

## HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE (HDS)

**Hemoragia digestivă superioară (HDS):** hemoragia din segmentele digestive situate între joncțiunea faringo-esofagiană și cea duodenojejunală delimitată de ligamentul lui Treitz.

**HDS activă:** sângerare acută exteriorizată prin hematemeză și/sau melenă și/sau hematochezie.

Din motive terapeutice este necesară abordarea separată a HDS:

### A. HDS NONVARICEALĂ

#### EVALUAREA PREENDOSCOPICĂ ÎN HDS

Pacientul cu HDS ajunge la spital la serviciul de **urgență medicală**. Aici este preluat și se efectuează:

1. accesul la 1 sau 2 linii de abord venos;
2. prelevarea de sânge pentru explorare umoral biochimică (hemoleucogramă, uree, electroliți, teste funcționale hepatice, grup sanguin, Rh, timp de protrombină);
3. dacă se impune, resuscitare cu restabilirea TA și volumului intravascular prin administrare de soluții cristaloide (salină și Ringer) și/sau sânge integral și masă eritocitară (dacă este necesar cu ajutorul medicului de gardă de la **terapie intensivă**).

**Criteriile stării de șoc sever** după o HDS gravă sunt: TA sistolică < 100 mmHg, puls > 100/min, hemoglobina < 8 g/l, pVC < 2 mmHg, diureză sub 40 ml/min, insuficiența transfuziei de 1000-1500 ml/24h.

Principali factori clinici care influențează negativ evoluția HDS nonvariceală:

- vârsta > 60 ani;
- comorbidități severe;
- instabilitatea hemodinamică la internare;
- culoarea roșie a aspiratului nasogastric;
- hematemeza sau hematochezia;
- necesarul de transfuzie > 5U;
- sângerare continuă sau recurentă;
- nevoia de chirurgie în urgență.

După aceste manevre, sau în timpul lor, este anunțat medicul de gardă de la **clinica de gastroenterologie** care va prelua pacientul.

#### EVALUAREA ENDOSCOPICĂ A HDS

Ea se face în **primele 16 ore de la preluare, în funcție de severitatea cazului**: cazurile cu impact hemodinamic, hematemeză, hematochezie necesită o evaluare cât mai rapidă; cazurile fără anemie, fără semne de impact hemodinamic pot fi temporizate pentru endoscopie până la 16 ore (a doua zi).

Dacă medicul de gardă de la gastroenterologie nu efectuează endoscopia, el va solicita de la domiciliu un specialist gastroenterolog pentru efectuarea unei endoscopii terapeutice.

Endoscopia de urgență va fi făcută doar atunci când pacientul este stabil hemodinamic, cu sau fără medic anesteziat alături.

Clasificarea endoscopică a HDS nonvariceală se face după clasificarea Forrest – Anexa 10.1 Scorul Rockall reprezintă un scor util de evaluare a riscului de resângere și deces – Anexa 10.2.

**Tratamentul medicamentos** al HDS se face **cu IPP (inhibitori de pompă de protoni)**.

Tratamentul cu IPP se poate începe imediat după constatarea HDS, chiar înainte efectuării EDS.

Tehnicile de **tratament endoscopic** hemostatic pot fi împărțite în 3 categorii: prin injectare, coagulare sau tehnici mecanice.

- a) **Injectarea de substanțe variate** (soluție salină, adrenalină 1/10000, substanțe sclerozante, alcool, trombină, fibrină, cyanoacrilat) determină tamponadă locală, alterare tisulară cu tromboză și scleroză locală, iar trombina și cyanoacrilatul formează o barieră la locul injectării.
- b) **Hemostaza prin coagulare** include electrocoagularea (mono, bi și multipolară) termocoagularea și cu argon plasmă (APC).
- c) **Tehnicile mecanice** ale hemostazei includ clipurile și ligatura elastică și cea cu anse detașabile.

În practică, recomandăm combinarea a două metode: se începe cu injectarea de adrenalină asociat cu coagulare bipolară sau hemoclip. Dacă acestea nu sunt eficiente, se poate continua cu a treia tehnică.

**Tratamentul medicamentos**

Doza recomandată: bolus 80 mg, urmat de p.e.v. 8 mg/h, 72 ore.

După 72 h se continuă cu IPP pe cale orală.

În formele ușoare (fără sânge în stomac sau stigmat) se poate da doar IPP oral.

Doar în cazul în care hemostaza endoscopică nu este eficientă și pacientul este instabil hemodinamic, se decide transferul la **chirurgie**, pentru o intervenție de hemostază chirurgicală.

## B. HDS VARICEALĂ

Urmează, în mare, aceleași etape, doar că, de la început, medicul din **urgența medicală** trebuie să se orienteze către suspiciunea de ruptură de varice esofagiene: pacient cirotic cunoscut, pacient cu aspect cirotic (icteric, fetor hepatic...), hematemeză în cantitate mare cu sânge proaspăt.

Etapa preendoscopică cuprinde aceleași etape.

Medicul de gardă **gastroenterolog** trebuie anunțat din momentul sosirii pacientului pentru a putea organiza cât mai rapid o endoscopie terapeutică

hemostatică. Înaintea endoscopiei, pacientului trebuie să i se administreze antibioprofilaxie: norfloxacin 2x400mg/zi 7 zile.

Tratamentul farmacologic se începe, în mod ideal, înaintea endoscopiei cu *Somatostatină* 250ug în bolus i.v. urmată de o perfuzie de 250ug/oră, nu mai puțin de 24 de ore. Se poate folosi și un analog sintetic al somatostatinei – octreotid – 50ug în bolus i.v. apoi în perfuzie 25-50ug/oră, 1-5 zile .

*Terlipresină* în bolus( 2 mg) iar apoi în perfuzie( 1-2 mg) la 4-6 ore.

Tratamentul endoscopic se face, la ora actuală, prin ligatură endoscopică. Alternativa scleroterapie este utilizată mai rar. Trebuie instituit cât mai repede din momentul internării. Eșecul terapiei se consideră:

- < 6 ore de la momentul internării: necesar de mai mult de 4 transfuzii, incapacitatea creșterii TA sistolice cu 20 mmHg sau la  $\geq 70$ mmHg și/sau reducerea pulsului sub 100bătăi/minut.
- > 6 ore de la momentul internării: apariția hematemezei, scăderea TA sistolice > 20mmHg și/sau creșterea pulsului  $\geq 20$ bătăi/minut față de punctul de la 6 ore, necesarul de 2 sau mai multe unități de sânge pentru a crește Ht peste 27% sau Hb peste 9g%.

În caz de eșec de hemostază endoscopică alternativa este plasarea unei sonde cu balonaș Blackemore, care poate fi eficientă și în cazul varicelor fundice.

## ANEXA 10.1

### SCORUL FORREST:

#### TIP I - SÂNGERARE ACTIVĂ

Tip I a - sângerare pulsatilă, în jet

Tip I b - sângerare continuă, în pânză

#### TIP II - STIGMATE DE SÂNGERARE RECENTĂ

Tip I a - vas vizibil

Tip II b - cheag aderent

Tip II c - hematină la baza ulcerului

**TIP III:** fără stigmat de sângerare, se vede numai leziunea care ar fi putut sângera

Anexa 10.2

**SCORUL ROCKALL**

<b>Variabila</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Vârstă (ani)</b>	< 60	60-79	≥ 80	
<b>Șoc hemoragic</b>	Fără semne de șoc, puls<100/min, TAs>100 mmHg	Tahicardie puls>100/min, TAs>100 mmHg	Hipotermie, puls>100/min, TAs<100 mmHg	
<b>Comorbiditate</b>	Fără comorbidități majore		Insuf cardiacă, cardiopatie ischemică,	Insuficiență renală, hepatică, malignitate diseminată
<b>Diagnostic</b>	Sdr. Mallory Weiss, fără leziuni, fără stigmat de sângerare recentă	Toate celelalte diagnostice	Neoplasm cu localizare în tractul digestiv superior	
<b>Stigmat majore de sângerare recentă</b>	Nici un stigmat sau numai bază de culoare neagră		Sânge, cheaguri aderente, vase vizibile nesângerânde sau sângerânde în jet	

Fiecare variabilă de mai jos, este notată și astfel un scor  $\leq 3$  are prognostic bun și unul  $\geq 8$  are risc crescut