

## PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE NON-VARICEALE

G. Dimofte

Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – Vl. Buțureanu”, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași  
Centrul de cercetare în chirurgie generală clasică și laparoscopică  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

**RECOMMENDATION FOR MANAGING PATIENTS WITH NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING (Abstract):** Upper gastrointestinal bleeding remains an important problem for all emergency hospitals. Any attempt to standardise the care for these patients is dependent on the expertise of the medical and surgical team but also on the availability of emergency endoscopy and the quality of endoscopic haemostatic therapy. The present paper does not intend to present a state of the art in the matter of upper gastrointestinal haemorrhage, but to offer a working protocol that can be implemented in an emergency hospital, as long as on call emergency diagnostic endoscopy is available. Decision making is based on accurate evaluation of the bleeding lesion and its risk of rebleeding. The protocol designates responsibilities for each department and establishes criteria for ICU admission and protocols for intensive monitoring of patients on surgical wards. Far from being definitive we consider this paper a draft open for discussions and for further improvement.

KEYWORDS: UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING, ENDOSCOPY

Correspondenta: G. Dimofte MD, PhD [gdimofte@yahoo.com](mailto:gdimofte@yahoo.com)

Lipsa de uniformitate în abordarea hemoragiilor digestive superioare (HDS) de origine non-portală ne-a determinat să propunem un model protocol de diagnostic și tratament, protocol aplicabil oricărui spital în care este posibil diagnosticul endoscopic în urgență. Nu ne-am propus o abordare rigidă a problemei, dar această propunere poate deveni un punct de plecare pentru o dezvoltare ulterioară a protocolului. De asemenea, nu s-a dorit construirea acestui protocol ca o punere la punct a datelor din literatură, ci generarea unei scheme funcționale care să ducă la o îmbunătățire a nivelului de îngrijiri medicale acordate acestor urgențe medico-chirurgicale.

### 1. DIAGNOSTICUL DE URGENȚĂ HEMORAGICĂ – HDS ACTIVĂ

- Hematemeza – văzută de un cadru medical, o descriere sugestivă în context clinic sau sânge pe sonda de aspirație;
- Melena – văzută la prezentare în UPU (Unitatea de Primire Urgențe) și/sau confirmare prin TR (tușeu rectal). Atenție - TR normal exclude o melenă cu semnificație de urgență hemoragică – *evaluare în secția de gastroenterologie*;
- Hematochezie – în context clinic de sângerare masivă (șoc hemoragic ± hematemză, antecedente ulceroase);
- Șoc hipovolemic – fără alte cauze, la care se poate bănui o fistulă vasculară digestivă (excepțional).

*ORICE HDS ACTIVĂ SE PREZINTĂ ÎN UPU !!!*

*Excepții: transferurile avizate, hemoragiile apărute în clinică / secție*

### 2. STABILIZAREA PRIMARĂ A FUNCȚIILOR VITALE – ÎN UPU

- Diagnostic pozitiv de HDS activă sau probabilitate mare;
- Acces venos periferic - una sau două vene - flexulă cu diametru mare;

- c. Perfuzie soluții cristaloide în ritm rapid, în funcție de parametrii hemodinamici;
- d. Monitorizarea parametrilor hemodinamici (tensiune arterială și puls) până la stabilizare sau transfer în serviciile clinice, minim la 30 minute interval la pacientul aparent stabilizat;
- e. Recoltare:
  - i. hemoleucogramă
  - ii. probe hepatice (TGP, TGO + bilirubină - în dubiu de afectare hepatică cronică sau hipertensiune portală)
  - iii. uree, creatinină,
  - iv. glicemie
  - v. grup de sânge + probă de compatibilitate
  - vi. probe de coagulare
- f. Sondă de aspirație naso-gastrică + lavaj gastric - pentru pregătirea pacientului pentru endoscopie digestivă superioară (EDS) +/- pregătire preoperatorie la hemoragiile masive. Discutabilă asocierea cu un promotilic administrat intravenos (Metoclopramid<sup>®</sup>)

- **NU** se administrează sânge în această etapă !

- **NU** se administrează soluții macromoleculare înainte de obținerea probei de compatibilitate și determinarea grupului de sânge !

- În **hemoragiile cataclismice** se transferă urgent pacientul în ATI în condiții de minimizare a riscurilor:

- \* însoțit de medic urgență;
- \* cel puțin 2 linii venoase în flux maximal;
- \* intubare oro-traheală la nevoie;
- \* medicul din UPU răspunde de pacient până la intrarea în ATI.

### 3. EVALUAREA PRIMARĂ A PACIENTULUI CU HDS

- a. Se desfășoară în paralel cu stabilizarea;
- b. Anamneza trebuie centrată pe elementele semnificative clinic;
- c. ENDOSCOPIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ în urgență (excepție cazurile ce nu pot fi stabilizate la care EDS se va face ulterior, în ATI sau în sala de operații); *evaluarea leziunii* – categoria Forrest\* – prezentată în protocolul de endoscopie sau evaluare retrospectivă de către chirurg în baza protocolului de endoscopie.
- d. TERAPIA ENDOSCOPICĂ se efectuează la orice leziune cu sângerare activă sau cu potențial major de resângerare:
  - simpla injectare de adrenalină perilezional poate opri o sângerare de tip capilar;
  - leziunile de tip Forrest Ia, IIa și IIb necesită un gest de hemostază permanentă (sclerozant, BICAP sau clip). În caz contrar se consideră că nu a beneficiat de hemostază cu intenție curativă și se va interveni chirurgical la primul episod de resângerare majoră cu instabilitate hemodinamică. **NU SE FACE EDS ITERATIVĂ** în aceste cazuri, dacă prima descriere este elocventă pentru o leziune cu risc major de resângerare.

---

\* Clasificarea Forrest:

Ia - sângerare în jet dintr-o fistulă arterială

Ib - sângerare difuză din marginea ulcerului

IIa - vas vizibil în craterul ulceros, fără sângerare activă

IIb - cheaguri aderente în baza ulcerului

IIc - puncte negre în baza leziunii

III - absența stigmatelor de sângerare

- Leziunile mici hemoragice (Dieulafoy) pot beneficia de banding.
  - Sângerările difuze și sângerările tumorale pot beneficia de coagulare în plasma de Argon.
  - Injectările cu alcool trebuie evitate datorită riscului de extindere a leziunilor ulcerative.
- e. EVALUAREA ENDOSCOPICĂ ITERATIVĂ PENTRU HDS este justificată în lipsa unui diagnostic clar la prima endoscopie ± un nou puseu hemoragic, DACĂ prima endoscopie:
- nu descrie o leziune care să explice o sângerare de amploarea celei care a survenit,
  - stomac plin cu sânge sau alimente sau endoscopie incompletă din altă cauză (până la D2 inclusiv),
  - leziunea descrisă inițial este blocată de cheag ce nu a putut fi îndepărtat,
  - asociere de 2 sau mai multe leziuni potențial hemoragice, pentru a preciza care leziune a sângerat,
  - posibilitatea aplicării unui gest de hemostază endoscopică cu viză curativă.

#### 4. INTERNAREA

HDS variceală sau varice esofagiene fără o altă leziune potențial hemoragică (criterii Forrest I sau II) NU se internează în serviciul de chirurgie, fiind supravegheate în serviciile de gastroenterologie.

Orice HDS va fi evaluată de gastroenterolog și chirurg în baza datelor endoscopice și se va decide strategia optimă precum și serviciul care va supraveghea cazul.

Internarea în secția ATI se face numai cu respectarea următoarelor criterii:

- loc disponibil,
- instabilitate hemodinamică prezentă și care nu poate fi controlată în UPU, sau
- leziune cu risc major de resângerare (Forrest Ia tratată endoscopic și Forrest II), sau
- anemie severă ( $Hb < 8$  g% la o persoană peste 50 de ani sau  $Hb < 6$  g% la persoană sub 50 de ani), corelat cu riscul de resângerare.

#### Evaluări imagistice la internare:

- Echografie abdominală de screening – orice pacient suficient de bine stabilizat hemodinamic,
- Radiografie toracică (în decubit) la nevoie.

#### 5. TRANSPORTUL

- cu targa, în decubit dorsal, fără mobilizări intempestive a pacientului;
- bolnavul stabilizat, cu risc mic de resângerare, va fi însoțit de personal medical mediu;
- bolnavul instabil va fi însoțit de medic UPU sau rezident de gardă în UPU.

#### 6. TERAPIA MEDICAMENTOASĂ SPECIFICĂ

- a. Leziuni cu etiologie cunoscută acido-peptică: Pantoprazol sau Omeprazol injectabil în una din două scheme, în funcție de dotarea secției cu injectomate:
- 80mg la 12 ore interval, maxim 3 zile, urmat de terapie orală dacă este indicată reluarea alimentației;
  - 80mg bolus urmat de 8mg/oră, maxim 3 zile, apoi terapie orală dacă este indicată reluarea alimentației;
- b. Medicația hemostatică:
- Vitamina K doar în cazul unui indice de protrombină anormal,

- Etamsilat - efect discutabil,
- Plasma proaspătă congelată sau factori de coagulare în cazul deficitelor de coagulare severe ce nu pot fi corectate altfel – indicații individualizate care să țină cont de raportul cost-beneficiu cât și de riscurile infecțioase.

## 7. ALIMENTAȚIA ORALĂ

Se disting două categorii de pacienți: cu risc mare de resângere (alimentație parenterală totală 48 de ore, apoi reluare alimentației orale dacă hemodinamic este stabil) și bolnavii cu risc mic de resângere (alimentație orală după 24 de ore).

## 8. MOBILIZARE

- Pacient stabil hemodinamic cu risc mic de resângere - mobilizare după 24 de ore de stabilitate hemodinamică.
- Pacient stabil hemodinamic cu risc mare de resingerare - mobilizare după 48 de ore de stabilitate hemodinamică.
- Pacient instabil - MOBILIZARE MINIMĂ cu restricționare la pat.

## 9. MONITORIZARE PE SECTOR

ATENȚIE – un grup cu risc major de pacienți este acela cu instabilitate hemodinamică fără posibilitatea internării în terapie intensivă. Necesită monitorizare agresivă: TA și puls la 1 oră sau 2 ore interval, cu consemnare în foaia de observație, ritmul de monitorizare fiind adaptat în funcție de riscul de resângere.

## 10. INDICAȚII TERAPEUTICE ÎN SITUAȚII PARTICULARE DE HDS

### ESOFAG:

#### *Esofagita peptică și ulcerul peptic esofagian*

- nu explică (de regulă) o hemoragie digestivă semnificativă hemodinamic;
- este indicată terapia conservatoare în toate cazurile;
- ulcerul esofagian cu hemoragie importantă sau resângere importantă: gest hemostatic endoscopic (de primă intenție sau repetitiv) – dacă este tehnic posibil și hemostază chirurgicală (hemostază in situ) dacă nu există altă soluție, pacientul devine instabil, nu există sânge și apare resângerea. Este posibil doar pentru o leziune accesibilă prin abord abdominal.

#### *Varice esofagiene*

- Nu se internează în Secția de Chirurgie !
- EXCEPȚIE: leziuni hemoragice combinate în care se consideră că sursa sângerării este de origine non-variceală și poate beneficia de gest chirurgical;
- Resângerarea impune reevaluare endoscopică pentru a exclude o sângerare variceală.
- Tratament: sclerozare sau banding în urgență, în condiții extreme – compresiune cu sondă Blackmore, chirurgical – transecție esofagiană la cazuri selectate, în urgență amânată sau electiv.

#### *Sdr. Mallory-Weiss*

- Tratament conservator (nu se folosește compresiunea cu sondă cu balonaș deoarece poate determina prelungirea fisurii);
- Tratamentul endoscopic este de preferat în formele profunde, cu vas vizibil (endoclipurile sunt cele mai eficiente);
- Tratament chirurgical în condiții extreme (ultima alternativă pentru o leziune profundă la care nu se obține hemostaza pe alte căi) – sutură hemostatică prin gastrotomie înaltă.

## STOMAC

### *Ulcerul gastric hemoragic*

- a. Biopsie endoscopică – în urgență sau la rece (minim 4 cadrane + bază) + biopsie antrală pentru *Helicobacter pylori*;
- b. Examen baritat gastroduodenal – NU este indicat dacă endoscopia a fost completă. În cazul în care se suspicionează un examen incomplet se poate face examenul radiologic după stabilizarea hemodinamică. Nu este necesar să se aștepte un scaun normal.
- c. **Indicații de tratament chirurgical:**
  - **ÎN URGENȚĂ**
    - Hemoragie masivă, nu se poate face endoscopie;
    - Hemoragie importantă cu decoperire endoscopică de fistulă vasculară cu sângerare majoră (Forrest Ia). Nu se poate face gest terapeutic endoscopic.
    - Resângerare cu instabilitate hemodinamică semnificativă; episodul II sau III. Leziune cu potențial hemoragic major, necontrolată sau incomplet controlată endoscopic. Alegerea momentului chirurgical poate varia în funcție de: rezerva de sânge, vârsta bolnavului, tare semnificative, potențialul hemoragic al leziuni și indicația anestezică.
  - **ELECTIV** – indicația este discutabilă:
    - BIOPSIE endoscopică obligatorie pentru a se exclude un cancer gastric + evaluarea colonizării cu *Helicobacter pylori* (de exemplu prin biopsie antrală);
    - În cazurile cu displazie severă și leziune mare, se poate suspecta eroarea de sampling. Se impune monitorizare endoscopică.
  - **INDICAȚII DE TEHNICĂ OPERATORIE**
    - Bolnav cu risc anestezico-chirurgical mare, leziune mică: SUTURĂ HEMOSTATICĂ (Obligator trebuie asociată cu biopsia din leziunea ulceroasă pentru a se exclude o malignitate).
    - Leziune accesibilă – se preferă excizia ulcerului și examen anatomo-patologic.
    - Leziune mare, risc major de resângerare, posibilitate tehnică de ridicare a leziunii: REZECTIE GASTRICĂ cu gastro-duodeno anastomoză tip Pean sau gastro-jejuno anastomoză tip Roux . Este preferabilă ridicarea leziunii și examen anatomo-patologic (de preferat extemporaneu).

### *Cancerul gastric hemoragic*

- a. Tratament conservator pentru hemoragie (de regulă sunt leziuni local avansate, care nu oferă șansa unei rezecții cu viză curativă).
- b. Tratamentul endoscopic hemostatic eficient este coagularea în plasmă de argon sau laser (asigură temporizarea gestului chirurgical).
- c. Tratament chirurgical în urgență este o excepție; se impune în hemoragii masive sau asociere de factori de gravitate. Singura alternativă este rezecția gastrică fără tentativă de radicalitate oncologică. NU se fac gesturi eroice în cazurile cu metastaze hepatice sau peritoneale de dimensiuni apreciabile (speranță de viață mai mică de 6 luni). Pentru tumorile mobile rezecția asigură cea mai bună paleație.

### *Gastritele hemoragice erozive*

- a. Tratament conservator cu creșterea pH-ului gastric;
- b. Tratament endoscopic/chirurgical excepțional pentru hemoragii masive;
- c. Indicația chirurgicală - hemostază in situ și excepțional rezecție limitată pentru leziuni multiple.

**Angiodisplaziile, malformațiile Dieulafoy**

- a. Cauză frecventă de HDS idiopatice – cu sânge decelabil în stomac în timpul EDS, dar fără leziune aparentă.
- b. Necesită EDS iterative.
- c. Tratament: de elecție este cel endoscopic (banding sau sclerozarea leziunii); chirurgical – ultima alternativă, de obicei în lipsa unui diagnostic: hemostază in situ, în cazurile fericite în care leziunea se găsește.

**DUODEN****Duodenitele acute erozive**

- a. Mare capcană de diagnostic – entitate foarte frecventă care poate fi un „miraj al primei leziuni” și poate ascunde leziuni cu potențial evolutiv mult mai grav.
- b. Tratament conservator conform protocolului.

**Ulcerul duodenal**

- a. Examenul radiologic – NU este necesar dacă endoscopia a fost completă. În cazul în care se suspicionează un examen incomplet se poate face după stabilizarea hemodinamică. Nu se așteaptă un scaun normal.

**b. Indicații de tratament chirurgical:**

- **CHIRURGIE ÎN URGENȚĂ**
  - Hemoragie masivă, nu se poate face endoscopie;
  - Hemoragie importantă cu decoperire endoscopică a unei fistule vasculare cu sângerare activă. Nu se poate face gest terapeutic endoscopic.
  - Resângerare cu instabilitate hemodinamică semnificativă; episodul II sau III. Leziune cu potențial hemoragic major, necontrolată sau incomplet controlată endoscopic. Alegerea momentului chirurgical ține cont de: rezerva de sânge, vârstă, tare asociate, potențialul hemoragic al leziuni, indicația anestezică.
- **CHIRURGIE ELECTIVĂ în ulcerul complicat cu stenoză;**
- **INDICAȚII DE TEHNICĂ OPERATORIE**
  - Bolnav cu risc mare, leziune mică: hemostază in situ cu atenție la particularitățile anatomice ale arterei gastroduodenale. Dacă hemostaza nu este de bună calitate se preferă un gest rezecțional.
  - Leziune mare, risc major de resângerare, posibilitate tehnică de ridicare a leziunii: REZECTIE GASTRICA cu gastro-duodeno anastomoză tip Pean sau gastro-jejuno anastomoză tip Roux.
  - Leziune mare sau neridicabilă datorită particularităților anatomice: rezecție de excludere a ulcerului cu hemostază in situ și gastro-jejuno anastomoză tip Roux. În cazurile cu închidere dificilă a bontului se preferă o fistulă dirijată pe o sondă Pezzer, evident cu izolarea duodenului printr-un montaj Roux.

**BIBLIOGRAFIE:**

1. Apel D; Riemann JF. Emergency endoscopy. *Can J Gastroenterol* 2000 Mar;14(3): 199-203
2. Arasaradnam RP; Donnelly MT. Acute endoscopic intervention in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Postgrad Med J* 2005 Feb;81(952): 92-98.
3. Barkun A; Bardou M; Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003 Nov 18;139(10): 843-857.
4. Barkun AN. The role of intravenous proton pump inhibitors in the modern management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Drugs Today (Barc)* 2003 Mar; 39 Suppl A: 3-10.
5. Church NI; Palmer KR. Ulcers and nonvariceal bleeding. *Endoscopy* 2003 Jan;35(1): 22-26.

6. Dallal HJ; Palmer KR. ABC of the upper gastrointestinal tract: Upper gastrointestinal haemorrhage. *BMJ* 2001 Nov 10; 323(7321): 1115-1117.
7. Exon DJ; Sydney Chung SC. Endoscopic therapy for upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004 Feb;18(1): 77-98.
8. Fallah MA; Prakash C, Edmundowicz S. Acute gastrointestinal bleeding. *Med Clin North Am* 2000 Sep;84(5): 1183-1208.
9. Freeman ML. Value of stigmata in decision-making in gastrointestinal haemorrhage. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2000 Jun;14(3): 411-425.
10. Gostout CJ. Gastrointestinal bleeding in the elderly patient. *Am J Gastroenterol* 2000 Mar;95(3): 590-595.
11. Huang CS, Lichtenstein DR. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2003 Dec;32(4): 1053-1078.
12. Joshi NG, Stanley AJ. Update on the management of variceal bleeding. *Scott Med J* 2005 Feb;50(1): 5-10.
13. Kovacs TO, Jensen DM. Recent advances in the endoscopic diagnosis and therapy of upper gastrointestinal, small intestinal, and colonic bleeding. *Med Clin North Am* 2002 Nov;86(6): 1319-1356.
14. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994 Sep 15;331(11): 717-727.
15. Laine L. Refining the prognostic value of endoscopy in patients presenting with bleeding ulcers. *Gastrointest Endosc* 1993 May-Jun;39(3): 461-462.
16. Laine L, Estrada R. Randomized trial of normal saline solution injection versus bipolar electrocoagulation for treatment of patients with high-risk bleeding ulcers: is local tamponade enough? *Gastrointest Endosc* 2002 Jan;55(1): 6-10.
17. Laine L, Fendrick AM. Helicobacter pylori and peptic ulcer disease. Bridging the gap between knowledge and treatment. *Postgrad Med* 1998 Mar;103(3): 231-238.
18. van Leerdaam ME, Rauws EA. The role of acid suppressants in upper gastrointestinal ulcer bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001 Jun;15(3): 463- 475.
19. Monig SP; Lubke T; Baldus SE; Schafer H; Holscher AH. Early elective surgery for bleeding ulcer in the posterior duodenal bulb. Own results and review of the literature. *Hepatogastroenterology* 2002 Mar-Apr;49(44): 416-418.
20. Palmer KR. Intravenous omeprazole after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *Gut* 2001 Nov;49(5): 610-611
21. Pateron D. Hemorragies digestives aiguës. *Rev Prat* 2001 Oct 1;51(15): 1675-1681.
22. Pianka JD, Affronti J. Management principles of gastrointestinal bleeding. *Prim Care* 2001 Sep;28(3): 557-575.
23. Rollhauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2004 Jan;36(1): 52-528
24. Savides TJ, Jensen DM. Therapeutic endoscopy for nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2000 Jun;29(2):465-87
25. Simoens M, Rutgeerts P. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001 Feb;15(1): 121-133
26. Stabile BE, Stamos MJ. Surgical management of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2000 Mar;29(1): 189-222.
27. Targownik L, Gralnek IM. A risk score to predict need for treatment for upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2001 Dec;54(6): 797-799.
28. Yacyshyn BR, Thomson AB. Critical review of acid suppression in nonvariceal, acute, uppergastrointestinal bleeding. *Dig Dis* 2000;18(3): 117-128.