

Shunt porto-sistemico per la prevenzione secondaria dei sanguinamenti da varici esofagee

Data 17 ottobre 2007 Categoria epatologia

Gli stunt porto-sistemici, rispetto alla terapia endoscopica, riducono il rischio di recidiva di sanguinamento da varici esofagee ma comportano un rischio più elevato di encefalopatia e non riducono la mortalità

Una revisione Cochrane ha valutato l'efficacia dello stunt porto-sistemico nella prevenzione delle recidive del sanguinamento da varici esofagee. Gli stunt possono essere totali (TS), distali spleno-renali (DSRS) o intraepatici-transgiugulari (TIPS). Sono stati selezionati 22 RCT per un totale di 1.409 pazienti. In tutti i trials si sono riscontrati problemi metodologici. Lo stunt si è dimostarto in grado di ridurre le recidive di sanguinamento rispetto alla terapia endoscopica (ET) in maniera statisticamente significativa (OR 0,24; IC95% 0,18-0,30). Tuttavia a questa riduzione corrispondeva un aumento significativo del rischio di encefalopatia epatica acuta (OR 2,07; IC95% 1,59-2,69) e cronica (OR 2,09; IC95% 1,20-3,62). Non si riscontrarono differenze per la mortalità totale e la durata dei ricoveri. Lo shunt inoltre risultava complicato da una elevata incidenza di disfunzioni od occlusioni (3,1% per i TS, 7,8% per i DSRS, 59% per i TIPS).

Gli autori concluono che gli stunt riducono il rischio di recidiva di sanguinamento da varici esofagee ma comportano un rischio più elevato di encefalopatia e non riducono la mortalità.

Fonte:

Khan S et al. Portosystemic shunts versus endoscopic therapy for variceal rebleeding in patients with cirrhosis. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD000553.

Commento di Renato Rossi

E' noto che la cirrosi epatica si complica con la formazioni di varici gastro-esofagee che vanno frequentemente incontro a sanguinamento. Il rischio emorragico è particolarmente elevato dopo un primo episodio. Acquista importanza quindi la prevenzione che possiamo distinguere in primaria e secondaria. Può essere utile rifarsi ad uno schema decisionale proposto da una revisione recente sull'argomento.

proposto da una revisione recente sull'argomento .
Per la **prevenzioneprimaria**, in caso di varici di medie o grosse dimensioni è indicato un betabloccante non selettivo da proseguire sine die (propanololo 80-160 mg/die oppure nadololo 80 mg/die). Se il betabloccante è controindicato o non tollerato si consiglia la legatura con bande.

In caso di varici di piccole dimensioni o con cirrosi in stadio C di Child-Pugh può essere utile un betabloccante non selettivo.

Perla prevenzionesecondaria:

- 1. Se il paziente non era in profilassi primaria con betabloccante si consiglia di inziare un betabloccante non selettivo oppure di ricorrere alla legatura con bande
- 2. Se il paziente era in profilassi primaria con dosi adeguate si consiglia la legatura con bande
- 3. Se il paziente era in profilassi primaria a dosi inadeguate si consiglia di portare le dosi del betabloccante a livello ottimale oppure la legatura con bande
- 4. Se il betabloccante è controindicato o non tollerato di raccomanda la legatura con bande
- 5. Se il paziente era già stato sottoposto alla legatura con bande si consiglia la TIPS
- 6. Nei pazienti con cirrosi in classe B o C di Child-Pugh va preso in considerazione il trapianto epatico

Referenze

1. Dib N. et al. Current management of the complications of portal hypertension: variceal bleeding and ascites. CMAJ 2006 May 9; 174: 1433-1443