

# Krvácení ze stomických varixů jako vzácný projev portální hypertenze

MUDr. Jiří Dyntr, MUDr. Monika Černá, MUDr. Jiří Stehlík, MUDr. Lenka Kinštová

Gastroenterologické oddělení, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

Radiologická klinika, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

Krvácení z varikózních pletení je jednou z nejčastějších manifestací portální hypertenze u pacientů s jaterní cirhózou. Kromě gastroezofageální oblasti se mohou varixy vyskytovat i v dalších částech trávicí trubice – jako nejčastější lokalizace těchto tzv. ektopických varixů jsou v mnoha zdrojích uváděny chirurgicky vytvořená umělá vyústění střeva, tedy stomie. V kazuistice představujeme pacienta s recidivujícím krvácením do stomie v důsledku portální hypertenze při nepoznané jaterní cirhóze. Terapeutický přístup k pacientovi se stomickými varixy je obvykle založen na kombinaci lokálních metod, které jsou využívány k zástavě akutního krvácení, a dekompresních metod, v praxi nejčastěji transjugulárního intrahepatálního portosystémového shuntu (TIPS), který zabrání recidivě krvácení.

**Klíčová slova:** stomie, varixy, cirhóza, krvácení.

## Bleeding stomal varices as a rare presentation of portal hypertension

Variceal bleeding is of the most usual complications of portal hypertension in patients with liver cirrhosis. Besides gastroesophageal region, varices can also be seen in other parts of gastrointestinal tract – most frequently in stomas. In our case report, we present a patient with recurrent stomal bleeding due to unrecognised liver cirrhosis with portal hypertension. Therapeutic approach to such patients usually combines local methods to stop acute bleeding and decompression methods, such as transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS).

**Key words:** stoma, varices, cirrhosis, bleeding.

## Úvod

Krvácení z varikózně dilatovaných portosystémových venózních spojek je jednou z nejčastějších komplikací portální hypertenze, která se významně podílí na celkové mortalitě pacientů s chronickým onemocněním jater. Může se vyskytovat prakticky v celém průběhu trávicí trubice – obvykle v oblasti jícnu a žaludku (až 95 % případů), mnohem vzácněji se pak vyskytují tzv. ektopické varixy. Ty nacházíme nejčastěji v oblasti chirurgicky vytvořených vyústění střeva (stomální a peristomální varixy – až 26 % ektopických varixů), v duodenu (17 %), jejunu a ileu (17 %), dále v tračníku (14 %) a rektu (8 %), nejméně časté

je pak krvácení z dilatovaných žil parietálního peritonea (9 %).

Stomální varixy se vyskytují u 25 % pacientů s portální hypertenzí, kterým bylo z různých interních i chirurgických indikací vytvořeno umělé vyústění střeva. Průměrná doba od vytvoření stomálních varixů do první epizody krvácení je 38 měsíců, přitom ale vždy záleží na závažnosti a rychlosti progresu primárního jaterního onemocnění.

## Klinický obraz

V klinické praxi je krvácení ze stomie často podceňováno, a nezdídko je uzavřeno jako krvácení při iritaci křehké granulační tkáně

v okrajové části stomatu procházející stolicí, nebo jako důsledek poranění při nešetrné manipulaci se stomickými pomůckami. Zvýšené riziko krvácení ze stomických varixů je přitom v některých případech možné predikovat již podle makroskopického vzhledu stomatu po odstranění stomického sáčku. Slizniční část stomie je obvykle zbarvena do temně červených až ostružinových odstínů (obr. 1), kůže při ústí a v blízkém okolí je nafialovělá, někdy mohou být viditelná i vícečetná vyklenutí, způsobená procházejícími varikózně změněnými žilami (1).

Varikózní krvácení je pak často vyvoláno manipulací se stomickými pomůckami, někdy však vzniká i spontánně, bez vnějšího zásahu (2).

**Obr. 1.** Pohled do ileostomie s hyperemickou sliznicí

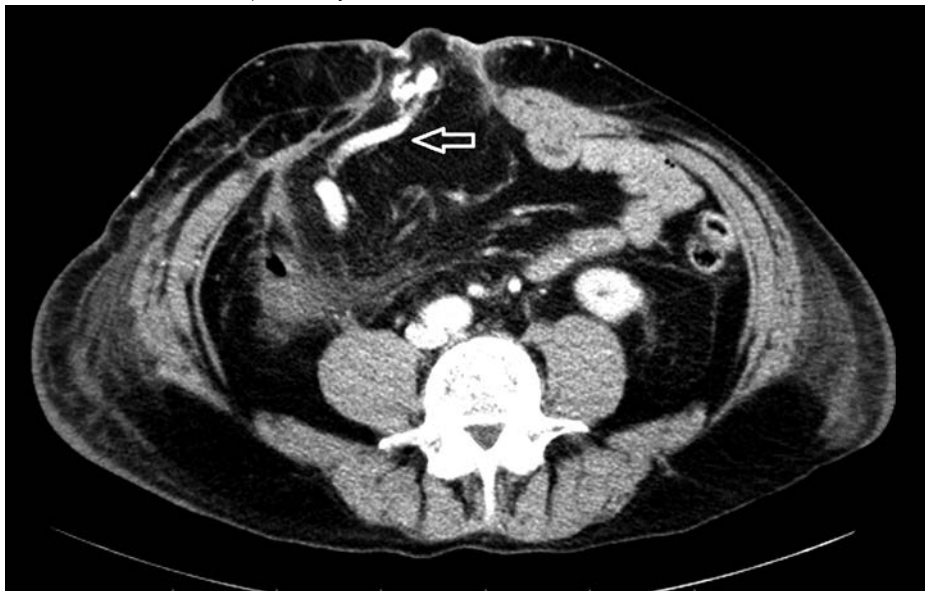
Přestože se jedná o krvácení žilní, je vzhledem k portální hypertenzi vždy prudké, nezřídka dochází k vytrysknutí krve do značné vzdálenosti, a proto také bývá zaměňováno za krvácení arteriální.

### Léčba krvácení ze stomických varixů

Terapeutický přístup k varikóznímu krvácení ze stomie zahrnuje řadu více či méně invazivních metod, které jsou v řadě případů vzájemně kombinovány a jsou vždy voleny po přísném individuálním zhodnocení každého pacienta. Nejčastěji používané lokální metody (komprese krvácejícího varixu, elektrokauterizace, chirurgická sutura) jsou vhodné především pro akutní krvácení a obvykle mají pouze dočasný efekt (3). Farmakoterapie má místo jak při řešení akutních krvácivých příhod (octreotid, terlipresin), tak v rámci profylaxe (propranolol). Velký význam má také profylaktické podávání širokospektrých antibiotik (cefalosporiny 3. generace, chinolony),

kteří zvyšují úspěšnost zástavy krvácení a také snižují riziko re-bleedingu. Sklerotizace není na rozdíl od gastroezofageální oblasti preferovanou terapeutickou metodou při eradikaci stomálních varixů, a to ze dvou důvodů – jednak pro vysoké riziko vysokotlakého krvácení při punkci varixů, a zejména pak pro časný rozvoj nevratné striktury stomie, při její vazivové přeměně. K dalším léčebným metodám, které mohou být využity při akutním krvácení, je řazena perkutánní coil-embolizace, ta je však spojena s významným rizikem rekanalizace, a zejména pak nevylučuje tvorbu nových varikózních pletení.

V současnosti nejvíce preferovanou terapeutickou metodou u pacientů s recidivujícím krvácením ze stomálních varixů je tzv. dekompresní terapie, v praxi nejčastěji transjugulární intrahepatální portosystémová spojka (TIPS), event. chirurgicky vytvořený portosystémový shunt (4). V rámci primární i sekundární prevence krvácení z varixů před vytvořením portosystémové spojky je pacientům podáván karvedilol – titrace dávky tohoto kombinovaného alfa- a betablokátoru se provádí individuálně, za pravidelných kontrol krevního tlaku. Alternativním přístupem je pak radikální chirurgické řešení (reinzerce stomie), které má však význam především u pacientů s dobrou kompenzací chronické hepatopatie, a tedy s nízkým perioperačním rizikem. U rizikových pacientů s dekompenzovaným jaterním selháním a současně přítomným krvácením z jícnových varixů je pak jediným kauzálním řešením transplantace jater.

**Obr. 2.** CT snímek břicha, šipka ukazuje na varikózně rozšířenou žílu v blízkosti ileostomie

### Kazuistika

V kazuistice prezentujeme 63letého pacienta s Crohnovou chorobou po opakovaných chirurgických výkonech na střevě – v minulosti již prodělal pravostrannou hemikolektomii s ileotransverzoanastomózou, následně byla pro rozvíjející se ileózní stav provedena operační revize dutiny břišní s resekci ileotransverzoanastomózy a vyvedena terminální ileostomie a kolická mukózní píštěl. Ileostomie byla recentně po operačním výkonu plně funkční, odváděla řídký střevní obsah bez patologických příměsí a v přijatelném množství.

V průběhu několika měsíců došlo k postupnému navýšení objemu odpadů do stomického sáčku, kterému však nebyla věnována dostatečná pozornost a pacient byl opakovaně hospitalizován pro dehydrataci s těžkou minerálovou dysbalancí a progredující proteinokalorickou malnutricí.

V následujících měsících navíc začal pozorovat příměs čerstvé červené krve ve stomickém sáčku, která se dále vyskytovala stále častěji, a krvácení bylo mnohdy hemodynamicky významné. Drobné sáknutí krve navíc pacient udával i z kolické píštěle.

Pro epizody krvácení byl často vyšetřován ve spádové chirurgické ambulanci, kde bylo dle dokumentace opakovaně (minimálně 13x) provedeno lokální ošetření (chirurgický opich krvácejícího místa v oblasti mukokutánního přechodu stomie, koagulace bipolární sondou, aplikace lokálně působících hemostyptických přípravků), ze stejného důvodu byl pacient také několikrát hospitalizován a byly podávány krevní převody a terlipresin – vždy pouze s dočasným efektem.

Celkem třikrát byla provedena ileoskopie cestou ileostomie – vždy bez průkazu zdroje krvácení, popsána byla pouze mírně erytematózní a edematózní sliznice ilea, dle gastroscopického vyšetření pak byla přítomna hemoragická gastropatie. Hematologem byla vyloučena závažná koagulopatie, v laboroři kromě známek hypoproteinemie a přetrvávající minerálové dysbalance pouze mírná hepatopatie – kombinovaná cholestatická a parenchymatózní jaterní léze. Na CT snímcích břicha, které byly opakovaně provedeny v průběhu 2 let, byly popsány varixy v okolí stomie z povodí mezenterálních žil, mírná splenomegalie a lehké rozšíření portální i lienální žíly, následně pak byla na kontrolním CT břicha

potvrzena cirhotická přestavba jater a rozsáhlé změny při pokročilé portální hypertenzi (obr. 2).

Nález byl prezentován na multioborovém RTG semináři a byl indikován TIPS jako paliativní dekompresní výkon. Vlastní spojka byla provedena na rentgenologickém pracovišti, průchodnost spojky a dostatečný průtok byly následně ověřeny Dopplerovskou ultrasonografií. Po výkonu se již neobjevila žádná epizoda klinicky významného krvácení do stomie a pacient byl předán do ambulantní péče. Dle dostupných informací došlo následně k rozvoji pouze mírných projevů jaterní encefalopatie. Etiologie jaterní cirhózy je dosud nejasná, nejspíše se jedná o komplexní metabolickou poruchu při celkově špatném klinickém stavu v rámci proteinokalorické malnutrice – další zohlednění jaterní léze nebylo u pacienta vzhledem k celkově nepříznivé prognóze indikováno.

## LITERATURA

1. Tran-Harding K, Winkler M, Raissi D. Bleeding stomal varices in portal hypertension. *Radiology Case Reports* 2018; 13(2): 356–360. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1930043317305794>
2. Nunes J, Alexandrino P, Tato Marinho R. Stomal varices: a rare cause of severe bleeding in portal hypertension. *J Gastrointest Liver Dis* December 2009; 18(4): 500. Dostupné z: [www.jgld.ro/2009/4/16.pdf](http://www.jgld.ro/2009/4/16.pdf)

## Diskuze

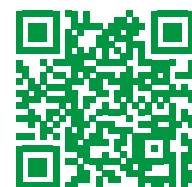
Uvedená kazuistika dokumentuje hlavní úskalí diagnostiky krvácení ze stomických varixů, tedy nedostatečné promyšlení diferenciální diagnostiky – na možnost krvácení při portální hypertenzi „se zkrátka nemyslí“. Portální hypertenze, která je v klinické praxi ve většině případů důsledkem vazivové přestavby jaterní tkáně při jaterní cirhóze, se nevyskytuje pouze u jedinců s anamnézou prodělané virové hepatitidy nebo abúzu alkoholu, ale také u pacientů s různými dalšími komplexními metabolickými poruchami. I v případě našeho pacienta se zpočátku na jaterní cirhózu nepomýšlelo – chronické virové hepatitidy byly vyloučeny a průměrné sérové hladiny jaterních enzymů nebudily podezření na závažnou hepatopatii. Krvácení bylo navíc vždy prudké, vysokotlaké, což budilo dojem krvácení z tepny. Až podrobnější

zkoumání provedených vyšetření, zejména zobrazovacích metod, vedlo k poznání pravděpodobné příčiny recidivujícího krvácení ze stomie. Uměle vytvořená vyústění střeva jsou přitom nejčastější lokalizací tzv. ektopických varixů, tedy varixů vyskytujících se mimo gastroezofageální oblast.

## Závěr

V porovnání s gastroezofageální oblastí je výskyt varikózně dilatovaných venózních spojek v chirurgicky vytvořených vyústěních střeva relativně vzácný, přesto se však v praxi s touto komplikací setkáváme. Krvácení ze stomálních varixů je možno zastavit pomocí lokálních hemostatických metod, vzhledem k častým recidivám krvácení se však v dlouhodobé perspektivě jako účinnější ukazuje zavedení portosystémové spojky.

# Víte, že listovačky časopisu Klinická farmakologie a farmacie jsou volně dostupné on-line?



**V posledních číslech  
najdete tato  
hlavní témata:**

- Farmakoterapie v těhotenství a při kojení (4/2019)
- Nežádoucí účinky léčiv (3/2019)
- Farmakoterapie v anesteziologii (2/2019)
- Oftalmologie (1/2019)

... a mnoho článků z jiných oblastí medicíny a farmacie

**www.klinickafarmakologie.cz**



**Mohou být přínosné i pro vás...**