

Doporučený postup ČHS: Léčba ascitu při jaterní cirhóze

Ascites spojený s jaterní cirhózou je projevem pokročilosti základní choroby a jeho přítomnost musí směřovat k úvaze o jaterní transplantaci. Všechny ostatní léčebné metody jsou pouze symptomatické. Podmínkou uplatnění následujícího algoritmu léčby je prokázaná jaterní choroba (jaterní cirhóza s portální hypertenzí).

Klinicky se rozlišují 3 stadia ascitu:

1. ascites zjistitelný pouze zobrazovacími vyšetřeními
2. nevelký ascites zjistitelný fyzikálním vyšetřením
3. tenzní ascites

Ascites, který nereaguje na maximální možnou diuretickou léčbu (nebo diuretika nelze k jeho léčbě vůbec podávat) se označuje pojmem refrakterní či rezistentní.

Při vyšetření pacientů s ascitem je třeba kromě běžných laboratorních a pomocných vyšetření zvážit diagnostickou punkci. Tu je možno provést kdykoli, musí však být provedena zvláště za těchto situací:

- objevení se nového ascitu
- přijetí nemocného s ascitem do nemocnice
- rezistence ascitu na léčbu.
- teploty u pacienta s ascitem
- zhoršení klinického stavu

0.25 x 10⁹/l ascitické tekutiny. V případě přítomnosti SBP je nezbytné infekci léčit: nejvíce zkušeností je s cefalosporiny 3. generace podávanými intravenózně, eventuálně chinolony perorálně v běžných terapeutických dávkách. Pacient po odléčené epizodě SBP musí mít trvalou antibiotickou prevenci opětné infekce ascitu do vymizení ascitu, do jaterní transplantace či do konce života. □ 0.5 x 10⁹/l či lépe neutrofilů □ Cílem diagnostické punkce je zjistit především přítomnost spontánní infekce ascitu (spontánní bakteriální peritonitida – SBP). Diagnostickým kritériem SBP je počet leukocytů

Léčba samotného ascitu závisí na aktuálním klinickém stavu pacienta a za běžné klinické situace je doporučeno dodržovat následující postup:

- Vyloučení nefrotoxických léků (především nesteroidních antirevmatik, aminoglykosidových antibiotik).
- Omezení příjmu NaCl na 5-7.5 g/den.
- Diuretická léčba (Stadium ascitu 1 a 2.) Lékem volby je spironolacton v dostatečné dávce při respektování kontraindikací (běžná dávka je 200mg/den, maximálně až 400 mg/den); před

nasazením dalších diuretik je třeba vyčkat na terapeutickou odpověď (několik dnů). Dalším diuretikem v řadě je furosemid. Pokud lze, podává se vždy v kombinaci se spironolactonem, v maximální dávce až 160 mg furosemidu/den. Je prokázáno, že intravenózní podání albuminu spolu s diuretickou léčbou zlepší odpověď na léčbu.

- Paracentéza (Stadium ascitu 3, refrakterní ascites, v některých případech může být i alternativou diuretické léčby.) Optimální je vypustit větší množství ascitu, případně všechen. V případě jednorázového odstranění více než 5 litrů ascitu je třeba podat i.v. albumin (v dávce 6-8 g/l vypuštěného ascitu). Smyslem tohoto opatření není náhrada odstraněného albuminu, ale prevence hypovolémie po paracentéze. Náhradní plasmaexpandy jsou účinné pouze při odstranění méně než 5 l ascitu. Dle prováděných studií je pravděpodobné, že následné hypovolemii je možno zabránit i podáním terlipresinu. Je prokázáno, že paracentéza provedená lege artis je metoda bezpečná.
- V případě nutnosti opakovaných paracentéz lze zvážit zavedení transjugulární intrahepatální portosystémové spojky (TIPS) při dodržení kontraindikací tohoto výkonu. Ostatní metody (např. reinfuze ascitu, peritoneovenózní spojka) se běžně nepoužívají. Před indikací spojky je vždy nezbytné ověřit, zda nemocný řádně dodržuje opatření základní léčby.
- K léčbě diluční hyponatremie není dostatek informací z kontrolovaných studií a nelze určit jednoznačný postup. Je vhodné vysadit diuretika či snížit jejich dávku a pokusit se o expansi objemu i.v. podáním koloidních roztoků. Restrikce tekutin může dále zhoršit renální funkce. Podávání sodíku není vhodné.
- Pro léčbu ascitu u pacientů s renálním selháním, těžkou encefalopatií či dalšími komplikacemi jaterní cirhózy nelze stanovit jednoznačné doporučení a je třeba postupovat individuálně. Stejně je tomu u nespolupracujících nemocných, zejména pokračujících v abusu alkoholu.

Skupina pro portální hypertenzi při ČHS (abecedně, bez titulů):

Brůha R, Drastich P, Ehrman J, Hůlek P, Klein J, Král V, Krechler T, Lata J, Petrtyl J, Procházka V, Špičák J, Vaňásek T, Zdeněk P.