

RIMOZIONE DELLA BILIRUBINA MEDIANTE CARTUCCIA CYTOSORB™ ASSOCIATA AD EMODIAFILTRAZIONE IN UN CASO DI INSUFFICIENZA EPATICA ACUTA POST CARDIOCHIRURGIA

F. BETTINI, H KANDIL, C. FACCILOLO, A. SATRIANO, A. BALLOTTA

Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO)

IRCCS, Policlinico San Donato, San Donato M.se, Piazzale E. Malan, 1 (Milano) - 20097

INTRODUZIONE

L'insufficienza epatica acuta è caratterizzata da un deterioramento della funzione epatica ad eziologia complessa dovuta a danno citotossico o citopatico. È spesso associata a danno renale, encefalopatia epatica, edema cerebrale, shock, sepsi severa e da ultimo sfociare in insufficienza multi organica. CytoSorb™ è basato su resine ad alta biocompatibilità, capaci di assorbire molecole con un peso molecolare superiore ai 55 KDa direttamente dal sangue, e può essere usato per rimuovere citokine e altre molecole potenzialmente tossiche, coinvolte in molti danni d'organo. In vitro CytoSorb™ ha dimostrato una buona capacità nel rimuovere la bilirubina libera, legata all'albumina e coniugata, senza perdita di albumina. La emodiafiltrazione può essere impostata su apparecchio PRISMAFLEX.

Caso clinico

Donna di 72 anni trasferita da altro Centro ospedaliero Milanese con diagnosi di "scompenso cardiocircolatorio destro in insufficienza tricuspidalica massiva. Fibrillazione atriale permanente. Pregressa commissurotomia mitralica". All'ecocardiogramma si evidenziava severa insufficienza tricuspidalica con ventricolo destro dilatato e funzione severamente depressa. Pressioni polmonari non valutabili per l'entità del rigurgito. In anamnesi diabete tipo II, piastrinopenia, insufficienza respiratoria restrittiva moderata. Eseguito cateterismo dx. con riscontro di pressione di incuneamento 33 mmHg.

Giunta in terapia intensiva dopo intervento cardiocirurgico di sostituzione della valvola tricuspide con bioprotesi mostrava supporto inotropo con adrenalina 0,05 mcg/Kg/min. Si verificava la necessità di revisione chirurgica in sala operatoria per sanguinamento non regredito farmacologicamente; politrasfusa. A seguire severa acidosi metabolica con iperlattacidemia. Aumento del supporto inotropo con adrenalina a 0,1 mcg(Kg/min e ventilazione con erogazione di ossido nitrico 10 ppm. Dopo una prima fase di stabilizzazione del circolo nella prima giornata, alla sospensione dell'ossido nitrico e al risveglio della paziente, si registrava severa ipotensione con desaturazione ed incremento delle pressioni polmonari. Quadro radiografico suggestivo per congestione polmonare. Si osservava pure comparsa di insufficienza renale acuta con oligoanuria. Nonostante incremento del supporto inotropo e ripresa dell'ossido nitrico era necessario intraprendere trattamento con emodiafiltrazione. Associata in 10° giornata, per maggiore instabilità di circolo infusione di noradrenalina. Sempre anurica. Iniziale incremento della bilirubina totale/diretta, modesto l'incremento delle transaminasi. Alla 20° giornata la bilirubina ha raggiunto il valore di 19 mg/dl e 29,6 mg/dl in 23° giornata. Iniziato trattamento con cartuccia CytoSorb™. utilizzando un emofiltro in membrana AN 69. Flusso sangue 150 ml/min, con dose convettiva (soluzione di citrato + soluzione di reinfusione) di 30 ml/kg/h. Dose dialitica 1000 ml/h. Sono stati effettuati due trattamenti consecutivi durante i quali si è assistito ad una diminuzione dei valori di bilirubina fino a 19,45 mg/dl. La paziente è comunque deceduta in 26° giornata a seguito del quadro di insufficienza multiorganica imputabile in prima battuta alla severa insufficienza ventricolare destra.