

Ghid de evaluare si tratament al hemoragiilor digestive superioare in urgenta

Niculina-Claudia Julea*

Definitie

Hemoragia digestiva superioara (HDS) se defineste prin pierderea de sange din leziuni produse la nivelul segmentelor superioare ale tractului digestiv, situate deasupra ligamentului Treitz. Se exteriorizeaza prin hematemeza sau/si melena.

Hematemeza este reprezentata de varsatura cu sange rosu, rosu-brun cu cheaguri sau "in zat de cafea" (sange partial digerat). Melena – scaunul negru, "ca pacura", moale, lucios si urat mirositor – este rezultatul degradarii sangelui de-a lungul tubului digestiv la un tranzit de cel putin 8 ore. In cazul in care cantitatea de sange pierduta este mai mare (~ 1l) in mai putin de 8 ore, apare hematochezia – sange partial digerat, rosu lucios. Hemoragia oculata este o forma de manifestare a sangerarii pe intreg tubul digestiv.

Epidemiologie

Frecventa HDS in populatie este destul de greu de determinat. Se apreciaza ca ar fi in jur 150 de cazuri /100000 de locuitori sau 1/2000 pacienti internati pe an. Incidenta HDS este mai mare la pacienti cu varsta peste 60 de ani – aproximativ 2/3 din cazuri. Mortalitatea prin HDS este de circa 8-10% din cazuri.

Din punct de vedere etiologic, cam 50% din hemoragiile digestive superioare se produc pe ulcere gastrice si/sau duodenale (1/3 din acestea datorate administrarii de AINS). 4% din totalul HDS sunt cauzate de sangerarile din varice esofagiene (1/3 din ele sunt hemoragii letale).

* U.P.U. – S.M.U.R.D. S.C.J.U. Timisoara

Etiopatogenie

HDS depind de cauza si sursa sangerarii, sunt influentate in mod direct, de asemenea si de dezechilibrul dintre factorii de aparare mucosali si cei agresivi.

O importanta deosebita in etiopatogenia unui mare numar de HDS o are hipertensiunea portala, in asociere cu anumiti factori declansatori: aparitia varicelor esofagiene care pot sangera (prin rupere sau explozie).

La bolnavii cu afectiuni asociate, precum insuficienta renala cronica, insuficienta hepatica, bolile cardio-vasculare, pulmonare etc. comorbiditatile influenteaza gradul de severitate la HDS si diagnosticul pozitiv al acestora.

Clasificarea uzuala a HDS se face in functie de etiologia si de severitatea acestora. In schemele de mai jos sunt ilustrate cele doua tipuri de clasificare (Fig. 1, Fig.2).

Manifestarile clinice ale HDS sunt reprezentate de hematemeza si/sau melena. Semnele si simptomele sangerarii digestive superioare sunt determinate de gradul hemoragiei (cantitatea totala de sange pierduta), rapiditatea hemoragiei (cantitatea de sange pierduta in unitatea de timp) si de nivelul hemoglobinei preexistente.

Semnele clinice ale HDS sunt: proprii hemoragiei (hematemeza, melena, hematochezie) si induse de hemoragie. Acestea din urma sunt manifestarile comune oricarei hemoragii : paloare tegumentara, transpiratii reci, cresterea frecventei cardiace, scaderea tensiunii arteriale pana la diferite grade de soc. Toate aceste manifestari sunt agravate de afectiunile preexistente sau asociate. In ceea ce priveste boala de baza, un rol important il are o anamneza corecta si completa. Se obtin informatii despre un eventual consum de antiinflamatoare nesteroidiene, anticoagulante orale, corticosteroizi sau consum cronic de etanol, daca exista un istoric de boala ulceroasa, suferinta cronica hepatica, istoric de HDS sau alte manifestari hemoragice: cutanate, urogenitale din diverse coagulopatii.

Examenul clinic obiectiv deceleaza tegumente palide, reci, transpirate, pacientul poate fi agitat sau dimpotriva, somnolent, chiar confuz pana la comatos. La nivelul tegumentului pot fi observate echimoze, petesii, stelute vasculare, purpura, circulatie colaterala, eritem palmar. La examinarea abdomenului, se poate evidentia hepato-splenomegalia, ascita, se pot palpa chiar mase tumorale. Abdomenul poate fi sensibil la palpare. Se examineaza si celelalte segmente, aparate si sisteme: cap - nas, gat - mai ales in cazul unui epistaxis, cardiopulmonar, in special in prezenta unor comorbiditati. Se efectueaza obligatoriu tuseul rectal!

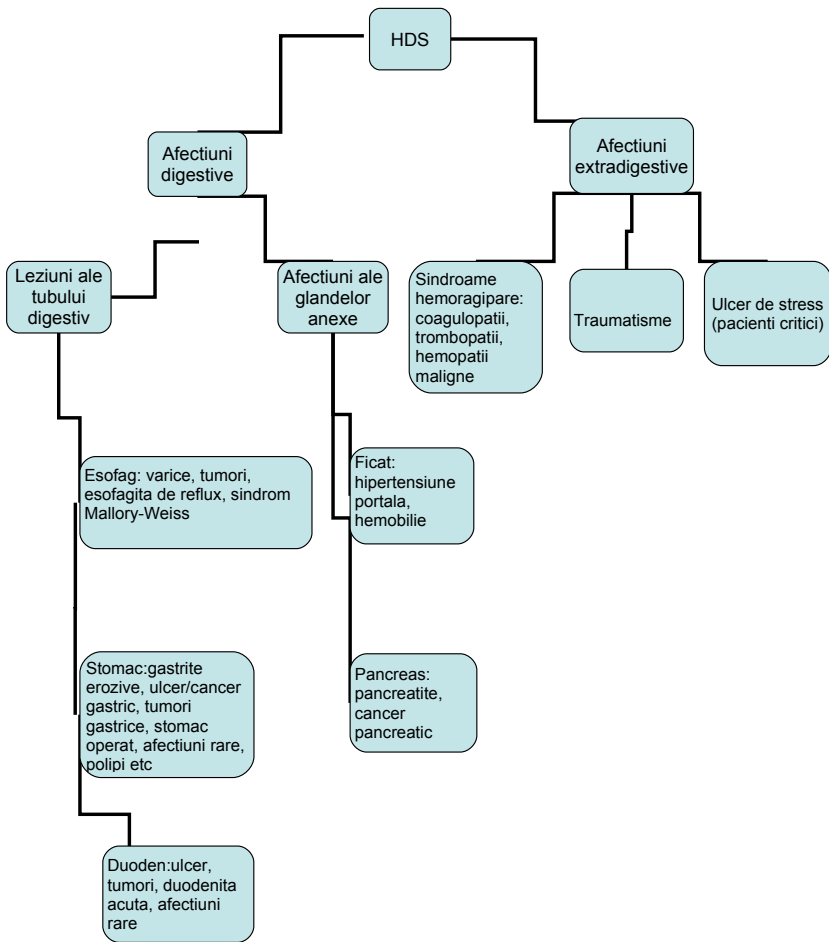


Fig. 1. Clasificarea etiologica a HDS

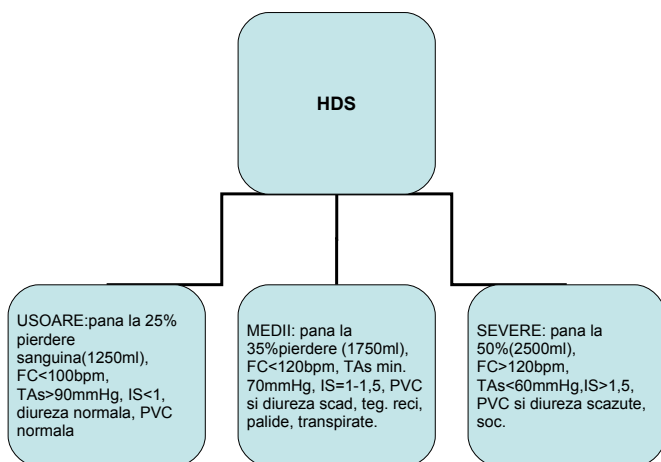


Fig. 2. Clasificarea HDS in functie de severitate

Diagnosticul pozitiv in hemoragiile digestive superioare se stabileste din anamneza si examenul clinic obiectiv, de regula, in aproximativ 80% din cazuri. Se stabileste existenta (a nu se omite examinarea prin tuseu rectal!) si severitatea sangerarii prin examen clinic si paraclinic.

Explorările paraclinice sunt reprezentate, in principal, de analize de laborator si de endoscopia digestiva superioara (EDS). Alte investigatii paraclinice, cum ar fi examenul radiologic baritat (Ba-pasajul), cu radioizotopi (marcarea hematiilor cu tehnетиu) sau arteriografia selectiva, sunt mai putin utile in urgenta. De un real folos, inasa, este ecografia abdominala in urgenta, care aduce informatii pretioase in cazul unei hepatopatii cronice (de exemplu, modificarile ecografice din ciroza hepatica), evidentierea unor tumori abdominale, a ectaziilor aortei abdominale etc. Tomografia computerizata, cu sau fara substanta de contrast, este, de asemenea, utila in stabilirea unui diagnostic precis si a conduitei de urmat in cazul bolnavului cu HDS ce se prezinta in urgenta.

Electrocardiograma (ECG) este obligatorie la toti pacientii cu HDS – poate pune in evidenta leziuni ischemice miocardice preexistente HDS sau induse de anemia posthemoragica.

Analizele de laborator utile in urgenta la pacientul cu HDS sunt enumerate mai jos:

- hemoleucograma cu numararea leucocitelor, eritrocitelor si a trombocitelor, hematocrit, hemoglobina si indici eritrocitari;
- explorarea functiei hepatice: transaminaze, bilirubina, colinesteraza

(utile sunt si gamma- GT, fosfataza alcalina);

- examen sumar de urina;
- explorarea functiei renale: uree, creatinina; a functiei pancreatice (amilaza, lipaza serica);
- ionograma serica, glicemie, parametri ASTRUP, teste de coagulare;
- determinarea Rh, a grupului sanguin si a compatibilitatii de grup.

Investigarea radiologica simpla a toracelui sau/si abdomenului aduce informatii despre boala de baza sau afeciunile asociate.

Endoscopia digestiva superioara este o metoda diagnostica si terapeutica extrem de utila in HDS, reducand cu mult numarul interventiilor chirurgicale si a riscului mortalitatii pacientilor cu HDS. Aceasta trebuie efectuata cat mai precoce, de catre persoane calificate si antrenate in acest scop. Are o sensibilitate de 90-95% si identifica tipul si localizarea leziunii, determina sursa, caracterul, gravitatea si activitatea sangerarii.

Clasificarea Forrest a HDS din punct de vedere endoscopic:

- Tip I - sangerare activa, pulsabila, in jet
 - continua, in panza
- Tip II - stigmat de sangerare recenta
 - cheag aderent la leziune
 - vas vizibil in crater
- Tip III - leziuni cu potential hemoragic.

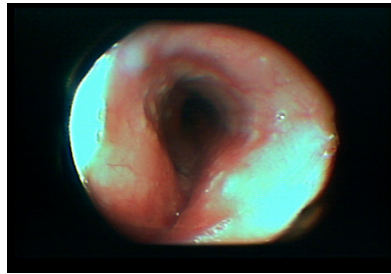
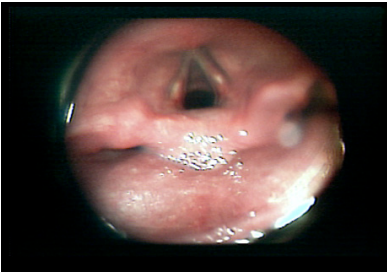
Diagnosticul diferential al HDS se face cu:

- alte hemoragii digestive;
- alte afectiuni: epistaxis de diverse etiologii (in special daca sangele este inghitit), cu afectiuni cardiopulmonare – hemoptizia/sputa hemoptoica;
- modificari ale coloratiei scaunului date de consumul unor legume (sfecla rosie, spanac), viscere (ficat), a unor medicamente (fier, bismuth, carbune medicinal);
- bila inchisa la culoare sau lichidul de staza gastrica.

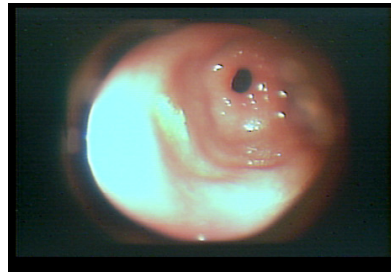
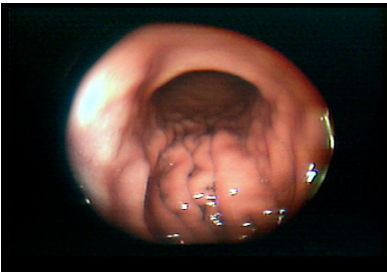
Evolutia HDS este, in 70-80% din cazuri, spre vindecare spontana. Riscul de resangerare este mare in varicele esofagiene (70%), vas vizibil Forrest II (57%), sau alte stigmat (6%). Mortalitatea este in jur de 8-10% fara EDS si de ~4% cu EDS.

Complicatiile sunt de natura hematologica - anemia posthemoragica si coagulopatia de consum, de natura hemodinamica, cu tot cortegiul de consecinte date de ischemia prin hipoperfuzia organelor vitale: ischemia miocardica (pana la IMA), ischemie cerebrala, IRA oligoanurica. Demne de luat in seama sunt si complicatiile bolii de baza, acidoza metabolica, ale medicatiei administrate (alergii, hepatite posttransfuzionale etc) si nu in ultimul rand, complicatiile legate de EDS.

ESOFAG:



STOMAC:



DUODEN:

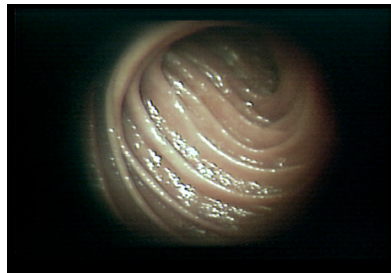
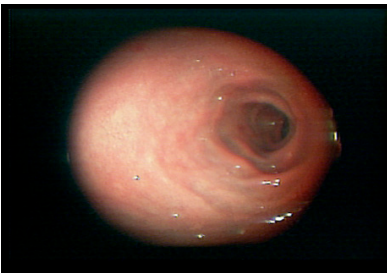
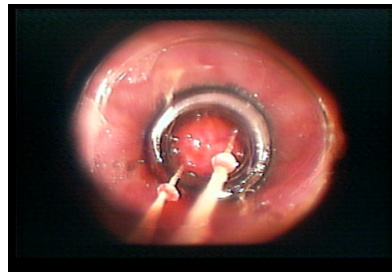
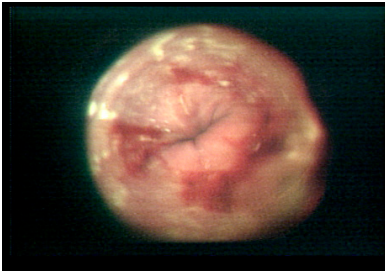
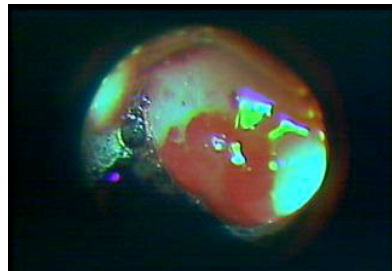
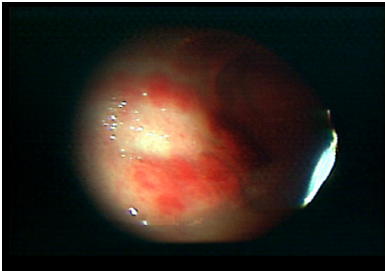


Fig. 3. Imagini endoscopice normale

ESOFAG:



STOMAC:



DUODEN:

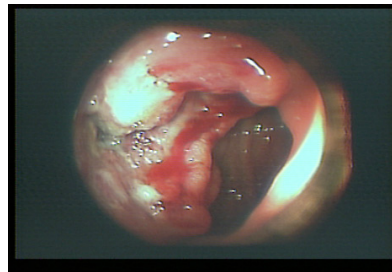
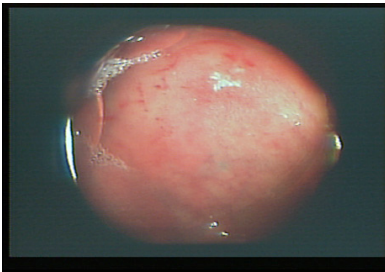


Fig. 4. Imagini endoscopice patologice:

Managementul pacientului cu HDS

Cuprinde ansamblul de masuri de evaluare si de interventie terapeutica pentru bolnavii cu hemoragie digestiva superioara in urgenta, atat in conditiile de prespital, cat si in unitatea de primire a urgentelor (UPU).

In prespital, dupa asezarea bolnavului in clinostatism (atentie la riscul de aspiratie traheobronsica in cazul alterarii statusului neurologic), o scurta anamneza si un examen clinic rapid, conduc spre un diagnostic prezumtiv, iar determinarea functiilor vitale (puls, TA, SpO₂, FR) orienteaza catre conduita de urmat: instituirea unui abord venos periferic cu cateter de calibru mare, administrare de solutii, medicamente si oxigenoterapie. Se ia in considerare si intubatia orotraheala (IOT). In cazul transportului pacientilor la distante mari, se considera administrarea de sange O I negativ prin sistemul "la intalnire".

In UPU, se efectueaza un examen clinic amanuntit, monitorizarea semnelor vitale, abord venos, daca nu a fost facut in prespital (se considera montarea unui cateter central), se continua oxigenoterapia cu debit mare (se considera IOT unde este cazul). Se recolteaza sange, se monteaza sonda nazogastrica de calibru mare si cateter Foley. Se administreaza solutii si medicamente. Se face inregistrare ECG si se decid investigatiile paraclinice suplimentare: imagistice (Rx, CT, ecografie, EDS) impreuna cu medicii specialisti (gastroenterolog, hematolog si chirurg) solicitati in consult.

Tratamentul HDS este reprezentat, in principal, de resuscitarea volemica prin administrarea de solutii si sange, precum si de medicamente, alaturi de realizarea hemostazei prin: EDS (fig. 5), sonda Blackemore sau chirurgical.

Resuscitarea volemica se face cu solutii cristaloidice: salina (NaCl 0,9%), Ringer/Ringer lactat, bicarbonat de sodium 8,4%, macromoleculare: dextran 40 sau 70, hidroxietilamidon 20%, sau solutii de gelatina. Se considera si administrarea de glucoza 5%, 10% la pacientii cu afectiuni asociate, in special cardiace. Se instituie cat mai precoce administrarea de sange sau/si produse de sange izogrup, izoRh (sange integral, masa eritrocitara, plasma, factori de coagulare) in functie de severitatea si factorii asociati/declansatori ai HDS.

Medicamentele specifice tratamentului HDS sunt cele antisecretorii: inhibitori de pompa de protoni (IPP)(pantoprazol, omeprazol) i.v. si blocantii de receptori H₂ i.v. (ranitidina, famotidina). Ideal, tratamentul farmacologic se incepe inaintea EDS cu somatostatina in bolus i.v. 250µg, urmata de o p.e.v. de 250µg/ora, nu mai putin de 24 ore. Un analog sintetic al somatostatinei este octreotidul – 50µg bolus i.v., apoi p.e.v. cu 25-50 µg/ora, 1-5 zile.

Substantele vasoactive, dopamina, dobutamina, se indica dupa reechilibrarea volemica. Antihemoragicele (vitamina K, adrenostazin, venostat, etamsilat) sunt controversate. Tratamentul oral se indica in HDS usoare/in-

active, cu antisecretoare (blocanti H₂, IPP, sucralfat).

EDS terapeutică permite hemostaza prin injectarea de substanțe: salină, adrenalina 1/10000, substanțe sclerozante, alcool, cianoacrilat, trombina, fibrina; se pot utiliza tehnici de hemostaza endoscopică prin coagulare: electrocoagulare (mono, bi sau multipolara), termocoagulare sau fotocoagulare (laser cu argon). De asemenea, se folosesc și tehnici mecanice de hemostaza endoscopică: clipirea/ligaturarea în special a varicelor esofagiene rupte.

Tratamentul chirurgical al HDS este indicat în sângerările masive și continue în care EDS și tratamentul medicamentos esuează. Constă din: suntul portosistemic: portosistemic transjugular sau porto-cav (în cazul varicelor esofagiene), rezecția tumorilor (cancer esofagian, gastric etc) după reechilibrarea volemică și în condiții de siguranță oncologică și transplantul hepatic.

Pentru a reduce riscurile la care sunt expuși pacienții cu HDS, precum și a numărului crescut al celor care se prezintă în urgență cu HDS, este imperios necesară o **profilaxie** a acestora prin educarea populației în vederea renunțării la fumat, a diminuării consumului de alcool și a unei diete și a unui regim de viață echilibrate. De asemenea instruirea în privința importanței tratării infecției cu *Helicobacter pylori*, a evitării tratamentului cu AINS sau corticosteroizi. În HDS nonvariceale, pe lângă acestea, tratamentul bolii de bază cu antisecretoarii, trebuie realizat corect și complet. Prostaglandinele de sinteză (Misoprostol și Enoprostil) sunt considerate de elecție în gastritele hemoragice. În HDS variceale se aplică aceeași conduită, mai puțin prostaglandinele, dar se pune accent pe tratarea bolii de bază – ciroza hepatică – prin reducerea ascitei și a hipertensiunii portale.

BIBLIOGRAFIE

1. Tintinalli JE. Medicina de Urgență, Ghid pentru Studiu Comprehensiv, ediția a șasea / prima ediție în limba română, ed. ALPH MDN, 2008, p. 571-6, 580-9.
2. Sporea I, et al. Protocol de spitalizare a bolnavilor cu HDS în SCJUT, 2007.
3. Goroll AH, et al. Primary Care Medicine Recommendation, 1st edition, 2001, p. 68.
4. Goroll AH, et al. Primary Care Medicine: Office Evaluation and Management of the Adult, 4th edition, 2000, p. 87.
5. Gherasim I, et al. Medicina Internă – Bolile Digestive, Hepatice și Pancreatice, ed. Medicală, 1999, p.279-94.
6. Cline DM, et al. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 2001, p.42-52.
7. Kasper DL, et al. Harrison, Principiile Medicinii Interne, 14th edition, a II-a ediție în limba română, ed. Teora, 2001, p. 44-271.