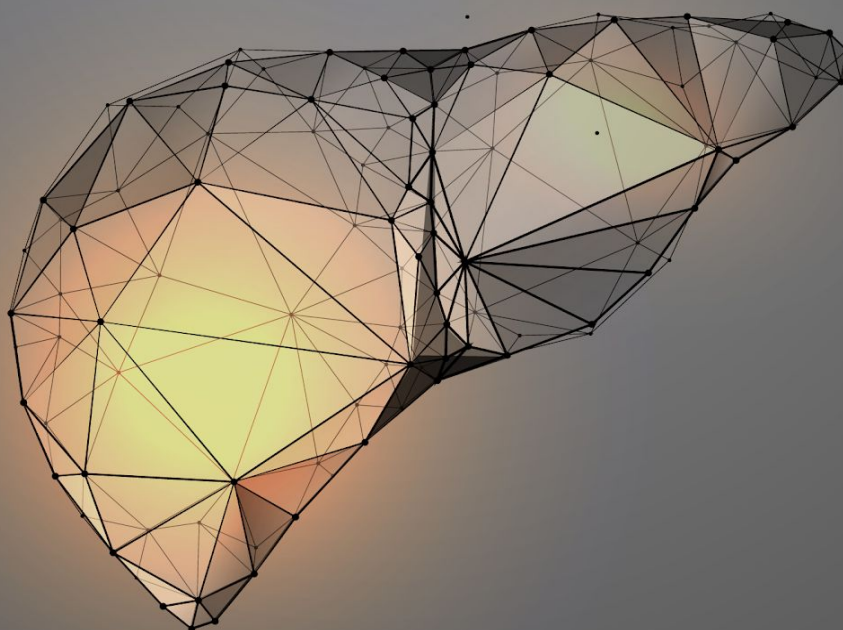




DOCUMENTO DI SINTESI

WEBINAR MULTIREGIONALE
IL PERCORSO AD OSTACOLI DEL MALATO DI FEGATO

FOCUS ON ENCEFALOPATIA EPATICA





5 LUGLIO 2022
dalle 10:00 alle 13:00

Con il patrocinio di





INTRODUZIONE DI SCENARIO

Le malattie croniche del fegato rappresentano un'emergenza epidemiologica e clinica sia a livello mondiale che nazionale.

- Le malattie croniche del fegato rappresentano un'emergenza epidemiologica, clinica, assistenziale sia a livello mondiale che nazionale.
- I dati del Global Burden of Diseases indicano che:
 - nel 2016, nel mondo, sono decedute 1.256.850 persone per cirrosi epatica, determinando nello stesso anno rispettivamente circa 37 milioni di anni di vita persi.
 - per il 2040 un incremento del numero di decessi per cirrosi epatica del 50%.
- Le stime riferite all'Italia sulla cirrosi epatica ci descrivono circa 180 mila casi con un tasso di prevalenza dello 0,3% nella popolazione totale.

Le principali complicanze della cirrosi epatica sono:

- l'emorragia digestiva per rottura di dilatazioni venose dell'esofago o dello stomaco o per perdita di sangue diffusa dalla mucosa dello stomaco;
- Ascite (ritenzione idrosalina) alle estremità inferiori e all'interno dell'addome;
- l'encefalopatia epatica (che può giungere fino al coma epatico);
- Il cancro del fegato (di cui parleremo nello specifico in un apposito evento l'8 luglio).

Le nuove terapie per l'Epatite C ed i successi dei trapianti di fegato nei pazienti candidabili, hanno portato e porteranno un aumento della sopravvivenza dei pazienti con cirrosi.

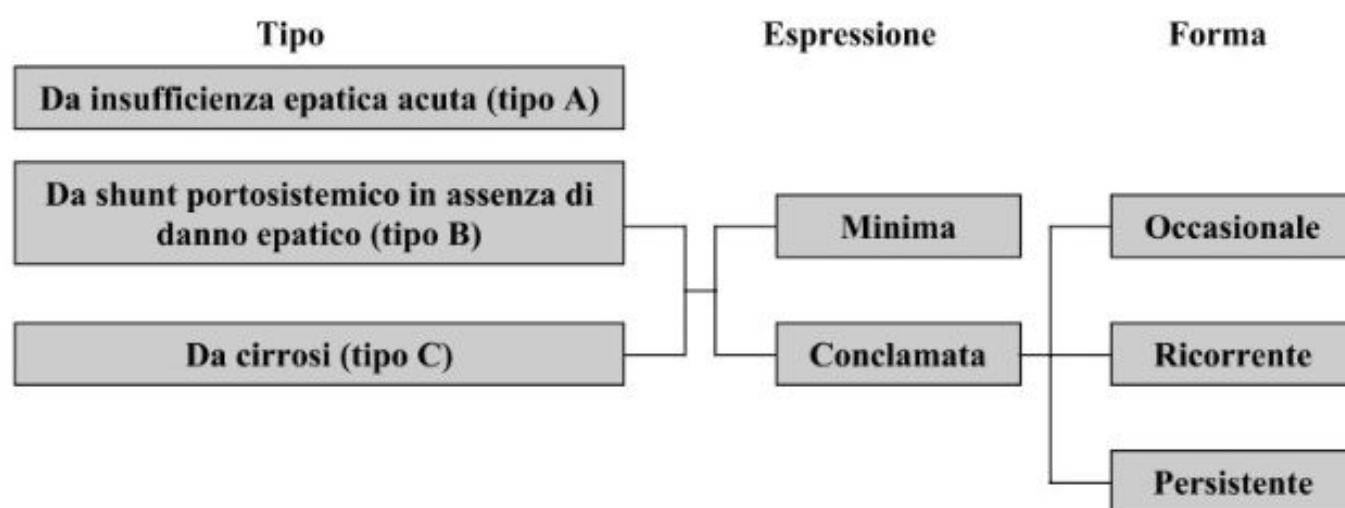
Di conseguenza questa malattia inciderà in maniera significativa sull'organizzazione socio-assistenziale, e sull'impatto economico gestionale dei vari sistemi sanitari regionali.



L'esperienza drammatica della recente pandemia ha fatto emergere ancor più la necessità di una nuova organizzazione per la presa in carico di questi pazienti altamente complessi e quasi sempre pluripatologici, in cui le complicanze spesso misconosciute o sottovalutate portano a conseguenze drammatiche per la vita e la qualità di vita di pazienti e familiari.

Un esempio fra tutti l'encefalopatia epatica per la quale non esistono sintomi o dati di laboratorio patognomonicamente fortemente caratterizzanti, così la diagnosi deve essere posta dopo aver escluso altre cause di danno neurologico che possono verificarsi nel paziente cirrotico.

Encefalopatia epatica: definizione e classificazione



- Per encefalopatia epatica si intendono le alterazioni neuropsichiche conseguenti all'insufficienza epatica.
- Si distingue in tre tipi A, B e C, in rapporto al fatto di essere associata rispettivamente all'insufficienza epatica Acuta, al By-pass porto-sistemico, o alla Cirrosi epatica. I tipi B e C possono essere clinicamente evidenti (sindrome conclamata), oppure non evidenti (sindrome minima).
- La conclamata viene suddivisa in tre forme: occasionale, ricorrente e persistente.
- Qualunque stadio può potenzialmente regredire con adeguata terapia.



Encefalopatia epatica: alcuni numeri

Si può stimare che sia presente in almeno il 20% dei cirrotici ospedalizzati.

L'incidenza cumulativa nei cirrotici di nuova diagnosi o in fase di compenso si attesta intorno al 10-35% a 5 anni, arrivando fino al 50% dopo posizionamento di TIPS.

L'encefalopatia conclamata è un importante fattore predittivo di mortalità nel cirrotico: a 3 anni da un episodio di encefalopatia la sopravvivenza si può stimare del 20-40%.

SALUTI DELLE AUTORITÀ

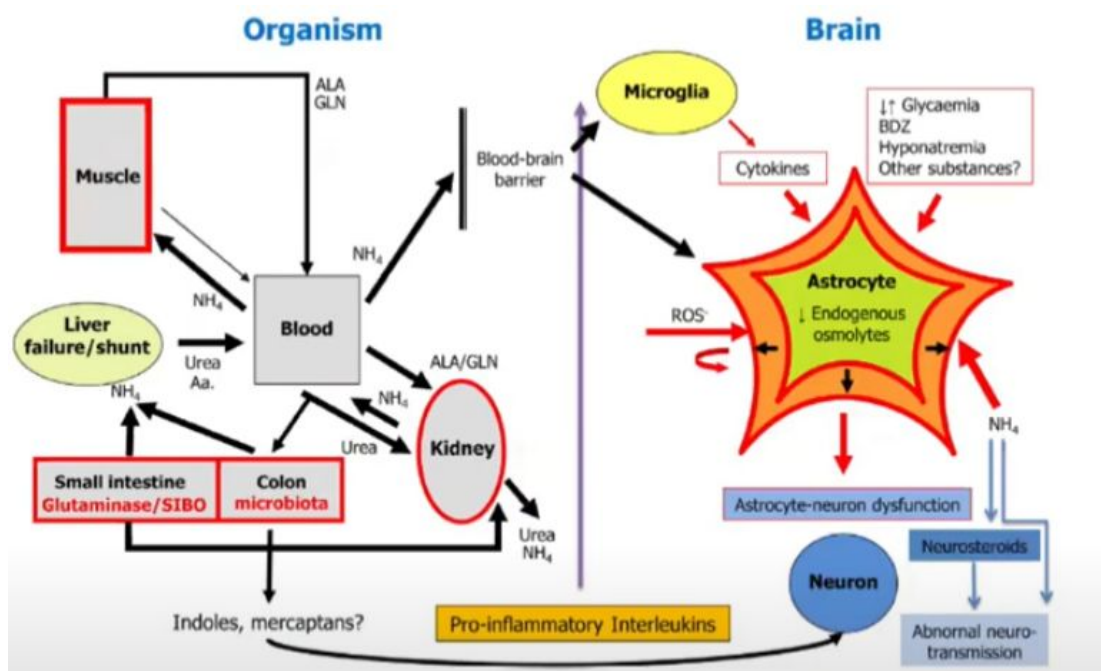
In questi ultimi anni, lo sforzo di molte istituzioni è stato rivolto verso la declinazione del principio dell'accessibilità a tutte le fasi che caratterizzano le patologie epatiche e che riguardano non solo i pazienti ma anche i loro familiari, in particolare per ciò che riguarda l'encefalopatia epatica che, purtroppo, prevede la necessità di ripetuti ricoveri.

Dunque: accessibilità ai percorsi e agli screening di prevenzione per la più ampia fascia di popolazione a rischio; accessibilità alle nuove terapie che consentono una maggiore prospettiva di vita e, soprattutto, una migliore qualità della vita; accessibilità a nuovi percorsi che prevedano la presa in carico dei pazienti con problematiche di particolare gravità in una visione complessiva grazie al supporto della digitalizzazione e dei big data sanitari; accessibilità dei familiari e dei caregiver al contatto diretto con i sanitari che seguono il paziente per trovare in tempi sostenibili il supporto di cui necessitano.

Io ritengo che questa sia la sfida del presente e fare passi in avanti in questa direzione consente da un lato di offrire maggior supporto alle necessità del paziente, dall'altro di ridurre in modo consistente la spesa sanitaria.

PROSPETTIVE DI CURA NELL'ENCEFALOPATIA EPATICA

L'encefalopatia epatica di tipo C è una sindrome neurologica complessa, caratteristica dei pazienti con malattia epatica avanzata, che causa una varietà di manifestazioni neurologiche e psichiatriche non specifiche, che vanno da un'entità subclinica, encefalopatia epatica lieve, a una forma più grave caratterizzata da una completa alterazione della coscienza, encefalopatia epatica conclamata.

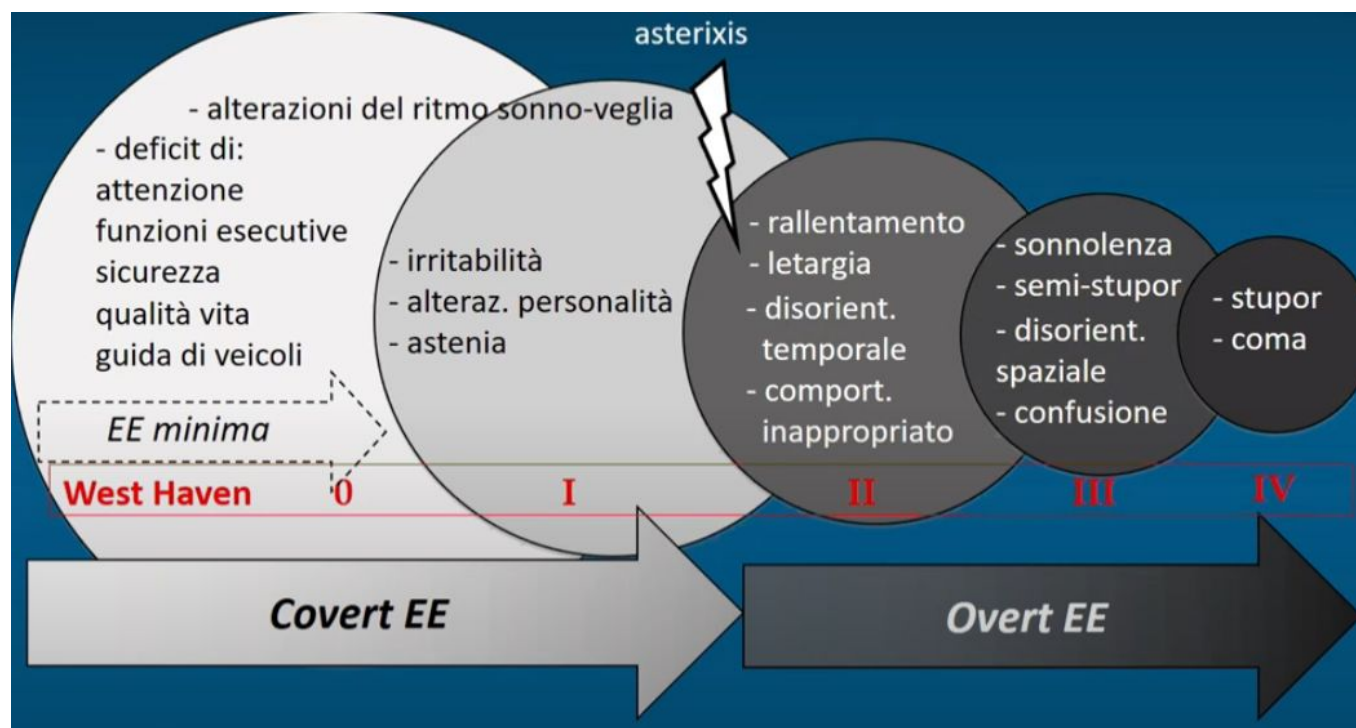


Burden dell'encefalopatia epatica conclamata

- L'encefalopatia epatica conclamata è associata a una prognosi sfavorevole.
- Si verifica nel 30%-40% dei pazienti cirrotici.
- Solitamente il primo episodio viene registrato nel 25% dei pazienti entro 5 anni dalla diagnosi, in relazione alla presenza di precipitanti.
- Dopo un primo episodio, il rischio di ulteriori attacchi aumenta ed è scarsamente responsivo al trattamento.
- I tassi di prevalenza dell'encefalopatia epatica possono essere molto più elevati nello shunt portosistemico intraepatico transgiugulare (TIPS), così come nei portatori di shunt spontanei o chirurgici.



Classificazione per deterioramento cognitivo



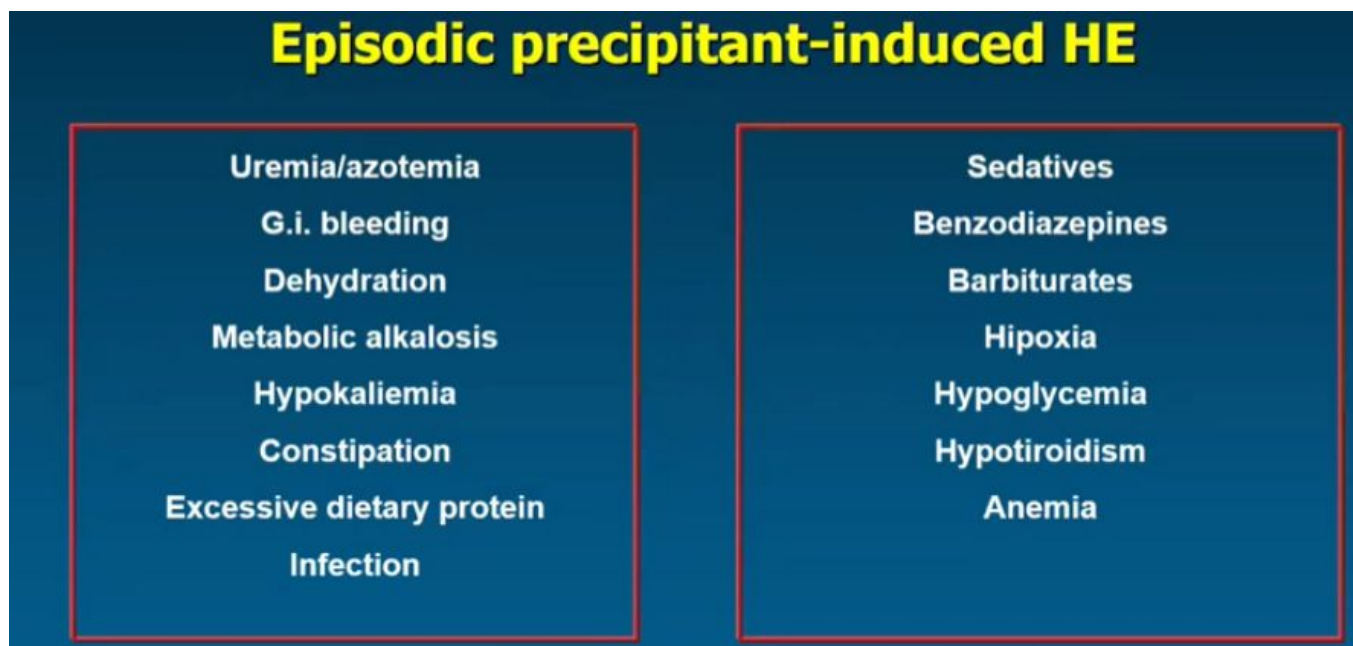
I pazienti a rischio

- Pazienti scompensati.
- Pazienti con almeno un precedente episodio di EE.
- Pazienti con EE minima/nascosta.
- Pazienti devianti.
- Pazienti con alterazioni muscolari.



Encefalopatia epatica indotta da precipitante episodico

Per quanto riguarda questo tipo di EE è necessario mettere sul piatto della bilancia quella che è la principale sfida nella cura di questa forma. Ovvero, cosa pesa di più la gestione del precipitante o la terapia farmacologica.



Pertanto sono molte le cause di encefalopatia indotta da precipitanti che vanno cercate e vanno considerate e non da ultimo è necessario sempre prendere in considerazione che possono essere più di una.



Altre cause di alterazione dello stato mentale nei pazienti con cirrosi

Se è vero che il cirrotico che presenta variazioni dello stato mentale la causa può essere la EE va sempre preso in considerazioni che esistono molte altre condizioni che possono portare allo stesso stato alterato.

- Malattia intracranica
- Disfunzione tiroidea
- Acidosi
- Intossicazione da farmaci
- Ipoglicemia
- Iperglicemia
- Encefalite
- Sepsi grave
- Uremia
- Ipossia
- Ipercapnia

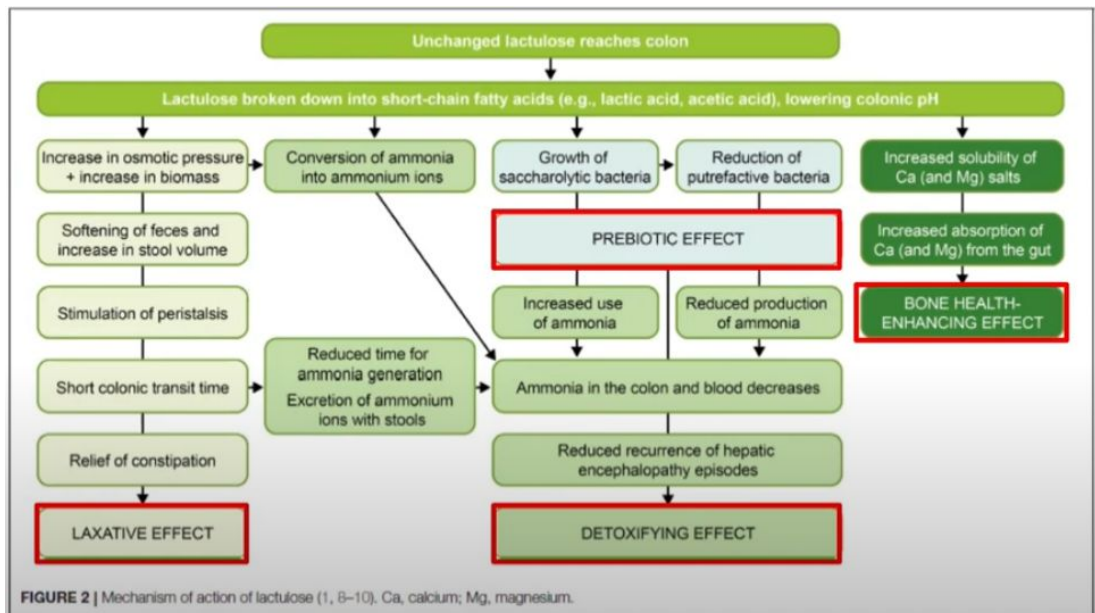
Trattamenti disponibili

Questi trattamenti sono utilizzabili sia nella forma episodica che nella profilassi secondaria.

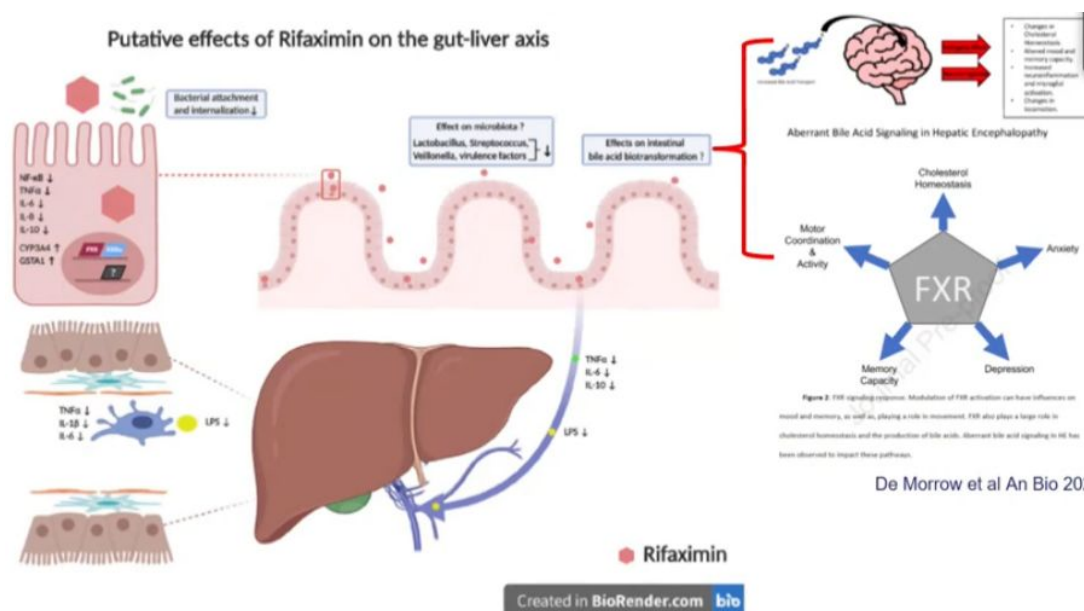
- Gestione nutrizionale
- Pre/probiotici
- Disaccaridi non assorbibili
- Antibiotici scarsamente assorbibili
- Aminoacidi a catena ramificata
- L-ornithine-L-aspartate (LOLA)
- Nuovi approcci attualmente oggetto di indagine

Trattamenti farmacologici

Il lattulosio è stato il primo trattamento a disposizione per la EE e combina una serie di effetti.



Dal 2010 in poi si è andato ad affermare un altro farmaco utile alla modulazione dell'asse colon-fegato. La Rifaxina. Estremamente efficace nella profilassi secondaria.





Profilassi per la EE

Nei pazienti che hanno avuto un primo episodio di EE conclamata, dovrebbe essere iniziata una profilassi secondaria per prevenire ulteriori episodi?

Raccomandazioni:

- Il lattulosio è raccomandato come profilassi secondaria dopo un primo episodio di EE conclamata e dovrebbe essere titolato per ottenere 2-3 movimenti intestinali al giorno.
- La rifaximina in aggiunta al lattulosio è raccomandata come profilassi secondaria dopo >1 episodio aggiuntivo di EE conclamato entro 6 mesi rispetto al primo.

Nei pazienti con EE ricorrente/persistente, la sostituzione delle proteine animali con proteine vegetali e lattiero-casearie è un esito di un'opzione terapeutica?

- Raccomandazione: Nei pazienti con EE ricorrente/persistente, può essere presa in considerazione la sostituzione delle proteine animali con proteine vegetali e casearie, a condizione che l'assunzione proteica complessiva non sia compromessa e che si tenga conto della tolleranza dei pazienti

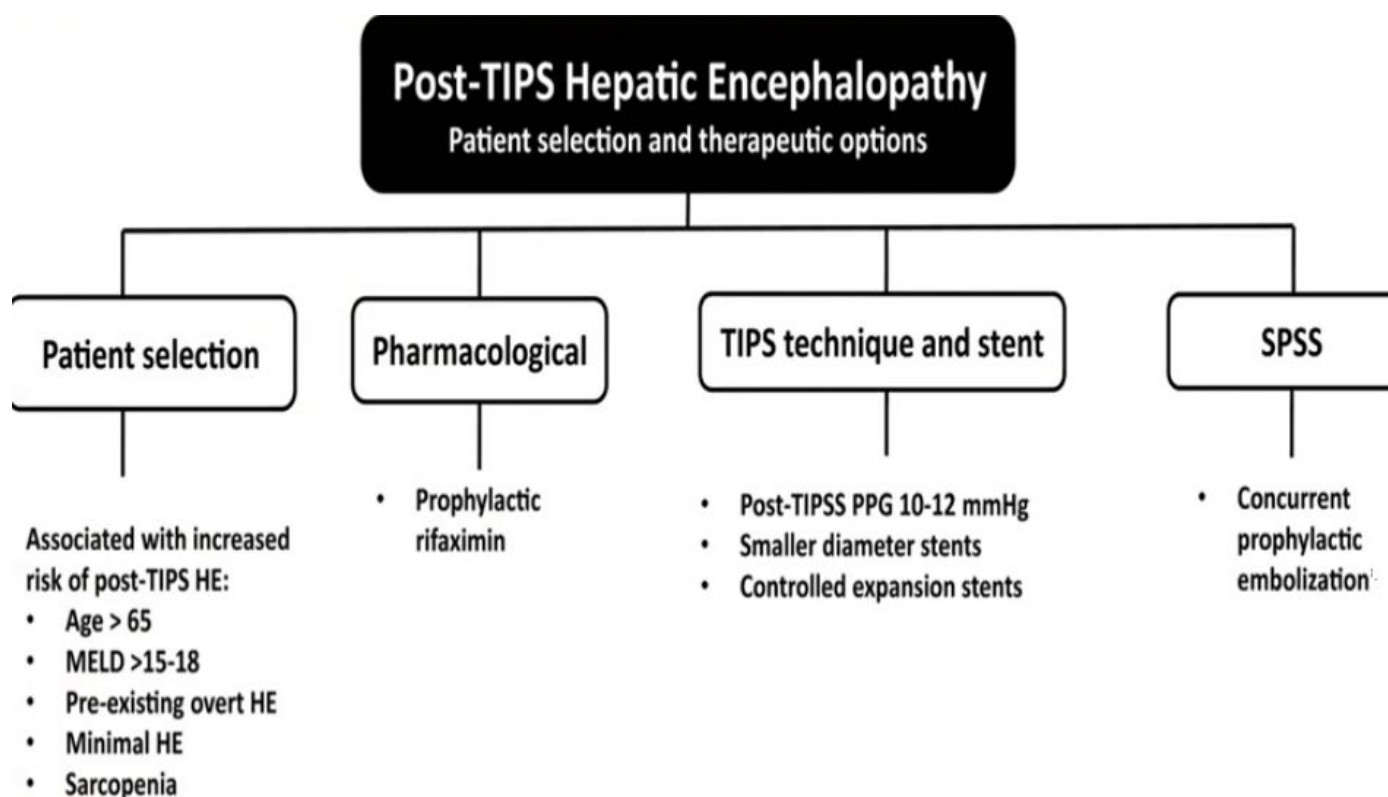
La supplementazione di vitamine/micronutrienti è un'opzione terapeutica per migliorare lo stato mentale nei pazienti con EE?

- Raccomandazione: nei pazienti con EE, devono essere trattate carenze di vitamine/micronutrienti dimostrate o sospette, in quanto possono aggravare l'EE.



Encefalopatia epatica a seguito di TIPS: ancora un problema importante

Per trattare questo tipo di pazienti vanno prese in considerazione tutte le disponibilità cliniche elencate, tenendo sempre presente l'unicità clinica di ogni paziente.





Esigenze insoddisfatte nella progettazione di studi clinici sulla gestione dell'EE conclamata

- La letteratura esistente sulla gestione medica dell'EE soffre ancora di una mancanza di standardizzazione e questa eterogeneità rende la messa in comune dei dati difficile o priva di significato.
- C'è ancora un bisogno insoddisfatto di studi clinici controllati "robusti" sull'effetto del trattamento sull'EE, perché gli studi clinici decisivi sono pochi, sebbene il numero di pazienti e il loro utilizzo delle risorse rimangano elevati.
- Pertanto, ad oggi, mancano forti evidenze per l'allocazione delle risorse e la definizione di politiche prioritarie per quanto riguarda la gestione delle EE.
- Gli specialisti hanno imparato di più dall'approccio "preventivo" che da quello "terapeutico" nella gestione dell'EE.
- Un approccio "preventivo" dovrebbe essere fortemente considerato quando si progetta una sperimentazione clinica in EE.

Bisogni insoddisfatti nella progettazione di studi clinici sulla gestione di EE lieve

- Punti finali "robusti":
- la modifica dei test psicometrici o l'abbassamento dei livelli di ammoniaca sono privi di significato, essendo clinicamente irrilevanti.
- qualità della vita, miglioramento della capacità di guida o prevenzione di futuri sviluppi o cadute evidenti di EE e oneri socioeconomici.
- Popolazione di pazienti:
- i pazienti che ricevono qualsiasi trattamento per EE o quelli con precedenti episodi di EE dovrebbero essere esclusi.
- la dimensione del campione deve essere calcolata in base a uno degli end point clinicamente rilevanti.
- Sono fortemente necessari ampi studi multicentrici, randomizzati e controllati con placebo.



COMMISSIONE FISMAD

Agenas e il Ministero della salute hanno sottolineato l'importanza di istituire una Commissione FISMAD (Federazione Italiana Società Malattie Apparato Digerente) che si interessasse della gastroenterologia territoriale.

La Commissione composta da professionisti provenienti da 9 Società Scientifiche presenti nella Federazione, ha stilato una serie di flowchart tra le quali alcune sulla cirrosi epatica e quindi anche sulla encefalopatia.

A seguito di queste flowchart, in accordo con la Società Italiana di medicina generale e delle cure primarie (SIMG) si è ipotizzato un percorso comune vada a definire i PDTA a livello territoriale per coinvolgere, ognuno degli stakeholders con le sue specifiche competenze, specialisti, medici di medicina generale, associazioni di pazienti e tutto l'ambito infermieristico.

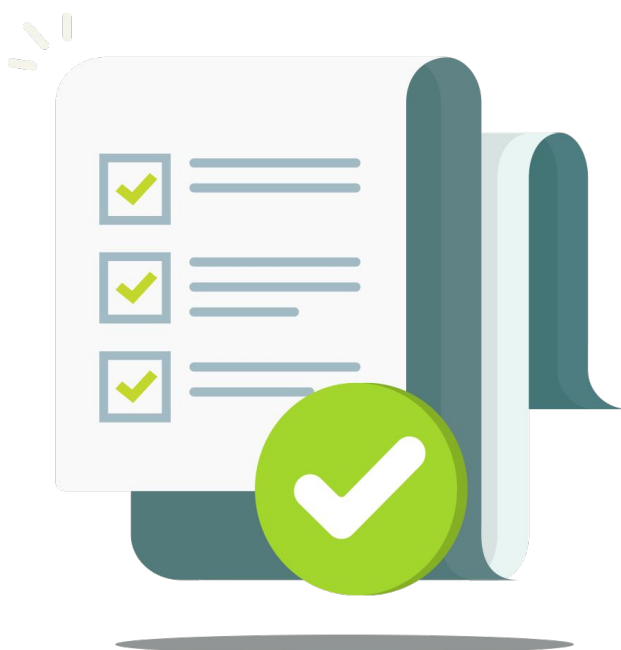


CONCLUSIONI

L'encefalopatia epatica è una patologia, anche se lieve, con gravi effetti nei pazienti e con un forte impatto sulla qualità della vita dei pazienti. Nonostante questo però emerge l'assenza nei Piani regionali per l'assistenza alla cronicità la giusta attenzione per questi pazienti.

Esiste quindi un vuoto di modelli gestionali per questa patologia sia a livello territoriale che ospedaliero.

La risposta da parte dei SSR deve partire dal disegno di PDTA regionali, focalizzati sulla gestione delle singole complicanze ma dove sia ben chiara e dettagliata la presa in carico del paziente, tra medicina ospedaliera e territoriale, garantendo gli obiettivi fondamentali di salute.





ACTION POINT

- È necessario potenziare i sistemi di diagnosi per questi pazienti. Migliorando inoltre l'identificazione dei pazienti ad alto rischio per offrire un approccio personalizzato.
- Sono necessari dei percorsi ben codificati per il trattamento della EE minima, andando ad identificare: chi trattare, cosa trattate, quando trattarlo, che terapie utilizzare e per quanto tempo utilizzarle.
- È fondamentale identificare il ruolo del caregiver (formale o informale) ed educarlo nella gestione di questa patologia.
- Bisogna identificare il reale impatto di questi pazienti sul sistema sanitario.
- Bisogna migliorare l'approccio del SSN a questa malattia anche attraverso i nuovi strumenti di medicina digitale.
- È necessario implementare il telemonitoraggio poiché questa tecnologia permette di non spostare questi cittadini che già richiedono un'assistenza per compiere moltissime attività.
- La medicina generale deve essere formata per una migliore presa in carico e diagnosi, ma gli MMG devono essere dotati delle professionalità (infermieri, personale amministrativo) per garantire una medicina maggiormente di iniziativa.



SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Piero Amodio, Professore Medicina Interna, Università degli Studi Padova, Medico internista, AOU Padova

Antonio Benedetti, Presidente SIGE, Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Ivan Gardini, Presidente EpaC Onlus

Ignazio Grattagliano, Presidente Regionale Simg Puglia

Giovanni Raimondo, Responsabile U.O.C. Medicina ad indirizzo epatologico AOU Gaetano Messina

Barbara Rebesco, Direttore SC Politiche del Farmaco A.Li.sa. Regione Liguria

Lorenzo Ridola, Professore di Gastroenterologia, Dipartimento di Medicina Traslazionale e di Precisione, Università "La Sapienza" Roma

Luigi Rossi, Presidente CARD Regione Toscana

Michela Rostan, Camera dei Deputati

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica Motore Sanità

Ugo Trama, Responsabile Farmaceutica e Protesica Regione Campania



Con la sponsorizzazione non condizionante di

ALFASIGMA 

Intercept 

f

ORGANIZZAZIONE

🐦

Barbara Pogliano

📷

b.pogliano@panaceascs.com

📺

SEGRETERIA

in

c.nebiolo@panaceascs.com

324 6327587

