

# Il Catetere peritoneale per il trattamento dell'ascite massiva di origine cardiaca

Gernone G<sup>1</sup>, Pepe V<sup>1</sup>, Soleti F<sup>1</sup>, Colucci G<sup>1</sup>, Partipilo F<sup>1</sup>, Detomaso F<sup>1</sup>, Giannattasio M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOSVD di Nefrologia e Dialisi ASL Bari. Sede Direzionale: Osp. "S. Maria degli Angeli" Putignano

<sup>2</sup>Dipartimento Nefrodialitico Città di Bari Hospital. Sede Direzionale: Clinica "Mater Dei" Bari

## RAZIONALE

L'ascite di origine cardiaca rappresenta il 7-49% di tutte le cause di ascite. Ascite massiva nell'ambito delle cardiopatie si verifica più frequentemente nei pazienti con malattia della tricuspide e nella pericardite costrittiva, ma può anche verificarsi in corso di scompenso cardiaco congestizio (1). Quest'ultimo rappresenta un'importante problema di salute pubblica poiché comporta notevole morbilità e mortalità e, nonostante il ricorso a terapie non convenzionali, quali ad es. resincronizzazione cardiaca (CRT) e trapianto cardiaco, resta gravato da elevata ospedalizzazione (2). Frequente, inoltre, è l'associazione con la Malattia Renale Cronica (Sindrome Cardio-Renale tipo II). Lo scompenso cardiaco congestizio refrattario si realizza allorché, nonostante terapia diuretica ottimale (blocco sequenziale del nefrone), persistono segni clinici severi di disfunzione cardiaca associati a ritenzione idrica.

Sebbene tali pazienti di solito rispondano ai diuretici ed alla restrizione idrica e di sodio, se l'ascite è massiva tale approccio può causare una deplezione del volume intravascolare senza una significativa riduzione del liquido ascitico. Il ricorso a paracentesi di grande volume può in questi casi controllare il fluid overload (3).

Cateteri peritoneali per il drenaggio continuo di costanti quantità di liquido ascitico sono stati largamente utilizzati in corso di asciti maligne (4) od in pazienti con ascite refrattaria da cirrosi epatica (5, 6), anche se solitamente per un periodo di tempo limitato, ed assai più raramente nell'ascite di origine cardiaca (7, 8). Pertanto quando l'ascite, anche se di altra natura, è assai abbondante e richiede ripetute paracentesi, l'uso di tali cateteri può rappresentare una strategia alternativa più conveniente. La rimozione di acqua e sali così ottenuta può migliorare la qualità di vita e ridurre le ospedalizzazioni.

## CASE REPORT

Presentiamo il caso clinico di un paziente di aa 56 affetto da cardiomiopatia dilatativa con severa disfunzione biventricolare (FE 28 %), insufficienza valvolare mitralica e tricuspide di grado moderato-severo con PAPs 50 mm/Hg all'ecocardiogramma; classe NYHA IV; FA in TAO; portatore dal 2013 di ICD-CRT. Malattia renale cronica di moderata entità (SCr. 1.6 mg/dl, eGFR 48 ml/m'). Nel corso dei 6 mesi precedenti subisce 4 ricoveri per scompenso cardiaco nel corso dei quali viene sottoposto a ripetute paracentesi evacuative per ascite tamponante. Nel corso dell'ultimo ricovero si evidenzia scompenso cardiaco refrattario con peggioramento dell'ascite e della funzione renale (SCr. 2.2 mg/dl), nonostante terapia diuretica ottimale (metolazone 5 mg/die, furosemide 500 mg/die, canrenoato di potassio 100 mg/die, acetazolamide 125 mg/die) ed appropriata diuresi. In terapia, inoltre, con Carvedilolo 12.5 mg/die ed Amiodarone 200 mg/die per 5 gg/sett. Esame clinico limitato dall'ipomobilità conseguente all'ascite massiva. Pressione Arteriosa (P.A.) 90/60mmHg, il polso 80 bpm, temperatura corporea 36,6 C°. Il peso corporeo (P.C.) all'ingresso era 74 kg. Edema degli arti inferiori 4+. Addome dilatato, non dolente. Fegato e milza non palpabili; toni cardiaci parafonici, volumi polmonari ridotti con crepitii alle basi. Assenza di tremore o de-

ficit neurologici. Si decide, pertanto, dopo una settimana di degenza, di ricorrere all'impianto di catetere peritoneale autolocante con drenaggio giornaliero di ca 2 L di ascite. Nel corso della prima settimana si assiste ad un calo complessivo del P.C. di circa 12 Kg. Si registra un miglioramento dei parametri di funzionalità renale (SCr. 1.8 mg/dl). Dopo ulteriori 15 gg: P.C. 58,2 Kg, diuresi 1800 ml/24 h, drenaggio ascitico ca 1000 ml/die, P.A. 105/65 mm/Hg. Il paziente viene dimesso asintomatico con terapia a base di Furosemide 125 mg/die ed Eplerenone 50 mg/die, invariati Carvedilolo ed Amiodarone. Dopo 9 mesi di follow-up il paziente conferma P.A., P.C. e diuresi stabili, una funzione renale leggermente migliorata (SCr. 1.5 g/dl eGFR 51 ml/m'), assenza di ulteriori ricoveri, miglioramento della classe NYHA (III) e della FE (35%).

## CONCLUSIONI

In questa nostra singola esperienza l'uso del CP per il drenaggio del liquido ascitico ha rappresentato uno strumento efficace e sicuro, anche a lungo termine, che ha consentito di migliorare rapidamente l'ascite di origine cardiaca ottimizzandone la gestione. Esso, in aggiunta alla terapia farmacologica ottimale, ha consentito un miglioramento della qualità di vita e della classe funzionale riducendo drasticamente l'incidenza di ospedalizzazione e mantenendo una funzione renale stabile.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Shimizu Y. Liver in systemic disease. *World J Gastroenterol* 2008;2013:4111–19
- 2) Costanzo MR, Mills RM, Wynne J. Characteristics of "Stage D" heart failure: insights from the Acute Decompensated Heart Failure National Registry Longitudinal Module (ADHERE LM). *Am Heart J*. 2008 Feb;155(2):339-47. doi: 10.1016/j.ahj.2007.10.020. Epub 2007 Dec 19.
- 3) Hou W, Sanyal AJ. Ascites: diagnosis and management. *Med Clin North Am* 2009;2013:801–17
- 4) Fleming ND, Alvarez-Secord A, Von Gruenigen V, Miller MJ, Abernethy AP. Indwelling catheters for the management of refractory malignant ascites: a systematic literature overview and retrospective chart review. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Sep;38(3):341-9.
- 5) Kathpalia P, Bhatia A, Robertazzi S et al. Indwelling peritoneal catheters in patients with cirrhosis and refractory ascites. *Intern Med J*. 2015 Oct;45(10):1026-31. doi: 10.1111/imj.12843.
- 6) Van Thiel DH, Moore CM, Garcia M, George M, Nadir A. Continuous peritoneal drainage of large-volume ascites. *Dig Dis Sci*. 2011 Sep;56(9):2723-7. doi: 10.1007/s10620-011-1792-x. Epub 2011 Jul 7.
- 7) Aisenberg GM. Peritoneal catheter for massive cardiac ascites. *BMJ Case Rep*. 2013; 2013: bcr2013008992. Published online 2013 Apr 16. doi: 10.1136/bcr-2013-008992PMCID: PMC3645798
- 8) Po CL, Bloom E, Mischler L, Raja RM. Home ascites drainage using a permanent Tenckhoff catheter. *Adv Perit Dial*. 1996;12:235-6.