

Predicting survival in patients with 'non-high-risk' acute variceal bleeding receiving b-blockers+ligation to prevent re-bleeding

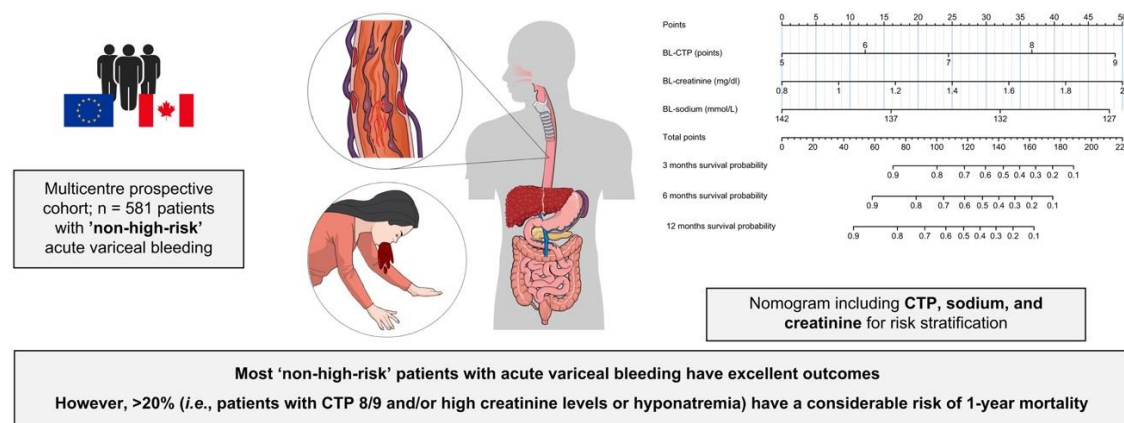
Lorenz Balcar, Mattias Mandorfer, Virginia Hernández-Gea, Vincenzo La Mura, Jaime Bosch, Juan Carlos García-Pagán

Journal of Hepatology, January 2024 Volume 80 Issue 1p1-172, e1-e36

<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.10.007>

Abstract

Background & Aims: Pre-emptive transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) is the treatment of choice for high-risk acute variceal bleeding (AVB; i.e., Child-Turcotte-Pugh [CTP] B8-9+active bleeding/C10-13). Nevertheless, some 'non-high-risk' patients have poor outcomes despite the combination of non-selective beta-blockers and endoscopic variceal ligation for secondary prophylaxis. We investigated prognostic factors for re-bleeding and mortality in 'non-high-risk' AVB to identify sub-groups who may benefit from more potent treatments (i.e., TIPS) to prevent further decompensation and mortality.



Methods: A total of 2,225 adults with cirrhosis and variceal bleeding were prospectively recruited at 34 centres between 2011- 2015; for the purpose of this study, case definitions and information on prognostic indicators at index AVB and on day 5 were further refined in low-risk patients, of whom 581 (without failure to control bleeding or contraindications to TIPS) who were managed by non-selective beta-blockers/endoscopic variceal ligation, were finally included. Patients were followed for 1 year.

Results: Overall, 90 patients (15%) re-bled and 70 (12%) patients died during follow-up. Using clinical routine data, no meaningful predictors of re-bleeding were identified. However, re-bleeding (included as a time-dependent co-variable) increased mortality, even after accounting for differences in patient characteristics (adjusted cause-specific hazard ratio: 2.57; 95% CI 1.43- 4.62; $p = 0.002$). A nomogram including CTP, creatinine, and sodium measured at baseline accurately (concordance: 0.752) stratified the risk of death.

Conclusion: The majority of 'non-high-risk' patients with AVB have an excellent prognosis, if treated according to current recommendations. However, about one-fifth of patients, i.e. those with CTP > 8 and/or high creatinine levels or hyponatremia, have a considerable risk of death within 1 year of the index bleed. Future clinical trials should investigate whether elective TIPS placement reduces mortality in these patients.

Σχόλιο:

Τα κύρια ευρήματα της παρούσας μελέτης παρατήρησης ήταν ότι η πλειονότητα των ασθενών «μη υψηλού κινδύνου» με οξεία αιμορραγία κίρρωσης αιτιολογίας (AVB) είχαν εξαιρετική έκβαση, αν υποβάλλονταν σε θεραπεία σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Ωστόσο, φαίνεται ότι περίπου το ένα πέμπτο των ασθενών, δηλαδή εκείνων με CTP >8 και/ή υψηλά επίπεδα κρεατινίνης ή υπονατρίαμια έχουν σημαντικό κίνδυνο θανάτου μέσα σε 1 έτος από το επεισόδιο της αιμορραγίας.

Πρόσφατη μετά-ανάλυση επιβεβαίωσε ότι ασθενείς με CTP C10-13 και CTP B με ενεργό αιμορραγία επωφελούνται από την προληπτική (pre-emptive) τοποθέτηση TIPS αντί για το συνδυασμό μη εκλεκτικών β-αναστολέων NSBBs και ενδοσκοπικής περιδέσης κιρσών (EVL) για δευτερογενή προφύλαξη. Ωστόσο, στην καθημερινή πρακτική, pre-emptive TIPS δεν χρησιμοποιούνται ευρέως, καθώς μόνο το 7% με 13% των επιλέξιμων ασθενών υποβάλλονται σε προληπτική τοποθέτηση TIPS.

Συμπερασματικά, η φαρμακευτική και η ενδοσκοπική διαχείριση της AVB, καθώς και η προληπτική τοποθέτηση TIPS, έχει μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα μετά από AVB τις τελευταίες δεκαετίες. Υπάρχει ανάγκη νέων κλινικών μελετών οι οποίες θα εκτιμούν αν η εκλεκτική τοποθέτηση TIPS μειώνει όχι μόνο την αιμορραγία αλλά και τη θνητότητα στους ασθενείς αυξημένου κινδύνου.

Σιδηρόπουλος Ορέστης
Ειδικευόμενος Γαστρεντερολογίας
Γαστρεντερολογική κλινική
ΝΙΜΤΣ