



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE
NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE
CON EMORRAGIA
DIGESTIVA SUPERIORE**

Relatore: Dott.ssa
FRANCESCA BARBARINI

Tesi di Laurea di:
YLENIA FRESCHI

A.A. 2020/2021

INDICE

CAPITOLO 1 – Introduzione	1
CAPITOLO 2 – Obiettivo	4
2.1 Stratificazione del rischio	4
CAPITOLO 3 – Materiali e metodi	6
3.1 Quesito di ricerca.....	6
3.2 Ricerca e selezione della letteratura	6
3.3 Criteri di selezione del materiale.....	7
CAPITOLO 4 – Risultati	9
CAPITOLO 5 – Discussione	14
5.1 Prevenzione primaria e secondaria dell'emorragia da varici esofagee	15
5.2 Nuove tecniche di trattamento endoscopico nel sanguinamento gastrointestinale superiore	18
5.3 Trattamento endoscopico e farmacologico.....	23
5.4 Endoscopia e ruolo dell'infermiere	26
CAPITOLO 6 – Conclusioni	29
BIBLIOGRAFIA	30
SITOGRAFIA	33

CAPITOLO 1 – Introduzione

Nel corso dei tre anni, ho svolto il mio tirocinio presso il Polo Endoscopico e da qui è scaturita in me la curiosità di parlare di un fenomeno alquanto importante, del quale non avevo nessuna conoscenza scientifica. Ciò mi ha portata alla decisione di affrontare il presente lavoro come prodotto di tesi finale del mio percorso di studi.

La tesi è stata redatta con lo scopo di andare a condurre una revisione della letteratura presente, riguardante la gestione del paziente con emorragia digestiva superiore, partendo dalla prevenzione. Il tema che verrà affrontato sarà relativo al sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore, in particolar modo riguarderà il sanguinamento delle varici esofagee e l'utilizzo dell'endoscopia, non solo come mezzo diagnostico bensì terapeutico, mettendolo in relazione al trattamento farmacologico. Verrà data in aggiunta particolare importanza al ruolo dell'infermiere nel farsi carico di questi pazienti, riducendo al minimo il rischio di un eventuale risanguinamento a seguito dell'avvenuta procedura.

Le emorragie gastrointestinali, conclamate ed occulte, possono originarsi in qualsiasi punto dell'organismo, partendo dalla bocca fino ad arrivare all'ano, manifestandosi in base alla sede e all'entità del sanguinamento, rilevabile con l'esame chimico di un campione di feci. In condizioni particolari, se il sanguinamento è acuto e grave, si possono presentare segni di shock.

Le cause che determinano queste emorragie sono molteplici, distinte a seconda dell'origine, la quale può essere identificata nel tratto gastrointestinale superiore (sopra il legamento di Treitz), nel tratto gastrointestinale inferiore e nell'intestino tenue.

Ogni anno si verificano da 50 a 150 casi / 100.000 abitanti di emorragia digestiva superiore e circa 20 casi / 100.000 abitanti di emorragia digestiva inferiore, rappresentando un'evenienza sempre più frequente che impegna le strutture sanitarie.¹

¹ Consiglio Sanitario Regionale, "Linee guida per la diagnosi e la cura delle emorragie digestive", (2011/2015).

Ematemesi, vomito coffeeo, melena e rettorragia rappresentano i sintomi principali delle emorragie gastrointestinali e possono esternarsi singolarmente o in maniera combinata, accompagnati da presenza di fastidio addominale, perdita di peso, anemia. Alcuni dei segni e sintomi sopracitati, possono essere risultati di precedenti colonscopie o endoscopie.

L'anamnesi patologica remota deve indagare la presenza di un pregresso sanguinamento gastrointestinale, diagnosticato o meno, il quale potrebbe derivare da una malattia infiammatoria intestinale, da patologia epatica nota o dall'uso di eventuali farmaci che aumentano la probabilità di sanguinamento.

Il sanguinamento gastrointestinale superiore acuto è suddiviso in cause non varicose e variche. Quelle più comuni sono quelle non varicose, le quali includono: ulcere peptiche, 28% - 59% (ulcera duodenale 17%-37% e ulcera gastrica 11%-24%); malattia erosiva della mucosa di esofago/stomaco/duodeno, 1%-47%; la sindrome di Mallory-Weiss, 4%-7%; tumori maligni del tratto gastrointestinale superiore, 2%-4%; altre diagnosi, 2%-7%; o nessuna precisa causa identificata, 7%- 25%. Inoltre, nel 16%-20% dei casi di EDS (emorragia digestiva superiore) non varicosa, più di una diagnosi endoscopica può essere identificata come causa di sanguinamento.²

L'emorragia varicosa del tratto gastrointestinale superiore ha un tasso di incidenza del 7% all'anno ed è associata ad una mortalità del 20% entro sei settimane dall'episodio emorragico acuto, situazione facilmente rilevabile in soggetti anziani e con comorbidità.

Per confermare la diagnosi di un sospetto sanguinamento possono essere eseguiti diversi esami, distinguendo i pazienti con una perdita di sangue importante o occulta, ai quali viene eseguito un emocromo che può essere ripetuto fino a 6 ore, da pazienti con un'emorragia più grave, per i quali è necessario anche lo studio della coagulazione

² Ian M. Gralnek^{1,2}, Jean-Marc Dumonceau³, Ernst J. Kuipers⁴, Angel Lanas⁵, David S. Sanders⁶, Matthew Kurien⁶, Gianluca Rotondano⁷, Tomas Hucl⁸, Mario Dinis-Ribeiro⁹, Riccardo Marmo¹⁰, Istvan Racz¹¹, Alberto Arezzo¹², Ralf-Thorsten Hoffmann¹³, Gilles Lesur¹⁴, Roberto de Franchis¹⁵, Lars Aabakken¹⁶, Andrew Veitch¹⁷, Franco Radaelli¹⁸, Paulo Salgueiro¹⁹, Ricardo Cardoso²⁰, Luís Maia¹⁹, Angelo Zullo²¹, Livio Cipolletta²², Cesare Hassan²³, "Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline", (2015).

(conta piastrinica, tempo di protrombina, tempo di tromboplastina parziale) e degli esami epatici (bilirubina, fosfatasi alcalina, albumina, AST, ALT), per poi procedere con la tipizzazione e le prove crociate.

A seguito di quanto riportato dagli esami, se il paziente ha un sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore, verrà sottoposto ad esofagogastroduodenoscopia (EGDS) o aspirazione e lavaggio nasogastrico.

Essendo l'endoscopia un esame sia diagnostico che terapeutico, deve essere eseguito in emergenza entro 2-6 ore, d'urgenza entro 12-24 ore, o rinviato di 24 ore se il sanguinamento si arresta.

Quando si esegue un aspirato nasogastrico e si rileva la presenza di materiale caffeeano il sondino viene rimosso, in quanto il sanguinamento si è arrestato; viceversa, viene lasciato in sede come monitoraggio.

Nel caso in cui si presenti un sanguinamento del tratto gastrointestinale inferiore, il paziente verrà sottoposto a colonscopia.

CAPITOLO 2 – Obiettivo

L'obiettivo della ricerca verifica come sia importante l'utilizzo delle tecniche endoscopiche per ridurre il sanguinamento da varici esofagee e si concentra sulle strategie aggiornate, basate sull'evidenza per la stratificazione del rischio e la gestione iniziale del paziente prima dell'endoscopia, per il sanguinamento acuto del tratto gastrointestinale superiore.

Per gestire il paziente in condizioni di emergenza è necessaria la presenza di un team coordinato, composto da anestesisti, infermieri, endoscopisti e radiologi interventisti, in grado di valutare tempestivamente lo stato emodinamico, mettendo in atto la fase diagnostica-laboratoristica, la terapia medica necessaria e scegliere il timing e la modalità dell'esame endoscopico. La corretta collaborazione del team permette un monitoraggio costante del paziente evitando potenziali aggravamenti, come ipovolemia e anemia.

2.1 Stratificazione del rischio

L'endoscopia del tratto digerente superiore, nonostante risulti essere un metodo invasivo, rimane il Gold Standard per la rilevazione di varici esofagee ed inoltre permette la valutazione del rischio di sanguinamento.

Le linee guida della Società Europea di Endoscopia Gastrointestinale (ESGE), raccomandano l'uso di strumenti di stratificazione del rischio validati, per classificare i pazienti in gruppi ad alto e basso rischio. Inoltre, risultano essere utili nel valutare le complicanze severe e la necessità di intervento.³

Le decisioni cliniche che vengono prese in considerazione per quanto riguarda il timing dell'endoscopia e la dimissione del paziente dall'ospedale, dipendono dall'esecuzione della stratificazione del rischio.

³ Ian M. Gralnek^{1,2}, Jean-Marc Dumonceau³, Ernst J. Kuipers⁴, Angel Lanas⁵, David S. Sanders⁶, Matthew Kurien⁶, Gianluca Rotondano⁷, Tomas Hucl⁸, Mario Dinis-Ribeiro⁹, Riccardo Marmo¹⁰, Istvan Racz¹¹, Alberto Arezzo¹², Ralf-Thorsten Hoffmann¹³, Gilles Lesur¹⁴, Roberto de Franchis¹⁵, Lars Aabakken¹⁶, Andrew Veitch¹⁷, Franco Radaelli¹⁸, Paulo Salgueiro¹⁹, Ricardo Cardoso²⁰, Luís Maia¹⁹, Angelo Zullo²¹, Livio Cipolletta²², Cesare Hassan²³, "Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline", (2015).

Esistono degli appositi sistemi di score che vengono rappresentati dal Glasgow Blatchford Score (GBS), per valutare il rischio pre-endoscopico, con un punteggio compreso tra 0 e 23 e dal Rockall Score, utilizzato a seguito dell'endoscopia, con un punteggio compreso tra 0 e 11.

Coloro che risultano avere un punteggio del Glasgow Blatchford Score 0, sono classificati come pazienti a basso rischio, pertanto non richiedono un'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) urgente né ricovero ospedaliero, al contrario di chi invece presenta uno score maggiore di 0.

A seguito dell'esame invece, se dallo Score di Rockall si ottiene un valore maggiore o uguale a 2 il paziente è a rischio di risanguinamento o di morte.

In entrambe i sistemi di score utilizzati devono essere presi in considerazione i fattori di rischio presenti al momento del ricovero, ovvero i parametri vitali alterati, le malattie cardiache, l'azotemia e l'emoglobina, la quale avrà valori diversi a seconda del sesso della persona, e quelli presenti a seguito dell'esame stesso, rappresentati dalla diagnosi del paziente caratterizzata dalla presenza di neoplasie del tratto gastrointestinale superiore o segni di emorragie recenti. In quest'ultimo score, è importante tenere presente l'età del paziente.

Al momento della dimissione, il paziente dovrebbe essere informato su un eventuale rischio di risanguinamento, in particolar modo se lo score risulta essere elevato.

CAPITOLO 3 – Materiali e metodi

3.1 Quesito di ricerca

Il sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore da varici che caratterizza la popolazione, può influire in maniera negativa sulla qualità di vita. Il trattamento endoscopico, rispetto a quello farmacologico, nel paziente con emorragia digestiva superiore risulta essere efficace e aumenta il benessere della persona stessa?

P	Paziente	Paziente con emorragia digestiva superiore
I	Intervento	Trattamento endoscopico
C	Confronto	Trattamento farmacologico
O	Outcome	Efficacia, benessere

3.2 Ricerca e selezione della letteratura

La ricerca della letteratura è stata svolta dal 21/06/2021 al 10/08/2021 nelle banche dati di PubMed utilizzando parole libere e termini MeSH.

Sono state consultate le banche dati di linee guida come le linee guida della Società Europea di Endoscopia Gastrointestinale (ESGE), le linee guida per la diagnosi e cura delle emorragie digestive ed Evidence (open access journal published by the GIMBE Foundation).

Inoltre, il documento di testo preso in esame è stato Nursing medico-chirurgico (Brunner & Suddarth).

3.3 Criteri di selezione del materiale

Mettendo insieme i risultati delle stringhe di ricerca, si è ottenuto un totale di 1213 articoli; ne sono stati esclusi applicando i criteri di selezione n° 1088 perché non pertinenti, prendendo in considerazione n° 125 articoli.

La pertinenza al tema di studio, la tipologia di rivista e la tipologia di studio sono stati i criteri di selezione del materiale. La pertinenza al tema di studio comprende il sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore, il sanguinamento da varici esofagee, la tempistica dell'endoscopia, la legatura di varici, il trattamento farmacologico, la prevenzione primaria e secondaria, la gestione del paziente con sanguinamento da varici esofagee e il ruolo dell'infermiere. Nel secondo caso, si è preferita la scelta di riviste relative all'area gastroenterologica e per quanto riguarda la tipologia di studio, si è fatto riferimento a trial terapeutici, studi sperimentali, studi di revisioni sistematiche.

Degli articoli inclusi, considerati idonei ai criteri di selezione, ne sono stati letti i titoli e gli abstract eseguendo un'ulteriore scrematura, utilizzando criteri di inclusione ed esclusione eliminandone n° 110, poiché non idonei o duplicati.

Criteri di inclusione:

- Pazienti adulti con cirrosi epatica
- Pazienti con precedente storia di sanguinamento da varici esofagee
- Endoscopia eseguita nel corso delle 24h o tra le 6 e le 24h

Criteri di esclusione:

- Pazienti senza precedenti storie di sanguinamento da varici
- Precedenti di sanguinamento solo da varici gastriche
- Pazienti sottoposti a trapianto di fegato

Il percorso di ricerca bibliografica rappresentato nella Figura 1 tiene conto dei n° 15 articoli estratti dalle banche dati e inclusi nella revisione sistematica, ai quali vengono aggiunti n° 10 articoli tratti dalle linee guida ed altri documenti presi in esame, raggiungendo un totale di n° 25 articoli.

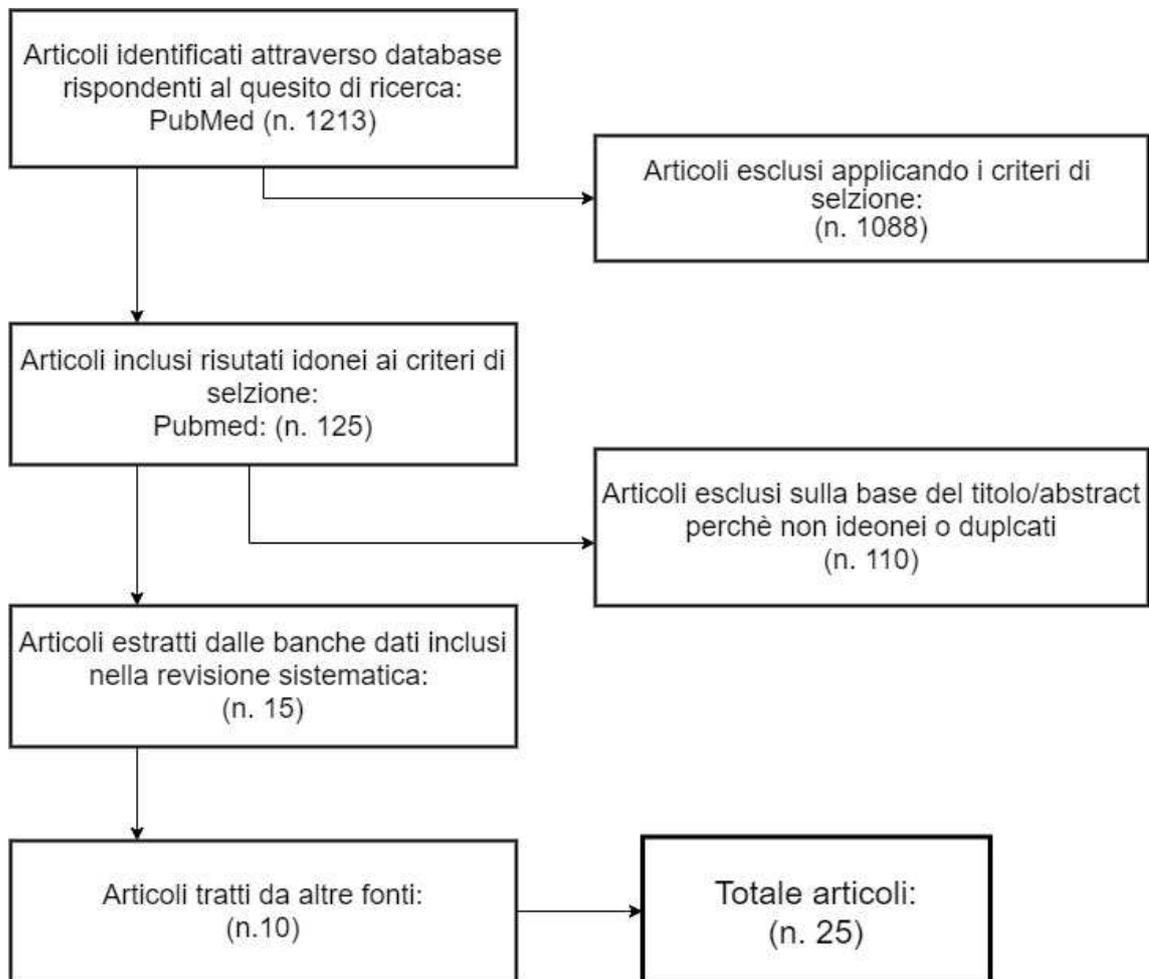


Figura 1.

CAPITOLO 4 – Risultati

Di seguito vengono descritti gli articoli principali impiegati per la stesura dell'elaborato, pubblicati negli ultimi 10 anni, utilizzando PubMed e le linee guida. Essi, una volta analizzati hanno riportato i seguenti risultati:

1. **“Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: Randomized controlled trial, the New England journal of Medicine, 2020, James Y W Lau, Yuanyuan Yu, Raymond S Y Tang, Heyson C H Chan, Hon-Chi Yip, Shannon M Chan, Sally W Y Luk, Sunny H Wong, Louis H S Lau, Rashid N Lui, Ting T Chan, Joyce W Y Mak, Francis K L Chan, Joseph J Y Sung”.**

Questo studio controllato e randomizzato è in grado di dimostrare come l'endoscopia urgente incide sul miglioramento delle condizioni della persona, riducendone la mortalità associata al rischio di ulteriore sanguinamento o di morte. Pertanto, si sono presi in considerazione 516 pazienti che in maniera casuale sono stati sottoposti ad endoscopia urgente entro 6 ore o endoscopia precoce tra le 6-24 ore. L'endpoint consiste nella morte per qualsiasi causa entro 30 giorni.

La mortalità a 30 giorni è stata dell'8,9% (23 su 258) nel gruppo di endoscopia urgente e del 6,6% (17 su 258) nel gruppo dell'endoscopia precoce. Da ciò, deriva che l'endoscopia eseguita entro 6 ore dal consulto, non è stata associata ad una mortalità a 30 giorni inferiore rispetto all'endoscopia eseguita tra le 6 e le 24 ore dopo il consulto.

2. **“Endoscopic band ligation versus pharmacological therapy for variceal bleeding in cirrhosis: a meta-analysis, Can journal of gastroenterology, 2011, Lan Li, Chaohui Yu, Youming Li”.**

In questa metanalisi si mettono in relazione due trattamenti, in particolar modo, la legatura delle bande endoscopiche (EBL) e la terapia farmacologica, utilizzate per la profilassi primaria e secondaria dell'emorragia varicea. Vengono così presi in considerazione 12 studi che confrontano EBL con beta-bloccanti per la

prevenzione primaria e 6 studi che confrontano l'EBL con beta-bloccanti più isosorbide mononitrato, per la prevenzione secondaria. Nel primo caso non vi è alcuna differenza significativa nel sanguinamento gastrointestinale, morti per tutte le cause o decessi correlati al sanguinamento. Nel secondo caso non vi è alcun effetto né sul sanguinamento gastrointestinale né sul sanguinamento delle varici. Pertanto, dallo studio si apprende che quest'ultimo non è diverso tra i due gruppi studiati e che sia EBL che i beta-bloccanti possono essere considerati trattamenti di prima linea per prevenire il primo sanguinamento da varici, mentre i beta-bloccanti più isosorbide mononitrato possono essere la scelta migliore per la prevenzione del risanguinamento.

3. **“Role of band ligation for secondary prophylaxis of variceal bleeding: systematic review, World journal of gastroenterology, 2018, Ioanna Aggeletopoulou, Christos Konstantakis, Spilios Manolakopoulos, Christos Triantos”.**

Questa revisione ha permesso di valutare l'efficacia della legatura delle bande nella profilassi secondaria del sanguinamento da varici, prendendo in considerazione 10 studi pubblicati dal 2010 al 2017. Essa, ha determinato l'efficacia del trattamento grazie all'utilizzo dei beta-bloccanti in associazione con la legatura delle bande, sostituendo la scleroterapia endoscopica.

4. **“Endoscopic Variceal Sequential Ligation Does Not Increase Risk of Gastroesophageal Reflux Disease in Cirrhosis Patients: systematic review, Official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society, 2019, Jin Tao, JianZhong Li, XiaoLiang Chen, YunWei Guo, Hong Tian, XiuQing Wei, FengPing Zheng, ZhuoFu Wen, Bin Wu”.**

Questa revisione sistematica permette di andare ad esplorare le alterazioni della funzione motoria esofagea e il rischio di reflusso gastroesofageo, dopo la legatura endoscopica di varici. Vengono pertanto presi in considerazione 21 pazienti con cirrosi epatica e varici esofagee, utilizzando manometria e monitoraggio pH 24h su 24, un giorno prima e un mese dopo la legatura endoscopica di varici (EVLS). Il reflusso anormale rilevato mediante monitoraggio del pH nelle 24h si è

verificato in 10 pazienti pre-EVLS e in 11 pazienti post-EVLS. Sebbene la legatura endoscopica di varici influenzi la motilità esofagea riducendo la pressione dello sfintere esofageo inferiore (LES), non induce anomalie motorie né aumenta il rischio di malattia da reflusso gastroesofageo anormale nei pazienti con cirrosi.

5. **“Non-invasive laboratory, imaging and elastography markers in predicting varices with high risk of bleeding in cirrhotic patients: studio prospettico, Romanian journal of internal medicine, 2021, Ana Petrisor, Ana Maria Alexandra Stanescu, Ioana Raluca Papacocea, Eugenia Panaitescu, Razvan Peagu, Alexandru Constantin Moldoveanu, Carmen Fierbinteanu-Braticevici”.**

Lo studio prospettico preso in considerazione permette di identificare gli esami non invasivi a cui sottoporre i pazienti con cirrosi, per la rilevazione di varici esofagee e la valutazione del rischio di sanguinamento, confrontandoli con l’endoscopia, che al contrario risulta essere un metodo invasivo. Si fa riferimento a 130 pazienti cirrotici, i quali vengono sottoposti a diversi esami: emocromo, coagulazione ed elastografia della milza.

L’elastografia della milza come l’endoscopia, vengono eseguite in tutti i pazienti esaminati tanto da classificarli in due gruppi: il primo è composto da 102 pazienti con varici, a basso rischio di sanguinamento mentre il secondo è composto da 28 pazienti con varici, ad alto rischio di sanguinamento. Nella conclusione si afferma che la rigidità della milza visionata per mezzo dell’elastografia, è il miglior parametro che predice la presenza di varici esofagee ad alto rischio, in quanto risultano essere correlate tra loro.

6. **“Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline, 2015, Ian M. Gralnek, Jean-Marc Dumonceau, Ernst J. Kuipers, Angel Lanas, David S. Sanders, Matthew Kurien, Gianluca Rotondano, Tomas Hucl, Mario Dinis-Ribeiro, Riccardo Marmo, Istvan Racz, Alberto Arezzo, Ralf-Thorsten Hoffmann, Gilles Lesur, Roberto de Franchis, Lars**

Aabakken, Andrew Veitch, Franco Radaelli, Paulo Salgueiro, Ricardo Cardoso, Luís Maia, Angelo Zullo, Livio Cipolletta, Cesare Hassan”.

Queste linee guida consentono l'utilizzo di appositi sistemi di score come il Glasgow Blatchford Score (GBS), per valutare inizialmente i pazienti a rischio che richiedono un trattamento immediato, rispetto a coloro che possono essere trattati ambulatorialmente ed il Rockall score, per coloro che sono a rischio di ripresentare un eventuale sanguinamento. Gli studi utilizzati nelle linee guida hanno dimostrato che il GBS identifica correttamente il 98% (95% CI 89%–100%) di quei pazienti che non richiedono alcun intervento immediato, mentre l'utilizzo del Rockall score permetteva l'identificazione dell'83% (95% CI 71%–91%) di essi.

7. **“[Prevention of esophageal variceal bleeding]: systematic review, The Korean journal of Gastroenterology, 2010, Chang Hyeong Lee”.**

Questa revisione sistematica vuole evidenziare il trattamento preventivo nei confronti del sanguinamento da varici esofagee, da mettere in atto nei pazienti con cirrosi epatica ad alto rischio di sanguinamento e di recidiva. A seconda delle condizioni cliniche del paziente e dallo sviluppo delle varici esofagee, come trattamento preventivo possono essere utilizzati farmaci beta-bloccanti non selettivi e la legatura endoscopica, se quest'ultimi risultano essere controindicati o non tollerati dalla persona stessa. Pertanto, una combinazione di questi due trattamenti può essere l'opzione migliore, nonostante risultino essere necessarie ulteriori opzioni terapeutiche che combinino maggiore efficacia, migliore tolleranza e minori effetti collaterali.

8. **“The role of a multidisciplinary team in the management of portal hypertension, BMC Gastroenterology, 2020, Yujen Tseng, Lili Ma, Minzhi Lv, Tiancheng Luo, Chengfeng Liu, Yichao Wei, Chu Liu, Ji Zhou, Zhiping Yan, Pengju Xu, Guohua Hu, Hong Ding, Yuan Ji, Shiyao Chen, Jian Wang”.**

Questo studio prende in considerazione la presenza di un team multidisciplinare (MDT) fornendo cure personalizzate e mirate al paziente su misura per le condizioni, le circostanze e le aspettative di ogni individuo. Si sono presi in considerazione pazienti indirizzati alla clinica MDT e sono stati seguiti per 12 mesi, confrontati poi con pazienti non MDT. La sopravvivenza globale e il sanguinamento da varici è stato confrontato tra i due gruppi, ottenendo così un tasso di sanguinamento di varici più elevato nel gruppo non MDT rispetto a coloro sottoposti alla clinica MDT, senza osservare nessuna differenza relativa alla sopravvivenza globale.

CAPITOLO 5 – Discussione

Dall'analisi degli studi ricercati nella revisione della letteratura è emerso che l'endoscopia incide sul miglioramento delle condizioni della persona arrestando il sanguinamento, riducendone i vari effetti negativi e la mortalità associata al rischio di recidiva o di morte. Tale tecnica, non rappresenta solo un modo per avere una migliore qualità di vita, ma è anche un mezzo che permette di affrontare con maggiore padronanza il progredire della patologia.

Il trattamento preventivo utilizzato nei confronti del sanguinamento da varici deve essere preso in considerazione a seconda del loro stadio e delle condizioni cliniche del paziente, somministrando sia i beta-bloccanti non selettivi che eseguendo la legatura delle bande endoscopiche. Essendo terapie alquanto efficaci, perfino combinate tra loro, rappresentano la scelta migliore, dato che non si sono dimostrati eventi piuttosto significativi relativi ad eventuali recidive ed ai decessi, sostituendo così la scleroterapia endoscopica. La legatura endoscopica costituisce l'argomento cardine nonostante influenzi la motilità esofagea riducendo la pressione dello sfintere esofageo inferiore (LES), benché non sia in grado di indurre né anomalie motorie né aumentare il rischio di malattia da reflusso gastroesofageo anormale nei pazienti con cirrosi.

Nonostante ciò, sono da tenere in considerazione anche le nuove tecniche da poter mettere in atto, nel caso in cui ci fossero particolari condizioni.

Riveste particolare importanza persino l'elastografia splenica, una tecnica non invasiva scarsamente eseguita, nonostante al pari dell'endoscopia, è in grado di identificare la presenza di varici esofagee e il loro rischio di sanguinamento. Quest'ultima permette di verificare in tempo reale l'elasticità e la struttura dei tessuti, attraverso l'applicazione di una leggera compressione del tessuto stesso, utilizzando un trasduttore. La deformazione indotta dalla compressione esercitata sul tessuto è in grado di stimare la durezza o al contrario la fragilità di esso. Con ciò, è possibile affermare che tanto più la rigidità dell'organo è marcata e tanto più è alta la probabilità di verificare la presenza di varici esofagee ad essa correlate.

Tuttora, essendo inoltre garantito l'utilizzo di appositi sistemi di score come il Glasgow Blatchford Score (GBS) ed il Rockall score si può effettuare una scrematura di quei pazienti che devono essere immediatamente sottoposti alla procedura, da coloro che invece possono essere trattati ambulatorialmente valutandone a seguito, in entrambe i casi, gli eventuali rischi di recidiva.

Occorre infine sottolineare la presenza e la fondamentale importanza di un team multidisciplinare (MDT) composto da infermiere, endoscopista ed anestesista, in quanto è in grado di garantire cure personalizzate e mirate al paziente in relazione alle sue condizioni e alle sue aspettative di vita, riducendo il tasso di recidiva di sanguinamento ed eventuali rischi associati alla procedura.

5.1 Prevenzione primaria e secondaria dell'emorragia da varici esofagee

Una delle principali complicanze dell'ipertensione portale viene rappresentata dall'emorragia varicea, in quanto risulta essere in grado di determinare un'elevata mortalità nei pazienti con cirrosi. Pertanto, per prevenire questa condizione e le complicanze ad essa associate, occorre avere una conoscenza approfondita e completa della fisiopatologia dell'ipertensione portale.

Il trattamento che deve essere messo in atto nei confronti di quest'ultima, ha come requisiti lo stadio clinico della malattia e le principali variabili che possono determinare la progressione della stessa allo stadio successivo e di morte.

Le varici esofagee (EV), sono presenti nel 40-60% dei pazienti con cirrosi epatica al momento della diagnosi ed hanno un tasso di crescita e di sviluppo del 5% all'anno. Il primo sanguinamento si manifesta nel 12% dei casi entro un anno dalla diagnosi, con un'elevata probabilità di recidiva.⁴ Per cercare di prevenire questa condizione dovrebbe essere messa in atto la correzione dei fattori eziologici responsabili.

⁴ Alberto Arezzo, "Varici esofago gastriche e legatura elastica", (2016), <https://www.albertoarezzo.it/2016/03/varici-legatura/>, ultima consultazione 25/09/2021.

I pazienti con varici a rischio emorragico medio-alto o con varici di piccole dimensioni, caratterizzate dalla presenza di segni rossi, vengono sottoposti a profilassi primaria proprio per cercare di stabilizzare la loro condizione emodinamica con emoderivati e somministrando farmaci vasoattivi.

In alcuni casi, qualora non fosse immediatamente disponibile l'endoscopia o si ha di fronte un paziente con un sanguinamento massivo incontrollabile, si ricorre all'utilizzo della Sonda di Sengstaken-Blakemore, la quale rappresenta una terapia ponte prima del trattamento definitivo e non deve superare le 12-24 ore. Diversamente, l'endoscopia deve essere eseguita nel corso delle 12 ore dal ricovero in ospedale.

La profilassi primaria si attua con la terapia farmacologica, indicata nel ridurre la progressione delle varici e prevenire il primo sanguinamento, utilizzando beta-bloccanti non selettivi (NSBB) come propanololo e nadololo, i quali diminuiscono la pressione portale, attenuando gli stimoli infiammatori e/o con terapia endoscopica mediante la legatura elastica delle varici, in quanto fornisce ottimi risultati.

Ci si può trovare di fronte a due tipologie di pazienti: coloro che sono caratterizzati da varici medie e grandi e coloro che al contrario sono caratterizzati da varici piccole.

Per i pazienti con varici medie e grandi vi sono prove a favore dei beta bloccanti non selettivi o la legatura endoscopica (EVL) (De Franchis 2005, Garcia Tsao 2007).⁵

È bene parlare delle diverse condizioni a cui il paziente stesso può andare incontro, perciò occorre tenerle in considerazione, in quanto a seguito verrà scelto poi il trattamento più opportuno.

Quando si ha di fronte un paziente con delle varici in assenza di segni rossi che non hanno una predisposizione al sanguinamento e che pertanto non hanno sanguinato, la scelta ottimale da adottare nel trattamento viene rappresentata dai beta-bloccanti non selettivi, al contrario di quanto potrebbe accadere se invece il paziente è caratterizzato dalla

⁵ Consiglio Sanitario Regionale, "Linee guida per la diagnosi e la cura delle emorragie digestive", (2011/2015).

presenza di varici medie e grandi, con segni rossi visibili all'endoscopia che hanno un elevata probabilità di sanguinamento. A questo punto, si potrà affermare che il trattamento di scelta validato potrà essere rappresentato dalla terapia farmacologica con propanololo e nadololo, quanto la terapia endoscopica, utilizzando la legatura di varici. Quest'ultima dovrà essere utilizzata principalmente nella prevenzione del primo sanguinamento in coloro che non tollerano il trattamento farmacologico sopracitato.

Diversamente, i pazienti che presentano varici piccole caratterizzate all'endoscopia dalla presenza di segni rossi, sia per prevenirne il sanguinamento che per cercare di arrestarne lo sviluppo, risulta essere preferibile sottoporli ad un trattamento di profilassi, utilizzando beta-bloccanti. Questi pazienti dovrebbero eseguire l'endoscopia ogni 1-2 anni fino al momento in cui viene iniziata la terapia di profilassi.

La presenza, le caratteristiche delle varici esofago-gastriche e il loro rischio di sanguinamento devono essere altrettanto presi in considerazione in tutti quei pazienti cirrotici che si sottopongono a screening endoscopico durante la profilassi primaria.

Se all'endoscopia non venisse verificata la presenza di varici esofagee, essa dovrebbe essere ripetuta ogni 2-3 anni e la terapia farmacologica non deve essere iniziata.

La legatura endoscopica per ottenere l'eliminazione completa delle varici deve essere eseguita ogni 1-2 settimane. Il primo controllo a seguito della fine del trattamento dovrà essere eseguito a distanza di 1-3 mesi e da ultimo, ogni 6-12 mesi per verificare la presenza di eventuali recidive.

La profilassi secondaria relativa al sanguinamento delle varici e del loro plausibile risanguinamento viene messa in atto sottoponendo i pazienti precedentemente trattati con beta-bloccanti alla massima dose tollerata a legatura endoscopica, mentre coloro che non risultavano essere sottoposti a nessun tipo di trattamento, verranno sottoposti a terapia combinata ossia terapia farmacologica associata a terapia endoscopica.

Coloro che non tollerano né il trattamento farmacologico né quello endoscopico e non possono essere trattati chirurgicamente, per migliorare la sopravvivenza, vengono sottoposti ad un intervento particolare, denominato shunt portosistemico intraepatico transgiugulare (TIPS). Questo intervento viene altresì utilizzato come terapia ponte per trattare il sanguinamento da varici esofagee nei pazienti cirrotici in lista di attesa per il trapianto.

I pazienti che sono riusciti a superare un episodio di emorragia sono tenuti ad iniziare un'apposita profilassi del risanguinamento proprio perché hanno un rischio di recidiva del 30-50% nei primi giorni a seguito dell'episodio acuto e nel 60-80% entro l'anno.

La prevenzione del sanguinamento da varici è migliorata notevolmente nel corso del tempo benché siano necessari ulteriori studi che si basino sull'utilizzo di nuove opzioni terapeutiche atte a prevenire e trattare questi episodi emorragici mantenendo ad ogni modo l'efficacia, la migliore tolleranza e i minori effetti collaterali.

5.2 Nuove tecniche di trattamento endoscopico nel sanguinamento gastrointestinale superiore

LEGATURA ENDOSCOPICA DI VARICI ESOFAGEE (LEV)

Per eseguire la legatura endoscopica di varici esofagee si impiega un endoscopio modificato, dotato di una fascia di materiale elastico che viene posizionata sulla varice da legare, la quale, una volta aspirata all'interno dell'estremità di esso, viene sottoposta a legatura portando a necrosi, ulcerazione e distacco della stessa.

Questo approccio terapeutico permette di risolvere il problema legato alle varici, in quanto presenta una riduzione significativa dei tassi di sanguinamento e della mortalità. Garantisce inoltre la riduzione del 5% delle complicanze correlate alla procedura, in particolar modo ulcerazioni superficiali, disfagia e dolori toracici transitori, sostituendo così la scleroterapia endoscopica come trattamento d'elezione delle varici esofagee.

La legatura delle varici esofagee è raccomandata in coloro che hanno un'emorragia acuta in atto, nei soggetti che non tollerano la terapia con beta-bloccanti e altresì in quei pazienti

che nonostante siano stati sottoposti a trattamento farmacologico, sono contraddistinti da un sanguinamento di varici.

Oltre a questa procedura sopra descritta, per arrestare immediatamente il sanguinamento al 95%, si è dimostrata efficace l'iniezione intravaricosa di cianoacrilato, in quanto non comporta eventuale compromissione epatica ed è in grado di ridurre l'incidenza di recidiva emorragica migliorando la sopravvivenza.

SCLEROTERAPIA ENDOSCOPICA (SEV)

L'esecuzione della scleroterapia endoscopica prevede l'utilizzo di un agente sclerosante rappresentato dal morruato di sodio, il quale, attraverso un endoscopio a fibre ottiche, viene iniettato direttamente nelle varici esofagee sanguinanti inducendone la trombosi e a seguire la sclerosi. A seguito del trattamento, per cercare di contrastare gli effetti della sostanza sclerosante utilizzata sull'esofago e per neutralizzare il reflusso peptico, è necessaria la somministrazione di antiacidi e antistaminici anti-H₂, ovvero gli inibitori di pompa protonica.

Per evitare la comparsa di emorragia, perforazione dell'esofago, stenosi esofagea e polmonite da aspirazione, occorre eseguire un'attenta valutazione del paziente a seguito dello svolgimento della procedura. Nel caso in cui la scleroterapia endoscopica venisse ripetuta, si determina un tasso di incidenza relativo alle complicanze del 20-40%.

SHUNT PORTOSISTEMICO INTRAEPATICO TRANSGIUGULARE (TIPS)

Lo shunt portosistemico intraepatico transgiugulare (TIPS), a differenza delle varie procedure sopracitate, viene effettuato in caso di episodi di sanguinamento esofageo acuto nel 10-20% dei casi che risultano essere refrattari alla terapia combinata, ovvero terapia farmacologica ed endoscopica. La creazione di TIPS è un metodo percutaneo per ridurre la pressione della vena porta in cui viene creato un canale decompressivo tra una vena epatica e un ramo intraepatico della vena porta.⁶

⁶ Ziv J. Haskal, Louis Martin, John F. Cardella, Patricia E. Cole, Alain Drooz, Clement J. Grassi, Timothy C. McCowan, Steven G. Meranze, Calvin D. Neithamer, Steven B. Oglevie, Anne C. Roberts, David Sacks, Mark I. Silverstein, Timothy L. Swan, Richard B. Towbin, Curtis A. Lewis, "Quality Improvement Guidelines for Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunts", (2003).

L'intervento si esegue in anestesia locale inserendo uno stent nella vena giugulare e raggiungendo attraverso l'atrio destro la vena cava inferiore e le vene sovraepatiche: si crea una fistola tra sovraepatica e un ramo intraepatico della vena porta, dove si inserisce lo stent utilizzando una guida ecografica e fluoroangiografica.⁷ Per il trattamento delle varici esofagee si è dimostrato efficace l'utilizzo sempre più accentuato per via endoscopica di adesivi tissutali e di stent ricoperti.

Le complicanze relative alla procedura comprendono emorragia, scompenso cardiaco, perforazione d'organo, trombosi dello shunt e progressiva insufficienza epatica.

La TIPS ha ampiamente sostituito l'utilizzo dello shunt chirurgico, il quale ha un elevato rischio di morbilità e di mortalità. Essa, non esclude la possibilità di un eventuale successivo trapianto di fegato.

Gli effetti dell'intervento (Rosemurgy 1996) sono:

- diminuzione della pressione portale (80-100%);
- occlusione precoce dello shunt (17-20%);
- recidiva di emorragia (10-15%);
- encefalopatia (30%);
- ascite (80-90%);
- mortalità precoce entro 30 giorni (15-20%), mortalità a distanza 30-40%.⁸

BYPASS CHIRURGICO

Il bypass chirurgico è una procedura non più utilizzata a scopo preventivo a causa degli elevati rischi, come mortalità ed encefalopatia da essa derivanti, in relazione a quelli legati all'impiego dello shunt portosistemico intraepatico transgiugulare (TIPS).

⁷ Consiglio Sanitario Regionale, "Linee guida per la diagnosi e la cura delle emorragie digestive", (2011/2015).

⁸ Ibidem

Il tipo di intervento a cui sottoporre il paziente deve essere scelto in base alla gravità della patologia e alla probabilità di sottoporlo ad un futuro trapianto di fegato.

Esistono due procedure attuate per la deviazione chirurgica, denominate deviazioni selettive, le quali hanno la capacità di deviare una parte del sangue venoso dal letto portale, riducendone così la pressione. La deviazione splenorenale distale viene eseguita a seguito della splenectomia tra la vena splenica e la vena renale sinistra, mentre quella mesocavale consiste in un'anastomosi tra la vena mesenterica superiore e l'estremità della vena cava o in un'anastomosi laterale con la vena cava, attraverso l'impianto di un innesto. Diversamente le deviazioni portocavali non sono considerate selettive, poiché deviano tutto il sangue portale alla vena cava, mediante anastomosi latero-laterale o termino-laterale.

Non sempre queste procedure impegnative hanno successo a causa di eventi trombotici secondari a carico delle vene coinvolte.

Si può sottoporre il paziente ad una deviazione portocavale o mesocavale se la causa dell'ipertensione portale viene determinata da una patologia varicosa ostruttiva o dalla rara sindrome di Budd-Chiari, determinata dall'occlusione della vena epatica; pertanto deve essere bypassata.

Nonostante sia stata studiata l'efficacia delle varie tecniche di shunt utilizzate nel prevenire sanguinamenti ricorrenti da varici, è stato dimostrato che possono persino determinare danni alla funzionalità epatica.

DEVASCOLARIZZAZIONE E TRANSEZIONE

Gli interventi di devascularizzazione e transezione dell'esofago vengono impiegati nel trattamento di emergenza di varici sanguinanti, con il fine di separare la zona di sanguinamento dal sistema portale che risulta essere caratterizzata da un'elevata pressione. Tramite una piccola incisione gastrostomica si può raggiungere l'estremità inferiore dell'esofago. L'utilizzo di un'apposita cucitrice permette poi di ri-anastomizzare le estremità dell'esofago transezionate.

Il rischio di complicanze che permane è alquanto elevato, perché il sanguinamento può recidivare attraverso la formazione di nuovi vasi collaterali. La netta conseguenza è dovuta al fatto che il trattamento chirurgico non sia in grado di arrestare la progressione della malattia epatica.

Oltre a questi trattamenti principali, ci sono altre nuove modalità come ad esempio:

- Le clip over-the-scope, che hanno alte percentuali di successo come trattamenti di salvataggio o anche di prima linea in casi difficili da trattare.
- La polvere emostatica è sicura e facile da usare ed inoltre, è utile come controllo temporaneo con la sua elevata capacità emostatica immediata. Dopo l'emostasi endoscopica, la sonda endoscopica Doppler può offrire una misura oggettiva per guidare l'endpoint del trattamento.
- L'embolizzazione angiografica, deve essere presa in considerazione prima dell'intervento di salvataggio nel sanguinamento refrattario.
- La legatura con bendaggio e l'iniezione di colla sono opzioni di trattamento di prima linea nell'emorragia da varici.
- La terapia endoscopica eco-guidata sta guadagnando popolarità grazie alla sua capacità di localizzazione precisa per gli obiettivi del trattamento.
- Uno stent metallico auto-espandibile può essere considerato come un'opzione alternativa al tamponamento con palloncino nel sanguinamento refrattario.⁹

In precedenza, per la gestione e il controllo di un'emorragia massiva, si ricorreva spesso al tamponamento con palloncino, una tecnica attualmente poco utilizzata, la quale permette di ottenere la stabilizzazione delle condizioni della persona prima di attuare altri trattamenti definitivi. Il rischio ad esso associato è la dislocazione nell'orofaringe del palloncino gonfiato, in quanto può causare ostruzione delle vie aeree e asfissia. Il controllo del sanguinamento in condizioni di urgenza prima di iniziare la terapia definitiva, viene eseguito utilizzando il tamponamento con palloncino, da tenere in sede non più di 12 ore.

⁹ Louis H S Lau, Joseph J Sung., "Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes", Official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society, (2020).

5.3 Trattamento endoscopico e farmacologico

La terapia farmacologica e la terapia endoscopica sono considerate equivalenti. La prima opzione di trattamento per le varici non ad alto rischio viene rappresentata dai farmaci beta-bloccanti non selettivi, non utilizzati in caso di intolleranza e controindicazioni, bensì sostituiti dalla terapia endoscopica, ossia la legatura di varici, la quale risulta essere preferibile anche in quei pazienti che hanno avuto sanguinamenti nel corso del trattamento farmacologico.

L'endoscopia, grazie ai progressi raggiunti nel corso del tempo, attraverso la capacità di effettuare diagnosi e consentendo tecniche terapeutiche mininvasive, riducendo così la mortalità e la degenza ospedaliera nei pazienti con disturbi gastrointestinali sottoposti a queste procedure, ha permesso di sostituire gli interventi aggressivi come la chirurgia.

Nel caso in cui vi fosse un sanguinamento acuto da varici esofagee in atto, il trattamento farmacologico con farmaci vasoattivi può essere intrapreso velocemente, prolungandolo fino a 5 giorni prima di iniziare il trattamento endoscopico, perché il rischio di sanguinamento è più elevato. Tuttavia, la mortalità non viene migliorata né a 5 né a 42 giorni dalla procedura, bensì possono aumentare gli eventi avversi.

Recentemente, uno studio ha evidenziato la maggiore efficacia del trattamento con terlipressina a basse dosi e legatura elastica delle varici, rispetto al solo trattamento farmacologico con terlipressina nella prevenzione del risanguinamento precoce, in soggetti con sanguinamento acuto da varici esofagee senza riscontro di emorragia attiva al momento dell'endoscopia (Lo 2009).¹⁰

I farmaci vasodilatatori, come l'isosorbide mononitrato, si sono dimostrati efficaci nel ridurre la pressione portale in acuto. Al contrario, vengono meno utilizzati nella terapia cronica e possono attivare meccanismi vasoattivi di ritenzione idrosodica rappresentando l'inconveniente più rilevante. Riguardo la profilassi primaria non viene indicata la loro associazione con i beta-bloccanti.

¹⁰ Consiglio Sanitario Regionale, "Linee guida per la diagnosi e la cura delle emorragie digestive", (2011/2015).

Il farmaco maggiormente utilizzato per mantenere un rapido controllo dell'emorragia è l'octreotide, analogo della somatostatina, in grado di determinare vasocostrizione selettiva del distretto splancnico attraverso l'inibizione della liberazione del glucagone. Questo risulta essere efficace e sicuro nel trattamento del sanguinamento attivo.

Un altro farmaco in grado di indurre vasocostrizione a livello delle vene esofagee distali e delle vene gastriche prossimali è la vasopressina. Essa determina la diminuzione della pressione all'interno del sistema portale riducendo l'afflusso di sangue.

Ogni qualvolta che si somministra vasopressina è importante prendere in considerazione la concentrazione degli elettroliti e il bilancio idro-elettrolitico poiché potrebbe verificarsi iponatriemia, dovuta all'effetto antidiuretico del farmaco.

Il paziente con patologie coronariche non dovrebbe assumere vasopressina in quanto la sua azione vasocostrittiva, agendo a livello coronarico, determina infarto miocardico, ischemia miocardica o periferica, comportando la morte del paziente stesso. Ciò rappresenta una controindicazione di fondamentale importanza ed è per questo che la sua somministrazione deve avvenire in condizioni di urgenza quando non vi è la disponibilità di altri farmaci e richiede un attento monitoraggio.

Al contrario, la sua efficacia deve essere valutata prendendo in considerazione i parametri vitali e la presenza o assenza di sangue in un aspirato nasogastrico.

L'avvento della legatura endoscopica delle varici esofagee ha evidenziato una minore incidenza di sanguinamento nei pazienti trattati, sostituendo l'applicazione della scleroterapia profilattica, utilizzata solo in corso di emorragia acuta e in condizioni particolari.

Per prevenire il sanguinamento e ottenere un'emostasi controllata, è stata messa in atto la procedura relativa alla legatura sequenziale delle varici (EVLS) come trattamento endoscopico preferito.

Occorre studiare le complicanze che possono verificarsi a seguito della procedura, le quali vengono rappresentate dall'alterazione della funzione motoria esofagea e dal rischio di reflusso gastroesofageo anormale nei pazienti cirrotici con varici esofagee.

Ciò viene riassunto in uno studio (Tao J. et al., 2019) che prende in considerazione 21 pazienti con cirrosi epatica e varici esofagee utilizzando manometria e monitoraggio pH 24h su 24, un giorno prima e un mese dopo la legatura endoscopica di varici (EVLS). Essa, consisteva nell'eseguire la legatura delle varici esofagee utilizzando un legatore multibanda, che è stato ripetuto ogni 4 settimane fino all'eradicazione delle varici.

L'ampiezza, la durata delle onde di contrazione peristaltica e la percentuale di forme d'onda di contrazione esofagea anomale sono rimaste inalterate sia nell'esofago prossimale che in quello distale dopo EVSL. Tuttavia, la pressione dello sfintere esofageo inferiore è stata ridotta a seguito della procedura ($16,1 \pm 7,9$ mmHg vs $21,1 \pm 6,3$ mmHg). I parametri quantitativi tra cui la percentuale del tempo di monitoraggio totale con pH <4,0, il numero totale di episodi di reflusso, il numero di episodi di reflusso > 5 min, non sono aumentati nei pazienti post-EVSL. Il reflusso anormale monitorato mediante monitoraggio del pH nelle 24 ore si è verificato in 10 (47,6%) pazienti pre-EVSL e 11 (52,4%) pazienti post-EVSL. Sebbene l'EVSL influenzi la motilità esofagea riducendo relativamente la pressione dello sfintere esofageo inferiore (LES), non induce sostanziali anomalie motorie né aumenta il rischio di malattia da reflusso gastroesofageo anormale nei pazienti con cirrosi.¹¹

Tra la legatura endoscopica e i beta bloccanti sono stati messi in atto diversi confronti, raggiungendo una conclusione che si concentra proprio sulla legatura, la quale permette di ridurre il rischio di emorragia sfiorando la significatività statistica, mantenendo invariata la mortalità. Per di più, è da notare il rapporto costo/efficacia dei due trattamenti, in quanto non è favorevole nei confronti della legatura endoscopica impiegata nella prevenzione primaria del sanguinamento da varici esofagee.

Occorre affermare che non tutti i pazienti sono in grado di trarre beneficio dalla terapia farmacologica; pertanto a 2 anni dal trattamento, possono riscontrare una percentuale di sanguinamento residua del 15-20%.

¹¹ Tao J, Li J, Chen X, Guo Y, Tian H, Wei X, Zheng F, Wen Z, Wu B, “Endoscopic Variceal Sequential Ligation Does Not Increase Risk of Gastroesophageal Reflux Disease in Cirrhosis Patients”, *Digestive Diseases and sciences*, (2019).

I pazienti cirrotici, che rappresentano più del 25% sono tali da interrompere definitivamente il trattamento, in quanto l'utilizzo di beta-bloccanti determina lo sviluppo di effetti indesiderati e molteplici controindicazioni.

È opportuno che i pazienti con sanguinamento acuto del tratto gastrointestinale superiore, siano sottoposti ad endoscopia entro 24 ore dal consulto gastroenterologico. Diversamente, coloro che risultano essere ad alto rischio di recidiva o di morte, devono essere sottoposti ad endoscopia entro 6 ore a seguito dal consulto gastroenterologico e non vi è associata alcuna mortalità inferiore a 30 giorni rispetto all'endoscopia eseguita tra le 6 e le 24 ore dopo la consultazione.

5.4 Endoscopia e ruolo dell'infermiere

L'assistenza infermieristica si basa sulla valutazione della condizione fisica, dello stato emotivo e cognitivo dell'assistito. L'infermiere dovrà valutare i parametri vitali e in particolar modo la pressione arteriosa, lo stato nutrizionale ed inoltre quello neurologico, in quanto risulta essere di fondamentale importanza, proprio per identificare un'eventuale encefalopatia epatica ovvero un'insufficienza epatica associata all'ipertensione portale.

La presenza di sanguinamento richiede il completo riposo esofageo e l'aspirazione gastrica, attuata in modo da prevenire vomito e qualunque altro sforzo.

Molto spesso l'assistito lamenta una sete intensa, la quale può essere facilmente alleviata da un'accurata e frequente igiene del cavo orale.

La situazione risulta essere alquanto diversa se l'assistito è stato un forte bevitore di alcolici o addirittura è un alcolista, in quanto il delirio e l'astinenza all'alcool possono complicare la situazione.

Essendo il sanguinamento un evento critico che desta ansia e preoccupazioni, non solo nei confronti dell'assistito, bensì anche dei familiari, occorre innanzi tutto garantire un ambiente tranquillo e privo di stimoli per aiutare la persona stessa a contenere l'agitazione. Pertanto, l'infermiere deve essere in grado di fornire sostegno e spiegazioni riguardo gli interventi che devono essere messi in atto, per permettere di affrontare nel

modo migliore possibile all'assistito e alle persone di riferimento questa situazione alquanto complessa.

Gli infermieri che lavorano nelle unità di endoscopia devono avere una formazione specifica e costante che consenta loro di aumentare la capacità di affrontare le diverse situazioni in maniera ottimale e di interagire con altre figure professionali con le quali collaborano costantemente. Nonostante all'interno di questa unità operativa vi sia l'utilizzo sempre più frequente di tecnologie avanzate, le responsabilità dei professionisti risultano essere molteplici, tanto da richiedere una preparazione tecnica specifica e all'avanguardia.

Vi sono delle apposite skills alle quali l'infermiere dovrebbe attenersi per mantenere elevato il successo di queste procedure, minimizzando le complicazioni, migliorando l'applicabilità ed andando incontro alle esigenze della persona attraverso l'erogazione di un nursing aggiornato e sicuro.

Esse prevedono il coordinamento del professionista nell'accogliere e nel preparare il paziente, la corretta gestione dei materiali, delle attrezzature necessarie e la loro manutenzione. Oltre a ciò, deve essere in grado di gestire le urgenze in maniera efficiente e compiere delle ricerche scientifiche in relazione all'ambito preposto.

L'ampliamento delle conoscenze e la specializzazione richiesta all'interno dell'unità di endoscopia, permette all'infermiere di stabilire una stretta collaborazione con l'endoscopista e l'anestesista, componendo il team multidisciplinare (MDT), in grado di fornire cure personalizzate e mirate al paziente su misura per le condizioni, le circostanze e le aspettative di ogni individuo.

Si è fatto riferimento ad uno studio che prende in considerazione 58 pazienti, i quali sono stati indirizzati alla clinica MDT, arruolati e seguiti per 12 mesi. Le caratteristiche basali dei pazienti, i metodi di trattamento, i risultati e la sopravvivenza sono stati confrontati con 111 pazienti non MDT. La sopravvivenza globale e il sanguinamento delle vene varicose sono state confrontate tra i due gruppi.

Il tasso di sanguinamento delle varici era significativamente più alto nel gruppo non MDT, rispetto a coloro che risultavano essere trattati sulla base delle raccomandazioni della clinica MDT. Con ciò, non è stata osservata alcuna differenza nella sopravvivenza globale.

Questo studio è il primo a indagare il ruolo di un team multidisciplinare nella gestione delle varici gastroesofagee secondarie all'ipertensione portale.¹²

Il sanguinamento di una varice potrebbe determinare la comparsa di un'emorragia digestiva durante l'esecuzione dell'intervento stesso; tuttavia non essendo un evento che si verifica frequentemente risulta essere prettamente gestito attraverso l'utilizzo dell'emostasi endoscopica.

Nel post-operatorio e al momento della dimissione non bisogna escludere la presenza di dolore toracico di breve durata, il quale viene avvertito dal paziente e trattato precocemente con farmaci specifici.

Le informazioni necessarie verranno fornite a seguito dell'intervento da uno specialista, il quale si occuperà di educare il paziente sul fatto di assumere una dieta morbida, non praticare sport per almeno un mese e non sottoporsi a sforzi estremi, ritornando al lavoro a seguito di 4-5 giorni dall'intervento.

Tutto ciò, permetterà al paziente di ottenere un recupero efficace e ridurre al minimo le varie complicanze. Il follow up endoscopico non risulta essere necessario.

¹² Tseng Y, Ma L, Lv M, Luo T, Liu C, Wei Y, Liu C, Zhou J, Yan Z, Xu P, Hu G, Ding H, Ji Y, Chen S, Wang J, "The role of a multidisciplinary team in the management of portal hypertension", BMC Gastroenterology, (2020).

CAPITOLO 6 – Conclusioni

Per quanto riguarda l'obiettivo della revisione, dalla letteratura è emerso che il sanguinamento da varici esofagee è una tematica poco conosciuta e che il trattamento Gold Standard, ovvero la legatura elastica di varici, risulta essere efficace per bloccare il sanguinamento stesso, eradicare le varici e prevenire i vari effetti indesiderati, non comportando la comparsa di anomalie e non impattando in maniera negativa sullo stato di salute della persona.

I risultati dei vari studi clinici presi in considerazione sono in grado di affermare che anche il trattamento farmacologico risulta essere alquanto efficace, in particolar modo in coloro che non tollerano il trattamento principale. Occorre avere accortezza nella somministrazione di farmaci vasocostrittori in pazienti con patologie coronariche, per gli eventuali effetti collaterali che caratterizzano il farmaco.

È importante sottolineare che il sanguinamento e l'eventuale risanguinamento da varici esofagee possono impattare negativamente sullo stato di salute della persona se non trattati, pertanto il loro trattamento deve essere considerato un vero e proprio obiettivo primario.

Ciò che è stato precedentemente descritto è determinato dai progressi che sono stati raggiunti negli ultimi 20 anni, nonostante risultano tuttora essere necessari ulteriori studi e continue ricerche, con lo scopo di verificare la disponibilità di farmaci che inducano minori effetti collaterali e che mantengano elevata la loro tollerabilità pur tenendo in considerazione il costo.

BIBLIOGRAFIA

- Aggeletopoulou I, Konstantakis C, Manolakopoulos S, Triantos C. (2018). Role of band ligation for secondary prophylaxis of variceal bleeding. *World Journal of Gastroenterology*. 24(26):2902-2914. doi:10.3748/wjg.v24.i26.2902. PMID: 30018485; PMCID: PMC6048424.
- Barros C., Costamagna G., Agrò F., Arullani A., Averna A., Cento I., Casale V., Dall'Oglio I., Dicuonzo G., Gabbrielli A., Irti G., Pallone F., Rocco G., Tartaglini D., Turci C., Colombo B., Fenizia E. (2000). Aggiornamento per infermieri di endoscopia digestiva del Lazio.
- Bastianello Germanà, Commissione Politica e Affari generali Sottocommissione PDT, coordinatore Carmelo Luigiano. Responsabile UOSD Endoscopia Digestiva, ASST Santi Paolo e Carlo, (2019). Linee di indirizzo per la costruzione di un percorso diagnostico terapeutico nelle urgenze-emergenze in endoscopia digestiva.
- Brunner F, Berzigotti A, Bosch J. (2017). Prevention and treatment of variceal haemorrhage in 2017. *Official journal of the International Association for the Study of the Liver*. 37 Suppl 1:104-115. doi: 10.1111/liv.13277. PMID: 28052623.
- Cabrera L, Tandon P, Abralde JG. (2017). An update on the management of acute esophageal variceal bleeding. *Gastroenterologia y Hepatologia*. 40(1):34-40. doi: 10.1016/j.gastrohep.2015.11.012. PMID: 26948179.
- Cartabellotta A. (2013). Emorragia digestiva superiore: diagnosi e terapia.
- Edelson J, Basso JE, Rockey DC. (2021). Updated strategies in the management of acute variceal haemorrhage. *Current Opinion in Gastroenterology*. 37(3):167-172. doi: 10.1097/MOG.0000000000000723. PMID: 33769373.
- Fanti L., Ficano L., Manno M., Rocca R., Rossi A. (2007). Raccomandazioni su: la gestione del paziente critico. La gestione delle emergenze-urgenze in endoscopia digestiva.
- Gómez M, Llach J. (2008). [Role of nurses in gastrointestinal endoscopy]. *Gastroenterologia y Hepatologia*. 32(1):44-7. doi:10.1016/j.gastrohep.2008.02.002. PMID: 19174099.

- Gralnek I.M., Dumonceau JM., Kuipers J.E., Lanas A., Sanders D.S., Kurien M., Rotondano G., Hucl T., Dinis-Ribeiro M., Marmo R., Racz I., Arezzo A., Hoffmann RT., Lesur G., De Franchis R., Aabakken L., Veitch A., Radaelli F., Salgueiro P., Cardoso R., Maia L., Zullo A., Cipolletta L., Hassan C. (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.
- Hernández-Gea V, Berbel C, Baiges A, García-Pagán JC. (2017). Acute variceal bleeding: risk stratification and management (including TIPS). *Hepatology International*. 12(Suppl 1):81-90. doi: 10.1007/s12072-017-9804-3. PMID: 28634688.
- Kezer CA, Gupta N. (2018). The Role of Therapeutic Endoscopy in Patients With Cirrhosis-Related Causes of Gastrointestinal Bleeding. *Current Gastroenterology Report*. 20(7):31. doi: 10.1007/s11894-018-0637-6. PMID: 29886513.
- Khamaysi I, Gralnek IM. (2013). Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB) - initial evaluation and management. *Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology*. 27(5):633-8. doi: 10.1016/j.bpg.2013.09.002. PMID: 24160923.
- L. Hinkle e Kerry H. Cheever. CEA (2017). Brunner & Suddarth. Nursing medico-chirurgico.
- Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, Chan HCH, Yip HC, Chan SM, Luk SWY, Wong SH, Lau LHS, Lui RN, Chan TT, Mak JWY, Chan FKL, Sung JY. (2020). Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *New England Journal of Medicine*. 382(14):1299-1308. doi: 10.1056/NEJMoa1912484. PMID: 32242355.
- Lau LHS, Sung JY. (2020). Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. *Official journal of Japan gastroenterological Endoscopy Society*. 33(1):83-94. doi: 10.1111/den.13674. PMID: 32216134.
- Lee CH. (2010). [Prevention of esophageal variceal bleeding]. *Korean Journal of Gastroenterology*. 56(3):155-67. Korean. doi: 10.4166/kjg.2010.56.3.155. PMID: 20847606.

- Li L., Yu C., Li Y. (2011). Endoscopic band ligation versus pharmacological therapy for variceal bleeding in cirrhosis: a meta-analysis. *Can journal of gastroenterology*. 25(3): 147–155.
- Linee guida per la diagnosi e la cura delle emorragie digestive Consiglio Sanitario Regionale (Anno di pubblicazione: 2011, Anno di aggiornamento: 2015).
- Modrcin-McCarthy A, McGuire SL, Thompson LC. (1997). Maintaining competent practice: information settings for the gastroenterology nurse. *Official journal of the Society of Gastroenterology Nurses*. 20(2):42-5. doi: 10.1097/00001610-199703000-00003. PMID: 9223968.
- Petrisor A, Stanescu AMA, Papacoea IR, Panaitescu E, Peagu R, Moldoveanu AC, Fierbinteanu-Braticevici C. (2021). Non-invasive laboratory, imaging and elastography markers in predicting varices with high risk of bleeding in cirrhotic patients. *Romanian Journal of Internal Medicine*. 59(2):194-200. doi: 10.2478/rjim-2021-0001. PMID: 33544557.
- Sauerbruch T, Wong F. (2018). Treatment of Oesophageal Varices in Liver Cirrhosis. *Digestion*. 2019;99(4):261-266. doi: 10.1159/000492076. PMID: 30212817.
- Tao J, Li J, Chen X, Guo Y, Tian H, Wei X, Zheng F, Wen Z, Wu B. (2019). Endoscopic Variceal Sequential Ligation Does Not Increase Risk of Gastroesophageal Reflux Disease in Cirrhosis Patients. *Digestive Disease and Sciences*. 65(1):329-335. doi: 10.1007/s10620-019-05740-1. PMID: 31332625; PMCID: PMC6943406.
- Tseng Y, Ma L, Lv M, Luo T, Liu C, Wei Y, Liu C, Zhou J, Yan Z, Xu P, Hu G, Ding H, Ji Y, Chen S, Wang J. (2020). The role of a multidisciplinary team in the management of portal hypertension. *BMC Gastroenterology*. 20(1):83. doi: 10.1186/s12876-020-01203-4. PMID: 32245413; PMCID: PMC7119157.
- Ziv J. Haskal, MD, Louis Martin, MD, John F. Cardella, MD, Patricia E. Cole, PhD, MD, Alain Drooz, MD, Clement J. Grassi, MD, Timothy C. McCowan, MD, Steven G. Meranze, MD, Calvin D. Neithamer, MD, Steven B. Oglevie, MD, Anne C. Roberts, MD, David Sacks, MD, Mark I. Silverstein, MD, Timothy L. Swan, MD, Richard B. Towbin, MD, and Curtis A. Lewis, MD, MBA. (2003).

Quality Improvement Guidelines for Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunts. Society of Interventional Radiology Standards of Practice Committee.

SITOGRAFIA

- Evidence www.evidence.it (ultima consultazione 30/09/2021)
- privato.policlinicogemelli.it/approfondimenti/legatura-endoscopica-delle-varici-esofagee/ (ultima consultazione 25/09/2021)
- www.albertoarezzo.it/2016/03/varici-legatura/ (ultima consultazione 25/09/2021)
- <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbigastrointestinali/emorragia-gastrointestinale/panoramica-sulle-emorragie-gastrointestinali> (ultima consultazione 22/09/2021)