

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Τι πρέπει να κατανοήσουμε

Εξαιρουμένης της πυλαίας υπέρτασης, η ελκωτική γαστρο-δωδεκαδακτυλική νόσος είναι υπεύθυνη για το 35 με 40% των αιμορραγιών από το ανώτερο πεπτικό στους ενήλικες, στη Γαλλία. Η αιμορραγία οφείλεται, σε αυτές τις περιπτώσεις, σε ρήξη αρτηρίας ή αρτηριδίου στον πυθμένα του ελκωτικού κρατήρα ή σε αιμορραγία του βλεννογόνου περί το έλκος. Όψιμη υποτροπή της αιμορραγίας παρατηρείται στο 30 με 50% των περιπτώσεων επί μη χορηγήσεως αγωγής συντήρησης της ελκωτικής νόσου. Η εμφάνιση των ισχυρών αντιεκκριτικών φαρμάκων δεν τροποποίησε τη συχνότητα αυτών των αιμορραγιών.

Γαστροδωδεκαδακτυλικά έλκη και εξελκώσεις	35-50%
Βλάβες σχετικές με πυλαία υπέρταση - Κίρσοι οισοφάγου - Κίρσοι καρδίας-θόλου - Υπερτασική γαστροπάθεια	30%
Οξεία γαστρίτιδα και δωδεκαδακτυλίτιδα	10-20%
Σύνδρομο Mallory-Weiss	5-15%
Κακοήθεις όγκοι - στομάχου - φύματος Vater	5-8%
Διαφραγματοκήλη	3-5%
Πεπτική οισοφαγίτιδα	2%
Μονήρες έλκος του Dieulafoy	1-2%
Αγγειακές ανωμαλίες	< 1%
Αιμοχολία-Αιμορραγία από τον πόρο του Wirsung	< 1%
Αορτό-εντερικό συρίγγιο	< 1%

Τι πρέπει να κάνουμε

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς μεριμνούμε προς τέσσερις κατευθύνσεις:

- να διασφαλίσουμε την ανάνηψη
- να θέσουμε τη διάγνωση
- να καθορίσουμε τους προγνωστικούς παράγοντες
- να θέσουμε την κατάλληλη αγωγή

Κακοί κλινικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι:

- ηλικία άνω των 65 ετών
- αρτηριακή πίεση κάτω από 100 mmHg
- συνυπάρχοντες παράγοντες νοσηρότητας (νεφρική, καρδιακή, αναπνευστική ανεπάρκεια)
- συνυπάρχουσα κακοήθεια
- ανάγκη μετάγγισης άνω των 5 μονάδων αίματος

Όποια και είναι η αιτία, θα χρειαστεί:

- λεπτομερές ιστορικό και κλινική εξέταση
- τοποθετηση φινογαστρικού καθετήρα για αναρρόφηση (οι πλύσεις δεν έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους, όποιο και να είναι το υγρό που χρησιμοποιείται)
- εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος, αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη) ο οποίος αρχικά δεν αντικατοπτρίζει αξιόπιστα την βαρύτητα της αιμορραγίας αλλά χρησιμοποιείται ως μέτρο σύγκρισης για τη μετέπειτα παρακολούθηση
- μετάγγιση ομολόγου αίματος αν παραστεί ανάγκη
- χορήγηση αντιεκκριτικών φαρμάκων (αναστολείς αντλίας πρωτονίων, αναστολείς υποδοχέων ισταμίνης-H2)
- παρακολούθηση του σφυγμού, της αρτηριακής πίεσης, της διούρησης και του υγρού της γαστρικής αναρρόφησης.

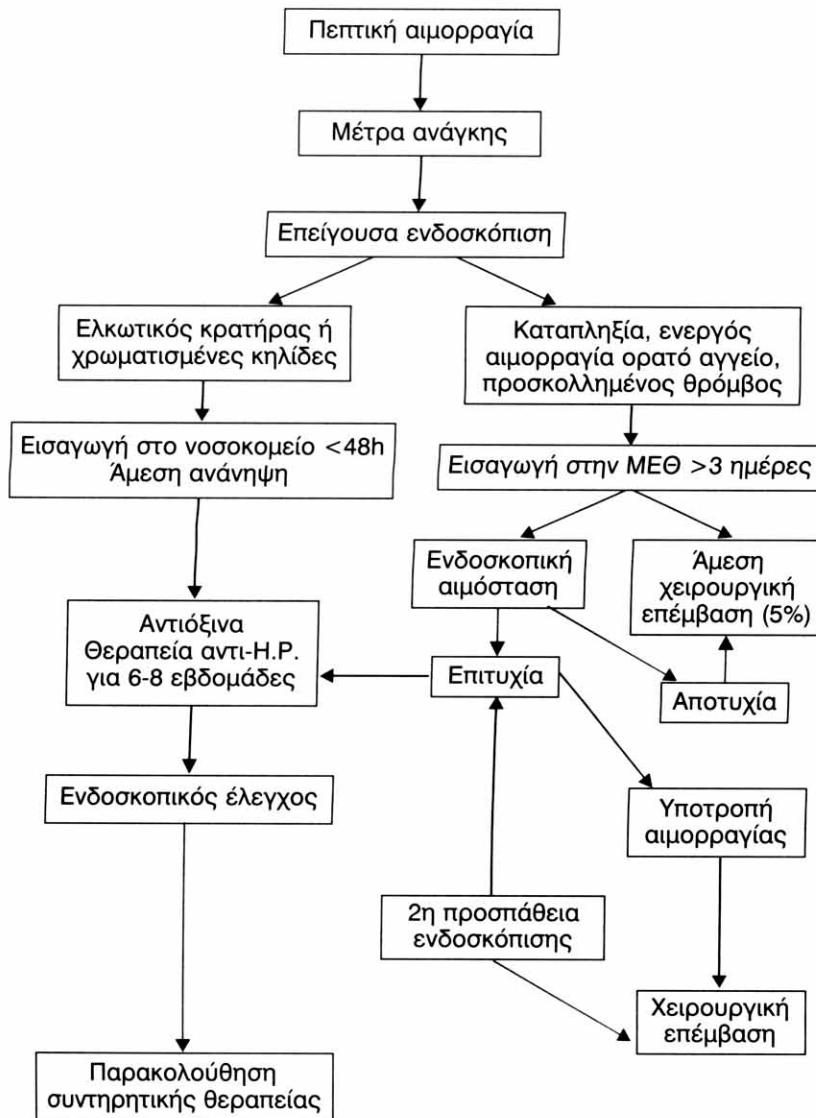
Η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού πρέπει να γίνεται δίχως καθυστέρηση. Μας επιτρέπει να καθορίσουμε τη διάγνωση αλλά και την πρόγνωση όσον αφορά την πρώιμη υποτροπή της αιμορραγίας (πίνακας 1.I).

□ Ελκωτική γαστροδωδεκαδακτυλική νόσος

Το 80% των αιμορραγιών από έλκη παύουν αυτόματα και δεν υποτροπιάζουν. Ενδοσκοπικά κριτήρια χρησιμεύουν στην εκτίμηση του κινδύνου υποτροπής: αιμορραγία ενεργός ή «oozing», ορατό αγγείο και προσκολλημένος θρόβμβος.

Η ενδοσκόπηση μπορεί να είναι θεραπευτική. Τρεις μέθοδοι αιμόστασης είναι δυνατές:

Πίνακας 1.I. Αντιμετώπιση αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού



4 Κοιλιά

- θερμικές μέθοδοι: (φωτοπηξία με laser, ηλεκτροθερμοπηξία, καθετήρας θερμαινόμενου άκρου, μικροκύματα)
- μέθοδοι τοπικής έγχυσης ουσίας: (αδρεναλίνη, αλκοόλη, υπέρτονο χλωριούχο νάτριο)
- άλλες: (κόλλα ινικής, αιμοστατικοί αγκτήρες-clips)

Σε περίπτωση υποτροπής της αιμορραγίας, μπορεί να επιχειρηθεί μια δεύτερη ενδοσκοπική παρέμβαση, αν οι τοπικές συνθήκες το επιτρέπουν και ο ασθενής είναι νέος. Πρέπει να προσφεύγουμε στο χειρουργείο τόσο πιο γρήγορα όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ασθενούς και όσο αυτός δε μπορεί να αντισταθμίσει τις συνέπειες μιας δεύτερης αποτυχίας.

Η επείγουσα λαπαροτομία ενδείκνυται σε:

- μαζικές αιμορραγίες
- έλκη μη προσπελάσιμα προς ενδοσκοπική αντιμετώπιση
- άμεσες αποτυχίες της ενδοσκόπησης
- μεγάλα έλκη του οπισθίου και του άνω τοιχώματος του βολβού του δωδ/λου
- έλκη με ορατό αγγείο

Σε περίπτωση έλκους δωδεκαδακτύλου, ενδείκνυται η μερική γαστρεκτομή που να περιλαμβάνει το έλκος. Συνδυάζεται κλασσικά με στελεχιαία βαγοτομή. Η αποκατάσταση της συνέχειας επιτυγχάνεται διά μιας αναστόμωσης γαστροδωδεκαδακτυλικής (Pean) ή γαστρονηστιδικής (Finsterer).

Σε περίπτωση γαστρικού έλκους, η ιδανική αντιμετώπιση είναι η περιφερική γαστρεκτομή (αντρεκτομή ή υφολική) που περιλαμβάνει και το έλκος.

Τέλος, σε ασθενείς σε πολύ υψηλό κίνδυνο, μπορεί να επιχειρηθεί εμβολισμός της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας.

□ Οξείες γαστρίτιδες και δωδεκαδακτυλίτιδες.

Τα κύρια σημεία που πρέπει να συγκρατήσουμε είναι τα εξής:

- Τα μέτρα βασικής ανάνηψης είναι πάντα απαραίτητα και συχνά επαρκή.
- Τα αντιοξειδωτικά δεν έχουν σαφή χρησιμότητα κατά τη διάρκεια της αιμορραγίας.
- Οι επεμβατικές αιμοστατικές μέθοδοι σπάνια είναι χρήσιμες.
- Σε περίπτωση εντοπισμένης, εμμένουσας αιμορραγίας, η θεραπεία εκλογής είναι η ενδοσκόπηση με τοπική έγχυση αιμοστατικής ουσίας, ενδεχομένως επαναλαμβανόμενη.
- Στις διάχυτες αιμορραγίες, μπορούν να προταθούν τα αιμοστατι-

κά φάρμακα, όπως η σωματοστατίνη και η βαζοπρεσσίνη ή η τερόλι-
πρεσσίνη.

– Η χειρουργική αιμόσταση χρησιμοποιείται κατ' εξαίρεση και φυ-
λάσσεται για τις αποτυχίες των παραπάνω μεθόδων. Το χειρουργείο
πρέπει να απλοποιείται κατά το μέγιστο δυνατό (συρραφή-βαγοτο-
μή ή εντοπισμένη εξαίρεση-βαγοτομή).

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΟΥΜΕ

Το να είμαστε επεμβατικοί κατά τρόπο άκαρο μπροστά σε κάθε
αιμορραγία ανώτερου πεπτικού.

Το να λησμονούμε τη θεραπεία εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου
του πυλωρού.

Το να επιμένουμε πεισματικά στις απόπειρες ενδοσκοπικής αντι-
μετώπισης, παρά μια αρχική αποτυχία, σε ασθενείς με εύθραυ-
στη υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bretagne JF. Indications thérapeutiques dans l'hémorragie des ulcères duodé-
naux et gastriques. *Rev Prat* 1995;45:2297-2301.

Hochain P, Colin R. Épidémiologie et étiologie des hémorragies digestives en
France. *Rev Prat* 1995;45:2277-2282.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΤΟΥ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τι πρέπει να κατανοήσουμε

Το 70% των αιμορραγιών στην πορεία της κίρρωσης οφείλεται σε
ρήξη κιρσών οισοφάγου και επιπρόσθετα σε κιρσούς καρδίας-θόλου
του στομάχου. Δέκα τοις εκατό των αιμορραγιών αποδίδεται σε
υπερτασική γαστροπάθεια ή σε έκτοπους κιρσούς. Το υπόλοιπο 20%
δεν οφείλεται στην πυλαία υπέρταση: πρόκειται για έλκη στομάχου-
δωδεκαδακτύλου και για το σύνδρομο Mallory-Weiss. Η συχνότητα
των δύο αυτών βλαβών αυξάνεται στη διαδρομή της κίρρωσης. Ο
κίνδυνος αιμορραγίας παρουσιάζεται νωρίς κατά την πορεία της
πυλαίας υπέρτασης με 2 στους 3 ασθενείς να αιμορραγούν εντός του
έτους που ακολουθεί τη διάγνωση των κιρσών του οισοφάγου. Η
θνητότητα μιας πρώτης αιμορραγίας είναι 33 %, ποσοστό που δεν