

**Ενδοσκοπική θεραπεία πυλαίας υπέρτασης**  
**Γεώργιος Π. Καραμανώλης**  
**Λέκτορας Γαστρεντερολογίας ΕΚΠΑ**  
**Γαστρεντερολογικό Τμήμα, 2<sup>η</sup> Χειρουργική Κλινική**  
**Αρεταίειο Νοσοκομείο**

### **A. Κιρσοί οισοφάγου**

Η αιμορραγία από κιρσούς οισοφάγου αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης. Σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος, το 70% των αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού αφορά επεισόδια κιρσορραγίας. Αν και παλαιότερα η θνητότητα της κιρσορραγίας ήταν 50%, τα τελευταία χρόνια έχει υποχωρήσει σημαντικά με την χρήση αγγειοδραστικών φαρμάκων και την εφαρμογή ενδοσκοπικής θεραπείας. Ακόμη όμως και σήμερα αποτυχία ελέγχου της αιμορραγίας ή πρόωμη επαναιμορραγία εντός 5 ημερών παρατηρείται στο 15-20% των ασθενών με οξεία κιρσορραγία.

#### ***1. Πρωτογενής πρόληψη***

Είναι καθοριστικής σημασίας λόγω της σημαντικής νοηρότητας και θνητότητας του επεισοδίου κιρσορραγίας. Παράγοντες κινδύνου για κιρσορραγία είναι το μεγάλο μέγεθος των κιρσών, η παρουσία ερυθρών στιγμάτων επί των κιρσών, η βαρεία ηπατική ανεπάρκεια (με βάση την Child-Pugh κλίμακα), η κατανάλωση αλκοόλ και η συνύπαξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Η ενδοσκοπική θεραπεία περιλαμβάνει είτε την σκληροθεραπεία είτε την περιίδεση των κιρσών (banding). Η προληπτική σκληροθεραπεία δεν συνιστάται λόγω του αυξημένου κινδύνου επιπλοκών. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοσκοπική σκληροθεραπεία εμφανίζουν συχνά πυρετό, οπισθοστερνικό άλγος και παροδική δυσφαγία. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να επιπλακούν με πνευμονία από εισρόφηση και πλευριτική συλλογή. Επίσης, έχει παρατηρηθεί στένωση του κατώτερου οισοφάγου και έλκη που μπορεί να προκαλέσουν επεισόδια αιμορραγίας. Η προληπτική περιίδεση έχει εξίσου καλά αποτελέσματα με την προληπτική χορήγηση β-αναστολέων και αποτελεί την ενδοσκοπική μέθοδο εκλογής για την πρωτογενή πρόληψη. Η Αμερικάνικη Ενδοσκοπική εταιρεία στις κατευθυντήριες οδηγίες της συνιστά την χορήγηση των β-αναστολέων για την πρωτογενή πρόληψη των κιρσών και μόνο σε άτομα με αντένδειξη ή με δυσανεξία στην χορήγηση β-αναστολέων να γίνεται προληπτική περιίδεση.

## **2. Οξεία κίρσορραγία**

Μετά από την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς και την λήψη των αναγκαίων μέτρων για την πρόληψη επιπλοκών (π.χ. εισρόφηση, λοίμωξη) πρέπει να γίνεται ενδοσκοπική θεραπεία. Σε περιπτώσεις ασθενών με διαταραχή του επιπέδου συνείδησης κρίνεται σκόπιμο να γίνεται διασωλήνωση του ασθενούς. Η ενδοσκοπική θεραπεία γίνεται είτε με έγχυση ουσίων, κυρίως αιθανολαμίνης, ενδο ή παρακίρσικα (σκληροθεραπεία) είτε με απολίνωση των κίρσων με ελαστικούς δακτυλίους (banding). Η αποτελεσματικότητα της σκληροθεραπείας στην επίσχεση της αιμορραγίας κυμαίνεται από 65-90% , αλλά έχει τις προαναφερθείσες επιπλοκές. Σήμερα φαίνεται να έχει θέση σε περιπτώσεις ασθενών με ενεργό αιμορραγία κατά την διάρκεια της ενδοσκόπησης. Η απολίνωση των κίρσων με ελαστικούς δακτυλίους υπερέχει ελαφρώς τη σκληροθεραπείας και αποτελεί την ενδοσκοπική θεραπεία εκλογής, ειδικά σε ασθενείς όπου η αιμορραγία έχει ελεγχθεί, είτε αυτόματα είτε με φαρμακευτική αγωγή, και το ενδοσκοπικό πεδίο είναι «καθαρό» (χωρίς παρουσία αίματος). Η Αμερικάνικη Ενδοσκοπική εταιρεία στις κατευθυντήριες οδηγίες της συνιστά τον συνδυασμό ενδοσκοπικής θεραπείας και χορήγησης φαρμάκων (σωματοστατίνη, τερλιπρεσσίνη, οκτρεοτίδη) γιατί υπερτερεί των μεμονωμένων μεθόδων. Επίσης, η χορήγηση φαρμάκων πριν από την ενδοσκοπική θεραπεία βοηθά στην επίτευξη καθαρού, αναίμακτου ενδοσκοπικού πεδίου και στην αποτελεσματικότερη και ευχερέστερη εφαρμογή της ενδοσκοπικής θεραπείας.

## **3. Δευτερογενής πρόληψη**

Το 60-80% των ασθενών με επεισόδιο κίρσορραγίας θα επαναιμορραγήσει εάν οι κίρσοι δεν εξαληφθούν. Ο κίνδυνος επαναιμορραγίας είναι μεγαλύτερος κατά τις 10 πρώτες ημέρες, με το 50% των ασθενών να έχουν υποτροπή της αιμορραγίας εντός αυτού του χρονικού διαστήματος. Ο κίνδυνος επαναιμορραγίας μειώνεται στη συνέχεια σταδιακά και ένα ακόμη 10% των ασθενών θα υποτροπιάσει εντός των επόμενων 4 εβδομάδων. Μετά τις πρώτες 6 εβδομάδες ο κίνδυνος επαναιμορραγίας παραμένει σταθερός. Οι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο επαναιμορραγίας είναι η παρουσία ενεργού αιμορραγίας στην αρχική ενδοσκόπηση, η σοβαρότητα της αρχικής αιμορραγίας, η σοβαρότητα της ηπατικής νόσου και ο βαθμός της πυλαίας υπέρτασης. Η ενδοσκοπική μέθοδος εκλογής για την δευτερογενή πρόληψη των κίρσων είναι η απολίνωση των κίρσων με ελαστικούς

δακτυλίους, καθώς πλεονεκτεί έναντι της σκληροθεραπείας (μικρότερο ποσοστό επαναιμορραγίας, λιγότερες επιπλοκές, αύξηση της συνολικής επιβίωσης). Το πρόγραμμα δευτερογενούς πρόληψης περιλαμβάνει τακτικές (ανά 2-4 εβδομάδες) συνεδρίες ενδοσκοπικής θεραπείας μέχρι την πλήρη εξάλειψη των κισσών. Η ενδοσκοπική θεραπεία θα πρέπει να συνοδεύεται από την χορήγηση β-αναστολέων, καθώς η συνδυασμένη θεραπεία φαίνεται να υπερτερεί της μεμονωμένης ενδοσκοπικής στην μείωση του κινδύνου επαναιμορραγίας.

Ακόμη και μετά την πλήρη εξάλειψη των κισσών είναι επιβεβλημένη η παρακολούθηση των ασθενών γιατί περίπου στο 20% των ασθενών οι κισσοί υποτροπίασαν μετά από μέσο χρονικό διάστημα 4 μηνών. Έτσι, η ενδοσκόπηση πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 3 μήνες για τον 1<sup>ο</sup> χρόνο μετά την εκρίζωση και στην συνέχεια ανά 6 μήνες.

## **B. Γαστρικοί κισσοί**

Η αιμορραγία από γαστρικούς κισσούς αποτελεί το 15-30% των επεισοδίων κισσορραγίας και παρατηρείται συχνότερα σε εξωηπατική (θρόμβωσης πυλαίας ή σπληνικής φλεβας) πυλαία υπέρταση παρά σε κίρρωση ήπατος. Η αιμορραγία είναι βαρύτερη σε σχέση με την αιμορραγία από κισσούς οισοφάγου. Σε ενεργό αιμορραγία, η θεραπεία εκλογής είναι η σκληροθεραπεία με σκληρυντικές ουσίες όπως cyanoacrylate, αιθανολαμίνη, αλκοόλη, θρομβίνη. Από τις αναφερόμενες ουσίες καλύτερη αποτελεσματικότητα έχει η χορήγηση cyanoacrylate (αντιμετώπιση της αιμορραγίας σε ποσοστό έως και 80%). Η απολίνωση των κισσών με ελαστικούς δακτυλίους έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα και δεν χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας από γαστρικούς κισσούς. Η ενδοσκοπική πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη δεν εφαρμόζεται σε περίπτωση ύπαρξης γαστρικών κισσών.

## **Γ. Πυλαία γαστροπάθεια**

Η πυλαία γαστροπάθεια αποτελεί επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης είτε αυτή είναι ηπατικής είτε εξωηπατικής αιτιολογίας. Η διάγνωση γίνεται ενδοσκοπικά αν και δεν υπάρχουν σαφή κριτήρια διάγνωσης. Η εμφάνιση του γαστρικού βλεννογόνου σαν μωσαικό που μοιάζει με δέρμα φιδίου και η παρουσία ερυθρών στιγμάτων επί του βλεννογόνου αποτελούν τα πιο χαρακτηριστικά ενδοσκοπικά ευρήματα της πυλαίας γαστροπάθειας. Η συχνότερη εντόπιση της πυλαίας γαστροπάθειας είναι το σώμα και

το άντρο του στομάχου, αν και μπορεί να καταλαμβάνει όλη την έκταση του στομάχου. Η πυλαία γαστροπάθεια είναι συνήθως ασυμπτωματική. Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η σιδηροπενική αναιμία λόγω χρόνιας απώλειας αίματος και λιγότερο συχνά εμφανίζεται οξεία αιμορραγία. Η συχνότητα εμφάνισης οξείας αιμορραγίας λόγω πυλαίας γαστροπάθειας κυμαίνεται μεταξύ 2-7% και συμαβίνει κυίως σε ασθενείς με σοβαρή πυλαία υπέρταση. Η ενδοσκοπική θεραπεία δεν φαίνεται να έχει κάποιο ρόλο στην αντιμετώπιη της οξείας αιμορραγία ζκαθώς αυτή είναι διάχυτη. Η σηληροθεραπεία και κυρίως το argon plasma coagulation (APC) έχουν θέση σε περίπτωση εστιακής αιμορραγίας. Σε περιπτώσεις χρόνιας απώλειας αίματος έχει δοκιμαστεί με επιτυχία η εφαρμογή APC, αν κια η σύσταση είναι να εφαρμόζεται ενδοσκοπική θραπεία σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική θεραπεία με β-αναστολείς.

#### Βιβλιογραφία

1. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 651-5.
2. Garcia-Pagan JC, et l. Review article: the modern management of portal hypertension – primary and secondary prophylaxis of variceal bleeding in cirrhotic patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 28: 178-86.
3. Shahara AI, Rockey DC. Gastroesophageal variceal hemorrhage. *N Engl J Med* 2001; 345: 660-81.
4. De Fransis R. Evolving consensus in portal hypertension report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portl hypertension. *J Hepatol* 2005; 43: 167-76.
5. Banares R, et al. Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 2002; 35: 609-15.
6. Bosch J, Garcia-Pagan JC. Prevention of variceal rebleeding. *Lancet* 2003; 361: 952-4.
7. Sass DA, et al. Portal hypertension and variceal hemorrhage. *Med Clin North Am* 2009; 93: 837-53.