



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 dimostrato 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 concludono 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.

Per la **prevenzione primaria**, 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.

Per la **prevenzione secondaria**:

1. Se il paziente non era in profilassi primaria con betabloccante si consiglia di iniziare 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