

# TRATAMENTO DA ASCITE

# TRATAMENTO DA ASCITE

**Reunião de Consenso do tratamento da ascite**  
**International Ascites Club. Hepatology 38:258,2003**

Importância do tema: causa mais freqüente de descompensação  
50% dos pac. com C1 desenvolverão ascite em 10 a.

Mortalidade

Presença de ascite: 50% em 2 anos  
Ascite refratária: 75% em 1 ano

**Sobrevida de pacientes cirróticos com ascite**

**Mattos AA et al. GED 17:17,1998**

100 pacientes com CI e ASC

Sobrevida geral:  $25,89 \pm 23,43$  meses

Sobrevida na ascite refratária:  $3,57 \pm 7,61$  meses

# TRATAMENTO DA ASCITE

Reunião de Consenso do tratamento da ascite

International Ascites Club. Hepatology 38:258,2003

## Ascite moderada (grau II)

Atuar sobre a causa da hepatopatia

Repouso

Dieta com 50 mEq de  $\text{Na}^+$  (75% dos pesquisados)

O uso de substitutos com sais contendo  $\text{K}^+$  são proscritos

Restrição hídrica (130 mEq/l)

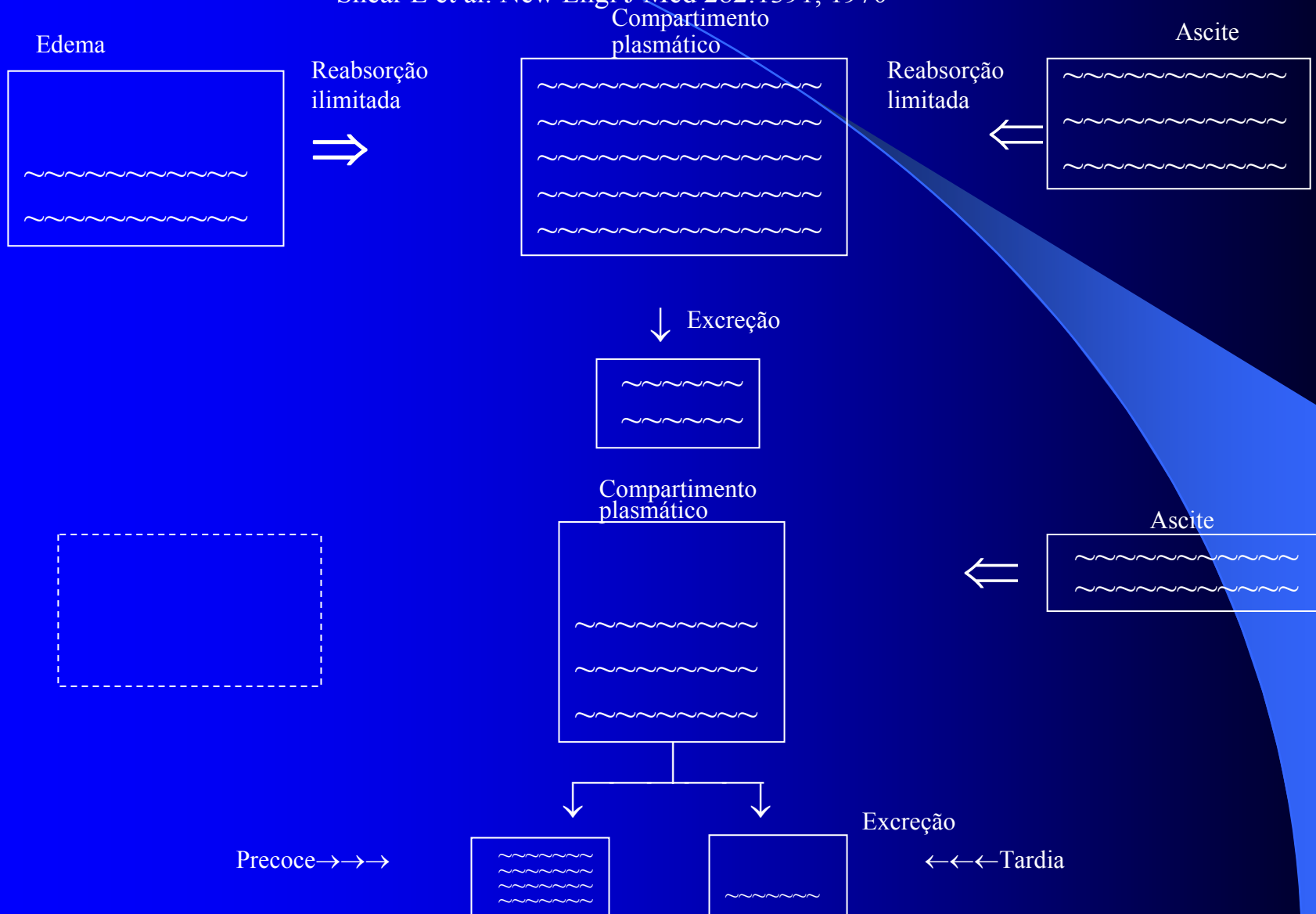
Diuréticos: espironolactona como agente único (61% dos participantes)

“American guidelines” inicia com associação de drogas

# TRATAMENTO CLÍNICO DA ASCITE

## Cinética da absorção e formação da ascite

Shear L et al. New Engl J Med 282:1391, 1970



# TRATAMENTO DA ASCITE

Espironolactona X Espironolactona + Furosemida

Santos et al. J Hepatol 39:187-92, 2003

94 pacientes com ascite moderada, após dieta e repouso

Grupo 1: ↑ dose a cada 4 d → 400 E + 160 F

Grupo 2: ↑ a dose a cada 4 d → 400 E >> N/R >> E+F

Resposta: 97,9 X 93,6% (p>0,05)

Complicações ~ (9,6%)

Velocidade de mobilização da ascite ~

Grupo 2 necessitou de menor reajuste da dose (68% X 34%)

Ambos esquemas são eficazes, porém a Espironolactona permite um controle ⊕ fácil da ascite (pacientes ambulatoriais)

# TRATAMENTO DA ASCITE

Reunião de Consenso do tratamento da ascite

International Ascites Club. Hepatology 38:258,2003

Ascite moderada (grau II)

Atuar sobre a causa da hepatopatia

Repouso relativo

Dieta com 50mEq de Na<sup>+</sup>

Restrição hídrica (130 mEq/l)

Diuréticos

Infusão de albumina

# TRATAMENTO DA ASCITE

Papel da Infusão de albumina no aumento da resposta diurética

Gentilini P et al. J Hepatol 30:639, 1999

Racional: diuréticos ↓ VVE, causa alt. eletrol. e déficit renal

Estudo PCR com 63 CI com D X 63 com D+Albumina ev (12,5g/d)

Resposta maior: 78% X 44%, quando necessitam D de alça ( $p < 0,01$ )

Menor comprometimento renal e eletrolítico ( $p < 0,01$ )

Menor tempo de hospitalização

Relação custo/benefício positiva

No seguimento a longo prazo a sobrevida foi  $\approx$

A albumina pode ser usada em pacientes com ascite de mais difícil manejo, principalmente quando necessitam diuréticos de alça

# TRATAMENTO DA ASCITE

Albumina na hiponatremia em pacientes com ASC refratária

Jalan et al. J Hepatol 46:S95, 2007

24 pacientes com ASC refratária

Grupo 1: restrição hídrica e de sódio

Grupo 2: agrega 40 g de albumina/dia

melhora do sódio: 124 → 133

aumento da excreção de água livre

< incidência de infecções

< incidência de EPS e IR

< mortalidade

A albumina é útil no trat. da hiponatremia em pac. com ASC refratária



# TRATAMENTO DA ASCITE

Ascite refratária (5 a 10% dos casos)

Excluir a falsa refratariedade

Ingesta excessiva de  $\text{Na}^+$  ( $\text{Na}^+$  urinário  $> 75-100\text{mEq/d}$ )

PBE (incidência  $\approx 11\%$ )

Uso de drogas (AINE)

# TRATAMENTO DA ASCITE

Ascite refratária; International Ascites Club

Arroyo et al. Hepatology 23:164, 1996

## Definição de ascite refratária

ascite resistente  
ascite intratável

## Critério diagnóstico

cronológico: 1 semana

falha na resposta

perda ponderal média:  $< 200$  g/4 dias

sódio urinário:  $< 50$  meq/d

recorrência precoce: 1 mês

complicações: EPS, IR, eletrolíticas

# TRATAMENTO DA ASCITE

Avaliação do efeito da paracentese total em pacientes cirróticos

Both CT & Mattos AA. GED 13:85, 1994

Pacientes cirróticos com ascite refratária

Volume médio drenado:  $8,2 \pm 5,6$  L (3,1 a 24,8L)

Aval. Hemodinâmica: renina e aldosterona

Cat. Swans-Ganz: DC, IC, VS, PCP

Aval. renal: uréia, creat, DCEc, TFG pelo  $^{51}\text{Cr-EDTA}$

Antes e após paracentese >> não houve diferença ( $p > 0,05$ )

Paracentese total com infusão de albumina é segura

# TRATAMENTO DA ASCITE

International group for the study of ascites;  
Ginès et al. Gastroenterology 111:1002, 1996

Estudo MPVR com 289 CI c/ascite tratados com paracentese total

97 com albumina: 19% Renina ↑

93 com Dextran 70: 34% Renina ↑

99 com Haemaccel: 38% Renina ↑

Follow-up dos pacientes com hipovolemia

Tempo médio para readmissão (1,3 X 3,5 meses)

Menor sobrevida (9,3 X 16,9 meses)

Usar Dextran ou Haemaccel só em paracentese < 5l

# TRATAMENTO DA ASCITE

“Shunt” transjugular intra-hepático porto-sistêmico(TIPS); Uma Metanálise

D’Amico et al. Gastroenterology 129:1282,2005

5 estudos PCR avaliando seu papel no trat. da ascite refratária

330 pacientes com sucesso na colocação em 77-100% (M=94%)

Disfunção do TIPS em 30-73%

TIPS ↓ de forma significativa a recorrência da ascite

TIPS ↑ de forma significativa a incidência de EPS

TIPS apresentou tendência em ↑ a sobrevida

mortalidade > se BT >3mg/dL

Pode ser usado em população selecionada

# TRATAMENTO DA ASCITE

“Shunt” transjugular intra-hepático porto-sistêmico (TIPS)

Reunião de Consenso do tratamento da ascite

International Ascites Club. Hepatology 38:258,2003

## Indicação

mais de 3 paracenteses por mês  
quando a paracentese for contra-indicada

## Complicações

EPS, obstrução ou estenose: 70% em 1 ano (PTFE)

## Contra-indicações

EPS, idade > 70 anos, IC (FE < 55%), Child > 12

# TRATAMENTO DA ASCITE

Conduta na ascite refratária

Cárdenas & Ginès. Clin Gastroenterol Hepatol 3:1187,2005

Modelos prognósticos para utilização do TIPS:

MELD < 14: boa evolução

< 18: é permitido

>24: é contra-indicado

BT > 3mg/dL, ALT > 100 UI/L, EPS, urgência  
mau prognóstico

# TRATAMENTO DA ASCITE

TIPS com politetrafluoretileno ( ascite e hem.dig.)

Bureau et al. Gastroenterology 126:469,2004

Estudo PCR com seguimento de 300 dias

→ 39 e-PTFE X 41 “standart”

disfunção do TIPS: 13% X 44% ( $p < 0,001$ )

recorrência: 8% X 29% ( $p < 0,05$ )

EPS: 22% X 41% em 1 ano ( $p = 0,05$ )

sobrevida: 70% X 54% ( $p > 0,05$ )

O papel do TIPS na HP deve ser reavaliado



# TRATAMENTO DA ASCITE

International Ascites Club-5th Meeting; Dallas 1999  
Reunião de Consenso do tratamento da ascite

Indicação do Tx hepático em pacientes com cirrose e ascite

Sobrevida nos EUA:

87% em 1 ano; 73% em 5 anos

A despeito da sobrevida o TxH não deve ser precoce

sobrevida da CI com ascite transitória: 65-99% em 5 anos

Com o passar do tempo, ascite persistente ocorre em 5-10% ao ano

Sobrevida na ascite persistente: 50% em 2 anos

Avaliar o tempo de espera em lista

Se longo (>1,5 anos)  $\Rightarrow$  Child B (MELD)

Sobrevida na ascite refratária: < 50% em 1 ano  $\Rightarrow$  TxH

# TRATAMENTO DA ASCITE

AASLD “Practice Guideline”

Runyon et al. Hepatology 39:841,2004

Abstinência

Restrição de sódio e diuréticos

Restrição hídrica:  $\text{Na}^+ < 120-125 \text{ mEq/L}$

Ascite tensa e ou refratária → paracentese

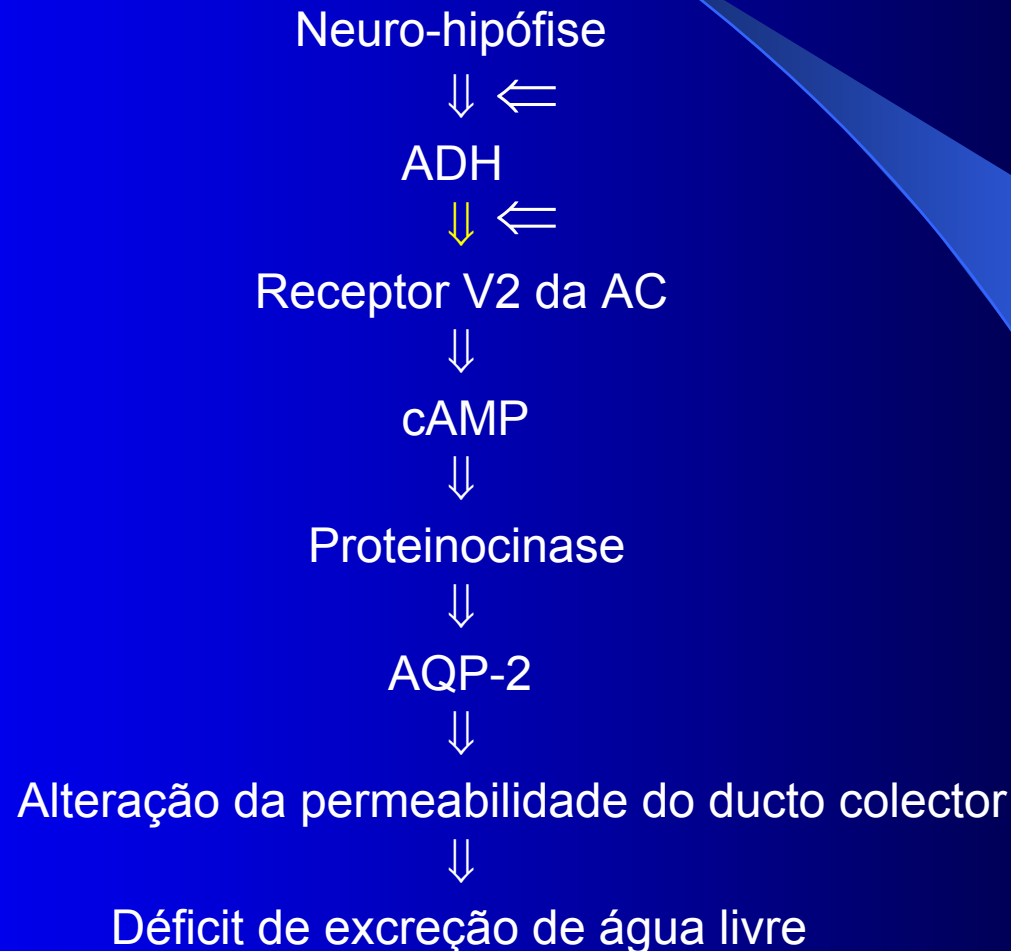
Paracentese > 4-5 litros → albumina

TIPS deve ser considerado em população selecionada

Transplante deve ser avaliado em pacientes com ascite

# TRATAMENTO DA ASCITE

## Mecanismo de ação do ADH



# TRATAMENTO DA ASCITE

Hiponatremia na cirrose

Angeli et al. Hepatology 44:1535,2006

Estudo PM com 997 pacientes

$\text{Na}^+ < 135\text{meq/L}$ :49,4% e  $< 130$ : 21,6%

$\text{Na}^+ \downarrow \leftrightarrow$  ASC refrat.; SHR, HDA, EPS

$\text{Na}^+ \downarrow$  na CI associa-se a complicações

# TRATAMENTO DA ASCITE

## FUTURO

### AGENTES AQUARÉTICOS

Papel terapêutico dos agentes aquaréticos

**Redução dos níveis circulantes de ADH**

**Bloqueio dos receptores V2**

Alteração na formação de cAMP

Inibição dos canais de água