

GHID DE MANAGEMENT ÎN HEMORAGIILE DIGESTIVE INFERIOARE ACUTE

Definiție:

HDI acută se definește ca sângerarea cu sediul distal de ligamentul lui Treitz, cu debut recent (maxim 3 zile) și care poate determina instabilitate hemodinamică, anemie și/sau necesitatea transfuziilor (1,2). Frecvent se manifestă sub forma **hematocheziei**, necesitând spitalizare, evaluare și management de urgență (3).

Etiologie

Tabelul 1 Cauze de hematochezie

Leziune	Frecvența	Comentarii
Boala diverticulară	17-40%	Oprire spontană la 80% din cazuri ; a fost necesară intervenția chirurgicală la 60% din pacienții care au necesitat >4 unități de sânge/24 de ore (4)
Ectazie vasculară colonică	2-30%	Variabilitate mare în diferite studii a acestor leziuni; frecvența mai mare a hemoragiei în cazul ectaziilor vasculare ale colonului proximal (5)
Colita (ischemică, infecțioasă, IBD, proctita radică)	9-21%	Colita ischemică se manifestă frecvent prin durere abdominală și hematochezie autolimitată. Colita este segmentală, cel mai frecvent afectând unghiul splenic (6) Diareea cu sânge reprezintă simptomul cel mai frecvent al colitei infecțioase și a RUH.
Neoplasm colonic/sângerare post polipectomie	11-14%	Sângerarea post polipectomie este frecvent autolimitată și poate să apară până la 14 zile după polipectomie.
Cauze anorectale (inclusiv hemoroizi, varice rectale)	4-10%	Anuscopia trebuie să facă parte din evaluarea inițială a acestor pacienți.
Hemoragie digestivă superioară (inclusiv ulcer duodenal/gastric, varice)	0-11%	Aspiratul nazogastric negativ nu exclude HDS
Sediul hemoragiei la nivelul intestinului subțire (inclusiv ileita Crohn, ectazia vasculară, diverticulul Meckel, tumori)	2-9%	Evaluare prin enterocapsulă /enteroscopie după remiterea episodului de hemoragie acută

Colopatie indusă de AINS		Consumul de AINS crește riscul de hemoragie diverticulară(7,8) Poate exacerba leziunile de IBD preexistente
Fistula aortoenterică		
Leziuni Dieulafoy		
Ulcerații colonice		

Evaluarea inițială

Evaluarea severității episodului de HDI:

Anamneza :

- aspectul și durata sângerării (inclusiv culoarea și frecvența scaunului)
- simptomele asociate : durere abdominală, modificări recente ale tranzitului defecație imperioasă/tenesme, scădere ponderală
- antecedente : episoade anterioare de HDI, traumatisme, chirurgie abdominală, boală ulceroasă în antecedente, istoric de IBD, istoric de radioterapie la nivelul abdomenului și pelvisului
- medicație recentă (AINS, aspirina și anticoagulante)
- prezența/absența durerilor precordiale/palpitațiilor, dispnee la repaus

Examenul clinic :

- monitorizarea semnelor vitale (scăderea TAS cu >10 mmHg sau creșterea FC cu > 10 bătăi/min indică o pierdere sanguină de peste 800ml (3) ; iar tahicardia și tahipneea marcată asociate cu hipotensiune și alterarea stării de conștiență indică o pierdere de sânge de peste 1500 ml (3).
- evaluare cardiopulmonară, abdominală
- efectuarea tușeului rectal (TR).

Testele de laborator :

- hemograma completă, ionograma serică, urea, creatinina, evaluarea coagulării : PT/PTT (dacă există istoric de hepatopatie consum de anticoagulante), determinarea grupului da sânge
- Înainte de endoscopia diagnostică și terapeutică se va proceda la resuscitarea și reechilibrarea bolnavilor. Bolnavii șocați și cei cu risc crescut prin comorbidități severe vor fi monitorizați în secții de terapie intensivă (1,2,3).

Determinarea cauzei sângerării
Evaluarea tractului digestiv superior:

- Este necesară efectuarea gastroscopiei la bolnavii la care nu s-a evidențiat o sursă de sângerare la colonoscopie sau la cei cu antecedente de boală ulceroasă sau anemie(1,2,7).
- aceasta deoarece până la 11% din cazuri - sursa sângerării este deasupra unghiului Treitz (1,2,3)

Colonoscopia :

- se începe cu pregătirea rectosigmoidiană cu 2-3 clisme evacuatorii pentru excluderea unei cauze rectosigmoidiene.
- se recomandă în evaluarea precoce a bolnavilor cu HDI.
- se efectuează după pregătirea în prealabil a colonului cu soluție de polietilenglicol (PEG) (1,2) (în administrare oral sau pe sonda nazogastrică (1l la 30-45 min). În acest mod se îmbunătățește vizualizarea endoscopică și șansa unui diagnostic corect și scade riscul de perforație.
- rata de diagnostic la colonoscopie: 48-90%
- momentul colonoscopiei :12-48 de ore de la internare .
- efectuarea precoce a colonoscopiei se asociază cu durata de spitalizare mai redusă(8).

Metode diagnostice de linia a2-a

Scintigrafia cu hematii marcate cu Tc

- detectează sângerările cu debit scăzut, de până la 0,1 ml/min (permițând selecționarea cazurilor care beneficiază de terapie angiografică)(1,4).

Angiografia (arteriografia) (permite și atitudine terapeutică-angioterapie)

- detectează sângerări cu debit crescut (>1 ml/min).
- indicată la bolnavii cu hemoragie masivă, în situațiile în care nu se poate efectua endoscopia sau atunci când este prezentă hematochezie persistentă/recurentă, iar colonoscopia nu a evidențiat sursa sângerării.

Modalități de terapie în funcție de cauza sângerării (1): :

HDI de origine diverticulară :

- injectarea de adrenalină
- termocoagularea (heatprobe)

-electrocoagularea (bipolară)

-hemostaza mecanică (montarea de clipuri)

Acestea se pot folosi independent sau asociat.

HDI prin malformații vasculare :

-eficiența în oprirea sângerării la 87% din cazuri. Se pot folosi atât metodele termice cât și cele de injectare.

HDI prin colita radică (leziuni telangiectatice multiple la nivelul colonului distal) : poate fi tratată eficient prin termocoagulare, terapie laser sau coagulare cu plasmă cu argon (APC).

HDI după polipectomie : poate apare imediat sau tardiv după efectuarea manevrei

-în majoritatea cazurilor se oprește spontan.

-terapeutică endoscopică: electrocauterizarea asociată sau nu cu injectarea de adrenalină, montarea de endoloop-uri, de clipuri metalice și APC.

HDI de cauză anorectală

-fisuri, hemoroizi (<10% din cazurile de sângerare).

-tratamentul endoscopic: injectarea de adrenalină sau agenți sclerozanți sau ligatura elastică a hemoroizilor interni.

este obligatorie efectuarea colonoscopiei totale în vederea excluderii unei posibile surse proximale a hemoragiei.

Tratamentul chirurgical de urgență este indicat în caz de

- eșec al celorlalte metode terapeutice
- persistența sau recidiva precoce a hemoragiei (care necesită transfuzie masivă sau repetată)

Colectomia segmentară

-indicată numai după evidențierea în prealabil a sediului hemoragiei sau la pacienții cu boală diverticulară limitată la nivelul colonului stâng la care sângerarea este persistentă sau recurentă.

Colectomia totală "blind" se indică numai la bolnavii cu diverticuloză difuză a colonului și în situația în care nu s-a putut identifica cu precizie sediul hemoragiei (7).

DE REȚINUT

-HDI se definește ca sângerarea cu localizare distală de unghiul Treitz, cu manifestări clinice variate (inclusiv pierdere sanguină fecală ocultă, anemie feriprivă, melenă, hematochezie intermitentă și sângerarea acută).

-Colonoscopia este importantă atât în diagnosticul cât și în tratamentul HDI.

-Este necesară efectuarea gastroscopiei la bolnavii la care nu s-a evidențiat o sursă de sângerare la colonoscopie sau la cei cu antecedente de boală ulceroasă sau anemie.

-Modalitățile terapeutice endoscopice (incluzând termocoagularea, electrocoagularea și/sau injectarea de adrenalină) pot fi utilizate în tratamentul HDI prin boala diverticulară, ectazie vasculară sau postpolipectomie.

Angiografia și/sau scintigrafia cu hematii marcate cu TC pot fi utilizate în cazul sângerărilor active ca metode diagnostice și/sau terapeutice de linia a 2-a.

-Este necesară localizarea preoperatorie a sursei sângerării înainte de intervenția chirurgicală.

-Consumul de aspirină și AINS se poate asocia cu HDI și ca urmare se indică întreruperea tratamentului la pacienții cu istoric de HDI.