

## APPENDICE C

### **Management della Ipertensione portale (Baveno IV consensus Workshop)**

(a cura di F.Russo, UOC di Gastroenterologia dell'A.O. G.Rummo)

Riferimenti: de Franchis R, *Evolving Consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV Consensus Workshop on Methodology and Therapy in Portal Hypertension*, J Hepatol 2005 Jul;43(1):167-76, PubMed ID: [15925423](#), abstract assente.

Gli atti del IV incontro di Baveno sono pubblicati nel volume: Roberto de Franchis (a cura di), *Portal Hypertension IV – Proceedings from the Fourth Baveno International Consensus Workshop*, Oxford, Blackwell Pub., 2006.

L'ipertensione portale è l'alterazione emodinamica, associata alle complicanze più gravi della cirrosi, come l'ascite, l'encefalopatia e l'emorragia da rottura di varici esofago-gastriche. L'emorragia da varici è un'emergenza medica gravata da una mortalità ancora attorno al 20% a sei settimane dall'emorragia.

Per affrontare l'argomento dell'ipertensione portale, a partire dal 1990, sono stati contattati i principali *opinion leader* a Baveno che hanno formato un comitato scientifico, con meetings quinquennali, per elaborare linee guida come punto di riferimento essenziale per tutti coloro che si occupano dell'argomento.

In sintesi dal complesso delle raccomandazioni di Baveno IV emerge :

#### ***Modelli predittivi di ipertensione portale***

- ◆ non ci sono soddisfacenti indicatori non endoscopici della presenza di varici
- ◆ NIEC score è l'unico indice predittore della rottura di varici

#### ***Opzioni terapeutiche nell'ipertensione portale***

- ◆ Tutti i pazienti cirrotici dovrebbero essere sottoposti a screening per varici alla diagnosi di cirrosi (5;D) Timing di screening (ogni 2 anni SE NON CI SONO VARICI )
- ◆ Non c'è indicazione a trattare pazienti con cirrosi senza varici per prevenire la formazione(1b;A)

### ***Profilassi primaria dell'emorragia da varici***

#### *Farmacologico*

Pz con piccole varici con segni rossi o Child C hanno elevato rischio di sanguinamento e traggono beneficio dalla terapia con B-bloccanti non selettivi (5:D)

Pz con varici piccole senza segni rossi non c'è indicazione alla terapia medica

I beta-bloccanti non selettivi riducono il rischio del primo sanguinamento in pazienti con varici esofagee medie e grandi (1a;A)

L'isosorbide mononitrato (ISMN) non può essere somministrato da solo (1a;A)

Non è raccomandata l'associazione ISMN e beta bloccanti (1b;A)

Il monitoraggio dell'HVPG identifica i pz che possono giovare della terapia con beta-bloccanti.

La legatura endoscopica è utile per prevenire l'emorragia da varici esofagee di media e grande dimensione (1a;A)

#### *Endoscopico*

La legatura endoscopica è più efficace dei beta-bloccanti nella prevenzione dell'emorragia ma non influisce sulla sopravvivenza.(1°;A) La legatura endoscopica deve essere riservata ai pz con varici esofagee di medie e grandi dimensioni che hanno controindicazioni all'uso di beta-bloccanti.(1a;A)

### ***Trattamento dell' emorragia da varici***

- ◆ Il paziente deve essere in condizioni emodinamiche stabili infondere plasma expander e/o emazie concentrate per raggiungere un valore di Hb di 8 gr/dl
- ◆ Devono essere disponibili 2 accessi venosi 16 Ga
- ◆ Timing endoscopico entro le 12 ore

### *Farmacologico*

- ◆ Nel sospetto di varici esofagee, devono essere somministrati immediatamente farmaci vasoattivi prima del trattamento endoscopico (1b;A)
- ◆ Bolo di 50 microgrammi di octreotide in vena  
Corrisponde a ½ fiala di Octreotide 0.1 mg  
Procedere come segue:  
prelevare ½ fiala di octreotide 0.1 mg portare a 5 cc in siringa con fisiologica e iniettare in bolo.
- ◆ Terlipressina 2mg/ev in bolo e 2mg ogni 4h /24h

### Endoscopico

#### Varici esofagee

- ◆ Effettuare legatura varici come prima scelta ( in alternativa polidocanolo 1% massimo 20 ml)
- ◆ Sonda di S.B. solo per sanguinamento incontrollato

#### **Varici gastriche**

- ◆ cianoacrilato

#### Fallimento del trattamento

- Ematemesi (sangue rosso) dopo 2 ore dal trattamento farmacologico + endoscopico
- Perdita di 100 ml di sangue fresco nel SNG se posizionato
- Perdita di 3 gr di Hb se non è stata praticata trasfusione di emazia

- Morte
- $ABRI \geq 0.75$  Calcolare se è stata effettuata trasfusione di emazia

$$ABRI = \frac{\text{n}^\circ \text{ Unit\`a di sangue trasfuso}}{(\text{Ht finale} - \text{Ht iniziale}) + 0.1}$$

Procedere con 2° tentativo di trattamento endoscopico o passare a

- TIPS o shunt chirurgico per Child A/B
- Se controindicazione alla chirurgia solo TIPS
- OLTx in Child B/C .± La TIPS (4C)

### ***Se terapia ha avuto successo (profilassi secondaria)***

1. Controllo endoscopico legatura dopo settimana (6 giorno)± beta-bloccanti
2. Continuare legatura varici settimanalmente fino ad eradicazione
3. Controllo endoscopico post eradicazione a 3 mesi e 6 mesi

### **Terapia in degenza dopo sanguinamento acuto**

#### **1) Octreotide**

terapia per 5 giorni.

N° 6 fiale di octreotide 0.1 mg in 500 cc di fisiologica x 2/ die x due giorni (totale 48 ore)

Infondere a 41 ml /ora e.v.

Passare a 100 microgrammi di octreotide ( fiale da 0.1 mg) s.c. ogni 8 ore x 72 ore ( 3 giorni)

#### **Oppure se somministrata terlipressina**

terlipressina 1mg/4h e.v per 5 gg

#### **2) Antibiotico terapia sempre**

- Norfloxacin 400 mg x2 /die x 7 gg x os
- Ciprofloxacina 500 mgx2/die x 7 gg x os

Via sistemica solo se via orale non accessibile

Se presente encefalopatia somministrare

#### **3) Lattulosio o PEG per os**

4) **ARR** 1000 cc /die ev a goccia lenta devono durare 24 ore ( se manca la via venosa gli ARR vanno dati per os)

5) negli etilisti

Tiamina 50-250mg/die

## MONITORAGGIO

**\*\*Richiedere**

1. emocromo ogni 6 ore per i primi 2 giorni e ogni 12 ore per i tre giorni successivi
2. elettroliti ( Na, K, Po4--, Mg++, Ca++) ogni 24 ore  
\* nelle sacche di emazia c'e l'EDTA chelante del calcio
3. azotemia , creatininemia
4. Monitoraggio urine 24 ore con catetere (output non inferiore a 50ml/)

### ***Profilassi secondaria***

Inizia il 6 giorno dopo il sanguinamento da varici esofagee

1) Pazienti cirrotici che non hanno fatto uso di beta-bloccanti

- ◆ aggiungere beta-bloccanti + legatura

2) Pazienti cirrotici che hanno fatto uso di beta-bloccanti

- ◆ Fare legatura

3) Pazienti cirrotici intolleranti o con controindicazioni ai B bloccanti

- ◆ Legatura

4) Pazienti cirrotici con gastropatia ipertensiva

- ◆ Beta-bloccanti

N.B.

### **Controindicazioni ai beta-bloccanti**

•Malattia polmonare

Broncopneumopatia cronico-ostruttiva

Asma

•Malattia cardio-vascolare

Infarto

Blocco atrio-ventricolare di 2° grado  
Bradycardia sinusale, 50 bpm  
Arteriopatia periferica

- Stenosi aortica
- Diabete mellito insulino-dipendente
- Psicosi

### **Intolleranza ai beta-bloccanti**

Ipotensione associata con

- 1) Stordimento/vertigini
- 2) Astenia
- 3) Dispnea + Broncospasmi
- 4) Dispnea + Infarto
- 5) Encefalopatia epatica
- 6) Intolleranza gastrica