



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE NONVARICEALE

Pierderea de sânge la nivelul tractului gastrointestinal se poate prezenta din punct de vedere topografic ca hemoragie digestivă superioară și inferioară. Hemoragia digestivă superioară (HDS) este de 5 ori mai frecventă ca cea inferioară și se datorează unei surse situate proximal de ligamentul lui Treitz (joncțiunea duodeno-jejunală).

Atitudinea in fata unui pacient cu HDS nonvariceala:

- I. **Diagnostic, evaluare initiala preendoscopica si initierea manevrelor de resuscitare.**
 - A. Evaluare initiala si initierea manevrelor de resuscitare;
 - B. Aprecierea riscul hemoragiei si stabilirea prognosticului;
Factori de risc crescut, pentru resangerare sau deces, la evaluarea initiala:
 1. Factori clinici:
 - Varsta > 65 ani
 - Pulsul, tensiunea arteriala, sincopa, starea de soc
 - Prezenta comorbiditatilor
 - Hematocritul scazut
 - Necesari mare de sange transfuzat
 - Scaune melenice sau prezenta de sange rosu, proaspat la tuseul rectal, in lichidul de varsatura sau in aspiratul nazogastric
 - Sepsisul, retentia azotata, afectiunile hepatice, alcoolismul cronic
 2. Factori endoscopici:
 - Sangerarea activa, in special arteriala
 - Vas vizibil in craterul ulceros
 - Cheag aderent
 - Ulcer > 2cm
 - Ulcer localizat pe peretele duodenal posterior sau pe mica curbura gastrica
 - Tipul leziunii hemoragice: ulcer, varice sau cancer
 - C. Amplasarea sondei de aspiratie nazogastrica, atunci cand se considera utila in urmarirea pacientului si stabilirea prognosticului;
 - D. Transfuzii de sange la hemoglobina ≤ 7 g/l sau/si in functie de comorbiditati ;
 - E. Corectarea coagularii cand e necesar (pana la INR < 1,8) fara a se intarzia EDS;
 - F. Administrarea de IPP in bolus iv si apoi in perfuzie endovenoasa, fara a se intarzia insa EDS;

- G. Administrarea de agenti prokinetici atunci cand se considera ca ar determina o mai buna vizualizare a leziunilor la endoscopie (ex atunci cand sunt cheaguri in stomac, etc.)

II. Endoscopia digestiva superioara; tratamentul endoscopic al HDS nonvariceala

A. Momentul efectuării EDS in HDS acuta nonvariceala:

- In HDS acuta EDS se efectueaza in primele 24 de ore de la prezentare (intre 2 si 24 de ore).
- EDS permite diagnosticul leziunii, tratament endoscopic atunci cand acesta se impune, stabilirea riscului pacientului si a conduitei terapeutice ulterioare.
- EDS se efectueaza cat mai repede, in primele 12 ore, in urmatoarele situatii:
 - Prezenta de sange proaspat in aspiratul nazogastric
 - Instabilitate hemodinamica
 - Hemoglobina sub 80 g/L si
 - Leucocite $> 12 \times 10^9$ celule/L

B. Pacientii care prezinta la EDS stigmat ce indica un risc mare de resangerare (sangerare activa, vas vizibil sau cheag aderent in craterul ulceros) necesita efectuarea hemostazei endoscopice.

C. Prezenta unui cheag aderent in patul ulceros impune indepartarea acestuia prin irigare cu apa pentru vizualizarea si tratamentul endoscopic leziunii. Se recomanda preinjectare cu solutie de adrenalina 1/10.000 sau 1/20.000. Ulterior se indeparteaza cheagul prin spalare cu jet de apa sau ghilotinare la rece cu ansa de polipectomie, fara a se indeparta si pediculul cheagului care poate ramane aderent in baza ulcerului. Ulterior se aplica tratament combinat endoscopic si administrare de IPP injectabil.

D. Injectarea de solutie de adrenalina 1/10.000 sau 1/20.000 se va folosi in combinatie cu o alta metoda de tratament endoscopic. Atentie la cantitatea de adrenalina injectata; pacientii se vor monitoriza atent postinjectare putand aparea reactii adverse cardiovasculare, uneori severe.

E. Clipurile sau termocoagularea se pot folosi singure sau in combinatie cu injectarea de solutie de adrenalina.

F. Metodele de tratament endoscopic al HDS pot determina complicatii, inclusiv agravarea sangerarii si perforatie.

G. Nu se recomanda reevaluare endoscopica posthemostaza endoscopica decat foarte rar, in cazuri bine selectate.

H. Tratamentul endoscopic nu se indica la pacientii cu risc scazut de resangerare: ulcere cu baza curata, fara sangerarea activa, fara vas vizibil sau cheag aderent in craterul ulceros.

III. Tratamentul farmacologic in HDS nonvariceala:

- Dupa tratament endoscopic se recomanda administrarea de IPP in doza mare: bolus intravenos de 80 mg urmat de perfuzie endovenoasa continua de 8 mg/ora timp de trei zile.
- La externare vor primi recomandare de tratament cu IPP in doza unica zilnica pe durata determinata de tipul de leziune care a determinat HDS.

- IV. In functie de risc, dupa endoscopie ± hemostaza endoscopica, pacientii pot fi externati sau raman spitalizati. **Cei cu stigmat cu risc mare de resangerare la EDS vor fi spitalizati cel putin 72 de ore timp in care primesc IPP injectabil.**
- V. **In caz de resangerare dupa hemostaza endoscopica initiala eficienta se recomanda repetarea endoscopiei si a procedurilor terapeutice.** Cand sangerarea nu poate fi controlata endoscopic se iau in considerare **tratamentul chirurgical sau embolizarea arteriala percutana.** Embolizarea arteriala, cand este disponibila, poate fi o alternativa buna in cazul pacientilor cu risc mare chirurgical.
- VI. **Pacientii cu ulcere hemoragice vor fi testati pentru Helicobacter Pylori si, daca sunt pozitivi, vor primi tratament de eradicare.** Testul negativ la momentul HDS acute va fi repetat ulterior.
- VII. Pacientii care au avut un episod de HDS si necesita ulterior tratament cu un antiinflamator nesteroidian (AINS) au un risc mare de resangerare. Daca nu poate fi evitat, **cel mai mic risc de resangerare il are combinatia dintre un IPP si un COX2 inhibitor.**
- VIII. Pacientii care primesc tratament cronic cu acid acetilsalicilic (ASA) in doza mica pentru protectie cardiovasculara si au un episod de HDS nonvariceala, vor relua terapia numai cand riscul de complicatii cardiovasculare depaseste riscul de resangerare. La intreruperea administrarii cronice de ASA complicatiile trombotice apar de obicei intre 7 si 30 de zile, cu maximum intre 7 si 10 zile. **Daca se decide reluarea ASA se asociaza obligatoriu IPP.**
- IX. In cazul pacientilor cu antecedente de HDS nonvariceala care au nevoie de tratament antiagregant pentru profilaxie cardiovasculara, **clopidogrelul singur determina un risc mai mare de resangerare comparativ cu asocierea de ASA cu IPP.** Stdii recente arata ca IPP pot scadea efectul antiagregant plachetar al clopidogrelului si asocierea acestora nu este in general recomandata.