



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL HEMORAGIEI DIN VARICE Esofagiene

1. EVALUAREA INITIALA / STABILIREA SEVERITATII HEMORAGIEI DIGESTIVE SUPERIOARE (HDS):

- Toti pacientii cu hemoragie digestiva superioara - HDS (hematemeza / melena sau hematochezie) vor fi evaluati cu prioritate, in cel mai scurt timp posibil din momentul prezentarii in clinica.
- Se va efectua o evaluare clinica pentru stabilirea severitatii hemoragiei:
 - status respirator
 - prezenta hemoragiei active
 - echilibrul hemodinamic / semne de hipovolemie sau soc hipovolemic (puls periferic, alura ventriculara, tensiune arteriala) (vezi tabel 1).

Tabel 1 – Stausul hemodinamic al pacientului cu HDS, severitatea HDS

Status hemodinamic al pacientului (semne vitale)	Volum sanguin pierdut (% din volumul intravascular)	Severitatea HDS
Soc hipovolemic (hipotensiune in clinostatism – TAs <100 mmHg, AV >100 mmHg), tegumente reci, transpiratii profuze, pacient somnolent, stare de constienta alterata	minim 20-25%	Majora (HDS masiva)
Modificari posturale ale tensiunii si alurii ventriculare (hipotensiune ortostatica <100mmHg, tahicardie >100 mmHg)	10-20%	Moderata
Fara modificari	<10%	Minora

- Pacientii cu HDS masiva / Instabilitate hemodinamica conform Tabel 1 vor fi admisi in Unitatea de Terapie Intensiva
- Pacientii cu HDS moderata conform Tabel 1 cu comorbiditati importante asociate vor fi admisi pentru reechilibrare in Unitatea de Terapie Intensiva
- Pacientii cu HDS moderata / minora (conform Tabel 1) vor fi admisi in Sectia de Gastroenterologie sau Medicina Interna, managementul urmand a se efectua dupa indicatiile de mai jos.

2. INITIEREA REECHILIBRARIII HEMODINAMICE / TERAPIA FARMACOLOGICA:

Dupa admisia in clinica se vor efectua urmatarii pasi:

2.1. COMPLETAREA EVALUARII PACIENTULUI:

- examen clinic complet / istoric detaliat (depistarea eventualelor semne clinice de boala cronica hepatica la pacientii la care nu se cunoaste etiologia exacta a hemoragiei)
- recoltare Hemoleucograma completa, Activitate Protrombinica, INR, fibrinogen seric, glicemie, uree, creatinina, colesterol, albumina, ALT/AST, Na, K, Cl, Ca, Grup sanguin, Rh, teste de compatibilitate pretransfuzionala
- montarea a minim doua linii venoase periferice cu debit mare 18G (branula albastra) sau 20G (branula roz);
- montare sonda naso-gastrica de aspiratie preferabil cu diametru de cel putin 14 Fr (manevra este preferabila insa nu este obligatorie – poate obiectiva prezenta sangelui proaspat sau digerat in cavitatea gastrica si faciliteaza drenajul gastric in vederea unei examinarii endoscopice de calitate).

NOTA: manevra nu este contraindicata in cazul suspicionarii hemoragiei din varice esofagiene. Se va evita montarea sondei nasogastrice la pacientii cu status mental alterat, ce vor fi transferati si reechilibrati in Unitatea de Terapie Intensiva.

- pentru pacientii cu HDS severa se va monta sonda urinara endouretrala pentru monitorizare diureza – ideal a se mentine diureza peste 30 ml/ora;
- pentru pacientii cu suspiciune de HDS variceala, instabili hemodinamic, cu cooperare normala la care examenul endoscopic nu este disponibil in urmatoarele 24 ore se va solicita consult chirurgical in vederea montarii sondei Blackmore sau Minnesota (preferabil); aceasta va putea fi utilizata cu balonasele esofagian si gastric umflate timp de maxim 24 ore; volumele recomandate / orientative de apa sau aer pentru cele doua baloane sunt de : 150 ml pentru balonasul gastric si maxim 80 ml pentru balonul esofagian.
- Pacientii vor fi monitorizati periodic din punct de vedere al tensiunii arteriale si al AV, puls periferic, cat si al Hb/Ht

2.2. INITIEREA REECHILIBRARIII HEMODINAMICE:

- administrare solutii saline / solutii cristaloide / plasma expanderi (ex. Voluven) pentru mentinerea TAsistolica la valori intre 90-110 mmHg; se vor administra initial 1-2 litri solutie salina; daca statusul hemodinamic nu se corecteaza se va continua cu administrarea de plasma expanderi (ex. Voluven®). Se evita supraincarea volemica a pacientilor.
- administrare de concentrat eritrocitar (preferabil) sau sange integral (in lipsa concentratului eritrocitar) pentru mentinere Hb serica la valori de aproximativ 8

g/dL (ideal). Pentru pacientii cu comorbiditati cardiologice asociate importante se poate continua transfuzia pana la valori de aproximativ 10 g/dL.

- administrare de produse de plasma proaspat congelata daca AP<65%;

2.3 TERAPIA FARMACOLOGICA A HDS VARICEALE:

- in cazul suspiciunii HDS variceale se initiaza terapia cu terlipresina (Glypressin®) sau octreotide (Sandostatin®). Se prefera administrarea terlipresinei cu exceptia situatiilor cand aceasta nu este disponibila sau daca exista contraindicatii ale administrarii acesteia (ex. pacient cu istoric de angor pectoris recent).
 - *Dozele utilizate vor fi:*
 - *terlipresina – 2 mg initial i.v. in bolus urmate de administrarea a 1-2 mg i.v. la fiecare 4-6 ore pentru 48 ore; in cazul confirmarii sangerarii variceale terapia va fi continuata pana la 3-5 zile in doza de 1 mg iv la 6 ore ;*
 - *octreotid – 50 micrograme bolus i.v. initial urmat de pev continua cu 25-50 micrograme/ora (ex. 500 micrograme – 5 fiole in 500 ml ser fiziologic cu administrare de 17 picaturi pe minut in pev SAU 500 micrograme – 5 fiole in 50 ml ser fiziologic seringa injectomat in ritm de administrare de 5 ml per ora); in cazul confirmarii sangerarii variceale terapia va fi continuata pana la 3-5 zile;*
- Pentru toti pacientii cu HDS de etiologie neprecizata se va initia **terapia cu IPP** i.v. in doze de 40 mg x 2/zi echivalent omeprazol; ulterior examinarii endoscopice terapia cu IPP va fi reevaluată functie de etiologia HDS. In cazul confirmarii hemoragiei variceale, desi nu exista dovezi in privinta beneficiului utilizarii IPP de rutina, se recomanda totusi utilizarea IPP in doza de 20 mg - 1-2 prize echivalent omeprazol iv sau per os daca pacientul este capabil sa inghita.
- Pentru pacientii cu ciroza hepatica suspicionata sau confirmata se va initia **terapie antibiotica sistemica** cu cefalosporine generatia III (ex. Ceftriaxone 2 g i.v. x 2/zi) sau fluorochinolone (ex. Ciprofloxacine 500 mg x 2/zi per os sau 400 mg x 2/zi i.v. in pev cu solutie salina 4 fiole in 250 ml ser fiziologic); in cazul confirmarii cirozei hepatice antibioterapia va fi continuata timp de 7 zile.
- Pentru pacientii cu ciroza hepatica suspicionata sau confirmata se va efectua preventia encefalopatiei portosistemice cu lactuloza (ex. 30 ml x 3/zi per os) sau / si rifaximin (400 mg x 3/zi per os)
- terapia farmacologica trebuie initiata inaintea examenului endoscopic si asociata terapiei endoscopice;

3. EVALUAREA / TERAPIA ENDOSCOPICA:

- in cazul hemoragiilor variceale se indica evaluarea endoscopica dupa tentativa de reechilibrare hemodinamica in primele 6-12 ore de la admisie; pentru

hemoragia variceala atunci cand acest lucru nu este posibil se indica montarea unei sonde Blackmore sau Minnesota pentru controlul hemoragiei pentru maxim 24 ore si evaluare endoscopica ulterioara;

- la pacientii cu status mental alterat, cooperare dificila, cu hemoragie masiva, examenul endoscopic se va efectua cu asistenta Terapie Intensiva – pacient intubat orotraheal, sedat;
- bandarea variceala este optiunea recomandata pentru hemoragia variceala; atunci cand aceasta este dificil de realizat din punct de vedere tehnic sau este inaccesibila, se poate utiliza scleroterapia variceala;
- in cazul esecului terapiei endoscopice initiale, se continua terapia farmacologica si se repeta examenul endoscopic; TIPS este o optiune convenabila daca este disponibil.

4. PROFILAXIA SECUNDARA A HEMORAGIEI VARICEALE

- **Beta blocantele neselective, bandarea endoscopica sau ambele vor fi utilizate in preventia resangerarii variceale**
- profilaxia medicamentoasa se va initia la 5-6 zile de la momentul sangerarii
- pentru pacientii cu contraindicatie la administrarea beta-blocantelor se recomanda utilizarea bandarii endoscopice pentru preventia resangerarii variceale
- in cazul esecului terapiei farmacologice si endoscopice a hemoragiei variceale, alternativele terapeutice sunt reprezentate de TIPS (daca este disponibil) sau sunturi chirurgicale (ex. splenorenal distal) pentru pacientii Child A/B.

Bibliografie selectiva:

1. Jalan R, Hayes PC. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage. Gut 2000;46(suppl 3-4):1-15;
2. Exon DJ, Sydney Chung SC. Endoscopic therapy for upper gastrointestinal bleeding. Best Practice&Research Clinical Gastroenterology. 2004;18(1):77-98;
3. Tsoi KKF, Ma TKW, Sung JJY. Endoscopy for upper gastrointestinal bleeding: how urgent is it? Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2009;6: 463-469;
4. Lau JYW, Leung WK, Wu JC, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. N Engl J Med. 2007;356:1631-1640
5. de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. J Hepatol 2005;43(1):167-176;
6. Villanueva C, Balanzo J. Variceal bleeding: pharmacological treatment and prophylactic strategies. Drugs. 2008;68(16):2303-2324;
7. Dell'Era A, de Franchis R, Iannuzzi F, Acute variceal bleeding: Pharmacological treatment and primary/secondary prophylaxis. Best Practice Res Clin Gastroenterol 2008;22(2):279-294