

Vodenje bolnika s portalno hipertenzijo pred in po endoskopskem zdravljenju



Manfred Mervic*

Oddelek za gastroenterologijo, Japljeva 2, Univerzitetni Klinični Center Ljubljana

Gastroenterolog 2016; suplement 1: 45–47

Ključne besede: portalna hipertenzija, jetrna ciroza, varice požiralnika, varikozna krvavitev

IZVLEČEK

Portalna hipertenzija je klinični sindrom, ki nastane zaradi trajno zvišanega tlačnega portosistemskega gradienta. Jetrna ciroza je daleč najpogostejši vzrok portalne hipertenzije. Nastanek varic v prebavilih in varikozna krvavitev so najhujše posledice portalne hipertenzije. Zdravljenje varikozne krvavitve in preprečevanje ponovne krvavitve je različno glede na stopnjo jetrne ciroze in njenih komplikacij. Pred nastankom varic je ukrepanje usmerjeno predvsem v etiološki vzrok nastanka jetrne ciroze, spremembi življenjskega sloga in izogibanju uživanja alkoholnih pijač. Varikozna krvavitev pri bolnikih s klinično pomembno portalno hipertenzijo, ki še niso krvaveli preprečujemo z neselektivnimi beta blokatorji vključno s karvediolom ali endoskopsko ligacijo varic. Bolnike, ki so že krvaveli iz varic pa vedno zdravimo s kombinacijo neselektivnih beta blokatorjev in endoskopske ligacije varic.

UVOD

Najpogostejši vzrok za portalno hipertenzijo je ciroza jeter, manj pogosti vzroki pa so necirotična fibroza jeter, tromboza portalne vene, obstrukcija jetrnih ven, policistična bolezen jeter, jetrne metastaze, konstriktivni perikarditis. Najpogostejša vzroka za jetrno cirozo sta alkoholizem in virusni hepatitis.

PATOFIZIOLOGIJA PORTALNE HIPERTENZIJE

Pri bolnikih s portalno hipertenzijo se zaradi povečanega upora krvi v žilju pred, v ali za jetri poveča gradient portosistemskega tlaka. Po lokaciji patološkega dogajanja, ki je vzrok povečanju upora, delimo portalno hipertenzijo na prehepatično, hepatično in posthepatično. Portosistemski tlačni gradient določimo z vensko kateterizacijo. Izmerimo prosti tlak v jetrnih venah (iz angl. *Free Hepatic Venous Pressure*, FHVP) in zagozditveni tlak v jetrnih venah (iz angl. *Wedged Hepatic Venous Pressure*, WHVP). Gradient tlaka jetrnih ven (iz angl. *Hepatic Pressure Venous Gradient*, HPVG) je enak tlaku v portalni veni. Pri zdravih ljudeh je HPVG < 5 mm Hg, o portalni

*Mag. Manfred Mervic, dr. med.

Oddelek za gastroenterologijo, Japljeva 2, Univerzitetni Klinični Center Ljubljana

E-pošta: manfred.mervic@kclj.si

hipertenziji pa govorimo, ko se poveča nad to vrednost. Klinično pomembna postane portalna hipertenzija, ko je HPVG > 12 mm Hg, ker se pri takšni vrednosti začno pojavljati krvavitve iz varic. HPVG > 10 mm Hg napoveduje nastanek varic požiralnika in želodca in dekompenzacijo jetrne ciroze. Krvavitev iz varic požiralnika ali želodca je najpomembnejši zaplet portalne hipertenzije. Diagnostična metoda izbire za odkrivanje varic je ezofagogastroduodenoskopija. Neinvazivne preiskave so še prehodna elastografija jeter, CT požiralnika, slikanje požiralnika in želodca s kapsulo, določanje razmerja med številom trombocitov in velikostjo vranice.

TERAPEVTSKI UKREPI PRI BOLNIKI S PORTALNO HIPERTENZIJO ZARADI JETRNE CIROZE

1. Bolniki s kompenzirano jetrno cirozo brez klinično pomembne portalne hipertenzije

- cilj zdravljenja je preprečevanje nastanka klinično pomembne portalne hipertenzije
- odpravljamo in zdravimo vzroke nastanka jetrne ciroze, sprememba življenjskega sloga, abstinenca alkoholnih pijač ne glede na etiologijo ciroze
- antifibrogena zdravila (statini?)

2. Bolniki s kompenzirano jetrno cirozo in klinično pomembno portalno hipertenzijo brez varic (predprimarna prevencija)

- vse bolnike z jetrno cirozo moramo ob postavitvi diagnoze napotiti na gastroskopijo za potrditev prisotnosti varic. Izjema so tisti z izmerjeno prehodno elastografijo pod 20 kPa in številom trombocitov nad 150.000/mm³. Če varic ne ugotovimo, so potrebne kontrole na dve oziroma tri leta
- odpravljamo in zdravimo vzroke nastanka jetrne ciroze, sprememba življenjskega sloga, abstinenca alkoholnih pijač ne glede na etiologijo ciroze

- zdravljenje z neselektivnimi beta blokatorji (NBB) pri bolnikih z jetrno cirozo za preprečitev nastanka varic zaenkrat ni priporočeno.
- antifibrogena in druga zdravila (statini? NBB?)

3. Bolniki z jetrno cirozo in varicami (primarna prevencija)

- cilj primarne prevencije je preprečitev krvavitve pri bolnikih z varicami, ki še niso krvaveli
- portalni tlak znižujemo z NBB ali karvediolom
- odmerjanje NBB je pri bolnikih individualno. Zdravljenje začnemo z odmerkom propranolola 2 x 20 mg in ga nato zvišujemo do odmerka, ki ga bolnik še prenaša oziroma do srčne frekvence v mirovanju 50–55 utripov na minuto. Karvediol uvajamo sprva v odmerku 2 x 6,25 mg, običajni odmerek pa je 2 x 12,5 mg.

Majhne varice požiralnika

- bolnike z majhnimi varicami požiralnika zdravimo z NBB ali karvediolom

Velike varice požiralnika

- bolnike z velikimi varicami požiralnika zdravimo z NBB ali karvediolom
- endoskopska ligacija varic (ELV) je primarna metoda za preprečevanje krvavitve pri bolnikih z velikimi varicami
- ELV napravimo bolnikom s srednjimi in velikimi varicami, ki ne prenašajo zdravljenja z NBB ali pa je zdravljenje kontraindicirano.

Varice želodca

- indicirano je zdravljenje z NBB.

4. Bolniki z jetrno cirozo, ki so v preteklosti krvaveli iz varic (sekundarna prevencija)

- vsem bolnikom, ki so krvaveli iz varic, uvedemo zdravljenje za prevencijo ponovne krvavitve. NBB zmanjšajo relativno tveganje za ponovno krvavitve za 40 % in povečajo dveletno preživetje za 20 %.

- sekundarno preprečilo uvajamo takoj po končanem zdravljenju akutne varikozne krvavitve
- priporočila se kombinacija ELV in NBB
- pri bolnikih, ki na prenašajo NBB ali so ti kontraindicirani napravimo samo ELV
- bolnike, ki so krvaveli iz varic želodca zdravimo z endoskopskim injiciranjem tkivnih adhezivov in z NBB ali z vstavitvijo TIPS
- bolnike, ki so krvaveli iz sluznice pri portalni hipertenzivni gastropatiji, zdravimo z NBB
- v primeru neuspeha sekundarne preprečitve je pri bolnikih s Child A/B jetrno cirozo indicirana vstavitev TIPS ali kirurško zdravljenje, pri bolnikih s Child C jetrno cirozo pa transplantacija jeter oziroma vstavitve TIPS do transplantacije.

ZAKLJUČEK

Napredek v razumevanju patofiziologije portalne hipertenzije pri bolnikih z jetrno cirozo je danes pripomogel k občutnemu izboljšanju zdravljenja bolnikov z varikoznimi krvavitvami iz zgornjih prebavil. Umrljivost zaradi varikoznih krvavitev, ki je bila leta 1986 okoli 40 % se je danes zmanjšala na 15 %. Na zadnjem mednarodnem srečanju leta 2015 v Italiji (Baveno VI) so bila sprejeta priporočila individualne obravnave bolnikov s portalno hipertenzijo. Pristop k zdravljenju portalne hipertenzije, je odvisen od stopnje jetrne ciroze in pojava zapletov (ascites, hepatična encefalopatija, zlatenica).

Literatura

- [1] Garcia-Tsao G1, Bosch J2. Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis: A New View of an Old Problem. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015 Nov;13(12):2109.
- [2] de Franchis R1; Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol. 2015 Sep.
- [3] Garcia-Tsao G1, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. N Engl J Med. 2010 Mar 4.
- [4] Garcia-Tsao G1. Beta blockers in cirrhosis: The window re-opens. Hepatol. 2016 Mar