



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL HEMORAGIILOR DIGESTIVE INFERIOARE

1. 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. Frecvent se manifestă sub forma **hematocheziei**, necesitând spitalizare, evaluare și management de urgență.

2. Etiologie

Tabelul 1: Cauze de hematochezie

Leziune	Frecvență	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
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
Colita (ischemică, infecțioasă, boli inflamatorii intestinale (IBD), proctita radică)	9-21%	Colita ischemică se manifestă frecvent prin durere abdominală și hematochezie autolimitate. Colita este segmentală, cel mai frecvent afectând unghiul splenic Diareea cu sânge reprezintă simptomul cel mai frecvent al colitei infecțioase și a rectocolitei ulcerohemoragice (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 (HDS) (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 Poate exacerba leziunile de IBD preexistente

Fistula aorto-enterică		se dezvoltă rar după protezare aortică
Leziuni Dieulafoy		
Ulcerații colonice		

3.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, boala ulceroasă în antecedente, istoric de IBD, istoric de radioterapie la nivelul abdomenului și pelvisului
- medicație recentă (AINS, aspirină și anticoagulante)
- prezența/absența durerilor precordiale/palpitațiilor, dispnee la repaus

Examenul clinic :

- monitorizarea semnelor vitale (scăderea TA S cu >10 mmHg sau creșterea FC cu > 10 bătăi/min indică o pierdere sanguină de peste 800ml; iar tahicardia și tahipneea marcată asociate cu hipotensiune și alterarea stării de conștiență indică o pierdere de sânge de peste 1500 ml.
- 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 de sânge.

Nota - Înainte de endoscopia diagnostică și terapeutică se va proceda la resuscitarea și reechilibrarea bolnavilor. Bolnavii aflați în soc hemoragic și cei cu risc crescut prin comorbidități severe vor fi monitorizați în secții de terapie intensivă.

4.Determinarea cauzei sângerării

Colonoscopia :

La majoritatea pacienților cu HDI, colonoscopia reprezintă **metoda diagnostică de primă linie**.

- colonoscopia identifică originea unei hemoragii severe în aproximativ 74-82% din cazuri
- investigația oferă posibilitatea intervenției terapeutice în tratamentul ectaziilor vasculare, sângerărilor diverticulare, leziunilor neoplazice și proceselor ulcerative.

Pentru evaluarea HDI se începe cu pregătirea rectosigmoidiană cu 2-3 clisme evacuatorii pentru excluderea unei cauze rectosigmoidiene.

Se recomandă evaluarea precoce a bolnavilor cu HDI.

Evaluarea colonoscopică se efectuează după pregătirea în prealabil a colonului cu soluție de polietilenglicol (PEG) (în administrare orală sau pe sondă nazogastrică (1litru la 30-45 min). În acest mod se îmbunătățește vizualizarea endoscopică și șansa unui diagnostic corect și scade riscul de perforație.

- momentul colonoscopiei :12-24 de ore de la internare .

Metode diagnostice de linia a2-a:

Angiografia prin tomografie computerizată (angio-CT)

- unele studii atribuie un rol efectuării angio-CT anterior angiografiei

Scintigrafia cu hematii marcate cu Tc

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

Angiografia (arteriografia) (permite si atitudine terapeutica-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.

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
- aceasta deoarece în până la 11% din cazuri- sursa sângerării este deasupra unghiului Treitz

Tehnicile de evaluare a intestinului subțire sunt efectuate de obicei după ce investigațiile descrise anterior nu au reușit să localizeze sursa hemoragiei

- enterocapsula este tot mai frecvent utilizată ca procedură de elecție pentru evaluarea sângerării din intestinul subțire.

5.Modalitati de terapie în funcție de cauza sângerării

HDI de origine diverticulară :

- injectarea de adrenalină
- termocoagularea (heat probe)
- 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 opreste spontan.
- terapia 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.

La pacienții la care nu poate fi determinată sursa sângerării pe baza colonoscopiei și la pacienții cu hemoragie activă, se va recurge la efectuarea **angiografiei** (precedată sau nu de scintigrafie) pentru a localiza sursa hemoragiei și pentru a interveni terapeutic. Manevrelor terapeutice constau în *injectare de vasopresină* sau *embolizare*.

Tratamentul chirurgical de urgență

Intervenția chirurgicală de urgență este necesară la aproximativ 10-25% din cazurile de HDI.

Indicațiile chirurgicale includ :

- persistența instabilității hemodinamice, cu sângerare activă
- sângerare persistentă, recurentă
- transfuzia a peste 4 unități de masă eritocitară/ 24 de ore, cu sângerare activă, recurentă

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.

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 sau sângerare 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.

Bibliografie

1. Davila RE, Rajan E, Adler DG, et al ASGE Guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2005;62:655-660.
2. Eisen GM. Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2008 Sep. 57 p. (SIGN publication; no. 105)
3. J. J. Farrell; L. S. Friedman Review Article: The Management of Lower Gastrointestinal Bleeding *Alimentary Pharmacology Therapeutics*. 2005;21(11):1281-1298.
4. Van Gossum A, Armengol Miro JR et al. Acquisitions recentes dans le traitement endoscopique des hemorragies digestives basses. *Journées Francophones de Pathologie Digestive, Paris 2006*
5. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part II: etiology, therapy and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1999;49:228-38.
6. Jensen DM, Machiicado GA. Colonoscopy for diagnosis and treatment of severe lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N. Am* 1997;7:477-98.
7. Elta GH. Urgent colonoscopy for acute lower-GI bleeding. *Gastrointest. Endosc* 2004;59:402-8. 43.
8. State LL, Syngal S. Timing of colonoscopy: impact on length of hospital stay in patients with acute lower intestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2003;98:317-22.
9. Foutch PG, Zimmerman K. Diverticular bleeding and the pigmented protuberance (sentinel clot): clinical implications, histopathological correlation, and results of endoscopic intervention. *Am J Gastroenterol* 1996;91:2589-93.
10. University of Pennsylvania Health System. Management of acute lower gastrointestinal bleeding. National Guideline Clearinghouse, 2009
11. Eisen GM, Dominitz JA, Faigel DO, et al. An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*, vol.53, nr 7, 2001
12. Gavin F Chico, Kenneth J Manas. Lower GI bleeding. *eMedicine Gastroenterology*, 2009
13. Zuccaro G. Epidemiology of lower gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008; 22(2):225-32
14. Saperas E, Videla S, Dot J, et al. Risk factors for recurrence of acute gastrointestinal bleeding from angiodysplasia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009;21(12) 1333-9
15. Monkemuller K, Neumann H, Meyer F, et al. A retrospective analysis of emergency double-balloon enteroscopy for small bowel bleeding. *Endoscopy* 2009;41(8): 715-7
16. Cohn SM, Moller BA, Zieg PM, et al. Angiography for preoperative evaluation in patients with lower gastrointestinal bleeding: are the benefits worth the risks? *Arch Surg* 1998; 133(1):50-5
17. Bentley DE, Richardson JD. The role of tagged red blood cell imaging in the localisation of gastrointestinal bleeding. *Arch Surg* 1991; 126(7):821-4
18. Ell C, Remke S, May A, et al. The first prospective controlled trial comparing wireless capsule endoscopy with push enteroscopy in chronic gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2002;34(9):685-9
19. Ledermann HP, Schoch E, Jost R, et al. Superselective coil embolisation in acute gastrointestinal hemorrhage: personal experience in 10 patients and review of the literature. *J Vasc Interv Radiol* 1998;9(5):753-60
20. Barnert J, Messmann H. Management of lower gastrointestinal tract bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2008;22(2):295-312
21. Frattaroli FM, Casciani E, Spoletini D, et al. Prospective study comparing multi-detector row CT and endoscopy in acute gastrointestinal bleeding. *World J Surg* 2009;33(10):2209-17
22. Wong Kee Song LM, Baron TH. Endoscopic Management of acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2008, 103(8):1881-7