

SANGUINAMENTO DA VARICI

Complicanza della ipertensione portale gravata da alta mortalità: circa il 50% dei cirrotici muore dopo il primo episodio e circa il 30% dopo gli episodi successivi; la prevalenza dell'evento emorragico fatale è di circa il 20%.

L'emorragia da varici è un evento intermittente con interruzione spontanea in circa il 50% dei pazienti: pertanto il trattamento va effettuato anche se non c'è sanguinamento attivo, ma solo segni di pregresso sanguinamento - coagulo e trombo bianco. Va anche considerato che interrotta la emorragia il 40% circa dei pazienti risanguina entro le 6 settimane: nel 50% dei casi il risanguinamento si verifica nella prima settimana, da cui la necessità della ospedalizzazione in questo periodo.

MISURE GENERALI:

Garantire il mantenimento delle funzioni vitali: posizionare catetere venoso e sondino nasogastrico; monitorare: ECG, pressione arteriosa, frequenza centrale, equilibrio acido-base.

Evitare carichi eccessivi di liquidi e ridurre le asciti molto tese con paracentesi.

TERAPIA MEDICA:

- TERLIPRESSINA: 1mg. per via endovenosa ogni 4 ore per cinque giorni. Il farmaco a livello splancnico tramite vasocostrizione arteriolare riduce il flusso ematico portale nella vena azygos e nelle varici, mentre a livello sistemico incrementa la pressione arteriosa e riduce la portata cardiaca.
- SOMATOSTATINA ED ANALOGHI (Octreotide): Bolo di 50 gamma e.v. seguito da 25- 50 gamma/ora. La somatostatina determina vasocostrizione selettiva nel territorio splancnico rapidamente dopo la somministrazione e.v.,

inibendo i peptici intestinali vasodilatatori. L'octreotide ha una potenza di azione superiore alla somatostatina ed una emivita più lunga. Utile la associazione di nitrati I.V. (Venitrin 40 gamma/min fino a 400 gamma/min) per ridurre a livello miocardio gli effetti ischemici dei derivati della Somatostatina.

Insieme ai due farmaci che possono anche essere usati in successione (Glipressina fino al controllo emorragia seguita da Octreotide) infondere liquidi per ottenere livelli di pressione arteriosa stabile ed eventualmente trasfondere sangue per mantenere livelli di emoglobina di almeno 9 gr./dl.

Tutti i cirrotici con emorragia gastrointestinale devono ricevere endoscopia di urgenza dopo stabilizzazione emodinamica con iniziale ripristino della volemia. L'endoscopia permette infatti di procedere ad una corretta diagnosi e, se il sanguinamento origina da rottura di varici, alla manovra terapeutica fondamentale (legatura o sclerosi delle varici). Il trattamento farmacologico va continuato durante e dopo il trattamento endoscopico.

LEGATURA ENDOSCOPICA DELLE VARICI ESOFAGEE

Tecnica più rapida nell'eradicare le varici, tranne quelle gastriche, caratterizzata da minore numero di complicanze, da minore sanguinamento e da migliore sopravvivenza rispetto alla sclerosi.

SCLEROTERAPIA ENDOSCOPICA

Tecnica di iniezione sia intravaricosa che perivaricosa usata in combinazione, efficace anche per le varici gastriche, con elevata percentuale di successi nel controllare il sanguinamento acuto e nella profilassi secondaria, perché

riduce la frequenza e la severità delle ricorrenze nel paziente sottoposto a cicli di sclerosi dopo il primo episodio emorragico.

Numerose le complicanze sia minori (febbre, disfagia, dolore retrosternale) che più gravi (il sanguinamento paradossale, la formazione di escara con ritardata caduta della stessa, la perforazione esofagea, la stenosi post-scleroterapia, la mediastinite, la soffiatura pleurica, la fistola bronco-esofagea, la A.R.D.S.). Necessaria una profilassi antibiotica nei pazienti portatori di valvole cardiache meccaniche, protesi vascolari, pregresse endocarditi per la possibilità di una batteriemia dopo la scleroterapia.

TAMPONAMENTO ESOFAGEO

Tecnica utilizzabile in pazienti con emorragia massiva non controllata dal trattamento medico ed endoscopico , con necessità di rimuovere la sonda dopo 12-24 ore .

TIPS (TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT)

Opzione utilizzabile per i pazienti nei quali hanno fallito sia il trattamento farmacologico che quello endoscopico.

INTERVENTO CHIRURGICO

Indicato dopo il fallimento della terapia sia medica che endoscopica nei pazienti in CHILD A e B non candidati al trapianto di fegato.

PROFILASSI DEL RISANGUINAMENTO

Tutti i pazienti che sopravvivono ad un episodio emorragico da rottura di varici esofagee devono essere considerati ad elevato rischio di

sanguinamento e vanno posti in trattamento per la profilassi del risanguinamento.

A) Pazienti che non erano in precedente profilassi con beta-bloccanti:

- impiego di beta-bloccanti in associazione eventuale ad isosorbide-5-mononitrato ed al trattamento endoscopico (legatura o sclerosi);

B) Pazienti che erano già in trattamento con beta-bloccanti prima del sanguinamento:

- consigliabile la aggiunta della terapia endoscopica, preferendo la legatura alla sclerosi;

C) Pazienti già in trattamento con beta bloccanti e terapia endoscopica:

opzioni terapeutiche attuabili in caso di risanguinamento: Intervento chirurgico o TIPS.