

## *Clinica e diagnostica dell'ipertensione portale*

### **Anamnesi**

Le più importanti manifestazioni cliniche dell'ipertensione portale sono l'emorragia da varici gastro-esofagee (in seguito a sviluppo di circoli collaterali porto-sistemici), la splenomegalia con ipersplenismo, l'ascite e l'encefalopatia epatica (shunt diretto di sangue portale nelle vene cave). Sarà pertanto opportuno indagare se nella storia clinica remota o prossima del paziente figurano ricoveri, prestazioni mediche o comunque diagnosi in tal senso.

Queste manifestazioni sono dovute, almeno in parte, allo sviluppo di circoli collaterali porto-sistemici. L'aumento delle resistenze porto-cavali al deflusso splancnico e l'assenza di valvole nel sistema venoso portale determinano il flusso retrogrado (epatofugo) del sangue dal sistema venoso portale (che è ad alta pressione) alla circolazione sistemica venosa (che è a bassa pressione).

I circoli collaterali più importanti sono quelli localizzati alla giunzione esofago-cardiale (varici esofagee: vena gastrica sx → vene intercostali e diaframmatiche), al retto (emorroidi: vena emorroidaria superiore → vene emorroidarie media e inferiore), nello spazio retroperitoneale e al legamento falciforme del fegato (collaterali periombelicali o della parete addominale).

Nella storia del paziente va anche indagata l'eventuale presenza di fattori eziologici dell'ipertensione portale: alcol, epatiti, trasfusioni, sepsi neonatali, contraccettivi, origini o viaggi.

### **Esame obiettivo**

Nei pazienti con malattia epatica cronica lo sviluppo di ipertensione portale è di solito rivelato dalla comparsa di splenomegalia, ascite, encefalopatia epatica e/o varici esofagee (queste ultime non rilevabili all'esame obiettivo). Quindi, il riscontro di una di queste complicanze dovrebbe suggerire la presenza di una sottostante ipertensione portale da epatopatia.

Di tutti i circoli collaterali, all'esame obiettivo sono dimostrabili solo quelli, situati alla superficie addominale, che connettono le vene periombelicali con le vene epigastriche e mammarie (*caput medusae*): si rilevano vasi tortuosi epigastri che si irradiano dall'ombelico verso il processo xifoideo e i margini costali.

Se le vene ombelicali e periombelicali sono di notevole ampiezza, potrà essere percepito all'altezza dell'ombelico un fremito ed un rumore di soffio (sindrome di Cruveilhier-Baumgarten).

Gli altri circoli collaterali possono essere evidenziati solo mediante esami endoscopici, ecografici o radiologici.

### **Esami bioumorali**

Un marcatore frequente della presenza di cirrosi in un paziente sotto controllo per una malattia epatica cronica è una progressiva diminuzione delle piastrine. Una

bassa conta piastrinica può essere il primo indizio dell'evoluzione a cirrosi. Nella cirrosi avanzata vi può essere un'importante riduzione delle piastrine (a 30.000-60.000/ $\mu$ l) e dei leucociti.

### **Esami strumentali**

L'ecografia, affiancata eventualmente dall'ecocolordoppler, ha rivoluzionato la diagnostica dell'ipertensione portale, fornendo dati di grande importanza clinica sul distretto venoso portale.

I segni ecografici indicativi di ipertensione portale sono:

1. riduzione delle escursioni respiratorie del calibro dei vasi portali;
2. pervietà ed ectasia della vena ombelicale;
3. pervietà ed ectasia della vena gastrica sinistra e/o delle vene gastriche brevi.

È inoltre possibile accertare la presenza di trombosi della vena porta, monitorizzare l'impiego di farmaci vasoattivi, valutare direzione ed entità del flusso portale, giudicare la pervietà di uno shunt derivativo chirurgico. È invece più difficile, in base ai segni ecografici di ipertensione portale, giudicare la presenza e il grado di eventuali varici esofagee.

Le varici esofagee sono documentate nel modo più affidabile dalla EGDS; la loro presenza indica indirettamente la diagnosi di ipertensione portale.

Anche se è raramente necessario, la pressione venosa portale può essere misurata direttamente mediante cateterizzazione transepatica percutanea o indirettamente mediante incannulamento transgiugulare delle vene sovraepatiche. Dovrebbe essere misurata la pressione sia libera sia da incuneamento delle vene sovraepatiche. La pressione da incuneamento è elevata nell'ipertensione portale sinusoidale e post-sinusoidale (cirrosi compresa), mentre è di solito normale nell'ipertensione portale pre-sinusoidale.

Nei pazienti in cui sono necessarie ulteriori informazioni (es., nella valutazione in vista di un intervento chirurgico porto-sistemico) o quando non è eseguibile cateterismo percutaneo, può essere utile l'angiografia mesenterica ed epatica. Particolare attenzione dev'essere posta alla fase venosa per valutare la pervietà della vena porta e la direzione del flusso portale.

Gli indicatori di conferma di ipertensione portale nella cirrosi sono costituiti da:

- 1) splenomegalia  $\geq 13$  cm;
- 2) trombocitopenia  $\leq 140.000/\text{mm}^3$ ;
- 3) varici esofagee;
- 4) diametro ecografico della vena porta  $> 1,3$  cm + assenza di variazioni del suo calibro durante la respirazione.

Gli indicatori di esclusione sono:

- 1) piastrine  $> 240.000/\text{mm}^3$ ;
- 2) diametro ecografico della vena porta  $< 1,1$  cm.