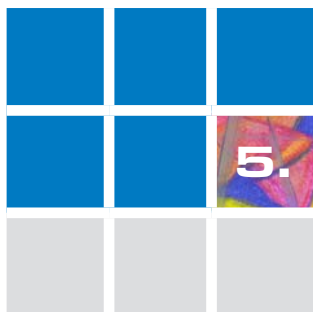




:část speciální:

Indikace jater pro necholestatické jaterní cirhózy

Jaterní cirhóza C

Jaterní cirhóza C vzniká u části nemocných infikovaných virem hepatitidy C (VHC) následkem dlouhotrvající chronické hepatitidy C. V současnosti je celosvětově prvou až třetí nejčastější indikací k transplantaci jater. Důvodem k transplantaci je dekompenzace jaterního onemocnění nebo vznik HCC. Po transplantaci dochází k rekurenci virové infekce u 90 - 100 % příjemců, a to i u nemocných, u kterých nebyla prokázána virémie VHC předtransplantačně. Rekurence hepatitidy C je spojena se vznikem rekurentní hepatitidy a cirhózy štěpu. U části se vyvíjí cholestatická fibrotizující hepatitida s možností rychlého zániku funkce štěpu. ^(41, 42)

Na pětiletém časovém horizontu není oproti ostatním příjemcům jater přežívání pacientů s VHC významně zhoršeno, desetileté přežití štěpů i pacientů je však signifikantně horší. ⁽⁴³⁾ Rekurenci VHC je možno omezit kombinovanou virostatickou léčbou předtransplantačně, která je však v populaci pokročilých cirhotiků obtížná. ⁽⁴⁴⁾ Potransplantační hepatitida vyžaduje rovněž protivirovou léčbu, i ta je méně účinná proti běžné populaci pacientů s chronickou hepatitidou C. ⁽⁴⁵⁾ Transplantace jater je časována podle běžných pravidel. Významný je výskyt HCC v explantátu. ^(46, 47)

Jaterní cirhóza B

Je dnes méně častou indikací k transplantaci jater. Indikací je dekompenzovaná cirhóza nebo HCC. V minulosti byla tato indikace zatížena častým výskytem reinfekce s fatálním průběhem. Za předpokladu správně prováděné profylaxe (v současnosti kombinace Lamivudinu nebo Adefoviru a imunoglobulinu anti-HBs) lze incidenci reinfekce VHB minimalizovat. ^(48, 49)

Profylaxi je třeba provádět trvale, neboť i za 10 let od transplantace je možno prokázat latentní infekci VHB v hepatocytech jaterního štěpu. ⁽⁵⁰⁾ V současnosti tvoří pacienti indikovaní pro jaterní cirhózu B skupinu s nejlepším dlouhodobým přežíváním. ⁽⁵¹⁾

Alkoholická jaterní cirhóza

Je v současnosti 1. až 3. nejčastější indikací k transplantaci jater. Indikací je dekompenzovaná jaterní cirhóza nebo nález HCC. Jedná se o časté onemocnění, které je zapříčiněno dlouhodobou, nejčastěji mnohaletou a každodenní konzumací etylalkoholu v množství nad 60 g denně u muže nebo nad 30 g u ženy. U většiny nemocných se jedná o následek závislosti na alkoholu nebo o následek škodlivého pití (bez zjiitelných známek závislosti). V obou případech se však jedná o následek



sebedestruktivní činnosti s velmi významným rizikem recidivy po transplantaci v neselektované populaci cirhotiků. K transplantaci jater jsou indikováni pouze nemocní, u kterých byla na základě dlouhodobé znalosti doporučujícího lékaře a na základě opakovaného zevrubného vyšetření psychiatrem orientovaným v posuzování a léčbě návykových onemocnění shledána vysoká pravděpodobnost dlouhodobé abstinence po transplantaci. Většina transplantačních center požaduje před zahájením evaluace minimálně 6 měsíční prokazatelnou abstinenci od alkoholu. ⁽⁵²⁾

Z indikace jsou vyloučeni pacienti s alkoholickou hepatitidou, nemocní s vynucenou abstinencí, pacienti odmítající spolupracovat, pacienti se zjevnou psychopatologií. Nepříznivými faktory predikujícími selhání potransplantační abstinence jsou psychosociální instabilita, selhání předchozí psychiatrické/odvykací léčby, malý náhled na onemocnění, pokračující pití přes vědomí škodlivosti a další. ⁽⁵³⁾

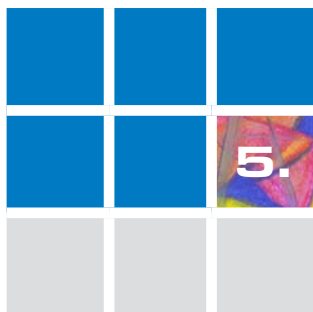
Při rozhodování o vhodnosti kandidáta je třeba využívat objektivní anamnézu (rodina, okolí, ošetřující lékaři) a odbornou zdravotnickou spolupráci (psychiatr, psycholog, sociální pracovník, neurolog). Přes veškerou snahu dochází k rekurenci škodlivého pití po transplantaci u významného procenta (přibližně 25 %) příjemců. ^(54, 55) Rekurence zhoršuje dlouhodobé přežívání příjemců a to o desítky procent. ^(56, 57, 58)

Dále je třeba u pacientů s alkoholickou cirhózou na základě zevrubného vyšetření posoudit závažnost přidružených somatických chorob s častým výskytem u nemocných s abúzem alkoholu (myopatie, kardiomyopatie, polyneuropatie a organické postižení mozku, pankreatitida, osteoporóza a další). ⁽⁵⁹⁾ Na základě předtransplantačního sledování onemocnění lze často indikaci a načasování dále upřesnit - u většiny nemocných s alkoholickou jaterní cirhózou funkční třídy Child-Pugh B nebude transplantace jater potřebná. ⁽⁶⁰⁾ Důležitá je skutečná (ne deklarovaná) délka abstinence před zahájením evaluačního procesu, část nemocných se může významně zlepšit. ⁽⁶¹⁾

Autoimunitní jaterní cirhóza

Podílí se na všech indikacích k transplantaci jater asi pěti procenty. Indikováni jsou nemocní, u kterých přes adekvátní imunosupresivní léčbu došlo k vývoji jaterní insuficience nebo závažným komplikacím portální hypertenze. ^(62, 63) U části nemocných dochází k rekurenci onemocnění ve štěpu. Ta vyžaduje léčbu, ale většinou nevede k selhání přenesených jater. Je častější a závažnější v dětském věku. ⁽⁶⁴⁾ Pacienti s pokročilou jaterní cirhózou jsou velmi náchylní k bakteriálním a mykotickým infekcím. Účinnost pokračování v imunosupresivní léčbě u nemocných indikovaných k transplantaci jater je třeba zvážit.





Kryptogenní jaterní cirhóza

Indikace se řídí obecnými pravidly. Nejpodstatnější je nepřehlédnout alkoholickou etiologii. U části nemocných dochází k recidivě onemocnění po transplantaci (poškození alkoholem, hepatitida s nálezem autoprotilátek, NASH). Většinou se jedná o dobrou indikaci s nadějí na alespoň průměrné přežití. ^(65, 66, 67)

Cholestatické jaterní cirhózy

Primární biliární cirhóza

Pacienti s PBC tvoří asi 10% všech indikací. Důvodem k transplantaci je především pokročilost selhání, v menšině případů progredující kostní choroba, vzácně nezvladatelný pruritus. V případě selhání se většinou jedná o nemocné s bilirubinem okolo 150 $\mu\text{mol/l}$. Všichni pacienti s bilirubinem nad 100 $\mu\text{mol/l}$ by měli být vyšetřeni transplantačním specialistou. Průběh onemocnění je variabilní a u části nemocných s charakteristickým obrazem PBC dojde k závažným komplikacím onemocnění i při nižších koncentracích bilirubinu. Hladina bilirubinu není jediným faktorem indikujícím k transplantaci. ⁽⁶⁸⁾ Ve většině případů se jedná o starší nemocné, z nichž část prodělala různě dlouhé období léčby steroidy. Je třeba pátrat po přidružených chorobách, zejména kardiovaskulárních a po onemocnění skeletu. Prognóza po transplantaci je dobrá, jedná se však většinou o starší nemocné. ^(69, 70)

Primární sklerozující cholangitida

Kandidáti s PSC tvoří rovněž asi 10 % indikací. Její průběh je oproti nemocným s PBC hůře odhadnutelný, hodnocení selhání podle Child-Pughovy klasifikace je nespolehlivé, PSC Mayo model přináší podstatně přesnější odhad vývoje onemocnění. ⁽⁷¹⁾ Stav je často komplikován různě aktivní kolitidou, která se vyskytuje až u 70% postižených. Indikace k transplantaci je dvojí: selhání jater tak jako u ostatních cirhóz nebo recidivující a život ohrožující cholangitidy neřešitelné nechirurgickou intervencí. Závažným problémem je cholangiocelulární karcinom, který se u pacientů s PSC vyvine v 10 – 30% případů, nižší odhad je patrně reálnější. ^(72, 73)

Výsledky transplantace jater u nemocných s CCA, a to i incidentálním, jsou však mimořádně špatné a většina pacientů umírá časně na recidivu onemocnění. Jen u malé části vysoce selektovaných nemocných je možno očekávat úspěch kombinované onkologické a transplantační léčby. ^(74, 75) Tyto výsledky ospravedlňují k pokračování v kontrolovaných studiích, nemění však standardní přístup

