

Linee Guida per un approccio multidisciplinare all'ischemia mesenterica cronica

Dr. Alberto Ferrarese

Gastroenterologia, Azienda Ospedaliera Università di Padova

Sebbene l'ischemia mesenterica cronica sia una condizione clinica potenzialmente gravata da elevata morbilità, essa risulta ancora poco conosciuta sotto il profilo clinico, e spesso non adeguatamente trattata. Ciò è in parte derivante dall'assenza di criteri diagnostici ed algoritmi terapeutici ben definiti. Per tale motivo, UEG ha coordinato un team di esperti in campo radiologico interventistico, chirurgico e gastroenterologico che ha stilato linee guida multidisciplinari sulla diagnosi e sul trattamento di questa particolare condizione.

Terlouw LG, Moelker A, Abrahamsen J, Acosta S, Bakker OJ, Baumgartner I. et al., European guidelines on chronic mesenteric ischaemia - joint United European Gastroenterology, European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition, European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology, Netherlands Association of Hepatogastroenterologists, Hellenic Society of Gastroenterology, Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, and Dutch Mesenteric Ischemia Study group clinical guidelines on the diagnosis and treatment of patients with chronic mesenteric ischaemia. [United European Gastroenterol J. 2020 May;8\(4\):371-395.](#)

Testo

Le linee guida, coordinate dal Prof. Terlouw, dell'Università di Rotterdam, sono state stilate da 23 esperti (sei gastroenterologi, sette radiologi, otto chirurghi vascolari, un fisiologo e un angiologo) provenienti da 11 Paesi (10 Europei, e gli USA), appartenenti a 6 differenti Società Scientifiche dell'ambito gastroenterologico, nutrizionistico, radiologico, chirurgico vascolare, sotto l'egida UEG(1). Il *Panel* di esperti ha prodotto un totale di 33 *statements*, definiti mediante il metodo GRADE (due gradi di raccomandazione, *forte* e *debole*, abbinati a quattro livelli di evidenza: *forte*, *moderato*, *debole* e *molto debole*).

Per definizione, l'ischemia mesenterica cronica (IMC) è una condizione clinica caratterizzata da un cronico, inadeguato apporto vascolare mesenterico; la forma occlusiva è solitamente determinata da aterosclerosi arteriosa, vasculiti, o da estese trombosi venose; la forma non-occlusiva presenta una eziologia ancora poco conosciuta, probabilmente di origine micro-vascolare(2).

I seguenti aspetti legati alla **diagnosi** di IMC possono essere d'aiuto nella pratica clinica quotidiana:

- La diagnosi dovrebbe essere discussa in un setting multidisciplinare.
- L'assenza della classica triade (soffio vascolare, dolore addominale post-prandiale e calo ponderale) non esclude la diagnosi di IMC.
- Ugualmente, l'assenza di alterazioni di alcuni biomarcatori sierici (i.e., acido lattico, LDH, leucociti) non esclude la diagnosi di IMC.
- La TAC addome con mdc rimane l'esame radiologico di scelta, mentre l'angiografia deve essere considerata a scopo terapeutico.

Analizzando le linee guida, è possibile trarre alcune importanti considerazioni. Anzitutto, la maggior parte degli *statements* presenta deboli livelli di evidenza. Ciò è dovuto alla ridotta conoscenza della patologia, spesso negletta, alla scarsa specificità e sensibilità dei comuni sintomi clinici (calo ponderale, diarrea, dolore addominale post-prandiale) e all'assenza di accurati biomarcatori e test diagnostici.

In questo ambito, misurazioni pre- e post-prandiali del flusso sanguigno mesenterico mediante risonanza magnetica, quantificazione dell'acido lattico su sangue portale e misurazioni endoscopiche dei livelli mucosali di ossigeno rappresenta ipotesi attrattive, ma ancora in fase di studio(3, 4).

Le linee guida offrono importanti indicazioni anche sotto il profilo **terapeutico**.

- L'assetto nutrizionale è particolarmente rilevante nel paziente con IMC, specie nella fase pre-operatoria, in quanto il miglioramento della mal- e de-nutrizione migliora l'*outcome* post-operatorio. Tuttavia, le modalità di trattamento di tali condizioni sono dibattute, poiché l'incremento della nutrizione enterale (per os o mediante sondino naso-gastrico) potrebbe determinare maggior richiesta di afflusso vascolare e favorire un'ischemia mesenterica acuta. La nutrizione parenterale totale è invece gravata da alto rischio di sepsi.
- Il trattamento chirurgico di rivascolarizzazione deve essere riservato ai casi in cui il trattamento endovascolare non sia percorribile.
- Lo stenting arterioso percutaneo sembra essere la metodica endovascolare da preferire rispetto all'angioplastica.
- La duplice terapia antiaggregante è consigliabile in seguito al posizionamento di stent endovascolare. La durata di tale terapia è legata alla tipologia di stent utilizzato.
- Dopo un adeguato periodo di duplice antiaggregazione, la singola terapia antiaggregante va continuata *long-life*.
- In pazienti già in terapia anticoagulante per altre ragioni, è consigliato istituire singola terapia antiaggregante (dato l'elevato rischio di sanguinamento apportato da associazione tra duplice terapia antiaggregante e anticoagulante).

- In pazienti candidati a chirurgia, non vi sono dati di confronto tra utilizzo di bypass venoso vs. protesico.

Anche sotto il profilo terapeutico, gli *statements* presentano bassi livelli di evidenza. Infatti, sono ancora pochi gli studi che mettano a confronto le varie tecniche di radiologia interventistica, o che comparino l'efficacia dei vari tipi di stents endovascolari (uno studio è attualmente in corso (5)). Inoltre, lo schema d'utilizzo dei farmaci antiaggreganti e/o anticoagulanti è spesso mutuato da studi eseguiti in altri setting, come ad esempio la radiologia interventistica coronarica.

In conclusione, le presenti linee guida hanno il merito di mettere in rilievo una patologia spesso misconosciuta quale la IMC, sottolineando la necessità di un approccio diagnostico-terapeutico multidisciplinare. Sono tuttavia necessari ulteriori studi, specificamente disegnati per questa patologia, per poter migliorare l'accuratezza diagnostica e definire più precisamente le modalità terapeutiche.

References

1. Terlouw LG, Moelker A, Abrahamsen J, Acosta S, Bakker OJ, Baumgartner I, et al. European guidelines on chronic mesenteric ischaemia - joint United European Gastroenterology, European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition, European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology, Netherlands Association of Hepatogastroenterologists, Hellenic Society of Gastroenterology, Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, and Dutch Mesenteric Ischemia Study group clinical guidelines on the diagnosis and treatment of patients with chronic mesenteric ischaemia. *United European Gastroenterol J.* 2020;8(4):371-95.
2. Al-Diery H, Phillips A, Evennett N, Pandanaboyana S, Gilham M, Windsor JA. The Pathogenesis of Nonocclusive Mesenteric Ischemia: Implications for Research and Clinical Practice. *J Intensive Care Med.* 2019;34(10):771-81.
3. Dalman RL, Li KC, Moon WK, Chen I, Zarins CK. Diminished postprandial hyperemia in patients with aortic and mesenteric arterial occlusive disease. Quantification by magnetic resonance flow imaging. *Circulation.* 1996;94(9 Suppl):II206-10.
4. van Dijk LJD, Harki J, van Noord D, de Vries AC, Moelker A, Verhagen HJM, et al. Detection of mesenteric ischemia by means of endoscopic visible light spectroscopy after luminal feeding. *Gastrointest Endosc.* 2019;89(1):94-102.
5. van Dijk LJD, Harki J, van Noord D, Verhagen HJM, Kolkman JJ, Geelkerken RH, et al. Covered stents versus Bare-metal stents in chronic atherosclerotic Gastrointestinal Ischemia (CoBaGI): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2019;20(1):519.