

Gastrointestinalis vérzések

Hritz István

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Endoszkópos Labor
Budapest

Akut gastrointestinalis (GI) vérzések

Az akut emésztőszervi vérzések gyakran súlyos, életet veszélyeztető állapotok

Megjelenési formák: haematemesis (vér, savhaematin), melaena, haematochesia, occult vérzés, anaemia

Vérzés eredetének helye: felső tápcsatorna (80-90%), alsó tápcsatorna (10-20%)

Felső GI vérzés előfordulása: 48-160/100.000/év; mortalitás 10-14%

A felső GI vérzések leggyakoribb oka a pepticus fekélybetegség (~50%); a varix-vérzés gyakorisága ~5-20%.

Az alsó GI vérzések előfordulása életkorral nő; mortalitás 2-4%

Gasztrointesztinalis vérzések

Felső tápcsatorna

Treitz-szalagtól proximalisan

- varix eredetű
- nem varix eredetű
 - pepticus fekélyvérzés
 - erosiv lesiók
 - Mallory-Weiss szindróma
 - daganat
 - arterio-venosus malformatio, haemangioma, angiodysplasia
 - vascularis anomalia (Dieulafoy)
 - iatrogén

Tünetek: anaemia, melaena, haematemesis, (haematochesia)

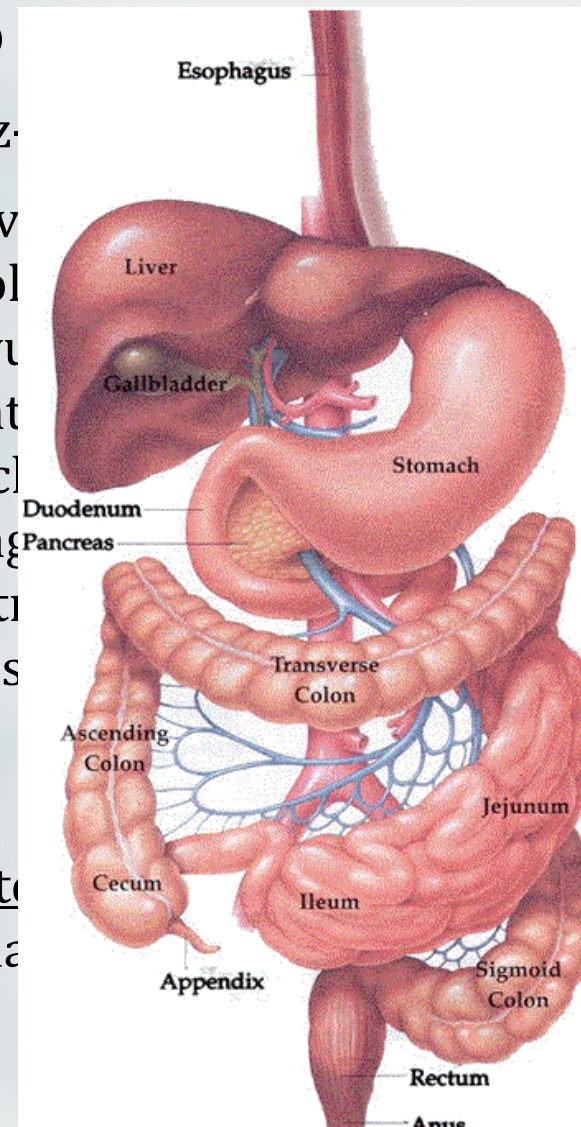
H. pylori, NSAID, anticoag. kezelés
cirrhosis, portalis thrombosis

Alsó

Treitz:

- div
- pol
- gy
- ent
- iscl
- ang
- iat
- vas

Tünetek:
haema



fektív

sia)

laena,

Pepticus fekélyvérzés

Klinikai tulajdonságok

Előfordulás: 50-150/100.000/év; felső GI vérzések 31-67%-a; mortalitás ~10%

Etiológia: *H. pylori*, nem szteroid gyulladásgátlók (NSAID), antikoaguláns kezelés, thrombocytá aggregáció gátlók (TAG)

Panaszok: epigastriális fájdalom, dyspepsia, gyengeség

Tünetek: szurokszéket, vérhányás, vérszékelés (anaemia, collapsus)

Vizsgálatok: fizikális (RDV! – széket vér), labor (vérkép, ionok, BUN, kreatinin + prothrombin)

Felső GI vérzések kezelése

A pepticus fekélyvérzés ellátása (Útmutatók – ASGE, ESGE)

Am J Gastroenterol 2012; 107:345–360;

ACG PRACTICE GUIDELINES

Management of Patients With Ulcer Bleeding

Loren Laine, MD^{1,2} and Dennis M. Jensen, MD³⁻⁵

Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Ian M. Gralnek^{1,2}, Jean-Marc Dumonceau³, Ernst J. Kuipers⁴, Angel Lanas⁵, David S. Sanders⁶, Matthew Kurien⁶, Gianluca Rotondano⁷, Tomas Hucl⁸, Mario Dinis-Ribeiro⁹, Riccardo Marmo¹⁰, Istvan Racz¹¹, Alberto Arezzo¹², Ralf-Thorsten Hoffmann¹³, Gilles Lesur¹⁴, Roberto de Franchis¹⁵, Lars Aabakken¹⁶, Andrew Veitch¹⁷, Franco Radaelli¹⁸, Paulo Salgueiro¹⁹, Ricardo Cardoso²⁰, Luís Maia¹⁹, Angelo Zullo²¹, Livio Cipolletta²², Cesare Hassan²³

Endoscopy 2015; 47: a1–a46

Felső GI vérzések kezelése

A pepticus fekélyvérzés ellátása (Útmutatók – ASGE, ESGE)

Haemodinamikai status értékelése – monitorizálás; resuscitatio (parenteralis folyadék pótlás); transfúzió (haemoglobin célérték: 70-90 g/L)

Súlyosság/kockázat megbecsülése a klinikai tulajdonságok alapján (haemodinamikai status, társbetegségek, életkor, labor) – Glasgow-Blatchford score (GBS), Rockall-score (*gyógyszeres kezelés indítása)

Korai- (<24h) és sürgős (<12h) felső GI endoszkópia – endoszkópos kezelés (injekciós, mechanikus, termikus, sclerotizáló): Forrest I, IIa, IIb (?)

**IV. protonpumpa gátló (PPI) kezelés* – bolus, majd folyamatos infúzió (80mg majd 8mg/h) 72h – a fokozott kockázatú betegek esetében (Forrest I, IIa, IIb)

Újra vérzés esetén ismételt endoszkópia/kezelés, radiológiai intervenció (transzkatéteres angiográfiás embolizáció - TAE) vagy műtét

Szekunder cardiovascularis profilaxis esetén az ASA kezelés mielőbbi folyt.

H. pylori pozitivitás esetén eradikáció

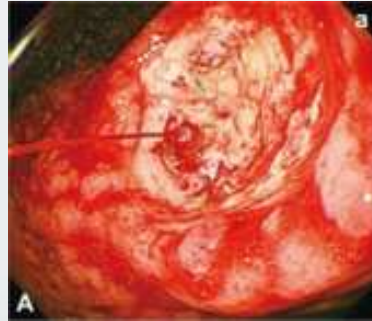
Kockázati besorolás akut felső GI vérzésben

Risk factor	Blatchford scoring system		Rockall scoring system	
	Parameter	Score	Parameter	Score
Systolic blood pressure (mmHg)	100–109	1	<100	2
	90–99	2		
	<90	3		
Pulse (beats per min)	>100	1	>100	1
Age (years)	N/A	N/A	60–79	1
			>80	2
Melena	Present	1	N/A	N/A
Syncope	Present	2	N/A	N/A
Comorbidity	Hepatic disease	2	Any major comorbidity	2
	Cardiac failure	2	Renal or liver failure, or disseminated malignancy	3
Blood urea (mmol/l)	6.5–7.9	2	N/A	N/A
	8.0–9.9	3		
	10.0–24.9	4		
	>25.0	6		
Hemoglobin (g/l)	Men: 120–130	1	N/A	N/A
	Women: 100–120	1		
	Men: 100–120	3		
	Men and women: <100	6		

Blatchford score: 0–1 → <1% igényel beavatkozást

Forrest-klasszifikáció

Aktív vérzés



Ia.



Ib.

Újkeletű vérzés



IIa.



IIb.



IIc.

Nem újkeletű vérzés



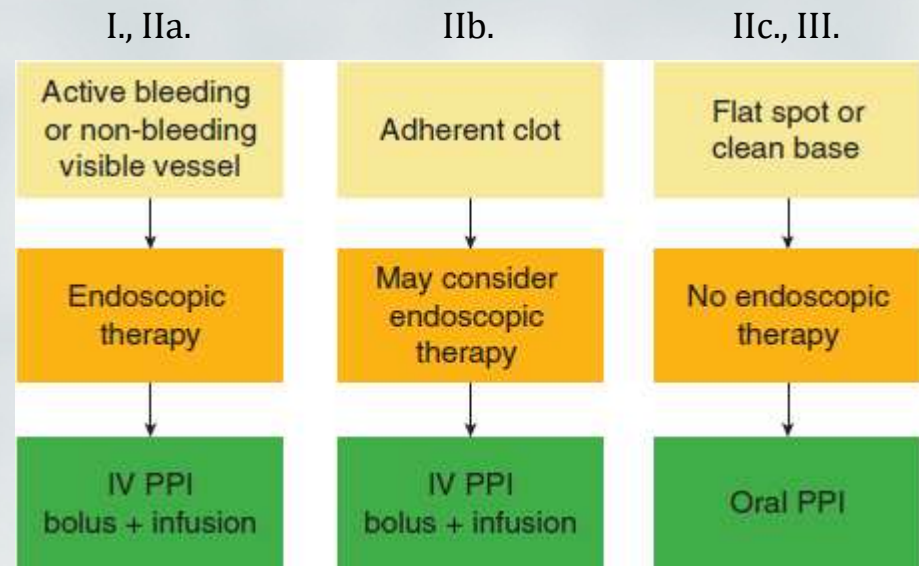
III.

Pepticus fekélyvérzés – szövődmények és kezelés

Table 3. Stigmata of recent hemorrhage and average rates (with ranges) of further bleeding, surgery, and mortality in prospective trials **without endoscopic therapy** (45)

Stigmata	Further bleeding (N=2,994)	Surgery for bleeding (N=1,499)	Mortality (N=1,387)
I. Active bleeding	55% (17–100%)	35% (20–69%)	11% (0–23%)
IIa. Non-bleeding visible vessel	43% (0–81%)	34% (0–56%)	11% (0–21%)
IIb. Adherent clot	22% (14–36%)	10% (5–12%)	7% (0–10%)
IIc. Flat pigmented spot	10% (0–13%)	6% (0–10%)	3% (0–10%)
III. Clean ulcer base	5% (0–10%)	0.5% (0–3%)	2% (0–3%)

Laine L, Peterson WL. N Engl J Med. 1994;331:717-27.



Laine L, Jensen DM. Am J Gastroenterol. 2012;107(3):345-60.

Endoszkópos vérzéscsillapítás és időzítés

Korai (<24h) endoszkópia stabil, közepes kockázatú betegek (GBS 2–12), *sürgős* (<12h) endoszkópia resuscitációs kezelés mellett is instabil, magas kockázatú betegek (GBS \geq 12) esetén javasolt.

Aktív vérzés (Forrest Ia., Ib.) esetén együttes injekciós és egy másik vérzéscsillapítási (mechanikus, termikus vagy sclerotizáló) módszer alkalmazása javasolt.

Nem vérző ércsonk (Forrest IIa.) esetén mechanikus (haemo-klipp), termikus (koagulációs áram) vagy sclerotizáló vérzéscsillapítás önmagában vagy kombinálva injekciós kezeléssel javasolt.

Tapadó coagulum (Forrest IIb.) eltávolítása megfontolandó. Eltávolítást követő aktív vérzés (Forrest Ia., Ib.) vagy nem vérző ércsonk (Forrest IIa.) endoszkópos vérzéscsillapítást igényel.

Injekciós (epinephrin) vérzéscsillapítás önmagában nem javasolt.

Standard endoszkópos módszerekkel nem uralható aktív felső GI vérzés esetén egyéb vérzéscsillapító modalitások (Haemospray, OVESCO-klipp) alkalmazása megkísérelhető.

Alsó tápcsatornai vérzés

Klinikai tulajdonságok

Előfordulás: éves incidencia 0.03%; GI vérzések ~20%-a; életkorral nő; mortalitás 2-4%

Etiológia: diverticulosis, ischaemiás colitis, angiectasia, angiodysplasia, aranyeresség, polypus/daganat, iatrogén (polypectomia, tágítás), IBD, infekzív colitis, post-irradiációs proctitis, vasculitis

Hajlamosító tényezők: anticoag. kezelés, NSAID, komorbiditás

Panaszok: dyscomfort, fájdalom, gyengeség

Tünetek: szurokszéket, vérszékelés, anaemia (collapsus)

Vizsgálatok: fizikális (RDV! – széket vér), labor (vérkép, ionok, BUN, kreatinin + prothrombin)

Alsó GI vérzés kezelése

Útmutatók



The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding

Volume 79, No. 6 : 2014 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

Am J Gastroenterol 2016; 111:459–474

ACG Clinical Guideline: Management of Patients With
Acute Lower Gastrointestinal Bleeding

Lisa L. Strate, MD, MPH, FACG¹ and Ian M. Gralnek, MD, MSHS²

Alsó GI vérzés – konzervatív kezelés

Észlelés és súlyosság felmérése – anamnézis (társbetegségek), fizikális vizsgálat, labor a vérzés súlyosságának és helyének megbecslésére; haemodinamikai instabilitással járó vérszékelés esetén gastroscopia

Haemodinamikai status rendezése – iv. folyadék resuscitatio; transzfúzió (célérték haemoglobin 70-90 g/L)

Alvadási status rendezése – anticoag. szerek felfüggesztése; FFP, thrombocyta készítmény adása ($<50 \times 10^9/L$ vérlemezke esetén); INR célérték: 1.5-2.5

Vérzés-thromboembóliás kockázat mérlegelése!

Alsó GI vérzés – intervenciós kezelés

Colonoscopy – elsődleges diagnosztikus módszer; haemodinamikailag stabil; agresszív mosás/öblítés; terminalis ileum intubáció

Előkészítés – 4-6 liter PEG alapú vagy ekvivalens oldat; gyors protokoll (kb. 3-4 óra); magas kockázatú, vérző betegek esetén NG szondán keresztül (aspiráció veszély!); előkészítés nélkül nem javasolt a vizsgálat

Időzítés – aktív vérzés esetén <24 óra felvételtől; megfelelő előkészítés javítja a diagnosztikus és terápiás hatékonyságot

Endoszkópos vérzéscsillapítás – magas kockázatú vérzéses jelek (aktív vérzés, nem vérző ércsonk, tapadó koagulum) esetén

Diverticularis vérzés: haemo-klipp, gumigyűrű ligatura

Angiodysplasticus vérzés: (non-contact) termikus kezelés (APC, spray coag.)

Post-polypectomiás vérzés: mechanikus vagy termikus vérzéscsillapítás önmagában vagy kombinálva injekciós (epinephrin) kezeléssel

Ismételt colonoscopy – újravérzés alapos gyanúja esetén

Alternatív lehetőségek – CT angiográfia (>0.5ml/perc); intervenciós radiológia; műtét

ASGE Standards of Practice Committee. Gastrointest Endosc. 2014;79(6):875-85.

Strate LL, Gralnek IM. Am J Gastroenterol. 2016;111(4):459-74.

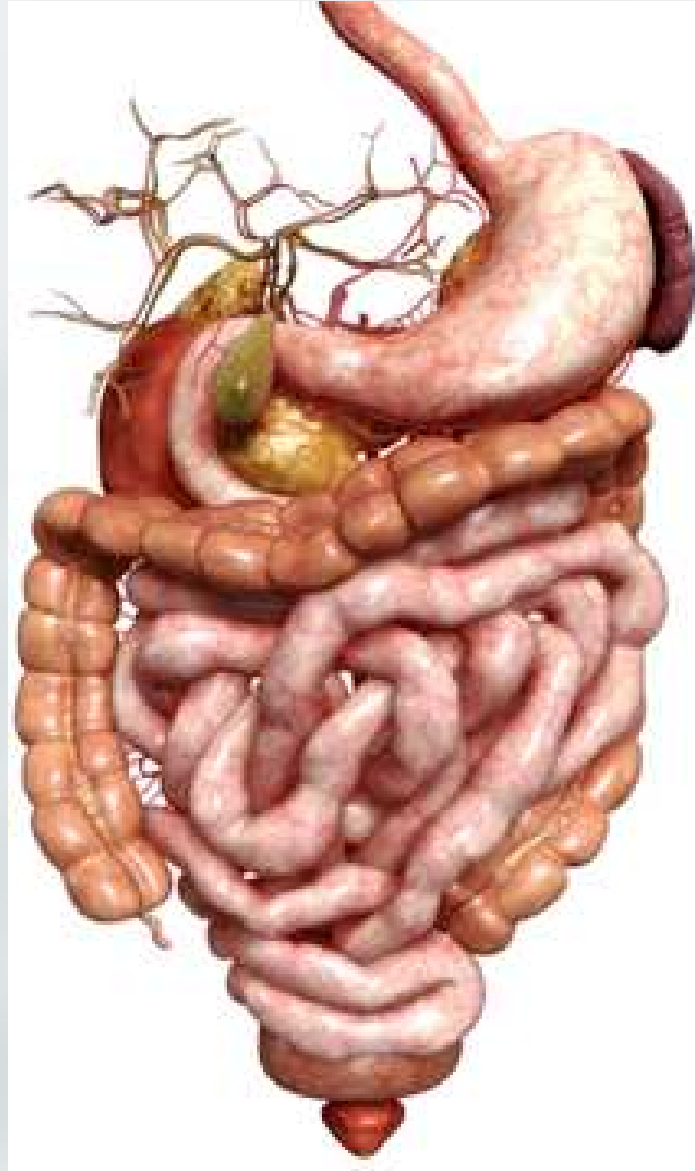
Vékonybél eredetű vérzés

Am J Gastroenterol 2015; 110:1265–1287

ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding

Lauren B. Gerson, MD, MSc, FACG¹, Jeff L. Fidler, MD², David R. Cave, MD, PhD, FACG³ and Jonathan A. Leighton, MD, FACG⁴

Paradigma váltás?



Alsó tápcsatorna
colon, sigma, rectum

Felső tápcsatorna
nyelőcső, gyomor,
duodenum

Vékonybél
jejunum, ileum

Vékonybél eredetű vérzés

Relatív ritka – GI vérzések ~5%-a

Diagnózis – felső- és alsó GI vérzés kizárása (akár ismételt vizsgálatok)

Kapszulás video endoszkópia (VCE) – első választandó (szűkület gyanúja esetén először CT enterográfia)

Push-enteroscopia – proximális vérzés gyanúja esetén

Mély enteroscopia – diagnózis és terápiás lehetőség (VCE után)

Intra-operatív enteroscopia – megváltozott anatómia, adhéziók esetén

Radiológiai képalkotók – *CT enterográfia* (előny: térfoglalás, lokalizáció); *angiográfia* (haemodinamikai instabilitást okozó masszív vérzés esetén); *CT angiográfia*; *vvt szcintigráfia* (0.1-0.2 ml/min); *MR* (CT kontraindikáció, fiatal betegek)

Terápia

Endoscopos kezelés – tartozékok széles palettája

Intervenciós radiológiai kezelés – embolizáció

Sebészi kezelés – intra-operatív endoscopia, korábbi endoscopos jelölés

Endoszkópos vérzéscsillapító módszerek

Módszer	Fekély	Tumor	Varix	Egyéb
1. Injektálás (adrenalin-fiz. só)	+	-	-	Mallory-Weiss
2. Aetoxysclerol	+	-	+	
3. Cyanoacrylat (Histoacryl)	-	-	+	
4. Szövetragasztó (fibrinogen + thrombin)	+	-	-	
5. Haemoclip	+	-	-	Dieulafoy
6. Gumigyűrű ligatura	-	-	+	GAVE
7. Endo-loop	-	-	+	Polypectomia
8. Over the scope clip (OVESCO)	+	-	-	Perforáció
9. Enteralis fémstent	-	+	+	Stenosis
10. Thermikus-szonda (HPU, Gold Probe)	+	-	-	Angiodysplasia
11. Argon-plasma coagulatio (APC)	+	+	-	Angiodysplasia
12. Haemospray	+	+	-	GAVE

ESGE Days 2018

Budapest Congress Center, Budapest, Hungary

April 19 - 21, 2018

www.esgedays.org



ESGE

www.esge.com