

Ascite

RIASSUNTO

L'ascite è causata da un accumulo patologico di fluido nel cavo peritoneale e rappresenta una delle complicanze più comuni della cirrosi epatica. Lo sviluppo di ascite è il frutto dell'interazione tra sistemi vasoattivi endogeni, pressione del circolo portale e funzione renale. La formazione di ascite nel paziente cirrotico può essere spiegata con tre teorie, quella del *backward*, quella dell'*overflow*, e quella della *vasodilatazione arteriosa periferica*. Nell'evoluzione della cirrosi scompensata, i meccanismi compensatori dell'organismo provocano effetti negativi sulla funzionalità renale (ritenzione di sodio e acqua libera, ridotta velocità di filtrazione glomerulare) fino alla sindrome epatorenale. Nel paziente trapiantato di fegato, lo sviluppo o la presenza di ascite è il risultato della mancata inversione dei disturbi emodinamici e dell'insufficienza renale funzionale che si verifica nei pazienti con cirrosi scompensata. L'eziologia dello sviluppo di ascite persistente dopo trapianto può essere ricondotta a: traumatismo chirurgico, disparità nella dimensione del fegato tra ricevente e donatore, dimensione dei vasi anastomizzati, rigetto acuto del graft, complicanze postoperatorie (trombosi venose, infezioni e raccolte addominali, fistola biliare, ascite chilosa, recidiva della malattia di base o cirrosi de novo, tumori de novo). Nei pazienti con ascite di nuova insorgenza o clinicamente rilevabile è consigliata la paracentesi diagnostica eseguendo su liquido ascitico, in primis, la conta delle cellule figurate, il livello di albumina e di proteine totali e l'esame colturale; eventuali esami aggiuntivi specie se la causa dell'ascite è sconosciuta: amilasi, bilirubina, trigliceridi, glucosio, ematocrito e citologia. La terapia dell'ascite prevede la *restrizione dietetica del sodio*, *l'eliminazione agenti nefrotossici*, *l'uso di diuretici eventualmente associati alla infusione di albumina umana*. La paracentesi di volume elevato è la terapia di prima linea in pazienti con ascite di grandi dimensioni. Nei pazienti con ascite non rispondente alla terapia medica può essere utile il confezionamento di uno shunt porto-sistemico intraepatico transgiugulare per via radiologica (TIPS).

TRATTAMENTO DELL'ASCITE

Il trattamento dell'ascite con SAAG (Gradiente Siero Ascitico dell'Albumina) basso mira alla risoluzione del problema sottostante. Indipendentemente dalla causa dell'ascite a basso SAAG, la paracentesi terapeutica rimane il trattamento principale. Il confezionamento di uno shunt portosistemico intraepatico transgiugulare (TIPS), che mira a ridurre il gradiente porto-sistemico, è inefficace oltre che rischioso e spesso controindicato dal momento che l'ascite a basso SAAG non è attribuibile ad un quadro di ipertensione portale. Il controllo dell'epatopatia di base nei pazienti con cirrosi può determinare una migliore funzionalità epatica e una diminuzione dell'ipertensione portale, e occasionalmente migliorare il controllo dell'ascite.

1. **Restrizione dietetica del sodio**
2. **Eliminazione di agenti nefrotossici**
3. **Diuretici**
4. **Monitoraggio dei pazienti in terapia diuretica**
5. **Albumina**
6. **Paracentesi**
7. **Shunt portosistemico intraepatico transgiugulare (TIPS)**

La TIPS è uno shunt porto-sistemico radiologico che riduce efficacemente la pressione portale. Diversi grandi studi multicentrici, randomizzati e controllati hanno confrontato la TIPS con LVP (Large Volume Paracentesis) seriate. Tutti hanno riportato un migliore controllo dell'ascite nei gruppi TIPS rispetto ai gruppi paracentesi, ma anche tassi più frequenti o più gravi di encefalopatia epatica. Attualmente, un approccio ragionevole sembra essere quello di posizionare un TIPS in pazienti con ascite refrattaria che richiedono LVP più spesso di una volta al mese.

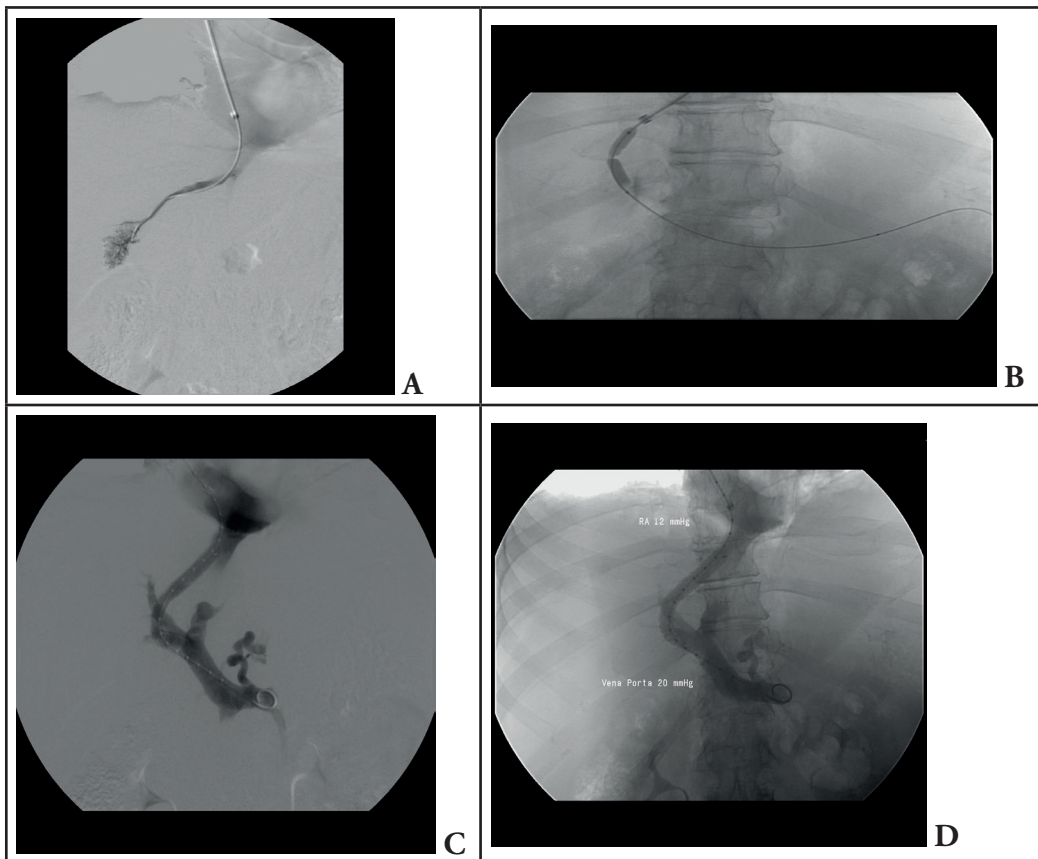


Figura QR 21.1: Posizionamento di TIPS. A) Identificazione della vena sovraepatica (nel caso in figura vena sovraepatica destra). B) Dopo identificazione ecografica del ramo portale adiacente, puntura dello stesso e dilatazione del tramite creato con catetere a palloncino. C) Posizionamento dello stent metallico tra vena sovraepatica e ramo portale e sua dilatazione. D) Portografia finale con misurazione del gradiente tra atrio destro e ramo portale (HPVG = 8 mmHg).

8. Ascite nel trapianto di fegato

In generale, i concetti di trattamento seguono principi comparabili a quelli del setting pre-trapianto con l'eccezione delle ostruzioni del flusso ematico venoso associate al trapianto o rare complicanze postoperatorie come l'ascite chilosa. Diverse piccole serie suggeriscono che le ostruzioni dell'outflow possono essere trattate con successo con procedure endovascolari, specialmente dopo il trapianto di fegato. In contesti simili, il trattamento con TIPS è stato valutato in diverse serie e case reports, suggerendo un esito favorevole.

Di seguito viene riportato un **Algoritmo Trattamento dell'ascite**:



AUTOVALUTAZIONE

1. La comparsa di ascite nel paziente trapiantato di fegato:

- a. è una complicanza rara e mai legata a problemi chirurgici
- b. compare sempre tardivamente causata dalla recidiva della malattia di base
- c. può essere causata da infezioni o raccolte intraaddominali o da problemi vascolari
- d. non richiede terapia specifica

2. La paracentesi diagnostica:

- a. Deve essere sempre effettuata nei pazienti con ascite ecograficamente presente
- b. Si raccomanda a tutti i pazienti con ascite di nuova insorgenza o clinicamente rilevabile
- c. Va effettuata solo nel sospetto di peritonite batterica spontanea
- d. Non va mai effettuata per il rischio di infezione del paziente cirrotico

3. La terapia dell'ascite:

- a. prevede la combinazione di diuretici, albumina e, se necessario, paracentesi di ampio volume
- b. non richiede in nessun caso la somministrazione di albumina
- c. prevede solo il drenaggio del liquido ascitico con paracentesi
- d. viene effettuata solo con diuretici risparmiatori di potassio per evitare l'ipokaliemia

a. La terapia dell'ascite nel trapianto di fegato:

- a. segue i principi generali dell'ascite nel paziente cirrotico
- b. può richiedere il posizionamento di una TIPS
- c. deve prima escludere cause chirurgiche scatenanti
- d. tutte le precedenti

Risposte esatte: 1/c – 2/b – 3/a – 4/d

BIBLIOGRAFIA

- Sherlock A, Shaldon S. The aetiology and management of ascites in patients with hepatic cirrhosis: a review. *Gut* 1963;4:95–105.
- Runyon BA, AASLD practice guidelines. management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. *Hepatology* 2009;49:2087–107.
- European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol* 2010;53:397–417.
- Salerno F, Merli M, Riggio O, et al. Randomized controlled study of TIPS vs. paracentesis plus albumin in cirrhosis with severe ascites. *Hepatology* 2004;40:629–35.
- Stewart CA, Wertheim J, Olthoff K et al: Ascites after liver transplantation--a mystery. *Liver Transpl*, 2004; 10: 654 60.