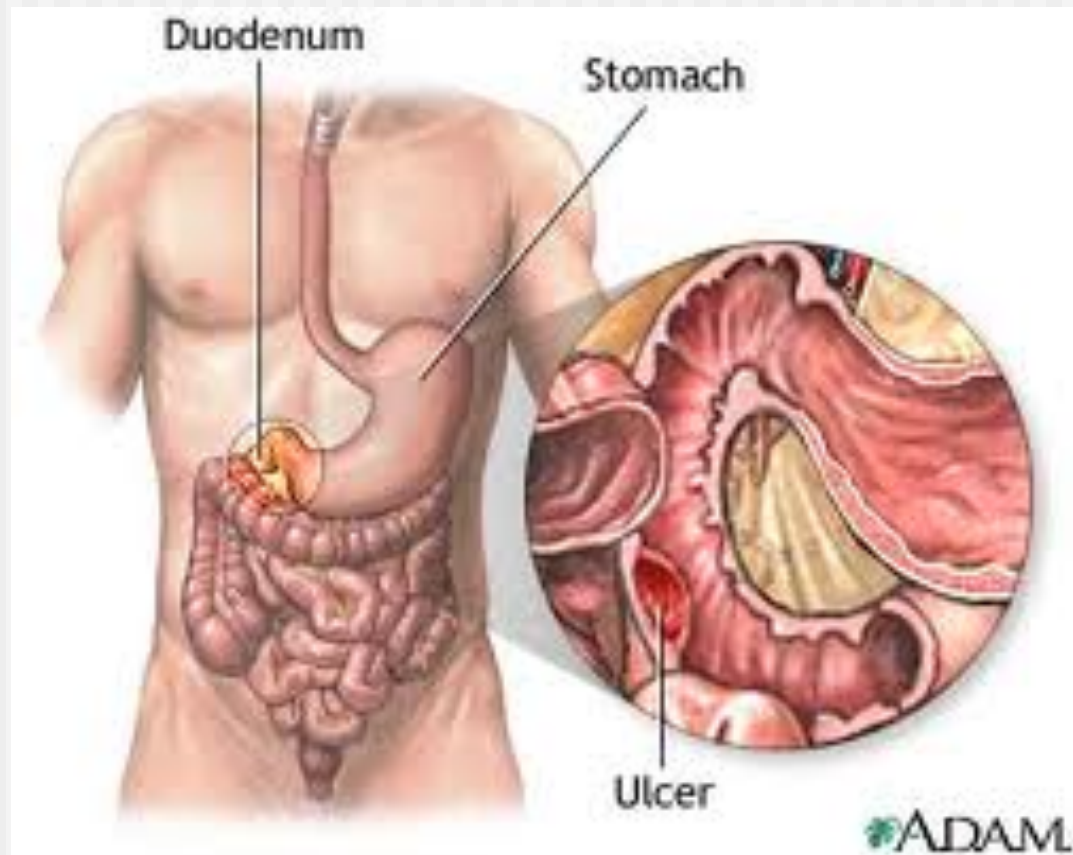


HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE

- **Definitie** : acele hemoragii digestive care au ca substrat etiologic o leziune situata pana la nivelul unghiului duodenojejunal (unghiul lui Treitz).
- **Clinic** : exteriorizare de sange sub forma de hematemeza si/sau melena/hematochezie.
 - hemetemeza = exteriorizare de sange prin varsatura :
 - sange proaspat : hemoragii cu pierderi rapide
 - sange digerat " zat de cafea"
 - melena = scaun negru,moale, pastos, lucios, cu miros oarecum caracteristic,
 - comparat clasic cu aspectul de pacura.
 - hematochezia = scaune cu sange rosu, in cantitate mare

Unghiul lui Treitz : HDS vs HDI



CAUZE DE HDS

- **Esofag** : varice esofagiene, cancer esofagian, esofagita peptica coroziva, ulcere esofagiene, diverticuli esofagieni, cardiospasm, hernii hiatale.
- **Afectiuni gastroduodenale** : ulcerul g-d, neoplazii, tumori benigne, gastrite hemoragice, s. Mallory-Weis, varice gastrice, diverticuli duodenali, prolaps de mucoasa antrala in duoden, ulcere peptice, ulcerul de stres
- **Alte cauze** : rupturi hepatice cu hemobilie, eroziuni duodenale postanevrism de aorta protezat, tumori vateriene, traumatisme pancreatice

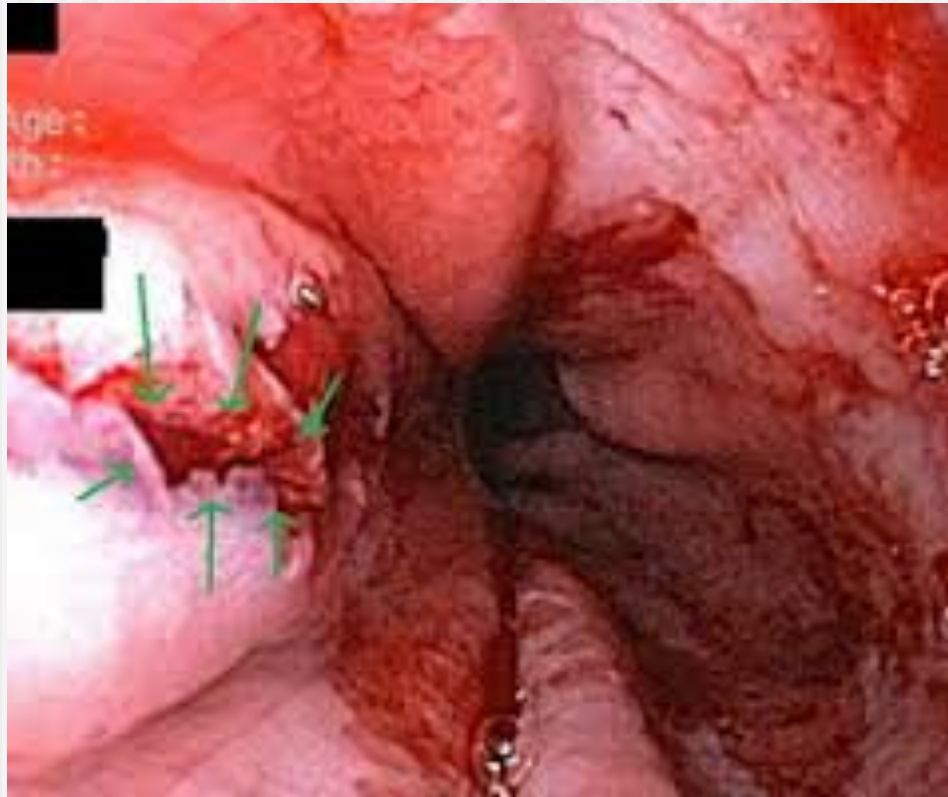
Ulcer gastric si duodenal hemoragic



Date statistice cu privire la HDS de cauza ulceroasa

- Ulcerul gastric :4% din examinarile endoscopice la pacientii cu ulcer gastric releva prezenta unei hemoragii active; 82% din pacienti nu prezinta semen de sangerare recenta la examinarea endoscopica
- Ulcerul duodenal : pacientii cu ulcer duodenal care nu se află sub tratament cu antisecretorii, au risc înalt de a dezvolta o hemoragie, riscul fiind tot mai mare pe măsura înaintării în timp. Astfel, după 5 ani de antecedente patologice ulceroase, riscul de a apariție a hemoragiei creste cu 10-14%, de la valori initiale de 2-3%.
- Pacienții care au avut un episod de ulcer hemoragic au un risc mult mai mare de recidivă a sângerării comparativ cu cei ce prezintă boală ulceroasă necomplicată
- Eradicarea infecției cu *Helicobacter pylori* (Hp) este unul din obiectivele moderne al tratamentului ulcerului. Eradicarea infecției cu Hp în ulcerul necomplicat a redus rata recurenței ulcerului, precum și rata sângerării

Sindrom Mallory-Weiss



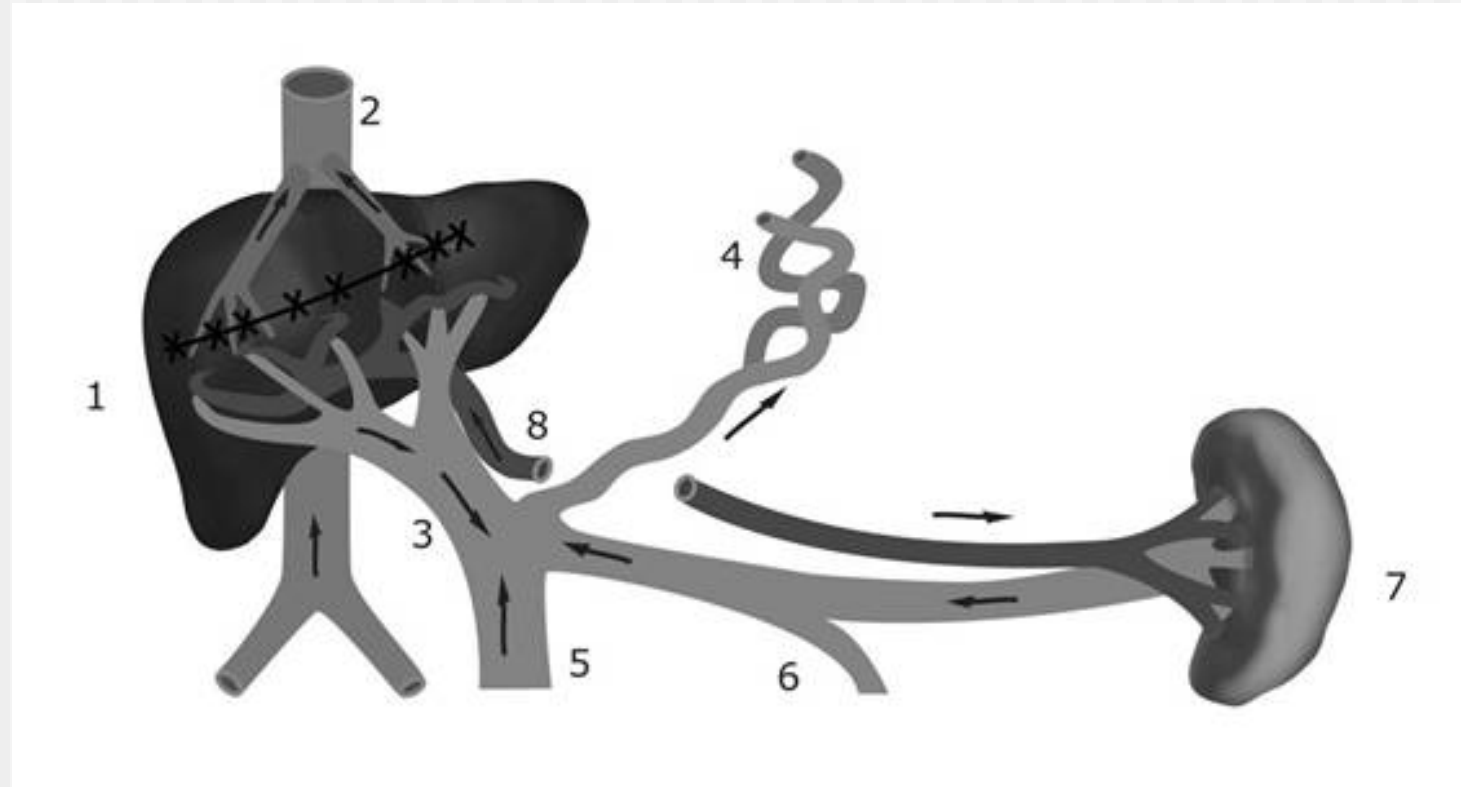
Varice esofagiene : image endoscopica



CAUZE DE HDS

- Afectiuni digestive
- Afectiuni extradigestive : ciroza hepatică, sindromul Budd – Chiari, tumori pancreatice.
- Boli generale : sifilis, intoxicații cu alcool, boli hematologice (hemofilie , trombocitopenii, leucemii etc).
- Cauze neurologice : tumori cerebrale operate
- Hemoragii de cauză neelucidată

Hipertensiune portala



GRAVITATEA HDS

- **Gravitatea** unei hemoragii depinde de cantitatea de sange pierduta :
 1. Hemoragii mici : sub 500 ml
 2. Hemoragii mijlocii : pana la 1500 ml.
 3. Hemoragii mari : peste 1500 ml.
 4. Hemoragii cataclismice

***Clinic :**

- hemoragii mici : pacient echilibrat, TA la valori normale, puls bine batut, tegumente normal colorate, dar anxios.
- hemoragii mijlocii : pacient tahicardic si cu tendinta la hipotensiune, paloare tegumente, puls mic ca si amplitudine

GRAVITATEA HDS

-hemoragii severe: pacientul de regula este adus cu ambulanta, tegumente cu paloare accentuata, transpiratii reci, senzatie de sete, oliguric, cu tulburari de vedere si vartejuri in urechi.

: pulsul este slab perceptibil, frecventa cardiaca este inalta, TA cu valori net scazute.

Important : TA poate avea valori relativ normale la pacientii hipertensivi sau la pacientii tineri, cu posibilitati crescute de compensare

(examinare in ortostatism !)

MASURI IMEDIATE IN HDS

- perfuzie endovenoasa pe doua linii periferice, in paralel cu recoltarea analizelor in urgenta.
- ! Grup sanghin
- Sonda nazogastrica : tub de silicon multiperforat de calibru adecvat.
- Administrare initiala de solutii saline (nu glucoza).
- Cateter pentru presiunea venoasa centrala.
- Sonda urinara cu monitorizarea riguroasa a debitului urinar.
- O2 terapie daca este cazul.
- EKG si puls oximetru
- Transportul pacientului cu targa in serviciul ATI

EXPLORARI DE LABORATOR

- **Examenul complet al sangelui** : Hb, Ht, glicemie, leucocite, uree, probele de caza sanghina, probele hepatice.
: determinarea
electrolitilor serici
- ! Important : Hb si Ht pot fi corelate in oarecare masura cu pierderile sanghine, dar ele pot sa nu reflecte fidel rata sangerarii , fiind necesara efectuarea lor in dinamica.
- ! Transfuziile de sange pot determina dilutie plachetara si a factorilor de coagulare

DIAGNOSTICUL ETIOLOGIC AL HDS

- **1. Endoscopia** : prima explorare, avand o valoare diagnostica deosebita
- : permite si o serie de metode de tratament – scleroterapia endoscopica a varicelor esofagiene, ligaturi endoscopice, , coagularea multipolara a ulcerelor hemoragice.
- **2. Scanarea radionucleara** : inj. I.v. de coloid sulfuric sau Tc 99m, dar utila doar in cazul unor rate scazute de sangerare (sub 0,5 ml/min).
- **3. Arteriografia selectiva** : trunchiul celiac, art. mezenterica superioara sau inferioara.

TRATAMENT

- **Tratament medical** : lavajul gastric intermitent cu SF rece, bicarbonatat, in vederea favorizarii hemostazei.
- Reechilibrarea volemic a pacientului : sange, masa eritrocitara, plasma refrigerata
- Medicatie antiulceroasa
- Hemostatice
- Trofice hepatice
- Sonda Blackmore

- **Tratament endoscopic**
- **Embolizarea**

- **Tratament chirurgical** : hemostaza in situ, rezectie gastrica, excizie sutura

Tratamentul medical

- Prezenta unei HDS la pacient implica stabilirea rapida a categoriei de bolnav stabil sau instabil hemodinamic.
- Din primele momente se va avea in vedere abordul venos periferic adecvat si la nevoie montarea unui cateter central
- Administrarea de fluide iv va fi realizata inca de la inceput, nu rareori hipovolemia impunand administrarea de sange, plasma si derivati. Desi valoarea prag a Hb nei poate fi diferita de la ghid la ghid terapeutic, majoritatea recomanda transfuzia de sange de la o valoare sub 9g% a Hb nei la pacientul cardiac si sub 8g% la pacientul fara patologie cardiaca. La fel, administrarea de masa trombocitara este indicate la valori sub 50.000 trombocite pe mm³.

Tratamentul endoscopic

- **Endoscopia** apare ca principalul mijloc diagnostic si in acelasi timp permite o serie de proceduri terapeutice.
- In acest sens, endoscopia se recomanda a fi efectuata in primele 24 de ore de la internare, managementul prin endoscopie fiind net documentat ca reducand morbiditatea, resangerarile si necesitatea interventiilor chirurgicale.
- Endoscopic, procedeele implica :
 - - injectarea perilezionala de adrenalina, de cele mai multe ori asociata cu un procedeu aditional de hemostaza
 - - coagularea de contact cu sonda diatermica monopolara
 - - hemostaza fara contact, utilizand coagularea cu argon, de regula adresata leziunilor angiodisplazice sau altor leziuni superficiale

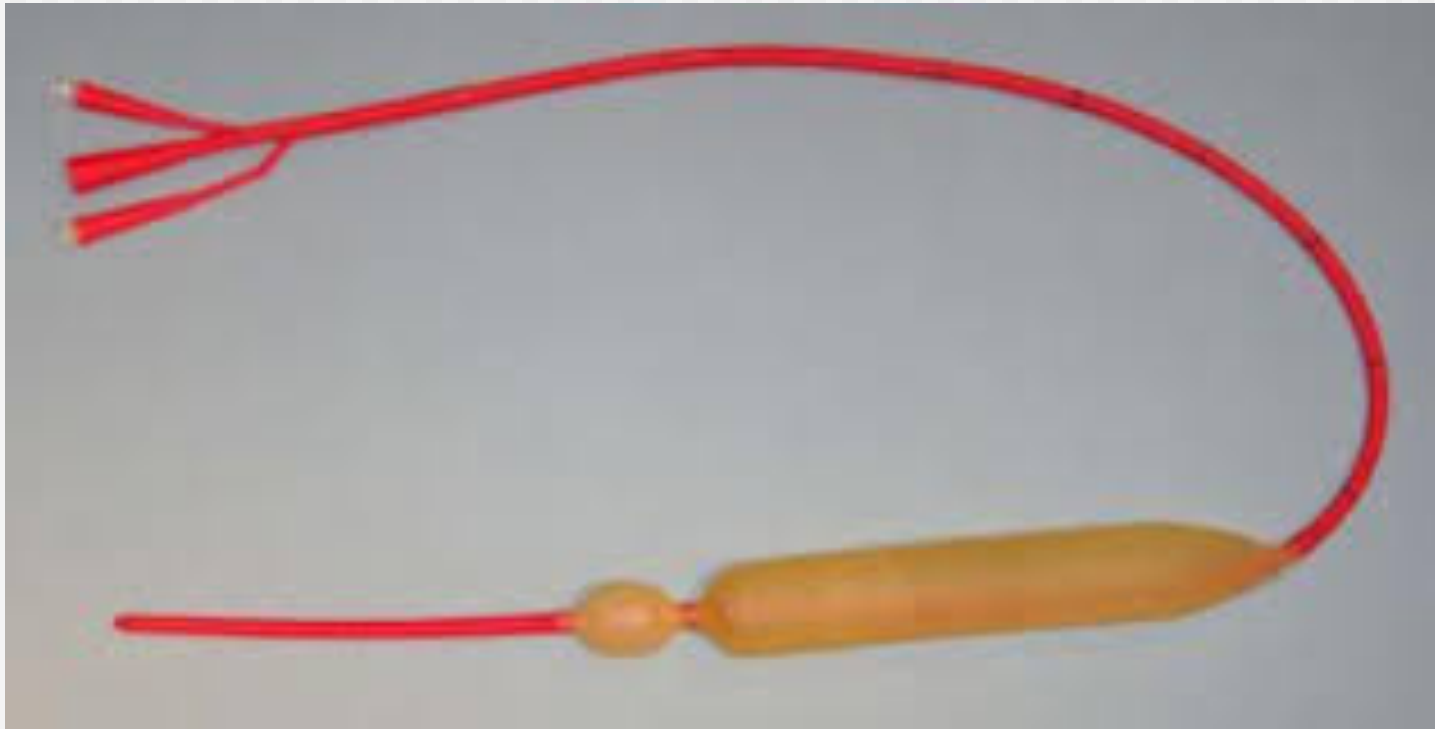
Tratamentul endoscopic

- - aplicarea de clipuri metalice la nivelul leziunilor ce determina hemoragia, cu rezultate comparabile cu coagularea endoscopica
- - aplicarea la nivel lezional a unor agenti hemostatici (exemplu Hemospray), cu activarea factorilor de coagulare, realizarea unei tamponade mecanice si posibilitatea aplicarii acestora pe suprafete largi.
- - aplicarea de benzi elastice cu ligatura varicelor esofagiene la locul hemoragiei
- - injectarea la nivelul varicelor esofagiene a unor substante sclerozante (scleroterapie) : alcool absolut, etanolamina, polidocanol, moruat de sodiu etc

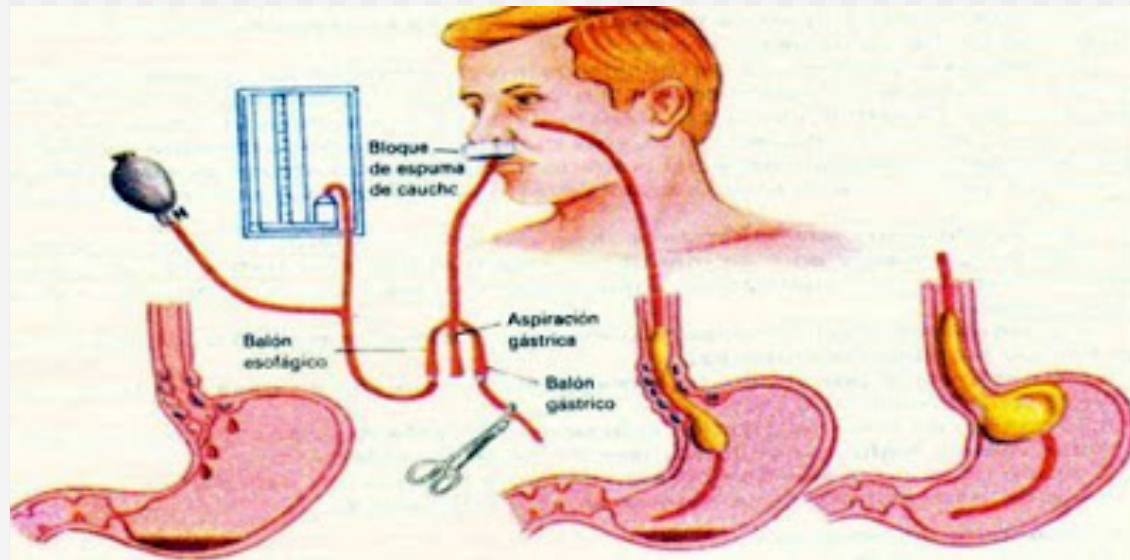
Tratamentu HDS

- In cazul in care terapia endoscopica nu conduce la hemostaza, o alternativa o reprezinta **tamponada cu balon**, prin aplicarea sondei Sengstaken-Blackmore, sonda cu doua balonase, gastric si esofagian, care se va mula si comprima peretele fornixului gastric si esofagian, cu o compresiune intrinseca pe varicele sangerande.
- Manevra esste grevata de dificultatea plasarii sondei, necroza de perete, pneumonie de aspiratie sau necesitatea intubatiei pacientului.
- Resangerarile postendoscopie se intalnesc in practica medicala intr-o proportie de 13-23%

Sonda Sengstaken-Blackmore



Plasarea sondei Sengstaken-Blackmore



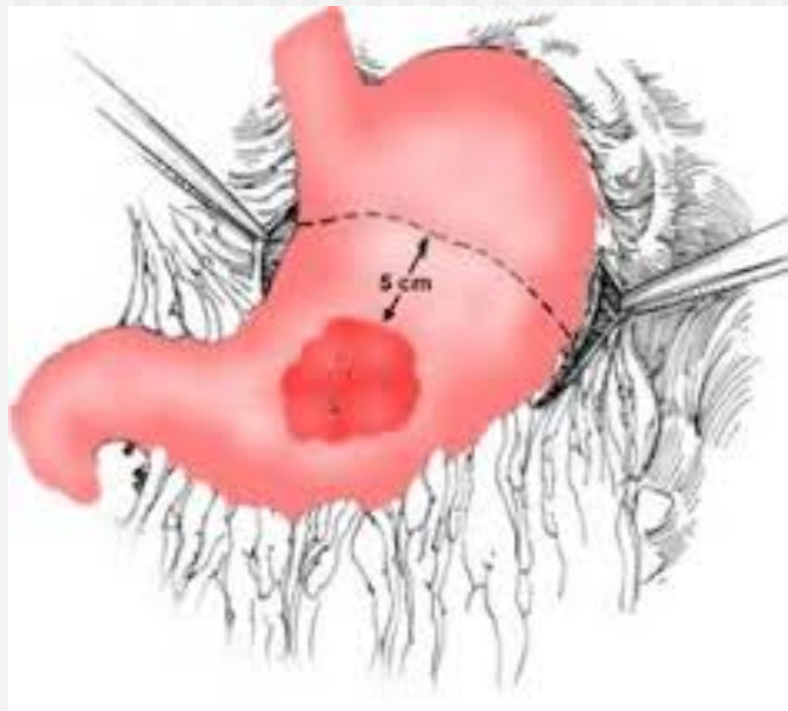
Embolizarea

- Embolizarea este un tratament minim invaziv care utilizează materiale pentru a bloca vasul afectat și, astfel, oprind sângerarea. Există o serie de posibile cauze de sângerare suficient de severe pentru a necesita acest tratament, inclusiv traume, tulburări de coagulare a sângelui, infecții, defecte anatomice și tumori.
- Procedura are scopul de a opri curgerea sângelui la sursa sângerării, păstrând în același timp fluxul sanguin în zona înconjurătoare.
- Radiologul intervenționist va introduce, de regulă, un tub de 2-3 mm în zona inghinală și va conduce acest tub la vasul de sânge afectat. Acesta va introduce apoi mici particule de rășină (microparticule), clei sau spirale metalice mici (bobine) în vasul sau vasele care sângerează. Aceasta determină blocarea vasului sau a vaselor și astfel oprește sângerarea.

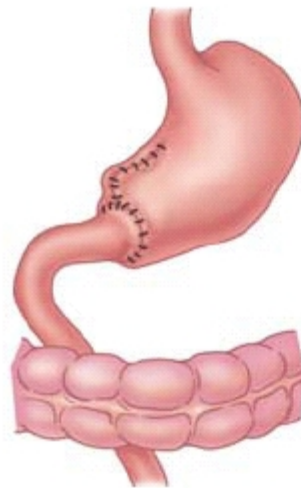
Tratamentul chirurgical

- Este indicat in cazul esecului tratamentului prin mijloacele conservative sau in cazul resangerarilor necontrolabile
- De regula asigura ablatia leziunii in cazul unui ulcer gastro-duodenal sau cancer gastric
- Implica rezectia partiala sau totala a stomacului, cu refacerea continuitatii tubului digestiv prin montajele clasice Pean (Billroth I) si Reichel-Polya (Billroth II).
- Metode alternative : sutura directa a leziunii hemoragice sau excizia acesteia cu sutura peretelui digestiv
- Pentru varicele esofagiene, chirurgia implica sunturi port-sistemice, TIPS sau ideal transplantarea

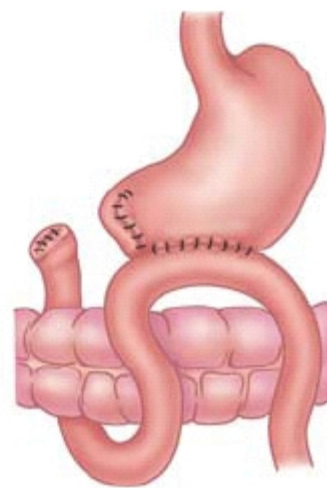
Rezectie gastrica distala in cancer hemoragic



Gastroduodenoanastomoza (operatia Pean – Billroth I) si gastrojejunoanastomoza (operatia Reichel-Polya sau Billroth II)

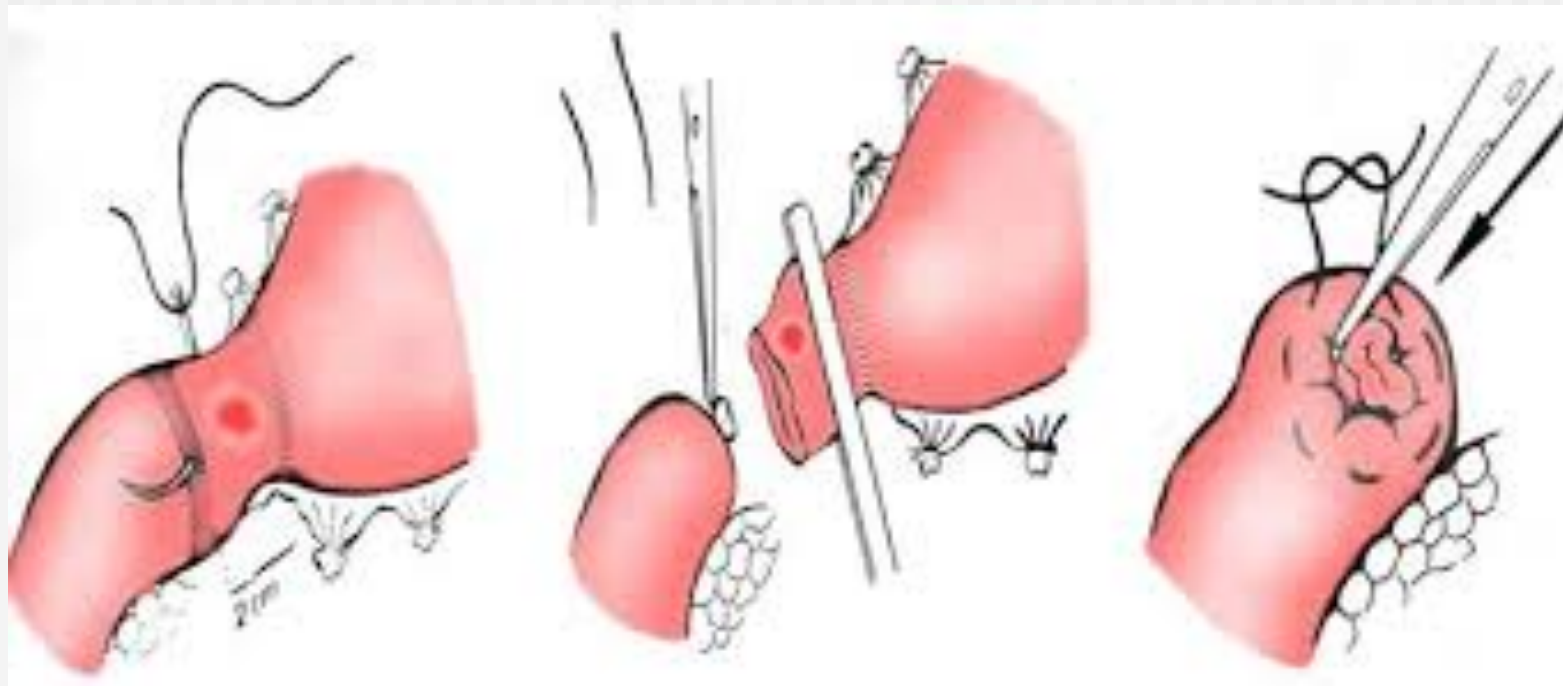


Billroth I

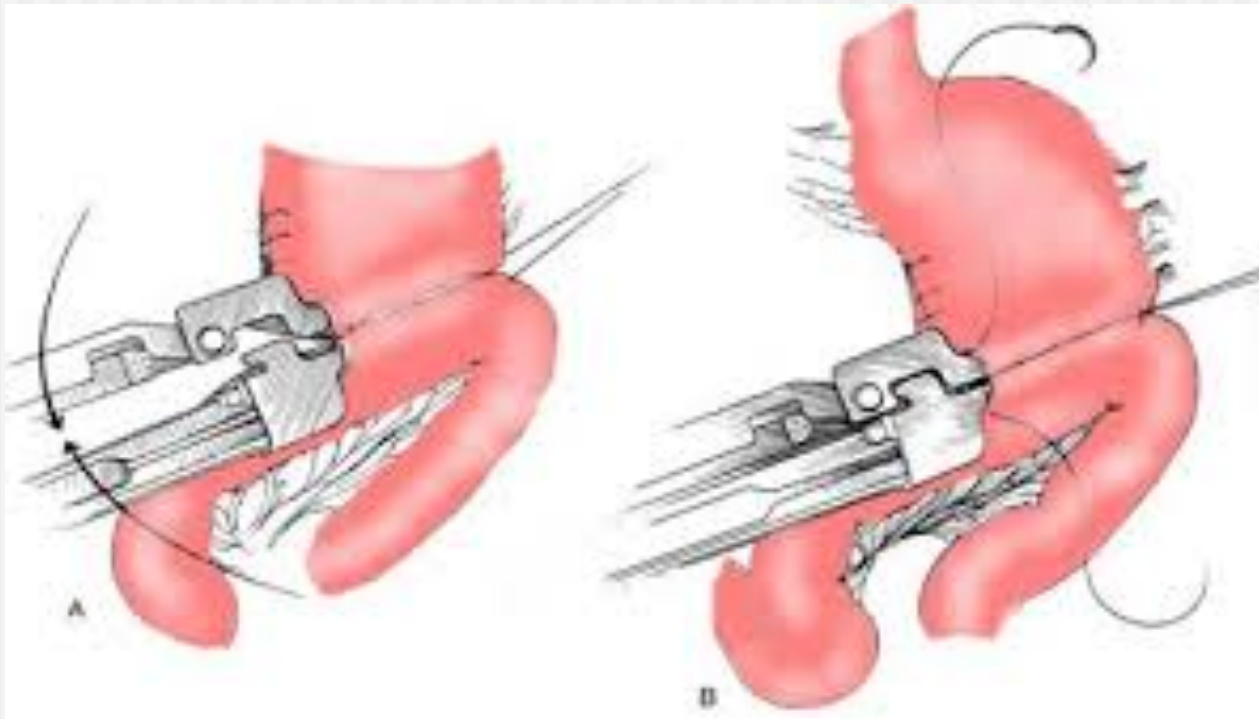


Billroth II

Operatia Billroth II : infundarea duodenului sectionat



Operatia Billroth II : sutura mecanica prin utilizarea stapplerelor



Transjugular-intrahepatic portosystemic – stent : TIPS

