

MANAGEMENTUL HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE NON-VARICEALE – EXPERIENȚA UNITĂȚII DE PRIMIRE URGENTE ȘI A SPITALULUI CLINIC REGIONAL DE URGENȚĂ MUREȘ

ANCA MEDA GEORGESCU¹, D. GEORGESCU²

^{1,2}Universitatea de Medicină și Farmacie Tg. Mures

Cuvinte cheie: hemoragie digestivă, management

Rezumat: Hemoragia digestivă superioară (HDS) este definită ca hemoragia care se produce la nivelul segmentelor digestive situate între sfincterul esofagian superior și ligamentul lui Treitz. Hemoragia digestivă superioară reprezintă urgența gastroenterologică cea mai frecventă și necesită mobilizarea unei echipe pluridisciplinare pentru un management optim, având drept scop principal salvarea vieții pacientului și gestionarea rațională a mijloacelor terapeutice. Experiența Unității de Primire Urgențe, Spitalul Clinic Regional de Urgențe Mureș în diagnosticul și tratamentul hemoragiilor digestive superioare este bazată pe gestionarea unui număr de peste 300 hemoragii digestive superioare non-variceale anual, experiență dublată de alinierea la ghidurile terapeutice naționale și internaționale și de existența unei echipe antrenate în gestionarea acestei patologii, care cuprinde medici specialiști în medicină de urgențe, gastroenterologie, chirurgie, anestezie și terapie intensivă. Algoritmul de management al acestei urgențe gastroenterologice este prezentat în mai mulți pași succesivi, care optimizează prognosticul pacientului și duc la o bună gestionare a resurselor.

Keywords: bleeding, digestive management

Abstract: Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is defined as the bleeding occurring between the upper esophageal sphincter and the angle of Treitz. Upper gastrointestinal bleeding is the most frequent gastroenterological emergency and requires the deployment of a multidisciplinary team for an optimum management aimed at saving the patient's life and at the rational management of the therapeutic means. The experience of the Emergency Unit of the Regional Emergency Clinical Hospital of Mureș in diagnosing and managing the upper gastrointestinal bleeding is based on more than 300 cases every year; the experience is doubled by the alignment with the national and international therapeutic guidelines and by the existence of a team specially trained to manage such pathology, involving practitioners in emergency medicine, gastroenterology, surgery, anaesthesia and intensive care. The algorithm for managing this emergency is presented in several successive steps, which optimize the outcome of the patient and lead to a rational management of resources.

Hemoragia digestivă superioară non-variceală este cea mai frecventă și gravă urgență gastroenterologică, al cărei management depinde de buna funcționare a unei largi echipe multidisciplinare.(1,2,3)

Adresarea pacientului cu hemoragie digestivă superioară non-variceală

Pacientul cu hemoragie digestivă superioară non-variceală se adresează la Unitatea de Primire Urgențe, care prin dotare permite acordarea primelor măsuri terapeutice, stratificarea riscului, monitorizarea funcțiilor vitale, solicitarea serviciilor medicale necesare tratamentului hemoragiei. (3) Primele măsuri care se aplică în Unitatea de Primire Urgențe sunt cele care cuprind clasicul A,B,C al bolnavului critic, adaptat patologiei digestive. Acestea sunt: Evaluarea funcțiilor vitale – protejarea căilor respiratorii, oximetria sangvină, starea hemodinamică. Examenul obiectiv, monitorizarea pulsoximetrică a activității cardiace și tensiunii arteriale, efectuarea ASTRUP. Asigurarea a două linii venoase periferice mari – 14-16 Gauge. Recoltare de probe biologice și determinare a grupului sanguin. De luat în considerare oxigenoterapia. De luat în considerare intubația oro-traheală la

pacienții cu risc de aspirație (comatoși, cirofici cu encefalopatie, hematemeză masivă, stare de ebrietate, comorbidități grave). Reechilibrare volemică cu soluții cristaloidale sau coloidale după regula 3/1 (3 ml cristaloid la 1 ml sânge pierdut). La nevoie reanimare hematologică prin administrare de sânge, plasmă, masă trombocitară (scădere a hematocritului sub 30% sau a trombocitelor sub 50 000/mm³). Administrarea de inhibitori de pompă intravenos în bolus 80 mg, apoi pe injectomat 8 mg/h. (4) Montarea unei sonde de aspirație nazogastrică; după caz se poate începe evacuarea sângelui sau efectuarea lavajului gastric cu soluții cristaloidale la temperatura camerei. Solicitarea gării de endoscopie și a serviciului de terapie intensivă, dacă este cazul. În cazuri particulare, consultul chirurgical poate să fie necesar. Efectuarea anamnezei, heteroanamnezei și a unui examen obiectiv amănunțit (ne orientează asupra patologiei induse de AINS, a cirozei hepatice, comorbidităților, durata, cantitatea și calea de exteriorizare a sângelui pierdut). Efectuarea toaletei locale și generale a pacientului. (3,5,6)

Toate aceste gesturi diagnostice și terapeutice se pot efectua concomitent, de către echipa UPU, succesiunea lor fiind dictată de starea pacientului și o bună judecată clinică. În

¹Autor Corespondent: Anca Georgescu, str. Spitalul Vechi, nr. 16, Tg. Mureș, cod 540089, România, e-mail: medageorgescu@yahoo.com; tel: +40744335657

Articol intrat în redacție în 07.11.2011 și acceptat spre publicare în 23.01.2012

ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2012; 2(1)139-141

formele clinice foarte ușoare nu sunt necesare toate aceste măsuri. Obținerea consimțământelor medicale de la pacient, aparținători sau după caz asumarea tuturor gesturilor medicale de către membrii echipelor de gardă la pacienții fără discernământ este foarte importantă. (6)

Endoscopia digestivă superioară în hemoragiile digestive superioare non-variceale

Endoscopia digestivă superioară este standardul de diagnostic și terapie în HDS. Endoscopia digestivă aduce cele mai importante informații diagnostice, permite efectuarea hemostazei endoscopice, aduce date cu privire la stratificarea riscului de resângerare, deces, cu implicații majore asupra nivelului de asistență medicală necesar în următoarele etape. (2,5)

Scorul Forrest endoscopic și scorul Rockall sunt extrem de utile în aprecierea ratei de resângerare și deces și duc la stabilirea celei mai bune conduite terapeutice postendoscopice. (7) Indicația de endoscopie digestivă superioară este fermă în toate cazurile de HDS, respectând contraindicațiile endoscopiei digestive superioare sau imposibilitatea tehnică a efectuării acesteia. (2,3)

Endoscopia digestivă superioară trebuie efectuată cât mai curând cu puțin timp după echilibrarea hemodinamică a pacientului și un bun lavaj gastric, dacă este posibil. Temporizarea endoscopiei digestive până la 16 ore este de luat în considerare doar atunci când în proximitatea UPU nu există un serviciu de endoscopie. (6)

Endoscopia digestivă superioară diagnostică și terapeutică în hemoragia digestivă superioară se efectuează de către medicul specialist gastroenterolog cu experiență în această patologie.

Endoscopia se desfășoară în cadrul gărzii de endoscopie după principiul 24 de ore din 24, 7 zile din 7. (6)

Transportul pacientului la serviciul de endoscopie se face pe targă, însoțit de medic, asistent și brancardier, cu facilități de oxigenoterapie, administrare de tratament parenteral, monitorizare a funcțiilor vitale, resuscitare cardiopulmonară. Medicul endoscopist trebuie asistat de un asistent de endoscopie și încă un cadru sanitar cu pregătire medie sau superioară.

Pacientul cu hemoragie digestivă este asistat de către medicul de terapie intensivă sau medicină de urgență și un asistent medical care monitorizează funcțiile vitale, continuă reanimarea, asigură analgezia sau sedarea pacientului.

Hemostaza endoscopică

Ulcerul duodenal și gastric. Hemostaza endoscopică este indicată în ulcerul Forrest Ia, Ib, IIa, IIb. Cu privire la ulcerul Forrest IIb îndepărtarea cheagului prin spălare sau mecanic este importantă, deși controversată, pentru că poate releva o leziune Forrest Ia, sau Ib. Metoda de hemostază este la alegerea endoscopistului: injectarea cu adrenalină 1/10 000 sau cu soluție salină, preferabil cu volume mari, de 20 ml; coagularea bipolară, termocoagularea; aplicarea de clipuri hemostatice, de preferat clipuri mari; se poate profita în funcție de experiența individuală și de dotare de clipurile rotative, de redeschiderea celor de rezoluție, de buna penetrație murală a triclipurilor, de aplicatoarele multiclip; APC este util în vase sub 1 mm diametru; hemostaza combinată poate da rezultate bune, uneori mai bune decât o singură metodă; de multe ori este rezultatul unor manevre de hemostază succesivă nereușite. (6,8,9,10)

Ulcerul Dieulafoy. Se practică injectare de adrenalină urmată de termocoagulare sau coagulare bipolară; montarea unor clipuri mari; montarea de ligatură elastică; tatuarea locului este de luat în considerare. (11,12)

Gastrita hemoragică. Lavajul gastric, terapia cu IPP și

controlul factorilor de risc sunt în 90% din cazuri suficiente; leziunile mai mari pot beneficia de terapie prin injectare, electrocoagulare, APC. (6,8)

Sindromul Mallory-Weiss. Diagnosticul diferențial cu sindromul Boerhaave trebuie luat în considerare și la nevoie se ingeră substanța de contrast iodată pentru a obiectiviza extravazarea ei în mediastin sau pleura. În acest caz tratamentul este chirurgical, leziunea fiind transmurală. Poate să fie și conservator, prin injectare, aplicare de clipuri și eventual drenaj pleural. Hemostaza endoscopică se realizează prin injectare de soluție salină sau adrenalină 1/10 000; volume mari. Dacă bănuim sindrom de hipertensiune portală scleroterapia poate să fie mai utilă; după caz se poate folosi termocoagularea sau electrocoagularea. (6,8,13)

Angiodisplazia: Beneficiază de APC, termocoagulare, electrocoagulare, terapie prin injectare

Cancerul gastric. Pentru a evita o intervenție chirurgicală de urgență se recomandă hemostaza endoscopică, similară cu a ulcerului gastric. (6,8)

Lipsa identificării leziunii implică o serie de măsuri: Un bun lavaj gastric și efectuarea unei noi endoscopii, diagnosticul diferențial cu o hemoragie din sfera ORL, diagnosticul diferențial cu hemoragia digestivă inferioară, în special de cauză intestinală. (3,8)

Elemente de conduită postendoscopice

Dacă hemostaza endoscopică este eficientă, tratamentul leziunii este conservator. Pacienții cu scor Rockall sub 3 au risc mic de resângerare și se interează în secțiile de gastroenterologie sau medicale. Realimentarea este permisă în 24 de ore, iar în leziunile cu risc crescut în 72 ore (Forrest Ia, Ib). (2,3,6,14)

La cei cu scoruri mai mari trebuie luată în considerare internarea într-un serviciu de terapie intensivă, mai ales dacă luăm în calcul comorbiditățile. (2,3,6)

Resângerarea este o bună indicație de terapie endoscopică, eficiența acesteia fiind egală cu cea a actului chirurgical. (3,8) Eșecul acesteia implică referirea pacientului la un serviciu chirurgical. Documentarea imagistică a actului endoscopic, prezența clipurilor la nivelul leziunii sau a tatuajului este o premisă a unei intervenții chirurgicale minim invazive. (15)

CONCLUZII

Existența unei echipe multidisciplinare, a unei baze materiale corespunzătoare, urmărirea ghidurilor terapeutice în vigoare sunt premisele unui management corect al hemoragiilor digestive superioare non-variceale.

BIBLIOGRAFIE

1. Cijevschi Prelicean C, Dobru D, Gheorghe C, Mihai C, Săftoiu A, Sporea I, Tanțau M. Consens național: Tratamentul hemoragiei digestive superioare non-variceale. Societatea Națională de Gastroenterologie și Hepatologie, Societatea Română de Endoscopie Digestivă; 2006.
2. Pascu O. Hemoragiile digestive, în Gastroenterologie și Hepatologie-bazele practicii clinice. Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”. Cluj Napoca, 2011:81-86.
3. Saltzman JR. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding, in Current Diagnosis and Treatment-Gastroenterology, Hepatology and Endoscopy. McGrawHill-Lange, 2009:324-339.
4. Leontiadis GI, Howden CW. The role of proton pump inhibitors in the management of upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am 2009 Jun 38(2):199-213.
5. Kawamura T, Yasuda K, Morikawa S, et al. Current status

- of endoscopic management of for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc* 2010, 22 Suppl 1:S26-30.
6. www.ms.ro-Ghidul S.R.G.H. Tratatamentul hemoragiilor digestive superioare de cauză nonvariceală.
 7. Stanley AJ, Dalton HR, Blatchford O et al. Multicentre comparison of the Glasgow Blatchford and Rockall Scores in the prediction of clinical end-points after upper gastrointestinal haemorrhage. *Aliment Pharmacol Ther* 2011 Aug 34(4):470-5. Epub 2011 Jun 26.
 8. Cappell MS. Medscape. Therapeutic endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010 Apr 7(4):214-29. Epub 2010 Mar 9.
 9. Guo SB, Gong AX, Leng J et al. Application of endoscopic haemoclips for nonvariceal bleeding in the upper gastrointestinal haemorrhage: A review. *World J Gastrointest Endosc* 2009 Sep 14;15(34):4322-6.
 10. Hajime A, Terumi K, Masaki S, et al. Endoscopic haemostasis techniques for upper gastrointestinal haemorrhage: A review. *World J Gastrointest Endosc* 2010 February 16;2(2):54-60.
 11. Alis H, Oner OZ, Kalayci MU, et al. Is endoscopic band ligation superior to injection therapy for Dieulafoy lesion? *Surg Endosc* 2009 Jul 23(7):1465-9.
 12. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010 Oct 92(7):548-54.
 13. Lecleire S, Antonietti M, Ducrotté P. Mallory Weiss syndrome: diagnosis and treatment. *Presse med.* 2010 Jun 39(6):640-4.
 14. Hébuterne X, Vanvierbiervliet G. Feeding the patients with upper gastrointestinal bleeding. Current opinion in *Clinical Nutrition and Metabolic Care* 2011;14:197-201.
 15. Clarke MG, Bunting D, Smart NJ, et al. The surgical management of acute upper gastrointestinal bleeding: a 12 year experience. *Gastrointest J Surg.* 2010;8(5):377-80.