EVALUARE ENDOSCOPICĂ ŞI TERAPIA HEMOSTATICĂ ÎN HEMORAGIA GASTROINTESTINALĂ

VIOREL ISTRATE[1], CORINA CAZAN[2], NICOLAE BODRUG[3], LUMINIȚA DOBROTĂ[4], MIHAI LEONIDA NEAMȚU[5]

[1,3] Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, [2,4,5]Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie: *hemoragia gastrointestinală, urgenţă majoră, hemostaza endoscopică*

Rezumat: *Hemoragia gastrointestinală este o problemă importantă pentru departamentele de urgenţă. Endoscopia este principala metodă de diagnostic şi tratament în hemoragia gastrointestinală. Performanţa terapiei endoscopice depinde de localizarea semnelor de hemoragie recentă. Terapia endoscopică include: tehnica de injectare a agenţilor sclerozanţi, hemostaza mecanică şi tehnica de coagulare. Hemostaza endoscopică reduce sângerarea, riscul de hemoragie recurentă şi recomandarea de intervenţie chirurgicală.*

Keywords: *gastrointestinal hemorrhage, emergency, endoscopic hemostasis*

Abstract: *Gastrointestinal hemorrhage remains an important problem for all emergency departments. Endoscopy is the primary diagnostic and therapeutic tool for gastrointestinal bleeding. The performance of endoscopic therapy depends on findings of stigmata of recent hemorrhage. Endoscopic therapies include injection using sclerosing agents, mechanical and coagulation hemostasis. Endoscopic hemostasis by an experienced endoscopist reduces bleeding, the risk of hemorrhage recurrence and surgical recommendation.*

Hemoragia gastrointestinală (HGI) este considerată de specialişti ca urgenţă majoră în patologia digestivă şi o problemă importantă sub aspect diagnostic şi terapeutic în departamentele de urgenţă. Incidenţa hemoragiei gastrointestinale, formă severă, este insuficient documentată la populaţia pediatrică. În departamentele de terapie intensivă se raportează o incidenţă de 6.4-25% a cazurilor de hemoragie digestivă superioară şi de 0.3% pentru hemoragia digestivă inferioară.(1,2) În ultimele două decenii, tehnicile moderne de diagnostic şi tratament endoscopic aplicabile şi la vârsta pediatrică au ameliorat considerabil şansa de diagnostic şi evoluţia cazurilor de hemoragie gastrointestinală. În departamentul de terapie intensivă, primul pas în managementul hemoragiei acute gastrointestinale necesită a fi efectuat la momentul internării pacientului şi presupune evaluarea promptă clinică, pre-endoscopică.(2,3) Scorul Blatchford include parametrii clinici şi biochimici de risc diagnostic: ureea serică la valori crescute, nivelul hemoglobinei scăzut, tensiunea arterială scăzută, puls la valori crescute, hemoragia gastrointestinală exteriorizată prin melenă, semne clinice de sincopă, afectare hepatică şi cardiacă, markeri necesari pentru eşalonarea nivelului de gravitate. Evaluarea endoscopică este metoda rapidă de diagnostic şi tratament pentru hemoragia gastrointestinală la grupa de vârstă pediatrică. Intervenţia endoscopică în scop hemostatic efectuată de un endoscopist cu experienţă reduce considerabil riscul de resângerare, indicaţia de intervenţie chirurgicală de urgenţă, necesitatea transfuziei şi reduce durata de spitalizare.(1,4)

Sistemul Forrest de evaluare endoscopică a hemoragiei digestive superioare permite aprecierea severităţii hemoragiei, tipul de sângerare, a riscului de resângerare şi recomandă modalitatea de intervenţie terapeutică endoscopică: Tipul I – sângerare activă: IA – sângerare în jet, pulsatilă, arterială; IB – sângerare venoasă, prelingere continuă nepulsatilă a sângelui din leziune; IC – sângerare "în pânză" de tip capilar; Tipul II – fără sângerare activă în momentul examinării cu stigmat de sângerare recentă: IIA – vas vizibil nesângerând; IIB – cheag aderent de leziune (cheag santinelă); IIC – bază de culoare neagră a leziunii; Tipul III – leziuni cu potenţial hemoragic în absenţa unui stigmat de sângerare recentă.(1) Recomandările pentru endoscopie diagnostică şi terapeutică cu hemostază endoscopică în hemoragia gastrointestinală sunt: ulcer cu sângerare activă evidentă – Forrest IA, IB; ulcer cu vas vizibil fără sângerare activă, cu stigmat de sângerare recentă – Forrest IIA; ulcer cu cheag aderent de leziune (cheag santinelă) – Forrest IIB cu risc înalt de resângerare, apreciat până la 50%; varice esofagiene; ulcer hemoragic la nivelul mucoasei colonice; angiomatoză colonică; polip colonic hemoragic; ulcer cu cheag aderent la nivelul unui diverticul.(3,4) Societatea Nord Americană de Gastroenterologie, Hepatologie şi Nutriţie Pediatrică recomandă efectuarea endoscopiei terapeutice pentru hemoragia digestivă în următoarele circumstanţe: hemoragie activă, persistentă şi recurentă şi care nu răspunde la terapia medicală; hemoragie severă cu deteriorare hemodinamică; sângerarea varicelor esofagiene; evaluarea unei hemoragii digestive neexplicată; tratamentul sângerării din anomaliile vasculare; ulcere sau postpolipectomie. Leziunile hemoragice difuze de la nivelul mucoasei gastrice, duodenale sau colonice nu sunt indicaţie pentru intervenţia hemostatică endoscopică.(1,4) În practica curentă se recomandă următoarele tipuri de intervenţie terapeutică endoscopică în scop hemostatic în hemoragia gastrointestinală acută:

1. Endoscopia terapeutică hemostatică prin injectare se recomandă în hemoragia variceală şi non-variceală. Agenţii de hemostază utilizaţi sunt:

- Agenţii vasoconstrictori - epinefrina 1/10.000, injectată direct în submucoasă sau la baza ulcerului, determină vasoconstricţie locală, agregare plachetară, tamponadă mecanică şi reduce riscul de resângerare cu 15%.(1,5,6)
- Agenţii sclerozanţi – etanolul 98%, soluţia salină hipertonă, polidocanol 1%, trombină 100 UI induc hemostază prin

[2]Autor corespondent: Corina Cazan, Str. Pompeiu Onofreiu, Nr. 2-4, Sibiu, România, E-mail: corinacazan2000@yahoo.com, Tel: +40269 217927
Articol intrat în redacţie în 08.08.2014 şi acceptat spre publicare în 01.10.2014
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2014;2(4):100-102

tromboza localizată deasupra vasului care sângerează. Agenţii sclerozanţi sunt utilizaţi în hemostaza din hemoragia varicelor esofagiene, a ulcerului peptic şi în leziunile Dieulafoy.(1,6,7) Agenţii sclerozanţi cu injectare intravariceală sau paravariceală au eficienţă comparabilă. Scleroterapia este recomandată în hemoragia variceală cu eficienţă semnificativă comparativ cu bandelarea varicelor. În hemostaza endoscopică din hemoragia non-variceală agenţii sclerozanţi utilizaţi sunt: soluţie salină hipertonă 3.6% sau 7.2% în combinaţie cu epinefrină 1/20.000, epinefrină 1ml 1/1.000 şi 9 ml soluţie normo-salină, epinefrină 1/10.000 urmat de polidocanol 1%. Scleroterapia este recomandată cu precauţie la pacienţii cu vârsta de peste 12 ani motivat de posibile complicaţii – ulceraţii, stricturi esofagiene, fistule, mediastinită, bacteriemie. Asociaţia Americană de Gastroenterologie şi Endoscopie recomandă profilaxia cu antibiotic.

- Adezivii tisulari – cleiurile de fibrină complet rezorbabile reduc semnificativ rata de resângerare.(1,6,7,8,9)

2. Hemostaza mecanică:

- Ligatura/bandarea endoscopică recomandate în hemoragia varicelor esofagiene, leziuni Dieulafoy, leziuni Mallory-Weiss, ulcer gastric şi duodenal, angiectazie, polipectomie, tratamentul dilataţiilor hemoroidale. Bandarea endoscopică se recomandă ca metodă de hemostază la pacienţii de vârstă pediatrică. Bandarea endoscopică are avantajul unui risc scăzut de hemoragie recurentă şi complicaţii - ulceraţie, strictură, bacteriemie.(9,10,11)
- Clipurile/clemele hemostatice au indicaţie în hemoragia non-variceală, ulcer, hemoragie diverticulară, sângerare la locul biopsiei şi postpolipectomie. Clipurile endoscopice induc hemostază prin tamponare directă şi sunt recomandate la pacienţii de vârstă pediatrică.
- Bucla endoscopică hemostatică (endo-loop) are indicaţie în hemoragia potenţială sau actuală postpolipectomie. (9,10,12,13)

3. Tehnica de electrocoagulare monopolară/bipolară şi multipolară şi termocoagulare sunt recomandate în angiodisplazie colonică, proctocolită hemoragică după radioterapie.
4. Tehnica de fotocoagulare cu laser NdYAG prin contact şi non-contact cu rol hemostatic şi aplicaţie în colonoscopia şi enteroscopia din leziuni vasculare congenitale (teleangiectazie congenitală hemoragică, angiodisplazie, malformaţii arteriovenoase).
5. Tehnica de coagulare cu argon plasmă (APC) – metoda noncontact, curentul este transmis în arc de energie electrică printr-un gaz ionizat, argon. Tehnica de coagulare non-contact este folosită în hemostaza ectaziilor vasculare superficiale, leziunilor Dieulafoy, sângerării la marginea ulcerului peptic şi postpolipectomie. Metodele de coagulare realizează hemostază eficientă, reduc riscul de resângerare, de intervenţie chirurgicală de urgenţă şi reduc necesarul de transfuzie.(10,11,13)

Etapele de evaluare diagnostică şi terapeutică în hemoragia gastrointestinală: 1. Criteriile clinice de încadrare în gradul de severitate şi risc potenţial: evaluarea statusului hemodinamic şi iniţierea de urgenţă a măsurilor de resuscitare şi stabilizare; recomandarea pentru endoscopie digestivă superioară în scop diagnostic; nivelul de risc şi decizia terapeutică sunt în funcţie de statusul hemodinamic, vârstă, teste de laborator, comorbidităţi şi parametrii de încadrare endoscopică; 2. Tratamentul care precede endoscopia digestivă are ca scop ameliorarea parametrilor clinici şi reducerea riscului hemoragic: inhibitor de pompă de protoni (IPP) iniţial în bolus 80 mg iv. urmat de menţinerea unui ritm de administrare continuă de 8 mg/h; eritromicină 250 mg iv. pe o durată de 30-90 minute; 3. Etapa destinată endoscopiei digestive în scop diagnostic şi terapeutic: recomandarea pentru endoscopie digestivă este în intervalul de 12-24 ore de la internare după stabilizarea hemodinamică; evaluarea endoscopică după parametrii din clasificarea Forrest; recomandarea pentru hemostază endoscopică şi precizarea tehnicii de intervenţie; 4. Tratamentul recomandat după efectuarea hemostazei endoscopice: IPP 80 mg iv. în bolus, urmat de perfuzie continuă cu ritm de 8 mg/h, timp de 72 ore; 5. Reevaluarea endoscopică selectivă se recomandă în cazul hemoragiei gastrointestinale recurente după hemostaza endoscopică iniţială la cazurile cu parametrii endoscopici Forrest I şi IIA. Reevaluarea endoscopică de rutină după 24 ore nu se recomandă.(14,15,16)

Terapia endoscopică este acceptată ca decizie terapeutică de primă intenţie în algoritmul de management al hemoragiei gastrointestinale. Managementul responsabil pretinde o colaborare multidisciplinară cu participarea gastroenterologului antrenat în hemostază endoscopică şi a specialistului în terapie intensivă.

REFERINŢE

1. Burlea M, Gimiga N, Diaconescu S, Olaru C, Ignat A, Păduraru G, Lupu V, Managementul endoscopic al hemoragiilor digestive la copil, Revista Română de Pediatrie 2013;LXII(3).
2. Burlea M, Păduraru G, Ignat A, Diaconescu S, Lupu V, Olaru C, Hemoragia digestivă în patologia pediatrică, Revista Română de Pediatrie 2012;LXI(3).
3. Kay M, Wyllie R, Gastrointestinal hemorrhage, Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease, Fourth Edition 2011;14:146-153.
4. Sung J. Current Management of Peptic Ulcer Bleeding, Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2006;3(1):24-32.
5. Lin HJ et al, A prospective randomized trial of large versus small volume endoscopic injection of epinephrine for peptic ulcer bleeding, Gastrointest Endosc 2002;55:615-619.
6. Croffi J, Somogyi L et al. Technology Assessment Committee, Sclerosing agents for use in GI endoscopy. Gastrointest Endosc 2007;66:1-6.
7. Nikhil Pai, Michael A, Manfredi. Endoscopic management of gastrointestinal bleeding in pediatrics, Techniques in Gastrointestinal Endoscopy 2013. p. 18-24.
8. Sclerosing agents for use in GI endoscopy, Technology status evaluation report, Gastrointestinal Endoscopy 2007;66(1).
9. Wyllie R, Hyams JS, Kay M, Esophagogastroduodenoscopy and related techniques, Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease, Pathophysiology, Diagnosis, Management. 3rd ed. Philadelphia Saunders Elsevier; 2006. p. 1269-1275.
10. Sung JJ, Tsoi KK, Lai LH, et al. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. Gut 2007;56:1364-1373.
11. Barkun AN, Martel M, TouboutiY. Endoscopic hemostasis in peptic ulcer bleeding for patients with high-risk lesions: a series of meta-analyses. Gastrointest Endosc; 2009. p. 786-799.
12. Hwang JH. Fisher DA, Ben-Menachem T. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding Gastrointest Endosc 2012;75:1132-1138.
13. Kay MH, Wyllie R. Therapeutic endoscopy for nonvariceal gastrointestinal bleeding, J Pediatr Gastroenterol Nutr 2007 Aug;45(2):157-71.
14. Cappell MS. Therapeutic endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding, Nat Rev Gastroenterol Hepatol

2010 Apr;7(4):214-29.
15. Laine L, Jensen DM, Management of Patients with Ulcer Bleeding, The American Journal of Gastroenterology 2012;107:345-360.
16. Emerging technologies for endoscopic hemostasis, Report on emerging technology, The American Society for Gastrointestinal Endoscopy, Gastrointestinal Endoscopy 2012;75(5).