

NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY AKUTNÍHO KRVÁCENÍ DO HORNÍ ČÁSTI TRÁVICÍ TRUBICE - DIAGNOSTIKA A LÉČBA - II.

MUDr. Libuše Husová¹, prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.¹, MUDr. Petr Husa, CSc.²,
MUDr. Jan Lata, CSc.¹, MUDr. Michal Šenkyřík¹

¹Interní gastroenterologická klinika, FN Brno-Bohunice,

²Infekční klinika, FN Brno-Bohunice

Krvácení do horní části trávicí trubice zahrnuje krvácení z jícnu, žaludku a gastroduodena po ligamentum Treitz. Z hlediska etiologie, závažnosti a s přihlédnutím k léčebnému postupu je lze rozdělovat na krvácení varikózní (jícnové i žaludeční varixy) a krvácení nevarikózní (vředová choroba gastroduodena, refluxní esofagitida, syndrom Mallory-Weissův a další).

Klíčová slova: peptický vřed, jícnové varixy, refluxní esofagitida.

MOST OFTEN CAUSES OF ACUTE BLEEDING INTO UPPER PART OF DIGESTIVE TUBE DIAGNOSIS AND TREATMENT - PART SECOND

Upper gastrointestinal bleeding is caused by blood loss from esophagus, stomach and duodenum proximal to the ligament of Treitz. Due to its etiology, severity and management upper GI bleeding could be divided into variceal bleeding (esophageal and gastric varices) and nonvariceal bleeding (peptic ulcer disease, gastroesophageal reflux disease, Mallory-Weiss syndrome and so on).

Key words: peptic ulcer, esophageal varices, gastroesophageal reflux disease

Nejčastější zdroje krvácení

Vředová choroba gastroduodena

Vředová nemoc gastroduodena je po léta spojována s agresivním vlivem žaludeční kyseliny solné. Tvzení, že není vředu bez kyseliny, je stále platné, i když je třeba zdůraznit, že přítomnost žaludeční kyseliny solné je pouze podmínkou peptického vředu, nikoliv jeho příčinou. Dalším nezanedbatelným agens, které hraje významnou roli při vzniku gastritidy a vředové nemoci gastroduodenální, je osídlení sliznice žaludku a duodena bakterií *Helicobacter pylori* (1–3). Krvácení z peptického vředu patří mezi nejčastější. Závažnost krvácení z tohoto zdroje se obvykle vyjadřuje Forrestovou klasifikací: Ia – arteriální krvácení z erodované cévy, Ib – venózní nebo kapilární krvácení t.č. sáknoucí, IIa – viditelný pahýl cévy na spodině vředu, IIb – vřed krytý koagulem, IIc – vřed s hematinovou spodinou III – vřed bez stigmat krvácení. Ve stadiu Ia je většinou nezbytné operační řešení. Ve stadiu Ib až IIb je plně indikován pokus o stavění krvácení endoskopickou cestou, podle okolností je třeba zvážit možnost časně operace. Ve stadiu IIc a III většinou vystačíme s konzervativní léčbou (4). Pro zábranu recidivy krvácení z peptické ulcerace je vhodná eradikace *Helicobacter pylori*, která vede ke snížení rekurence peptické ulcerace (5). K zástavě akutního krvácení z peptické léze využíváme farmakoterapie, endoskopie (metody injekční, mechanické i termoregulační) nebo při nezvladatelném krvácení chirurgické ošetření. Nepříznivou prognózu má krvácení z peptické léze zadní stěny bulby duodena a vysoké peptické léze malé křiviny žaludku. V poslední době je intenzivně studován vliv a eventuálně následné poškození žaludeční a duodenální sliznice některými léky. Na prvním místě nepochybně stojí nesteroidní antirevmatika. Gastropatie způsobené medikací nesteroidními antirevmatiky mohou probíhat dlouhodobě bezpříznakově. Prvním příznakem bývá únava v důsledku sideropenické anémie. Ale i masivní krvácení může být prv-

ním příznakem poškození žaludeční či duodenální sliznice v důsledku užívání nesteroidních antirevmatik (1, 6).

Varixy jícnu, žaludku a portální gastropatie

Krvácení z jícnových varixů bývá prudké a běžně recidivuje. Mortalita se udává v rozmezí 27–70 %. Jen asi 5 % krvácení pochází z varixů žaludku. Průběh krvácení je horší u intrahepatální portální hypertenze než u prehepatální. Zhruba 1/3 nemocných s varixy nikdy nekrváčí. Jen asi u 30–40 % cirhotiků dochází ke krvácení z varixů. Podmínkou krvácení je portosystémový gradient nad 12 mm Hg (1,6 kPa) (7). Krvácení z varixů žaludku je klinicky závažnější než krvácení z varixů jícnu, protože podmínky pro úspěšnou endoskopickou léčbu jsou vzhledem k anatomickým podmínkám velmi obtížné.

Jícnové varixy diagnostikujeme většinou endoskopicky. Endosonografie však jejich diagnostiku zpřesňuje, stejně tak je možná pro diagnostiku žaludečních varixů. Klasifikaci varixů jícnu provádíme na základě endoskopie. Dělení podle Paqueta do 4 skupin je dělení využívající klasifikace dle prominence varixu do lumen jícnu (1. stupeň – mírně vyvýšené, prosvítající pruhy varixů, 2. stupeň – varixy zřetelně vyčnívající a prominující do 1/3 lumen jícnu, 3. stupeň – varixy prominují do 1/2 lumen jícnu, 4. stupeň varixy se vyklenují do lumen jícnu a obturují více jak jeho polovinu). Konference v Bavenu (roku 1995) se usnesla, že se varixy mají dělit jen do dvou kategorií na malé a velké (8–10). Na našem pracovišti využíváme klasifikace dle Paqueta. Žaludeční varixy jsou klasifikovány podle Sarina. Tato klasifikace rozděluje žaludeční varixy na dva základní typy: 1. gastroesofageální varixy GOV (gastro-oesophageal varices), 2. izolované žaludeční varixy IGV (isolated gastric varices), bez současného výskytu jícnových varixů. Oba základní typy se dělí dále na dva podtypy: GOV 1 – varixy pokračující z jícnu přes kardií na malou křivinu, v délce 2–5 cm, GOV 2 – varixy přesahují z jícnu do fundu žaludku, jsou dlouhé a vinuté. Typ IGV 1- izolované varixy ve fundu směřující přímo ke kardií,

typ IGV 2 – varixy lokalizované „ektopicky“ kdekoli v jinde v žaludku a duodenu. Rozdělení na jednotlivé typy je na základě endoskopického vyšetření (8, 11). Jinou formou postižení žaludku při portální hypertenzi je portální gastropatie, která vyniká ztížením odtoku krve ze žaludeční sliznice. Sliznice vytváří vzhled mozaiky. Červené skvrny na povrchu políček obklopených žlutým ohraničením signalizují riziko krvácení. Portální gastropatie může postihnout kteroukoliv část žaludku, tenkého i tlustého střeva. Nejčastěji doprovází varixy, ale může být i izolovaná. Portální gastropatie může být zaměněna za jiné cévní léze žaludku – alkoholickou gastropatii, gastritidu při infekci *Helicobacter pylori*, polékovou gastritidu. Obraz mozaiky není pro portální hypertenzi specifický. Klasifikace přijatá na konsenzuální konferenci v Baveno III (2000) dělí portální gastropatii na dva typy. První – lehká forma vzhledu mozaiky, druhá – těžká forma portální gastropatie má ještě červené nebo hnědočervené skvrny uprostřed políček, která více prominují. Portální gastropatie je převážně zdrojem chronického krvácení s příznaky anemického syndromu, ale může být i příčinou akutního krvácení s projevy hemoragického šoku (12, 13). Nemocní s portální hypertenzí krvácejí nejčastěji z jicnových varixů, druhou nejčastější příčinou je krvácení ze žaludečních varixů, dále z portální gastropatie, peptických vředů a Mallory-Weisssova syndromu. Krvácení se během první hospitalizace opakuje až u 60 % nemocných (nejčastěji během prvního týdne), přičemž riziko recidivy klesá s časovým odstupem od prvního krvácení. Opakovaná krvácení mají menší mortalitu než první ataka. Do konce roku umírá asi 30 % po první atace krvácení a 4 roky přežívá jen 10 % nemocných (9). Terapie akutního krvácení z jicnových, žaludečních varixů a portální gastropatie zahrnuje léčbu farmakologickou, endoskopickou, radiologickou a chirurgickou, tak jak je popsána v předchozím textu. Jak metody intervenční radiologie, tak metody chirurgické jsou využívány až po selhání farmakologické a endoskopické terapie.

Máme dobré zkušenosti s podáním terlipresinu v dávce 1 mg po 4 hodinách po dobu 3–5 dnů, dávku snižujeme u rizikových pacientů, prodlužování intervalu vzhledem k poločas rozpadu je diskutabilní. Léčbu farmakologickou zahajujeme před terapií endoskopickou. U rizikových pacientů se jeví výhodná kombinace terlipresinu s nitráty, pokud to stav dovolí (4, 7, 14). Velmi diskutovanou se stává tamponáda balónkovou sondou. K zástavě akutního krvácení po jejím zavedení dochází v 56–100 %. Je vhodná v podmínkách, kde nelze provést urgentní endoskopii nebo při neúspěšné endoskopické terapii. Umožní získat čas ke stabilizaci pacienta, mechanickou zástavu krvácení a možnost opakování terapeutické endoskopie. Nijak však neovlivňuje riziko opakovaného krvácení (více jak 50 %) a má vysoké procento nežádoucích účinků (kolem 24 %). Lintonova-Bachlassova sonda (1 hruškovitý balónek) je výhodná u subkardiálních varixů. Dvoubalónková Sengstaken-Blakemorova sonda je stejně úspěšná jako předchozí u jicnových varixů a je v praxi dostupnější. Důležité je její správné užití, nejprve plníme žaludeční balónek 90–250 ml vzduchu, poté za mírného tahu jicnový balónek asi 100 ml vzdu-

chu (35–40 torrů). Vhodné a osvědčené se zdá vyzkoušet si plnění balónků sondy před zavedením pacientovi. Optimální je čtyřcestná minnesotská sonda, která je modifikací dvoucestné sondy. Má navíc možnost odsátí obsahu nad jicnovým balónkem a manometry k měření tlaků v jicnovém a žaludečním balónku (4, 5, 7, 12, 14).

U pacientů nespolupracujících nebo s poruchou vědomí je nutné před zavedením balónkové sondy pacienta zaintubovat. Doba ponechání balónkové sondy je udávána v rozmezí maximálně 24–72 hodin, obecně lze říci ponechat její zavedení po co nejkratší nezbytně nutnou dobu. Diskutabilní je rovněž tah sondy pro kompresi subkardiálních varixů. Hlavním nežádoucím účinkem je vznik deku-bitálních vředů a obnova krvácení po dekompresi. Obnovení krvácení po dekompresi je velmi vysoké 30–60 % do 3 dnů. Chirurgické metody při progredujícím krvácení z varixů zahrnují dva typy operací: 1. spojkové operace a 2. přímé výkony na krvácejících varixech (8, 9, 14).

Refluxní ezofagitida

Je důsledkem gastroezofageálního refluxu a je jednou z možných příčin akutního krvácení z horní části trávicí trubice. Diagnóza je stanovena obvykle na základě anamnézy, endoskopie a doplněná biopsií a pH metrií. Tíži ezofagitidy vyjadřujeme 4 stupni podle Savary-Millera: 1. stupeň – nesplývající, jednotlivé nebo mnohočetné erozivní léze, 2. stupeň – splývající erozivní léze nepostihující celý obvod jícnu, 3. stupeň – splývající léze postihující celý obvod jícnu, 4. stupeň – chronické léze – ulkus, fibróza, stenóza, Barrettův jícen. Základem terapie je opět léčba farmakologická (H_2 blokátory, blokátory protonové pumpy, antifibrinolytika) a endoskopická (sklerotizační metody, koagulační metody), která je svízelná při větším rozsahu postižení. Chirurgická metoda je východiskem z nouze. Farmakologickou léčbu doplňujeme prokinetiky (4, 15).

Mallory-Weissův syndrom

Jde o krvácení z lacerace sliznice v oblasti ezofagogastrického spojení. Je příčinou až 5 % všech krvácení z horní části trávicí trubice. K lézi dochází obvykle následkem úporného zvracení. Terapie je farmakologická jako při peptické lézi a pokud probíhá akutní krvácení i endoskopická s možností skleroterapie nebo užití termokoagulačních endoskopických metod. Mortalita je nízká a recidiva krvácení je raritní (4, 16).

Hemoragická gastropatie

Diagnóza je endoskopická. Nalézáme čerstvé i starší projevy difúzního krvácení na sliznici žaludku, někdy i bulbu duodena nebo jícnu. Příčinou hemoragické gastropatie mohou být celkové a systémové choroby (šok, urémie, nádory a další), léky (kyselina acetylosalicylová, nesteroidní antirevmatika), portální hypertenze, vředová choroba gastroduodena. Terapie akutního krvácení spočívá v přerušení působení vyvolávající příčiny, základem je farmakologická léčba (H_2 blokátory, blokátory protonové pumpy, cytoprotektiva). Farmakologické ovlivnění portální gastro-

patie spočívá v léčbě portální hypertenze (viz výše). Endoskopická léčba je svízelná, možné je užití termokoagulačních metod, ale vzhledem k rozsahu jen v některých případech. K chirurgickému – resekčnímu výkonu přistupujeme jen při neovladatelném krvácení.

Ostatní méně časté příčiny krvácení do horní části trávicí trubice

K méně častým příčinám krvácení do horní části trávicí trubice patří nádory jícnu, žaludku a duodena. Zástava akutního krvácení spočívá ve farmakologické léčbě (H_2 blokátory, blokátory protonové pumpy, možné je použití hormonu somatostatinu nebo jeho syntetického analogu), endoskopické ošetření je možné injekčními nebo termokoagulačními metodami, v některých případech je možné užít i metody mechanické (například naložení hemoklipu na krvácející cévu). Definitivní je však chirurgické řešení, které indikujeme časně po zvládnutí šokového stavu. Možným vzácným krvácením do horní části trávicí trubice je Dieulafoyova nemoc, jde o slizniční defekt v orální části žaludku způsobený submukózně uloženou arterií o velkém průsvitu. Ruptura arterie je příčinou akutního krvácení, často s fatálním koncem. Terapie krvácení je především endoskopická s využitím sklerotizačních (85 %) a termokoagulačních metod. Je možné užití radiologické intervence (angiografická embolizace), operace je nezbytná při neúspěchu předchozích metod (16). Antrální cévní ektázie (melounovitý žaludek) je často zaměňován za hemoragickou gastropatii v endoskopickém obraze. Rozlišení je možné histologicky, kdy u antrální cévní dysplázie najdeme mnohočetné dilatované venuly s fokální trombozou a fibromuskulární dysplázie. Zástava akutního krvácení se provádí cestou farmakologickou a endoskopickou (využití termokoagulačních metod). Vaskulární anomálie, angiodysplázie, mohou být rovněž zdrojem krvácení (Renduův-Oslerův-Weberův syndrom, pseudoxanthoplasma elasticum). Příčinou akutního krvácení mohou být stavy po operaci žaludku a dvanáctníku (dehiscence rány, stresové vředy). Vzácnými příčinami může být divertikl dvanáctní-

ku, prolaps žaludeční sliznice do bulbu, karcinom papily a hlavy pankreatu prorůstající do dvanáctníku. Definitivní řešení v zástavě krvácení je chirurgické. Crohnova nemoc duodena vyžaduje léčbu základní choroby, chirurgické řešení pro akutní krvácení v tomto i při předchozích příčinách nebývá nutné. Divertikl duodena je většinou bez klinických projevů, asi u 20 % nemocných se projevuje akutním krvácením. Krvácení není většinou masivní, ale nález krvácejícího divertiklu duodena je indikací k chirurgické revizi. Krvácení z pankreatické cysty do trávicího traktu může být komplikací pankreatitidy, možným terapeutickým řešením je angiografická embolizace (7, 16).

Hemobilie

Znamená přítomnost krve ve žlučových cestách. Dochází k ní po traumatu jater, endoskopickém nebo radiologickém výkonu na žlučových cestách, po jaterní biopsii, při nádorech nebo cévních malformacích. Diagnostika je endoskopická, popřípadě angiografická. Terapie farmakologická a endoskopická. Pokud není úspěšná, je indikován výkon intervenčních radiologů (angiografická embolizace) nebo chirurgické řešení (7, 16, 17).

Závěr

Krvácení do horní části trávicí trubice je situací velmi závažnou s vysokou mortalitou a vysokými léčebnými náklady. Terapeutický postup zahrnuje resuscitaci oběhu a náhradu krevních ztrát, po stabilizaci stavu a se zajištěným nitrožilním přístupem provádíme diagnostickou a následně terapeutickou endoskopii. U krvácení z varixů při neúspěchu farmakologické a endoskopické terapie přistupujeme k radiologické intervenci. Pokud není možná intervenční radiologie, je nutné chirurgické řešení akutního krvácení. Farmakoterapii u podezření na krvácení v důsledku portální hypertenze můžeme podat již v předhospitalizační fázi. U nevarikózního krvácení je rovněž nutná farmakologická a endoskopická terapie a až po jejím selhání následuje intervenční radiologie (pokud je možná) nebo chirurgická terapie.

Literatura

- Kunovská M., Dítě P., Lata J., Dolina J., Prášek J., Helicobacter pylori negativní léze gastroduodenální u osob léčených nesteroidními antirevmatiky. Vnitřní lékařství, 46, 2000, č. 7, s. 384–386.
- Malferheitner P., Mégraud F., O'Morain C et al. Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection, the Maastricht consensus Report, Gut, 1997, č. 41, s. 8–13.
- Tytgat G. N. J. Duodenal ulcer disease. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol., 1996, č. 8, s. 829–833.
- Jirásek V. Gastroenterologie, s. 437–519. Klenner P et al. Vnitřní lékařství, Galén, Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 1999, 1. vydání, 949s.
- Bracy W., Peterson W. L. Medical therapy of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage, s. 151–162. Taylor M. B. Gastrointestinal emergencies, 2. vydání, 1997, Williams & Wilkins, USA, 1064s.
- Marshall B. NSAIDs and Helicobacter pylori: Therapeutic options. Lancet, 1998, č. 26, s. 1016–1021.
- Zavoral M., Mařatka Z. Krvácení do trávicího ústrojí, s. 435–446. Mařatka Z. Gastroenterologie, Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 1999, Praha, 1. Vydání, 490s.
- Lata J., Dítě P. Krvácení z jícnových varixů, s. 41–56. In: Lata J., Dítě P., Hůlek P., Krajina A., Král V., Šafka V. Portální hypertenze při jaterní cirhóze a její důsledky, GAAN CZ Plzeň, 2000, 99s.
- Špičák J. Léčba krvácení do trávicí trubice při portální hypertenzi. Bulletin HPB, 8, 2000, č. 2, s. 41–53.

- Dražná E., Kment M. Endoskopická terapie při krvácení do trávicího traktu, s. 116–138. Mařatka Z. et al. Aktuality v gastroenterologii, Praha, 1994, nakladatelství AZ Servis, 1. vydání, 295s.
- Sarin S.K., Lahoti D., Saxena S.P. et al. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: long term follow up study in 568 patients with portal hypertension. Hepatology, 16, 1992, s. 1343–1349.
- Polio J., Groszmann R. J., Taylor M. B. Acute management of portal hypertensive hemorrhage from the upper gastrointestinal tract, s. 131–149. Taylor M. B. Gastrointestinal emergencies, 2. vydání, 1997, Williams & Wilkins, USA, 1064s.
- Hůlek P., Vaňásek T. Krvácení z varixů v žaludku a z portální gastropatie. Bulletin HPB, 8, 2000, č. 2, s. 38–40.
- Dítě P., Wechsler J., Novotný I., Lata J., Hertlová M., Zbořil V., Hep A., Dolina J., Piskač P., Ševčík P. Gastroenterologická problematika v intenzivní medicíně s. 122–126. Ševčík P., Černý V., Vitovec J. et al. Intenzivní medicína, Galén, 2000, 1. Vydání, Praha, 393s.
- Dolina J., Hep A., Dítě P. et al.: Barretův jícen – současný stav problematiky. Čes. a Slov. Gastroent., 54, 2000, č. 3, s. 117–120.
- Matthews J. B., Silen W. Surgical therapy of upper gastrointestinal hemorrhage, s. 199–208. Taylor M. B. Gastrointestinal emergencies, 2. vydání, 1997, Williams & Wilkins, USA 1064s.
- Jornod P., Wiesel P. H., Pescatou P., Gonvers J. J.: Hemobilia, a rare cause of acute pancreatitis after percutaneous liver biopsy: Diagnosis and treatment by endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Am. J. of Gastroenterology, 94, 1999, č. 10, s. 3051–3054.