

VOLUMETTO ESTRATTO DA:

35

FREE PAPERS PRINTED IN FULL



*Second World Week
of Professional Updating
in Surgery
and in Surgical
and Oncological Disciplines
of the University of Milan*

Milan, July 15-20, 1990

Editors
M. MONTORSI
F. ZENNARO



MONDUZZI EDITORE

A MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT OF SURGICAL ASPECTS IN ADVANCED PORTAL HYPERTENSION

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

*Clinica Chirurgica (Direttore: C.U. Casciani)
II Università di Roma (I)*

L'ipertensione portale è una sindrome che per il suo andamento cronico e progressivo non ha trovato, e non troverà forse mai, una soluzione terapeutica definitiva in grado di stabilizzarne la storia naturale. Va, tra l'altro, anche sottolineato come questa evoluzione naturale spesso risulti imprevedibile, potendo virare repentinamente verso quadri patologici a prognosi altamente infausta per il paziente. Ci riferiamo in particolare alla elevata incidenza di emorragia digestiva, valutabile da un 30% ad un 50% in pazienti cirrotici non selezionati, ed al significato estremamente infausto da un punto di vista prognostico di tale evento, in quanto ben il 50% di questi pazienti soccomberà alla prima emorragia. Tutte le metodiche terapeutiche sino ad oggi messe in atto hanno mostrato dei limiti, legati alla evolutività della malattia e strettamente correlati alla comparsa di alterazioni di ordine ematochimico ed emodinamico, che rendono altamente critico lo stato del paziente, riducendo gradualmente le possibilità della terapia farmacologica efficace solo nelle prime fasi della malattia. Nelle fasi più avanzate, infatti, se da un punto di vista terapeutico la malattia diventa di interesse chirurgico, è pur vero però che il rischio operatorio per questi pazienti risulta enormemente accresciuto proprio dalle alterazioni del quadro coagulativo, della protidemia e dalla eventuale presenza di una sindrome epatorenale. Le statistiche riportate da vari Autori, mostrano percentuali di complicazioni e di mortalità operatoria variabili dal tipo di strategia chirurgica adottata, ma pur sempre tali da esprimere l'alto rischio nel trattamento di tali pazienti. La mortalità operatoria varia dal 7% al 12%, la encefalopatia porto-sistemica si sviluppa in percentuali variabili tra il 32% ed il 39% dei pazienti operati, il sanguinamento da varici esofagee ricorre in percentuali oscillanti tra il 4% ed il 27%; cumulativamente la sopravvivenza a

Second World Week of
Professional Updating
in Surgery and in
Surgical and
Oncological
Disciplines of the
University of Milan

University of Milan, Italy
July, 15-21, 1990

5 anni non si dimostra superiore al 30-40% dei casi nelle statistiche più "ottimistiche". Tali risultati si riferiscono essenzialmente agli interventi tradizionali di shunt porto-cava e di anastomosi spleno-renale distale sec. Warren. Sulla base di queste considerazioni, vari Autori hanno proposto strategie terapeutiche "alternative", miranti a ridurre la mortalità operatoria, a migliorare la sopravvivenza e, soprattutto, la qualità di vita dei pazienti. Ci riferiamo, in particolare, alla terapia chirurgica dell'ascite mediante shunt peritoneo-venoso; l'ascite, tra l'altro, ricorre nell'immediato periodo post-operatorio in percentuali variabili tra il 48% ed il 61% dei casi, divenendo spesso refrattaria alla terapia medica e costituendo, quindi, un ulteriore elemento aggravante la prognosi del paziente. Per quel che riguarda le varici esofagee, sebbene siano passati molti anni (1939) dalla proposta iniziale di Crawford e Frenchner circa l'impiego terapeutico della sclerosi endoscopica, tale metodica solo negli ultimi 10 anni ha raggiunto la sua maturità applicativa. Pur essendosi rivelata estremamente efficace nel controllo di varici esofagee sanguinanti, 75-98% dei casi sec. Terblanche, tuttavia essa non costituisce una valida terapia da proporre come profilassi per varici esofagee che non hanno mai sanguinato. D'altra parte, è noto che la terapia richiede trattamenti ripetuti nel tempo, variabile da alcuni giorni (18 sec. Fleig) a diversi mesi (Harris) e mostra limitazioni per quanto riguarda l'eventuale presenza di varici interessanti il fondo gastrico. E' sempre più frequente il suo impiego unitamente a farmaci coadiuvanti (vasopressina) e/o a tamponamento meccanico. Di recente applicazione terapeutica è infine la embolizzazione della arteria splenica nel controllo di vari quadri patologici, correlati all'ipertensione portale, di difficile dominio con le terapie tradizionali (piastrinopenia, splenomegalia.....).

METODICA E RISULTATI

Abbiamo concentrato la nostra attenzione sul trattamento di pazienti cirrotici con quadro di ipertensione portale complicato da: ascite "refrattaria" alla terapia medica, severa splenomegalia con grave piastrinopenia, varici esofagee di grado medio o elevato, non sanguinanti e interessanti anche il fondo gastrico. A nostro avviso, il trattamento chirurgico derivativo tradizionale, in questi pazienti, trova controindicazione dal concorrere di più fattori di rischio: piastrinopenia e deficit coagulativi, disprotidemia severa, sindrome epatorenale ingravescente. D'altra parte, la presenza di varici esofago-gastriche non sanguinanti e senza precedenti sanguinamenti, anche alla luce delle più recenti considerazioni apportate dalla letteratura, non costituisce indicazione al trattamento endoscopico sclerosante. L'ascite "refrattaria" e la concomitante sindrome epatorenale, costituiscono indicazione principe all'impianto dello shunt peritoneo-venoso non esistendo alternative terapeutiche valide, se non le paracentesi ripetute, fonte di aggravamento della disprotidemia e di possibili infezioni. D'altronde, la grave piastrinopenia con severa splenomegalia trova soluzione ottimale con l'embolizzazione della arteria splenica; l'aumento della piastrinemia che si ottiene con questa metodica, consente, altresì, il successivo impianto dello shunt peritoneo-venoso, riducendo il rischio, talvolta mortale, di coagulopatia post-shunt e rende attuabile, e proponibile a nostro avviso, la successiva embolizzazione della vena gastrica sinistra, approccio, questo, senza dubbio più corretto da un punto di vista fisiopatologico ed efficace nei confronti di varici esofagee interessanti anche il fondo gastrico. L'embolizzazione della arteria splenica, inoltre, è in grado di determinare una riduzione dei valori pressori portali valutabile intorno agli 8 cmH₂O, per la riduzione del flusso arterioso splenico che, in seguito all'apertura di shunt artero-venosi intraparenchimali, costituisce una componente aggravante l'ipertensione portale,

(Del Guercio).

Alla luce di queste considerazioni, abbiamo sottoposto 3 pazienti affetti da cirrosi epatica post-epatitica con ipertensione portale complicata, 2 di sesso maschile ed 1 di sesso femminile, con età compresa tra i 55 ed i 65 anni, ad embolizzazione dell'arteria splenica per via trans-femorale con spirali di Gianturco. Successivamente, essendosi determinata, nell'arco di 7 giorni, una elevazione della piastrinemia, con valori medi oscillanti intorno alle 200'000 piastrine/mmc, abbiamo sottoposto gli stessi pazienti a shunt peritoneo-venoso, utilizzando la valvola di Le Veen e adottando la vena giugulare interna come via di drenaggio. Nel decorso post-operatorio si è potuto controllare agevolmente la coagulopatia post-shunt, peraltro manifestatasi clinicamente in un solo caso. A distanza di 30 giorni, stabilizzatasi la situazione emocoagulativa e scomparsa l'ascite, tutti i pazienti sono stati sottoposti ad embolizzazione della vena gastrica sinistra per accesso trans-epatico, con una riduzione significativa delle varici esofago-gastriche evidenziata al controllo endoscopico effettuato a distanza di 3 giorni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a controlli periodici con un follow-up medio che attualmente è di 6 mesi; i controlli prevedono: esami ematochimici e tests coagulativi ogni 15 giorni, ecografia dell'asse epato-spleno-portale ogni 30 giorni, endoscopia esofago-gastrica ogni 60 giorni. Abbiamo potuto fino ad oggi verificare:

- persistenza di valori piastrinemici nei limiti della norma con normalizzazione del quadro emocromocitometrico
- scomparsa dell'ascite con normalizzazione dei parametri di funzionalità renale e miglioramento sensibile dei parametri di funzionalità epatica
- stabile riduzione delle dimensioni spleniche valutata ecograficamente
- persistente riduzione delle varici esofago-gastriche ad un lieve grado, valutato endoscopicamente.

CONCLUSIONI

Considerando che il paziente cirrotico con ipertensione portale complicata è un paziente ad alto rischio chirurgico, noi proponiamo di intraprendere una strategia terapeutica multidisciplinare a scarsa invasività. In particolare, suggeriamo in prima istanza l'embolizzazione della arteria splenica; tale metodica permette di escludere la splenoplinibizione, con conservazione delle proprietà immunomodulanti della milza, contribuendo, altresì, al miglioramento emodinamico dell'asse spleno-portale. Secondariamente, suggeriamo lo shunt peritoneo-venoso di Le Veen per la correzione dell'ascite "refrattaria". Da ultimo è nostra convinzione che l'embolizzazione della vena gastrica sinistra sia la metodica più corretta per ridurre l'incidenza di sanguinamento da varici esofago-gastriche. Va infine sottolineato come questa strategia terapeutica possa in una certa misura favorire il reinserimento del paziente cirrotico nel tessuto sociale, non determinando quadri encefalopatici post-operatori, e possa quindi migliorare sensibilmente la qualità di vita di questi pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Crawford, C. Frenchner, P.
New surgical treatment of varicose veins of the oesophagus.
ACTA OTOLARYNG., 27, 422, 1939
- 2) Terblanche, J.,
Sclerotherapy for prophylaxis of variceal bleeding. LANCET, i, 961, 1986

Second World Week of
Professional Updating
in Surgery and in
Surgical and
Oncological
Disciplines of the
University of Milan

University of Milan, Italy
July 15-21, 1990

3) Harley, H.A.J., Morgan, T., Yellin, A. et al.

Results of a randomized trial of end-to side portocaval shunt and distal splenorenal shunt in alcoholic liver disease and variceal bleeding.
GASTROENTEROLOGY, 91, 802-9, 1986

4) Del Guercio, L.R.M., Hodgson, W.J.B., Morgan, J.C., Berman, H.L., Kinkhabwalla, M.
Splenic artery and coronary vein occlusion for bleeding esophageal varices.
WORLD J. SURG., 8, 680-7, 1984

5) Del Guercio, L.R., Berman, H.L., Katz, S.G., Hodgson, W.J.B.
Bleeding esophageal varices: minilaparotomy with angiography for portoazygous disconnection.
SURG. ROUNDS, 10, 22-30, 1987