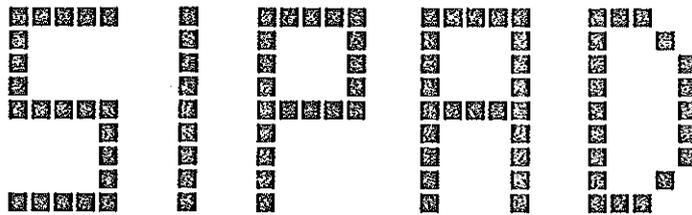


(27)

XI CONGRESSO NAZIONALE



Trieste 2-5 maggio 1990



O.C.T. Editore - Trieste

TRATTAMENTO DELL'ASCITE REFRATTARIA IN PAZIENTI CIRROTICI CON PIASTRINOPENIA E VARICI ESOFAGEE

Pigliucci G.M., Venditti D., Fiorito R., Iorio B., Giudiceandrea F., Bruno A.,
Pelliccia G.M., Vittorini V., Cervelli V., Casciani C.U.

*Istituto di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica
Ospedale «S. Eugenio» - 2.a Università degli Studi di Roma*

Considerazioni generali.

È noto che l'ascite nel paziente cirrotico può diventare "refrattaria" alla terapia medica, allorché si innestino alcuni meccanismi idre-elettrolitici ed ormonali nonché di natura disprotidemica e pressoria portale che scompensino la epatopatia e possano condurre alla morte del paziente.

Tra le varie terapie indubbio interesse suscita l'impianto della derivazione peritoneo-venosa con valvola di LeVeen che in questi casi può, previa selezione dei pazienti e soprattutto tenendo conto particolarmente delle controindicazioni all'intervento, risolvere il problema "ascite" per periodi più e meno lunghi e, quel che più conta, determinando un miglioramento della funzione epatica. È nostro intendimento soffermarci sul problema della correzione della piastrinopenia e delle varici esofagee nel paziente cirrotico con ascite refrattaria in quanto queste costituiscono due vere e proprie complicanze, la prima che può anche essere una reale controindicazione all'intervento in quanto può facilitare l'evoluzione post-operatoria verso una coagulopatia spesso difficilmente controllabile e le altre che rappresentano una possibile concomitanza emorragica particolarmente grave scatenata dall'aumentata pressione venosa cavale superiore post-shunt, e che possono vanificare l'inter-

vento stesso di shunt di LeVeen.

Materiale e metodi.

Considerando la sempre maggiore limitazione della splenectomia, collegata alla elevata frequenza di complicanze operatorie nel cirrotico ascitico ed alla riduzione delle difese immunitarie che essa comporta, abbiamo sottoposto cinque pazienti cirrotici con ascite intrattabile e piastrinopenia severa ad embolizzazione dell'arteria splenica con spirali di Gianturco, preventivamente all'impianto di valvola di LeVeen. Dopo circa una settimana dopo l'embolizzazione stessa, abbiamo riscontrato una elevazione dei valori piastrinomici ad oltre 200.000/mm³.

Due pazienti cirrotici con ascite refrattaria e varici esofagee con precedente unico episodio di sanguinamento sono stati sottoposti ad una embolizzazione della vena gastrica sinistra con spirali di Gianturco per via transepatica.

Nei primi casi abbiamo osservato un quadro post-operatorio assai soddisfacente con nessuna rilevanza clinica dei fenomeni discagulativi post-shunt; in cinque pazienti piastrinopenici di confronto, sottoposti a shunt di LeVeen senza preventiva embolizzazione dell'arteria splenica, i fenomeni emorragici post-shunt hanno assunto rilevanza assai severa con due decessi.

Nei casi sottoposti ad embolizzazione della vena gastrica sinistra abbiamo osservato una riduzione del grado e dell'estensione delle varici esofagee, al controllo endoscopico, specialmente a livello del versante del fondo gastrico, fornendo condizioni di tutta tranquillità per eventuali sanguinamenti a breve scadenza, particolarmente per pazienti da sottoporre a shunt di LeVeen.

Considerazioni conclusive.

Sulla base della nostra esperienza che si basa sull'impianto di 96 valvole di LeVeen in cirrotici con "ascite refrattaria", rite-

niamo
gravi
nt gr
post-
splen
per v
(Del
te in
portar
va del

Biblio
Del Cu
re
Del Cu
pa
Su
LeVeen

Witte
pe:

niamo di poter sottolineare l'importanza di prevenire le due gravi complicazioni dell'intervento, la coagulopatia post-shunt grave e le emorragie gravi da varici esofagee nel periodo post-operatorio immediato con le embolizzazioni dell'arteria splenica per via trans-femorale e della vena gastrica sinistra per via trans-epatica o ancor meglio per via mini-laparotomica (Del Guercio). Riteniamo inoltre che queste tecniche scarsamente invasive e assai efficaci, se ben eseguite, siano assai importanti nel prevenire o nel ritardare l'evoluzione peggiorativa della stesoria naturale della cirrosi epatica.

Bibliografia.

- Del Guercio L.R.M.:Gastroesophageal varices. Problems in general surgery. Vol.4,n.3,Jul-Sept,1987.
- Del Guercio L.R.M.et al.:Bleeding oesophageal varices:mini-laparotomy with angiography for porte-azygos disconnection. Surg.Round 22,30;1987
- LeVeen H.H.:The LeVeen shunt.Ann.Rev.Med. 36,453;1985.
- Witte C.L. et al.:Splenic artery ligation in experimental hypersplenism.Surgery,n.5,581-585,1976.