

ROZDZIAŁ 7

Krwawienie z żylaków: procedury chirurgiczne i radiologiczne

*Dennis M. Jensen, Thomas O.G. Kovacs,
Disaya Chavalitdhamrong*

CURE Digestive Diseases Research Center, David Geffen School of Medicine at UCLA and Divisions of Digestive Diseases, UCLA Medical Center and West Los Angeles VA Medical Center, Los Angeles, CA, USA

Wprowadzenie

Leczenie endoskopowe i farmakologiczne to terapie pierwszej linii w aktywnym krwawieniu z żylaków przełyku oraz w profilaktyce pierwotnej i wtórnej (zob. rozdz. 6). U 5–20% chorych z trwającym krwawieniem lub nawrotem krwawienia przy tych metodach leczenia terapią ratunkową jest dekompresja ciśnienia wrotnego. Istnieją trzy opcje dekompresji ciśnienia wrotnego: przeszłyjna wewnątrzwątrobowa przetoka wrotno-układowa (TIPS, *transjugular intrahepatic portosystemic shunt*), zespolenie chirurgiczne oraz ortotopowy przeszczep wątroby (OLT, *orthotopic liver transplant*). Omówiono je w niniejszym rozdziale.

TIPS odgrywa ważną rolę u pacjentów, u których zabieg operacyjny wiązałby się z dużym ryzykiem. TIPS obejmuje utworzenie kanału niskiego oporu między żyłą wątrobową a częścią wewnątrzwątrobową żyły wrotnej (zwykle prawa gałąź) w technice radiologii zabiegowej. Przewód utrzymuje drożność przez umieszczenie rozszerzalnego stentu metalowego, co umożliwia krwi przejście do krążenia układowego. Podczas gdy TIPS pozwala uniknąć ryzyka znieczulenia ogólnego i operacji, często jest związane ze stenozą stentu (80–100%) oraz encefalopatią wątrobową i wymaga ścisłej obserwacji. Natomiast ryzyko chirurgicznego zespolenia jest bardziej „bezpośrednie”; pacjenci, którzy przeżyją operację, nie wymagają tak ścisłej kontroli pod kątem niewydolności zespolenia czy zwężenia.

Amerykańskie Towarzystwo Badań Chorób Wątroby (AASLD, American Association for the Study of Liver Diseases) zaleca, aby TIPS i zespolenie chirurgiczne były obecnie uważane za równie skuteczne w kontroli aktywnego krwawienia z żylaków przełyku, jak i w profilaktyce nawrotu krwawienia z żylaków [1]. Pacjenci z ograniczonym dostępem do usług medycznych mogą odnieść większą korzyść z leczenia zespoleniem chirurgicznym. TIPS

natomiast może być środkiem pozwalającym na zwłokę u chorych oczekujących na przeszczepienie wątroby.

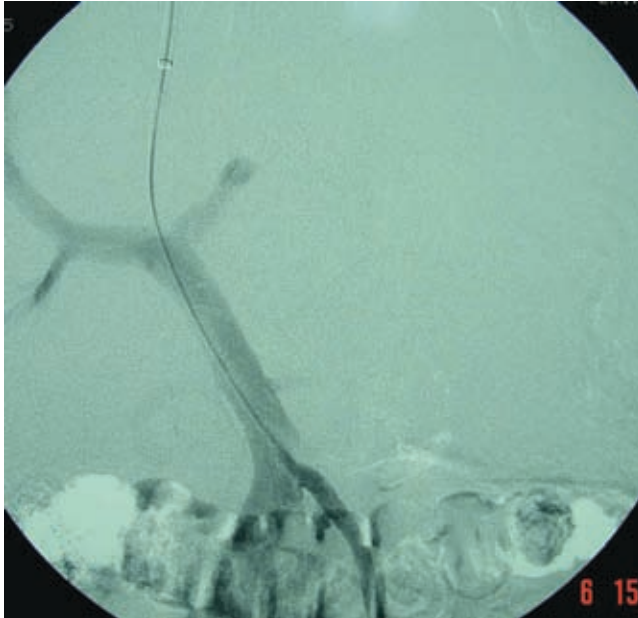
Krwawienie z żyłaków żołądka jest trudne do tamowania endoskopowo. Jednak w krajach, w których dostępny jest klej cyjanoakrylowy, okazuje się on zazwyczaj skuteczny w endoskopowym tamowaniu aktywnego krwawienia z żyłaków żołądka. W większości krajów początkowe leczenie jest leczeniem farmakologicznym, a jako leczenie tradycyjne stosuje się chirurgiczną dekompresję układu wrotnego. Badania kliniczne wykazały również skuteczność TIPS [2, 3]. TIPS może być mniej skuteczne niż zespolenie chirurgiczne u chorych z krwawieniem z żyłaków żołądka, u których występują spontaniczne oboczne połączenia śledzionowo-nerkowe. Przepływ przez połączenia oboczne, które odżywiają żyłaki żołądka, często utrzymuje się po TIPS; żyłaki żołądka mogą wtedy nie zaniknąć mimo odpowiedniego założenia TIPS [4]. Tam, gdzie dostępne jest postępowanie chirurgiczne, metodami leczenia z wyboru w takich przypadkach są podwiązanie śledzionowo-nerkowych połączeń obocznych i dekompresja układu wrotnego. Wewnątrznaczyniowa obliteracja żyłaków dna żołądka (BRTO, *balloon-occluded retrograde transvenous obliteration*) również jest coraz częściej opisywana, ale obecnie nie znajduje szerokiego zastosowania.

Żyłaki ektopowe mogą się rozwijać w miejscach innych niż żołądek i przełyk, np. w anastomozie chirurgicznej u chorych z nadciśnieniem wrotnym. Leczenie endoskopowe jest zwykle nieskuteczne w tych przypadkach; tradycyjne postępowanie stanowi chirurgiczna dekompresja układu wrotnego i/lub resekcja odcinka jelita z żyłakami. W wybranych przypadkach krwawienie można również zatamować za pomocą TIPS. Mimo potencjalnych ograniczeń TIPS w żyłakach ektopowych i krwawieniu AASLD zaleca TIPS jako preferowane podejście początkowe w prewencji wtórnej w nawrocie krwawienia u pacjentów z krwawieniem z żyłaków ektopowych [1].

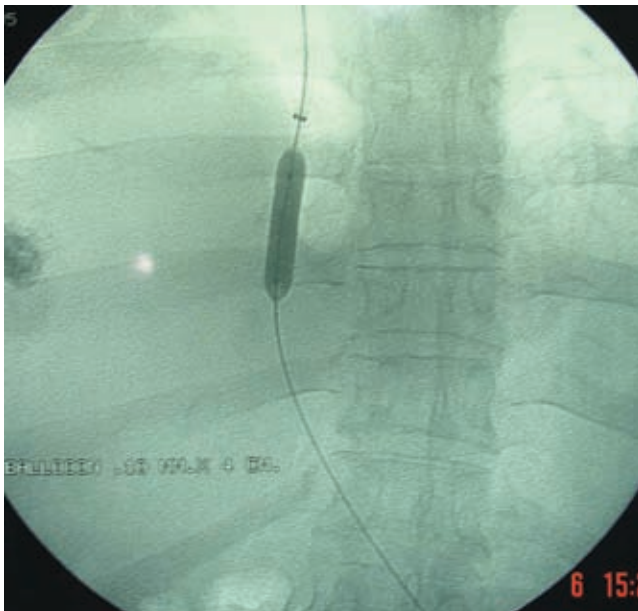
U pacjentów z zespołem Budda-Chiariego, u których nie powiodło się leczenie przeciwzakrzepowe, obecnie zaleca się stosowanie TIPS, najlepiej z powlekanym stentem [5].

TIPS

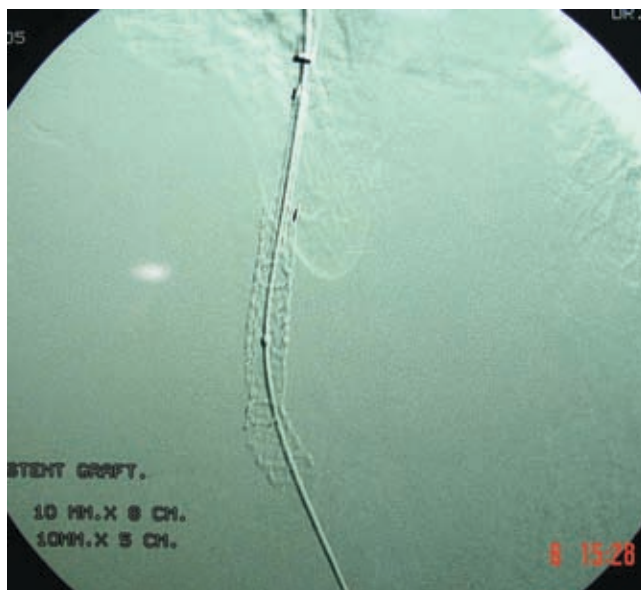
TIPS stanowi zespolenie między żyłą wątrobową i wewnątrzwątrobową częścią żyły wrotnej, wykonane z użyciem techniki angiograficznej (ryc. 7.1–7.4). Stent utrzymuje drożność przewodu i umożliwia krwi powrót do krążenia ogólnoustrojowego. TIPS stosuje się w leczeniu nadciśnienia wrotnego głównie w aktywnym lub nawracającym krwawieniu z żyłaków, przy niepowodzeniu leczenia endoskopowego i zachowawczego. TIPS było również opisywane jako terapia w opornym wodobrzuszu, zespole wątrobowo-nerkowym, zespole Budda-Chiariego, chorobie zarostowej żył wątroby, wątrobowym *hydrothorax*, gastropatii wrotnej, enteropatii z powodu utraty białka w wyniku nadciśnienia wrotnego oraz w leczeniu przed operacją jamy brzusznej u pacjentów



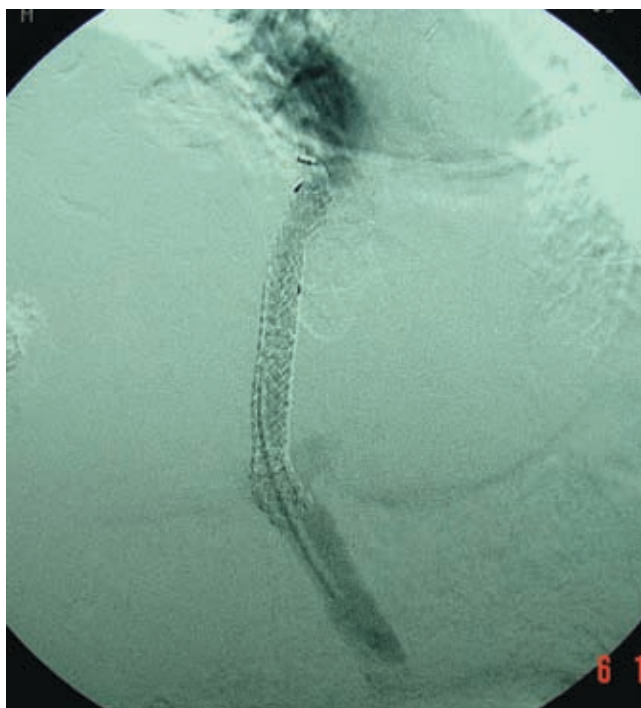
Rycina 7.1 Cewnik igłowy przeszedł przez żyłę szyjną do żyły wątrobowej (dzięki uprzejmości: Elavin Petplook, MD).



Rycina 7.2 Prowadnik przeszedł między żyłą wątrobową a żyłą wrotną. Wprowadzenie cewnika balonowego ma na celu poszerzenie drogi (dzięki uprzejmości: Elavin Petplook, MD).



Rycina 7.3 Umieszczenie stentu (dzięki uprzejmości: Elavin Petplook, MD).



Rycina 7.4 Stent w pozycji końcowej (dzięki uprzejmości: Elavin Petplook, MD).