

Transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt in the management of portal hypertension. [Guidelines, British Society of Gastroenterology]

Tripathi D, Stanley AJ, Hayes PC, Travis S, Armstrong M, Tsochatzis E, et al.

Main author affiliation: Liver Unit, University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, Birmingham, UK

Gut 2020 Jul;69 (7):1173–1192.

Η διασφαγιτιδική ενδοπατική πυλαιοσυστηματική επικοινωνία (Transjugular Intrahepatic Portosystemic shunt, TIPSS) αποτελεί μια επεμβατική, μη-χειρουργική, μέθοδο αντιμετώπισης των ασθενών με πυλαία υπέρταση. Οι κάτωθι κατευθυντήριες οδηγίες συντάχθηκαν υπό την αιγίδα της Βρετανικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας (British Society of Gastroenterology, BSG) με τη στήριξη του Βρετανικής Εταιρείας για τη Μελέτη του Ήπατος (British Association for the Study of the Liver disease, BASL) και της Βρετανικής Εταιρείας Επεμβατικής Ακτινολογίας (British Society of Interventional Radiology, BSIR). Απευθύνεται σε ομάδες ιατρών που παραπέμπουν ασθενείς σε εξειδικευμένα κέντρα για την τοποθέτηση TIPSS.

Γενικά, τα TIPSS τοποθετούνται τυπικά από επεμβατικούς ακτινολόγους (ή εξειδικευμένους ηπατολόγους) και περιλαμβάνουν μεταλλικές ενδοπροθέσεις (stent) οι οποίες εισάγονται μέσω οδηγού-σύρματος από τη σφαγίτιδα στην ηπατική φλέβα και στη συνέχεια, με ακτινολογική καθοδήγηση, στην πυλαία διασχίζοντας το ηπατικό παρέγχυμα. Η διαδικασία πραγματοποιείται υπό γενική αναισθησία ή βαθειά νάρκωση και διαρκεί περίπου 90-120 λεπτά. Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχουν πάνω από 35 νοσοκομεία που διενεργούν TIPSS.

Οι κύριες ενδείξεις για την τοποθέτηση TIPSS και οι οποίες θα αναπτυχθούν περιληπτικά παρακάτω είναι:

- αιμορραγία γαστρο-οισοφαγικών κισμών
- υποτροπιάζων ή ανθεκτικός ασκίτης, υδροθώρακας
- ηπατονεφρικό σύνδρομο

- σύνδρομο Budd-Chiari.

Οι κύριες άμεσες επιπλοκές της διαδικασίας περιλαμβάνουν, εκτός από την αιμορραγία και την επιλοίμωξη, επιδείνωση καρδιακής ή ηπατικής ή νεφρικής ανεπάρκειας, βλάβη στα χοληφόρα κά. Ωστόσο, με κατάλληλη επιλογή των ασθενών, οι άμεσες επιπλοκές παρουσιάζονται σε <5% των ασθενών. Η κυριότερη, ωστόσο περισσότερο μακροπρόθεσμη επιπλοκή είναι η ηπατική εγκεφαλοπάθεια η οποία επιπλέκει περίπου το 1/3 των ασθενών με TIPSS.

Για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος άμεσων ή απώτερων επιπλοκών, συστήνεται η ακόλουθη προετοιμασία :

- Εξειδικευμένη λεπτομερής απεικόνιση για να ελεγχθεί το ήπαρ και τα περιβάλλοντα αγγεία,
- αιματολογικός έλεγχος ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας,
- έλεγχος του πηκτικού μηχανισμού,
- δοκιμασίες ελέγχου της καρδιακής λειτουργίας,
- διατροφική/διαιτητική αξιολόγηση του ασθενή,
- δοκιμασίες αξιολόγησης του κινδύνου εμφάνισης ηπατικής εγκεφαλοπάθειας μετά την τοποθέτηση TIPSS. Είναι επίσης δυνατόν να τροποποιηθεί η διαδικασία για να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης ηπατικής εγκεφαλοπάθειας μετά από τοποθέτηση TIPSS, για παράδειγμα, με τη μείωση της διαμέτρου της ενδοπρόθεσης.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

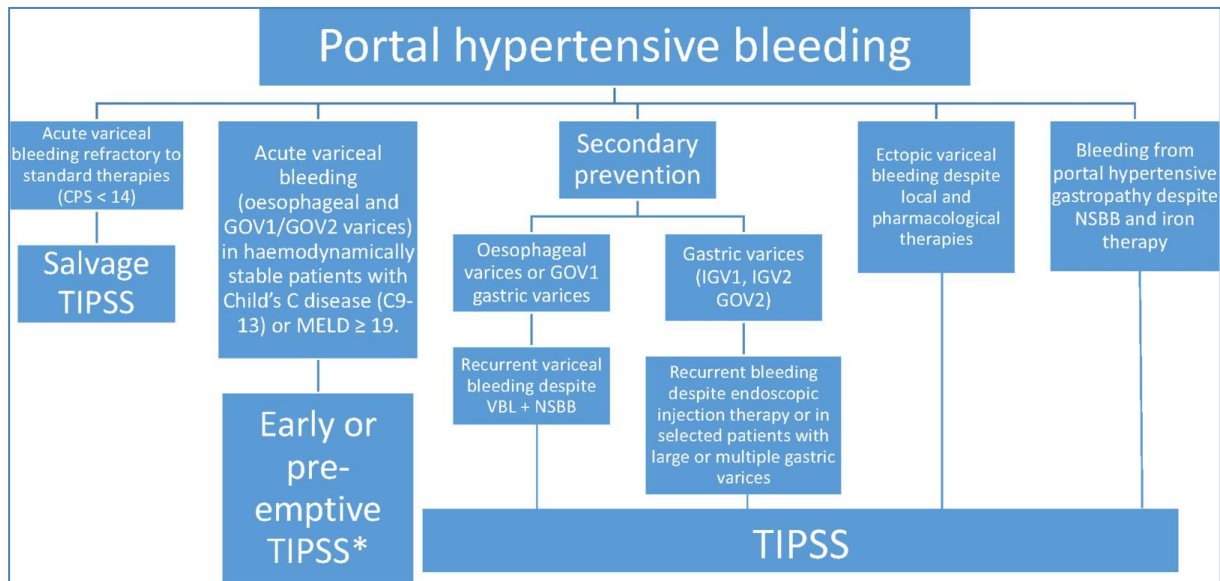
Παρακάτω παρουσιάζονται περισσότερο αναλυτικά οι συστάσεις για τις επιμέρους ενδείξεις TIPSS καθώς και η βαθμολόγηση της ισχύος τους με το σύστημα GRADE:

1) TIPSS σε αιμορραγία γαστρο-οισοφαγικών κίρσων και δευτερογενής πρόληψη (βλ.σχεδιάγραμμα 1)

- Σε ασθενείς με οξεία αιμορραγία γαστρο-οισοφαγικών κίρσων ανθεκτική στην ενδοσκοπική και φαρμακευτική θεραπεία, όπως αυτή ορίζεται με τα κριτήρια Baveno 6, συστήνεται η τοποθέτηση TIPSS (1B). Η τοποθέτηση TIPSS διάσωσης δε συστήνεται όταν το Child-Pugh score>13 (1C).

- Σε ασθενείς με Child-Pugh C 10-13 ή MELD \geq 19 και αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου ή γαστρικούς κίρσους GOV1/GOV2, αιμοδυναμικά σταθερούς, η προληπτική τοποθέτηση TIPSS εντός 72 ωρών από την κίρσορραγία θα ήταν καλό να εξετάζεται σαν ενδεχόμενο σε περιοχές όπου υπάρχει αυτή η δυνατότητα (2B). Ωστόσο, μεγάλες πολυκεντρικές RCTs είναι απαραίτητες για να καθοριστεί αν ασθενείς με νόσο Child-Pugh B και ενεργή αιμορραγία ή με MELD 12-18 ωφελούνται από την προληπτική τοποθέτηση TIPSS.
- Όσον αφορά τη δευτεροπαθή πρόληψη της κίρσορραγίας, μπορεί να συζητηθεί το ενδεχόμενο τοποθέτησης TIPSS σε ασθενείς που επαναιμορραγούν παρά το συνδυασμό τοποθέτησης ελαστικών δακτυλίων και χορήγησης μη-εκλεκτικών β-αναστολέων, λαμβάνοντας υπ' όψιν τον κίνδυνο της επαναιμορραγίας και των άλλων επιπλοκών της πυλαίας υπέρτασης, με προσεκτική επιλογή των ασθενών για να ελαχιστοποιηθεί η εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας (2B). Περισσότερες κλινικές δοκιμές χρειάζονται για να διερευνηθεί ο ρόλος του TIPSS ως αντιμετώπιση πρώτης γραμμής στη δευτερογενή πρόληψη (1C).
- Στη δευτερογενή πρόληψη αιμορραγίας γαστρο-οισοφαγικών κίρσων, συστήνεται η τοποθέτηση TIPSS±εμβολισμός σε ασθενείς που επαναιμορραγούν παρά τη χρήση ενδοσκοπικής σκληροθεραπείας (1B). Η τοποθέτηση TIPSS±εμβολισμός μπορεί επίσης να επιχειρηθεί σε επιλεγμένους ασθενείς με μεγάλους ή πολλαπλούς γαστρικούς κίρσους ως πρώτης γραμμής θεραπεία στη δευτερογενή πρόληψη (2B).
- Σε ασθενείς με αιμορραγία από έκτοπους κίρσους, ανθεκτική σε τοπική και φαρμακευτική θεραπεία, προτείνεται η τοποθέτηση TIPSS σε συνδυασμό συνήθως με εμβολισμό (2C).
- Σε ασθενείς με αιμορραγία λόγω πυλαίας γαστροπάθειας, ανθεκτική στη χορήγηση μη-εκλεκτικών β-αναστολέων και σιδήρου, θα μπορούσε να εξεταστεί το ενδεχόμενο τοποθέτησης TIPSS (2C).

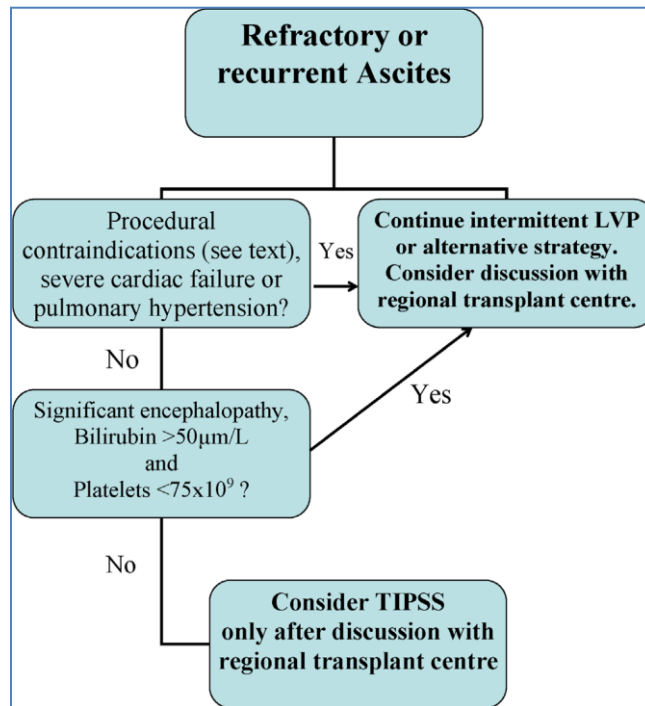
Σχεδιάγραμμα 1: Αλγόριθμος ενδείξεων τοποθέτησης TIPSS σε ασθενείς με αιμορραγία γαστρο-οισοφαγικών κίρσων



2) TIPSS σε υποτροπιάζοντα ή ανθεκτικό ασκίτη (Σχεδιάγραμμα 2)

- Σε ασθενείς που πληρούν τις προϋποθέσεις για μεταμόσχευση ήπατος, η τοποθέτηση TIPSS σε υποτροπιάζοντα ή ανθεκτικό ασκίτη θα πρέπει να επιχειρείται μόνο σε περιπτώσεις που έχει προηγηθεί συζήτηση με το τοπικό κέντρο μεταμοσχεύσεων (1C).
- Σε επιλεγμένους ασθενείς με ανθεκτικό ή υποτροπιάζοντα ασκίτη, συστήνουμε τοποθέτηση TIPSS με την προϋπόθεση πως δεν υπάρχουν αντενδείξεις (1A).
- Εκτός από τις σταθερές αντενδείξεις για τοποθέτηση TIPSS, στους ασθενείς που πιθανών να μην ωφεληθούν από το TIPSS περιλαμβάνονται αυτοί που έχουν χολερυθρίνη >50μm/L, PLT <75000/μL, προϋπάρχουσα εγκεφαλοπάθεια, ενεργή λοίμωξη, σοβαρού βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια ή σοβαρού βαθμού πνευμονική υπέρταση (1B).

Σχεδιάγραμμα 2: Ενδείξεις τοποθέτησης TIPSS σε υποτροπιάζοντα ή ανθεκτικό ασκίτη



3) TIPSS σε υδροθώρακα ηπατικής αιτιολογίας

- Σε επιλεγμένους ασθενείς με ανθεκτικό, ηπατικής αιτιολογίας υδροθώρακα μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο τοποθέτησης TIPSS (1B).

4) TIPSS σε ηπατονεφρικό σύνδρομο

- Παρά το γεγονός ότι η νεφρική λειτουργία φαίνεται πως βελτιώνεται μετά την τοποθέτηση TIPSS, η τοποθέτηση TIPSS λόγω ηπατονεφρικού συνδρόμου (τύπου 1 και 2) παραμένει σε πειραματικό επίπεδο (2D).

5) TIPSS σε σύνδρομο Budd-Chiari

- Συστήνεται οι ασθενείς με σύνδρομο Budd-Chiari να αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένα κέντρα κοντά σε κέντρο μεταμόσχευσης ήπατος (1D).
- Το TIPSS συστήνεται σε περιπτώσεις ασθενών που δεν ανταποκρίνονται σε θεραπεία με αντιπηκτικά ή σε θεραπεία με παρεμβάσεις στην ηπατική φλέβα (1B). Το TIPSS μπορεί να εξεταστεί σαν θεραπευτική επιλογή όταν οι παρεμβάσεις στην ηπατική φλέβα δεν είναι τεχνικά εφικτές (2C).

- Ασθενείς με πτωχά προγνωστικά σκορ (BCS-TIPS score) ή αυτοί που δεν ανταποκρίνονται στην αντιπηκτική και ακτινολογική θεραπεία, έχουν πτωχή πρόγνωση και χρειάζεται να εκτιμούνται για πιθανή μεταμόσχευση ήπατος (1B).

6) Προφυλακτική τοποθέτηση TIPSS

- Υπάρχουν ανεπαρκή δεδομένα που συστήνουν την προφυλακτική τοποθέτηση TIPSS πριν επεμβάσεις μη-σχετιζόμενες με το ήπαρ, ωστόσο σε ασθενείς με αντιρροπούμενη κίρρωση που υποβάλλονται σε θεραπευτική επέμβαση για καρκίνο ενδέχεται να έχει νόημα (2C). Συστήνεται ηδιενέργεια περαιτέρω ερευνών, με εστίαση στην προσεκτική επιλογή των ασθενών.

7) TIPSS σε ιδιοπαθή μη-κίρρωτικής αιτιολογίας πυλαία υπέρταση

- Οι ενδείξεις για TIPSS σε ιδιοπαθή μη-κίρρωτικής αιτιολογίας πυλαία υπέρταση πρέπει να είναι παρόμοιες με τις ενδείξεις για τους κίρρωτικούς, και οι επικαλυμμένες ενδοπροθέσεις προτιμώνται. Τα κριτήρια επιλογής θα πρέπει επίσης να είναι παρόμοια με την κίρρωση με ιδιαίτερη προσοχή στους παράγοντες κινδύνου για ηπατική εγκεφαλοπάθεια (2C).

8) TIPSS σε θρόμβωση πυλαίας

- Η θρόμβωση πυλαίας φλέβας δε θα πρέπει να αποτελεί απόλυτη αντένδειξη τοποθέτησης TIPSS, ωστόσο η παρουσία καβερνώματος σχετίζεται με μεγάλο ποσοστό αποτυχίας (1A).
- Περιπτώσεις ασθενών με οξεία θρόμβωση πυλαίας φλέβας θα πρέπει να συζητιούνται με εξειδικευμένα κέντρα (2D).
- Περιπτώσεις ασθενών με κίρρωση και οξεία θρόμβωση πυλαίας φλέβας και κίρρωση θα πρέπει να συζητιούνται με εξειδικευμένες μονάδες (2C).

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες της Βρετανικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας συμπεριλαμβάνονται, εκτός από τις συστάσεις σχετικά με τις ενδείξεις τοποθέτησης TIPSS, μια εκτενής ιστορική αναδρομή, αναλυτική περιγραφή της μεθόδου και οδηγίες κατά την αξιολόγηση των υποψήφιων ασθενών προς τοποθέτηση TIPSS αλλά και τις οδηγίες παρακολούθησης/αξιολόγησης της ασθενών μετά την παρέμβαση.

Σε πολλά πεδία υπάρχουν βιβλιογραφικά κενά καθώς δεν υπάρχουν ικανές σε αριθμό RCTs που να ενδυναμώνουν ιατρικές πρακτικές βασισμένες σε αποδείξεις.

Μπορείτε να ανατρέξετε στο συγκεκριμένο άρθρο μέσω του παρακάτω συνδέσμου:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306985/pdf/gutjnl-2019-320221.pdf>

Τίκος Γεώργιος, MD, MSc

Ειδικευόμενος Γαστρεντερολογίας

Απόφοιτος Μεταπτυχιακού «Εφαρμοσμένη διατροφή και προαγωγή υγείας»

Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

Σαββίδου Σαββούλα, MD, MSc, PhD

Παθολόγος-Εντατικολόγος, Επιμ.Β΄

Εξειδ.Ηπατολογίας ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»