

Ektopické varixy

Mohou se vyskytovat v tenkém střevě včetně duodena a byly popisovány v oblasti ileostomie. Postiženo může být i tlusté střevo a rektum. Rektální varixy jsou u cirhotiků velmi časté, ale nebývají zdrojem významného krvácení.

Krvácení z varixů

U pacientů s prokázanými varixy došlo ke krvácení do dvou let od diagnózy asi u 30%. Úmrtnost při akutním krvácení je 20-40%, velmi vysoká je u pacientů s dekompenzovanou cirhózou Child Pugh C. Zvýšené riziko je u jícnových varixů větší délky, velikosti (F2-F3) a s přítomností varovných „červených známek“. Dalšími nezávislými rizikovými faktory je vyšší PT (protrombinový čas), snížený počet krevních destiček, splenomegalie a zvýšený průměr portální žíly nad 13 milimetrů.

Terapie

Základem je zhodnocení závažnosti stavu (Rockalovo skóre) a rozsahu krevních ztrát, hospitalizace na monitorovaném lůžku, substituce krevních ztrát koloidy a-nebo krystaloidy, naklížení krví a transfúze k udržení hemoglobinu v rozmezí 70-80 g/l. Důležité je podání **širokospektrého antibiotika** k prevenci spontánní bakteriální peritonitidy a dalších bakteriálních komplikací (např. ciprofloxacin) a podávání **terlipresinu**, či somatostatinu. Po stabilizaci pacienta provedení ezofagogastroskopie, ideálně s ligací varixů, nebo se sklerotizací. Při neúčinnosti endoskopické terapie lze na 24 hodin použít **balónkovou sondu**, nebo modernější **samoexpandibilní stent** (Danishův stent).

Příklad medikace:

Ciphin 200 mg i.v. á 12 hod

Remestyp 2 mg i.v. úvodem a následně 1 mg i.v. á 4 hod po dobu 5 dnů

Při neúspěchu zástavy krvácení i při druhé endoskopii volit TIPS, nebo chirurgické řešení (vytvoření spojky).

Sekundární prevence

Sekundární prevence znamená zabránění opakování krvácení z varixů. Základem je opakovaná ligace varixů v několika sezeních a podávání beta-blokátoru (viz. primární prevence). Po úspěšné eradikaci varixů se doporučují pravidelné endoskopické kontroly á 6 měsíců. Při opakovaném krvácení je vhodné zvážit provedení TIPS, nebo u pacientů s cirhózou Child Pugh A a B chirurgické vytvoření portokaválních spojek.

Primární prevence

O primární prevenci mluvíme u pacientů, kteří dosud z varixů nekrváceli. Vhodné je provést esofagogastroskopii u všech pacientů s cirhózou k vyloučení, či potvrzení jícnových varixů. Preventivně by měli být léčeni nemocní s cirhózou Child Pugh C, s rozsáhlými jícnovými varixy a při přítomnosti varovných červených znamení. Základem je podávání neselektivních beta-blokátorů, v ČR ovšem nejsou k dispozici preparáty této skupiny podpořené studiemi, a proto se podává **metipranol** a **carvedilol**. Při intoleranci beta-blokátoru se preferuje ligace varixů.

Příklad medikace:

Atram 6.25-25 mg 1-0-1 (ideální dosažení tepové frekvence 50-60/min)