

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

*Καλησπεράτη Πολυξένη
Γαστρεντερολόγος, MD, PhD
Επικ. Ιατρός, ΓΝΑ “Η ΕΛΠΙΣ”*



Αιμορραγία πεπτικού συστήματος

Ταξινόμηση

Διακρίνεται ανάλογα με:

- Την εντόπιση του αιτίου που την προκαλεί :
 - **Αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού** (Βλάβη εγγύτερα του συνδέσμου του Treitz)
 - **Αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού** (Βλάβη περιφερικά του συνδέσμου του Treitz)
- Τον τρόπο εκδήλωσης:
 - **Οξεία**
 - **Χρόνια**
 - Λανθάνουσα μη ορατή (occult) (Εκδηλώνεται κυρίως με σιδηροπενική αναιμία)
 - Ορατή αιμορραγία από άγνωστη αιτία (obscure)
- Την βαρύτητα – ρυθμό απώλειας αίματος:
 - Λανθάνουσα χρόνια μικροσκοπική αιμορραγία
 - Μέτρια βραδεία και αργή αιμορραγία
 - Σοβαρή οξεία αιμορραγία
 - Μαζική αιμορραγία
- Την προέλευση :
 - Οισοφάγος-Στόμαχος- Δωδεκαδάκτυλο-Λεπτό έντερο-Παχύ έντερο - ορθό

Αιμορραγία Ανώτερου Πεπτικού

- Μη κιρσικής αιτιολογίας
- Αιμορραγία λόγω κιρσών

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

ΠΡΟΕΡΧΕΤΑΙ ΑΠΟ

1. τον οισοφάγο,
2. το στόμαχο
3. ή το 12δάκτυλο μέχρι το σύνδεσμο του Treitz

ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΜΕ

- αιματέμεση ή
- μέλαινα κένωση

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΗ



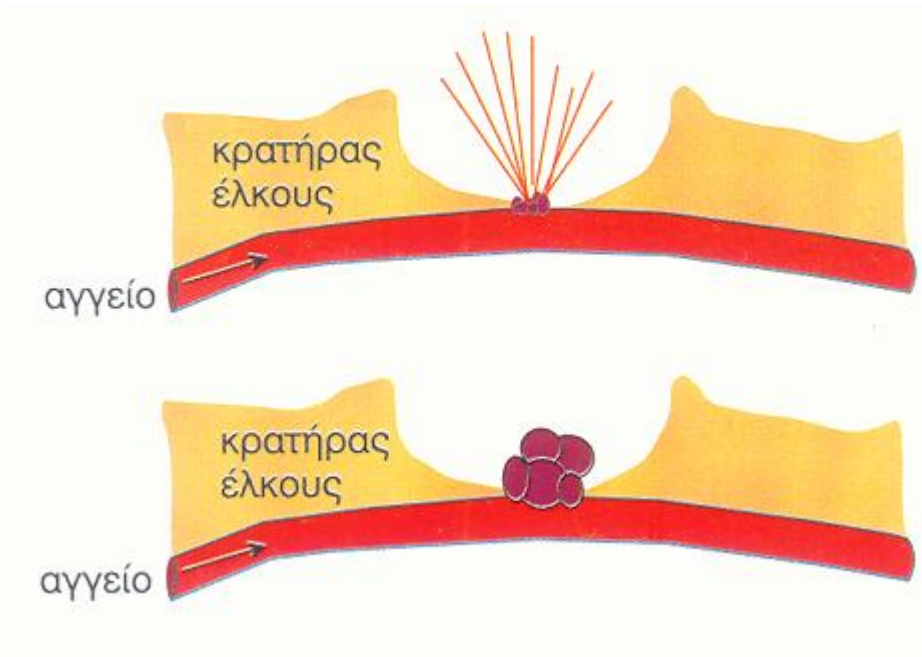
- ✧ Διάταση στομάχου
- ✧ Ναυτία
- ✧ Απόφραξη στομάχου

ΜΕΛΑΙΝΑ ΚΕΝΩΣΗ



- ✧ Αποδόμηση της Hb σε αιματίνη
- ✧ Τουλάχιστον 200ml αίματος
- ✧ Συνήθως απώλεια πάνω από 1Lt

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

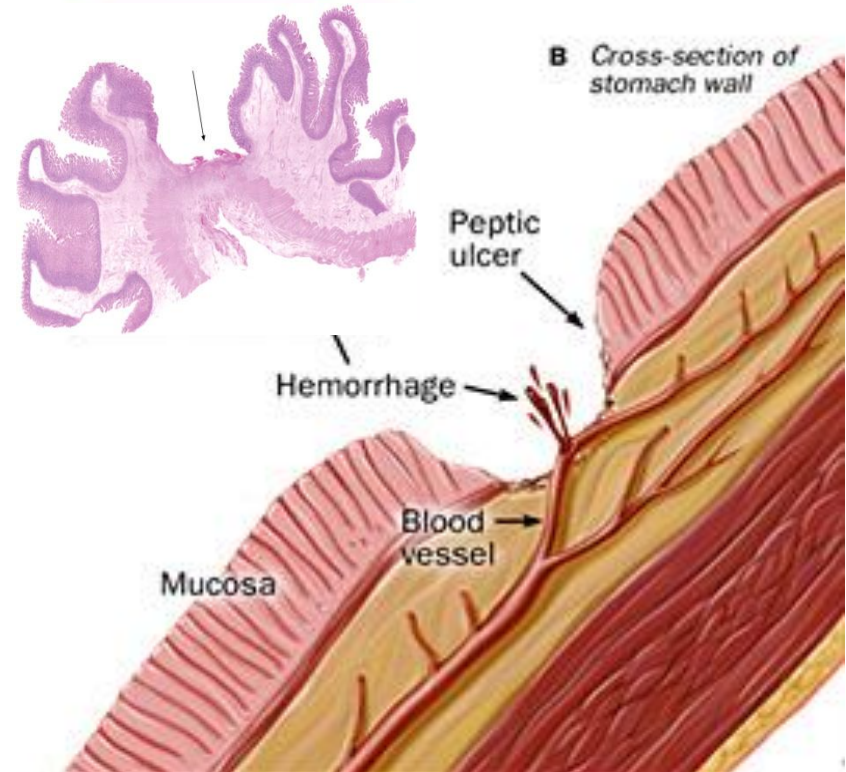


Έλκος: Διάμετρος $>0.5\text{cm}$

Ερυθρός θρόμβος

**Σύσπαση
Αιμοπετάλια
Παράγοντες πήξης**

Ενεργός αιμορραγία από πεπτικό έλκος



ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΚΙΤΗ

Βραδεία απώλεια



Χωρίς αξιόλογες αιμοδυναμικές διαταραχές

Μέσης βαρύτητας
απώλεια



Ορθοστατική υπόταση, ήπια ταχυκαρδία,
ωχρότητα

Μεγάλη απώλεια



Πτώση αρτ. πίεσης, έντονη ταχυκαρδία

Μαζική απώλεια



Βαριά κυκλοφορική ανεπάρκεια

ΑΙΤΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Συχνά:

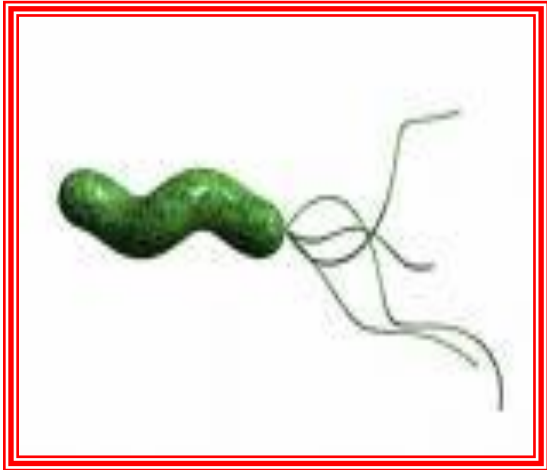
- Πεπτικό έλκος
- Φλεγμονή (οισοφαγίτιδα, γαστρίτιδα, δωδεκαδακτυλίτιδα)
- Κιρσοί οισοφάγου
- Σύνδρομο Mallory Weiss
- Κακοήθεια στομάχου
- Διαταραχές πήκτικότητας (θρομβοπενία, κουμαρινικά κλπ)

Σπανιότερα:

- Αορτοεντερικό συρίγγιο
- Καλοήθεις όγκοι (λείομυωμα)
- Συγγενή (Redu-Osler- Weber)

ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Παράγοντες κινδύνου

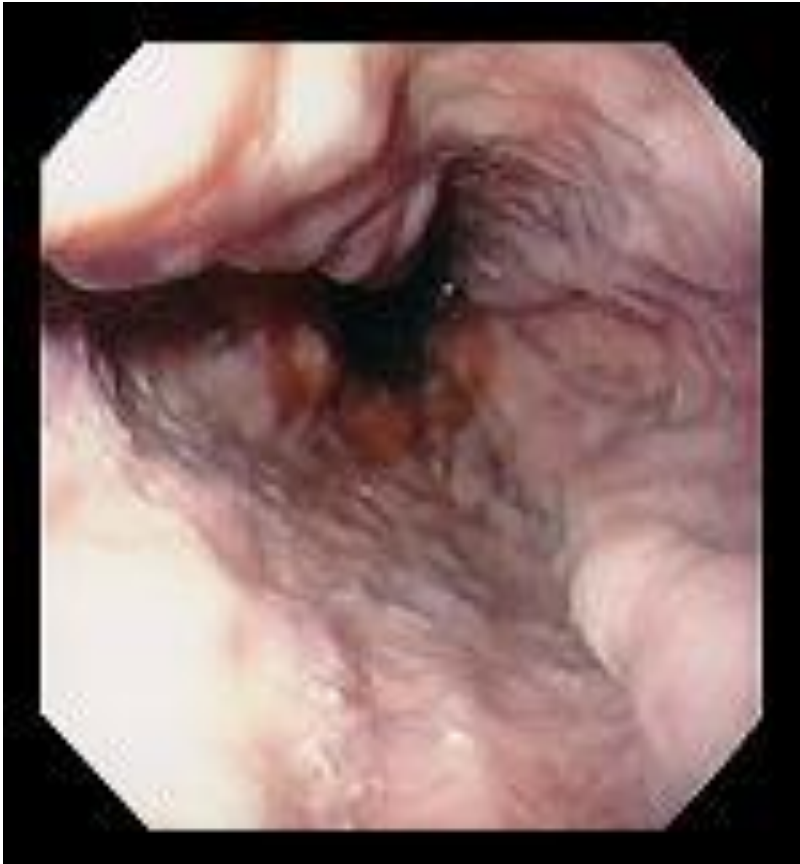


Helicobacter pylori



ΜΣΑΦ

ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ



ΚΙΡΡΩΣΗ

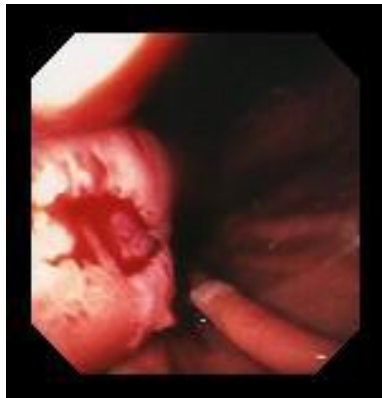
Ηπατίτιδες

Αλκοολισμός

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

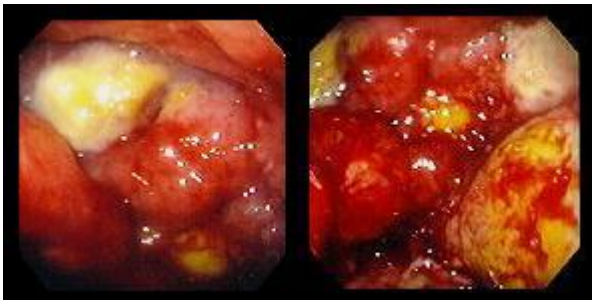


ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ



ΣΤΟΜΑΧΟΣ

- Καρκίνος
- Σάρκωμα
- Λέμφωμα



**ΔΙΗΘΗΣΗ
12ΔΑΚΤΥΛΟΥ**

ΠΕΠΤΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ



MALLORY-WEISS



ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ (<1%)

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Σύνδρομο Rendu-Weber-Osler

Watermelon stomach

«Έλκος» Dieulafoy

Αορτοεντερικό συρίγγιο



ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



- Τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα
- Ζωτικά σημεία
- Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών
- Διασταύρωση και αίτηση αίματος
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα
- Δακτυλική εξέταση

ΛΗΨΗ ΛΕΠΤΟΜΕΡΟΥΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

- ✓ Προέρχεται η αιμορραγία από το πεπτικό ? (Ρινορραγία, Αιμόπτυση)
- ✓ Φάρμακα / τροφές που χρωματίζουν τα κόπρανα
- ✓ Συμπτωματολογία
- ✓ Ιστορικό αιμορραγίας πεπτικού
- ✓ Ιστορικό χειρουργικής επεμβάσεως για έλκος
- ✓ Λήψη φαρμάκων (ΜΣΑΦ, ασπιρίνη, κλοπιδογρέλη, αντιπηκτικά)
- ✓ Έμετοι, ακολουθούμενοι από αιματέμεση
- ✓ Ανορεξία, απώλεια βάρους, δυσφαγία
- ✓ Νοσηλευόμενοι στη Μ.Ε.Θ. – μεταμοσχευμένοι – εγκαυματίες – ασθενείς με ΚΕΚ
- ✓ Συγκοπτικό επεισόδιο
- ✓ Κατανάλωση αλκοόλ
- ✓ Ποσότητα και διάρκεια αιμορραγίας

Αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού συστήματος

Ιστορικό & Κλινική εξέταση

Αίτιο	Ιστορικό και κλινικά ευρήματα
Πεπτικό έλκος	Χρήση ασπιρίνης, ΜΣΑΦ, ή καπνός
Κιρσοί οισοφάγου	Κατάχρηση αλκοόλ, Ίκτερος ; Σημεία πυλαίας υπέρτασης : ασκίτης, παλαμιαίο ερύθημα, αραχνοειδή αιμαγγειώματα, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία Κιρσοί του ορθού;
Mallory-Weiss	Γραμμοειδής αιμορραγία, Προηγήθηκε εμετός ;
Γαστρικός καρκίνος	Ψηλαφητός υπερκλείδιος λεμφαδένας, ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο, κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους, καχεξία

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- ✓ ABC
- ✓ Εκτίμηση αιμοδυναμικής σταθερότητας : HR, RR, ΑΠ, GCS, απόχρωση δέρματος
- ✓ Πετέχειες, εκχυμώσεις, τηλε-αγγειεκτασίες
- ✓ Σημεία χρόνιας ηπατοπάθειας
- ✓ Ψηλάφηση για πιθανή μάζα
- ✓ Επισκόπηση για χειρουργικές ουλές
- ✓ Δακτυλική ορθού

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

1. Αιματοκρίτης / Αιμοσφαιρίνη
2. Ομάδα αίματος / Rhesus
3. Αιμοπετάλια
4. Χρόνος Προθρομβίνης - INR
5. Ουρία αίματος
6. Ακτινογραφία
7. ΗΚΓ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- 1. Ηλικία > 60 έτη**
- 2. Συνυπάρχουσες παθήσεις**
- 3. Υπόταση ή shock**
- 4. Διαταραχές πηκτικότητας**
- 5. Αιμορραγία που ξεκινά στο νοσοκομείο**
- 6. Μετάγγιση > 6 μονάδες**
- 7. Παρουσία φρέσκου αίματος στο στομάχι**

Table 3.11 Glasgow–Blatchford score for upper GI bleeding

Blood urea (mmol/dL)		Systolic BP (mmHg)
6.5–8 = 2pt		100–109 = 1pt
8–10 = 3pt		90–99 = 2pt
10–25 = 4pt		<90 = 3pt
>25 = 6pt		
Hb (g/L) for men	Hb for women	Other markers:
120–129 = 1pt	100–119 = 3pt	Pulse ≥ 100 /min = 1pt
100–119 = 3pt	<100 = 6pt	Presentation with melaena = 1pt
<100 = 6pt		Presentation with syncope = 2pt
		Hepatic disease = 2pt
		Cardiac failure = 2pt

Reproduced from Blatchford O *et al.*, *Lancet*, 2000; 356(9238):1318–21, copyright © 2000, with permission from Elsevier.

Initial risk stratification and triage

Glasgow- Blatchford 0-1

Glasgow- Blatchford > 2

Εξιτήριο και αντιμετώπιση σε εξωτερική βάση

Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Pre-endoscopic management

- Ανάνηψη
- Μετάγγιση αν Hb<7 g/dl
- Ερυθρομυκίνη προ ενδοσκόπησης
- +/- PPI's

Γαστροσκόπηση εντός 24 ωρών

Endoscopy

Ευρήματα χαμηλού ρίσκου
Εξιτήριο όταν σταθερά ζωτικά και Hb

Ευρήματα υψηλού ρίσκου
Παραμονή στο νοσοκομείο

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΡΙΑΣ/ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

- Διασφάλιση αεραγωγού
- Οξυγονοθεραπεία
- Τοποθέτηση 2 φλεβικών γραμμών (14G)
- Χορήγηση υγρών και παραγώγων αίματος
- Αντιμετώπιση διαραχών πηκτικότητας
- Τοποθέτηση ουροκαθετήρα και παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών
- Περιορισμένη μετάγγιση εφόσον Hb >7 gr/dl

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Η επείγουσα ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού συστήματος είναι η μοναδική εξέταση που πρέπει να γίνεται σε ασθενείς με αιματέμεση ή μέλαινα κένωση εντός 24 ωρών

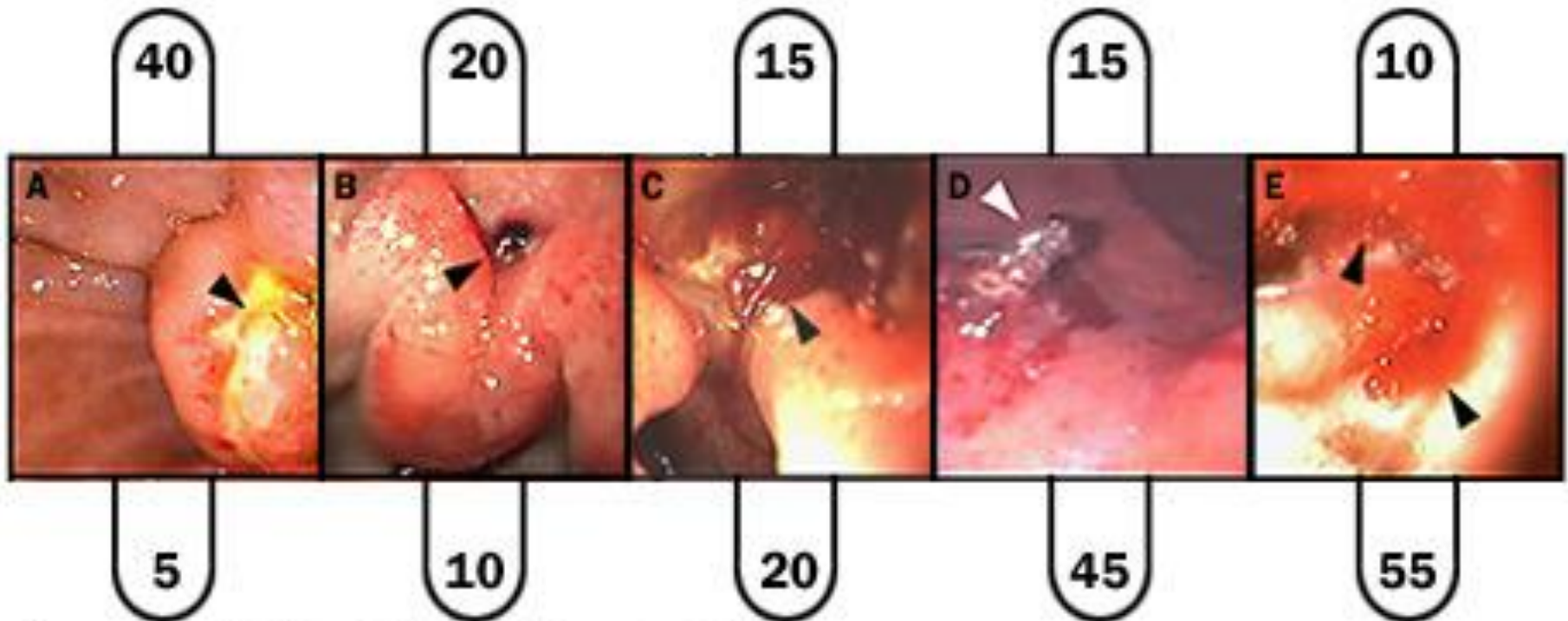


- **Διάγνωση**
- **Πρόγνωση**
- **Αντιμετώπιση**

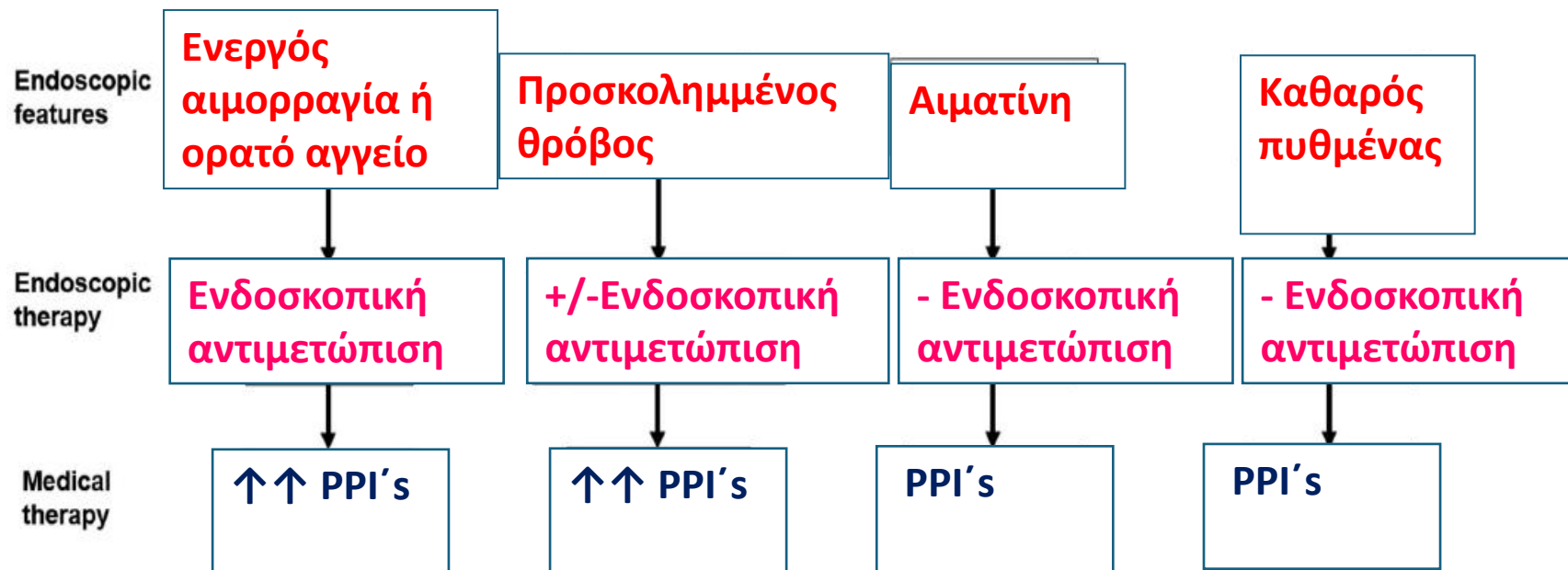
Αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού συστήματος

Ενδοσκοπικά στίγματα

Επιπολασμός %

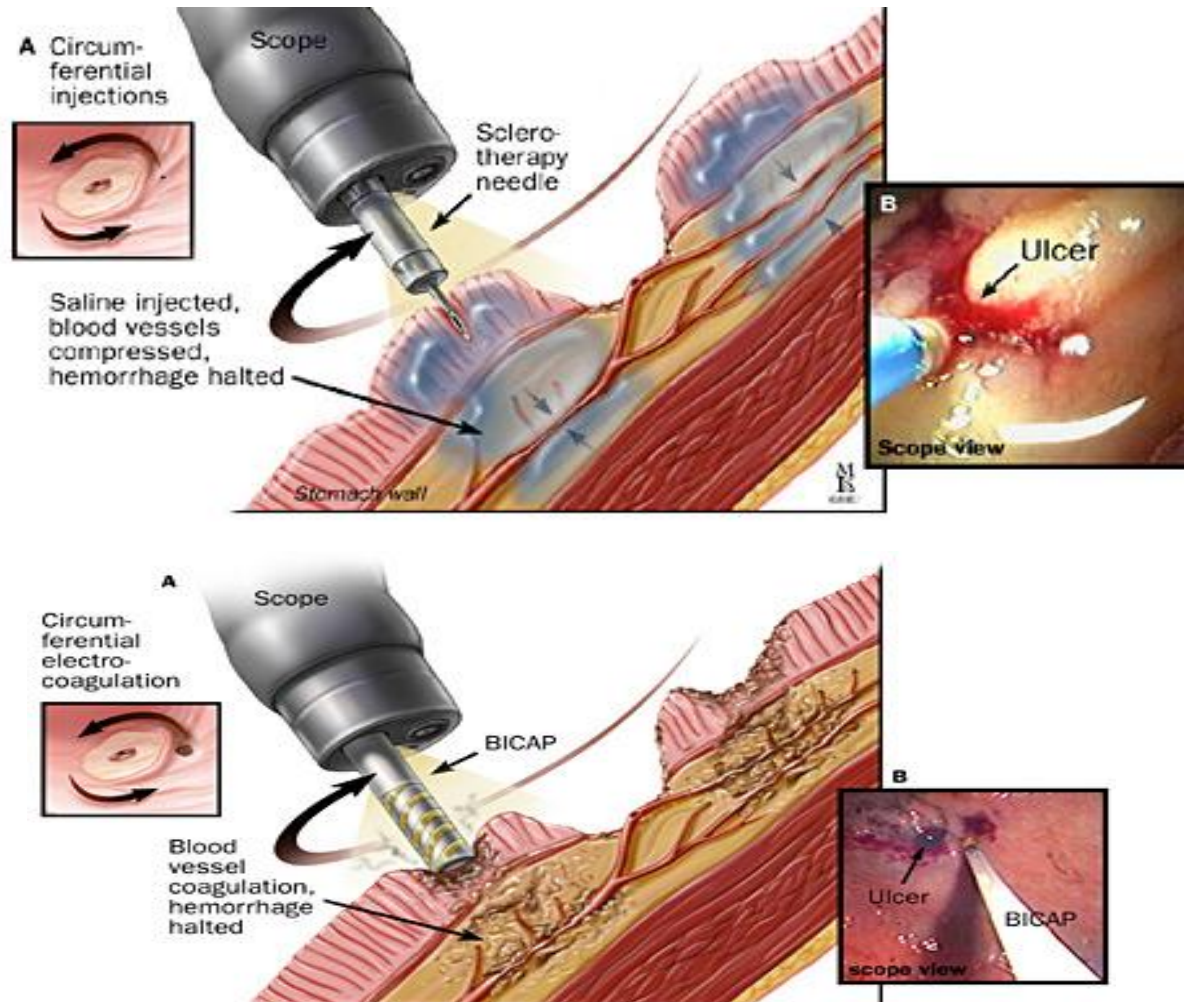


Κίνδυνος επαναιμορραγίας %

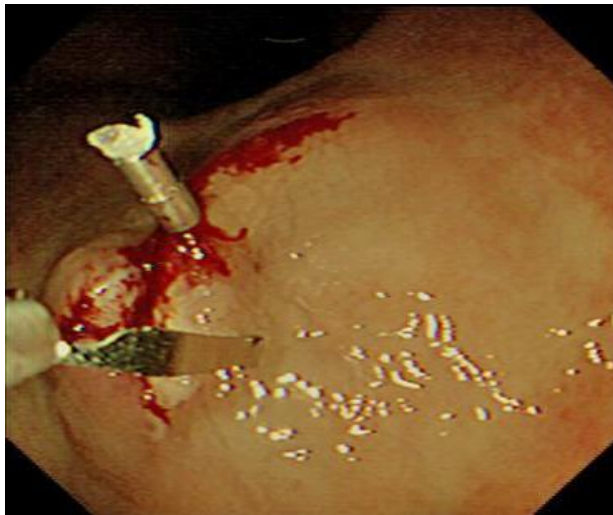
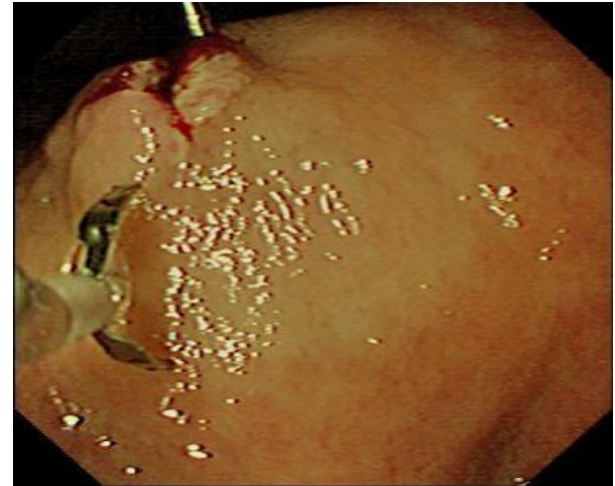


13. We recommend high-dose PPI therapy given continuously or intermittently for 3 days after successful endoscopic hemostatic therapy of a bleeding ulcer (strong recommendation, moderate- to high-quality evidence).

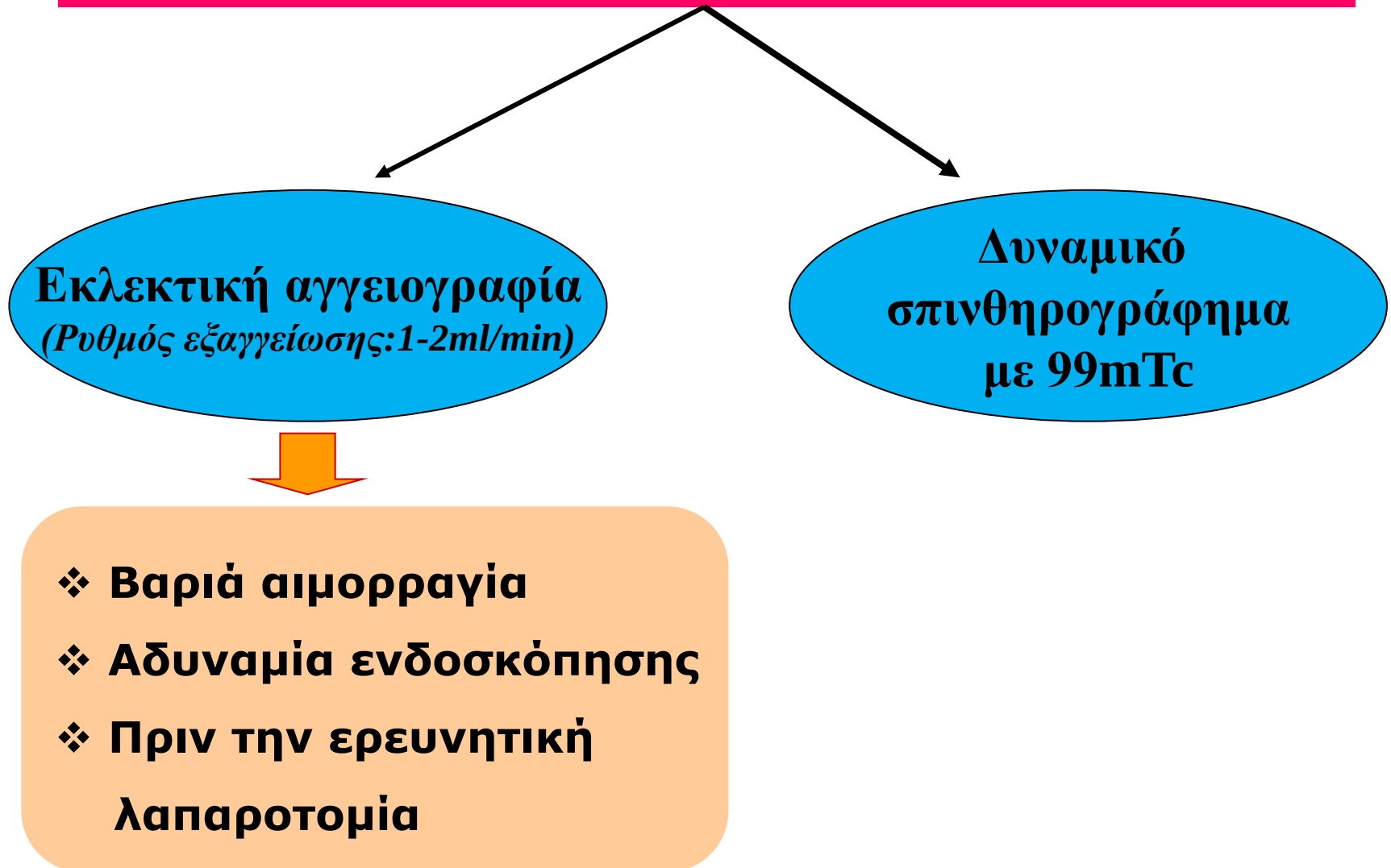
Ένεση αιμοστατικών – Διπολική διαθερμία



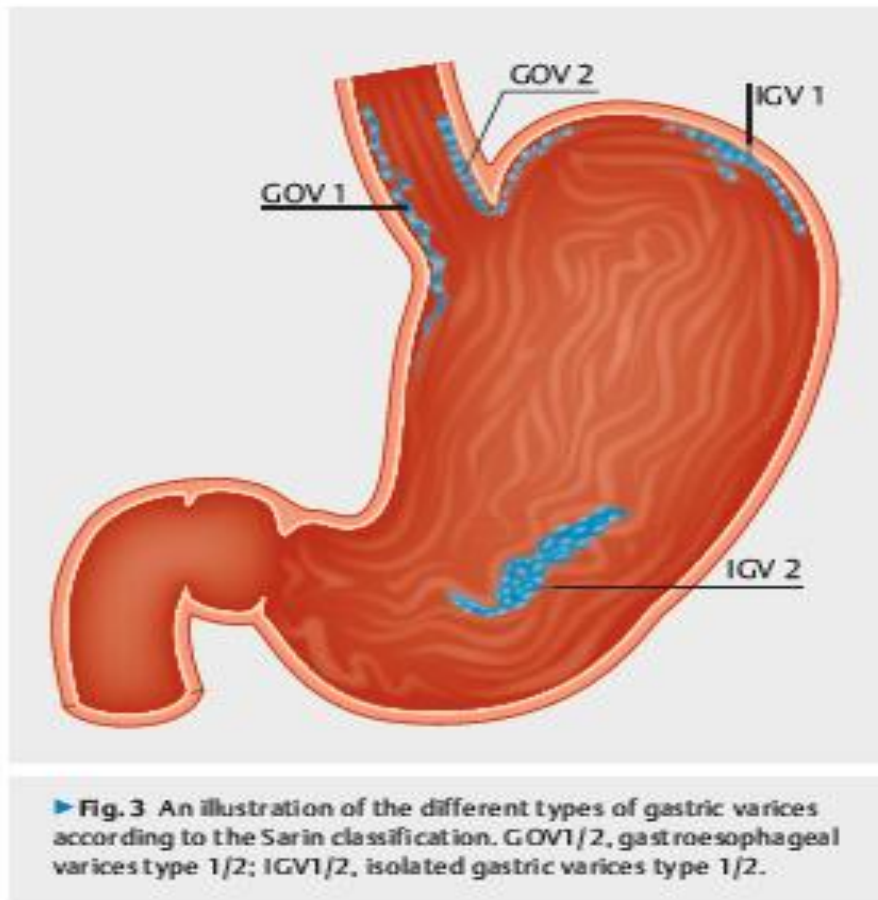
Εφαρμογή CLIPS



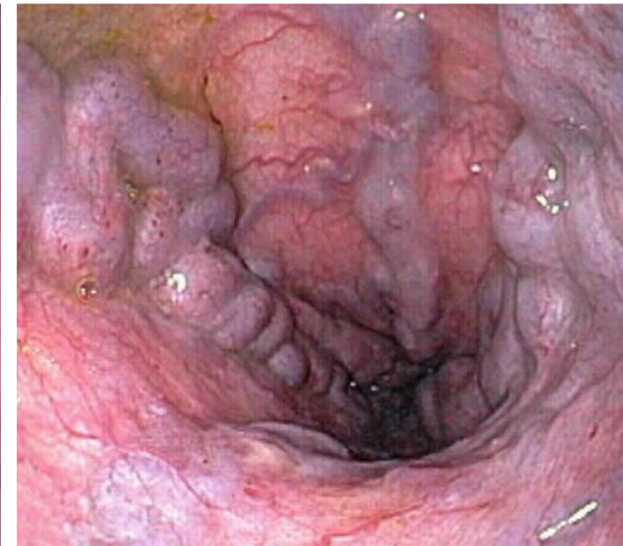
ΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ



ΓΑΣΤΡΙΚΟΙ ΚΙΡΣΟΙ



Η διάμετρος των κερσών οισοφάγου αυξάνει προοδευτικά



Απουσία κερσών

Μικροί κερσοί

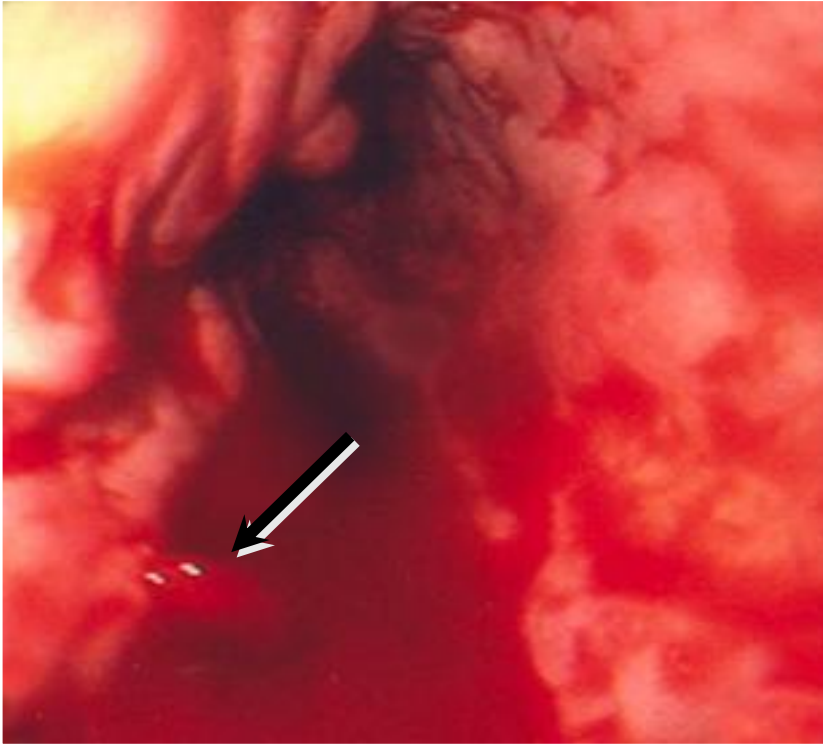
Μεγάλοι κερσοί



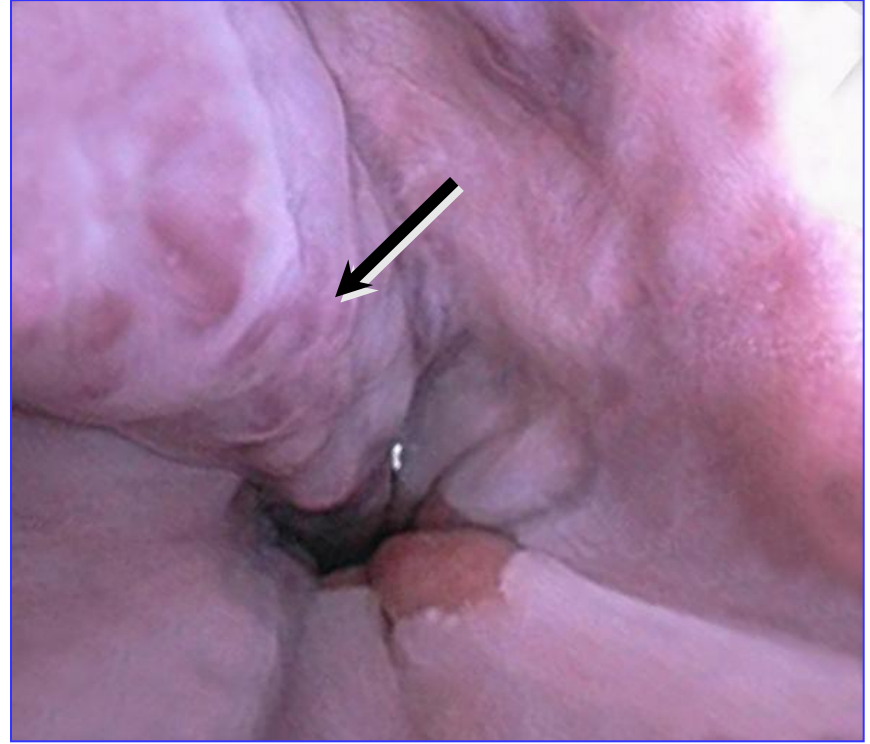
7-8%/έτος

7-8%/έτος

Κιρσοί οισοφάγου-προγνωστικοί παράγοντες αιμορραγίας

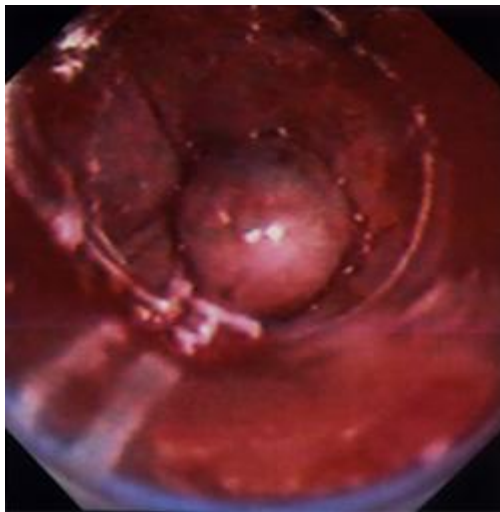
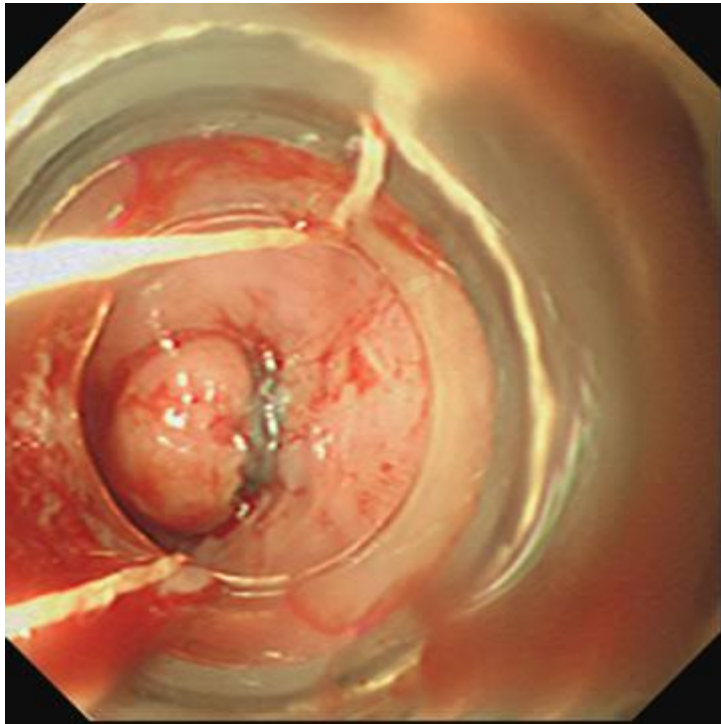


Αιμορραγία κιρσών



Κιρσοί με ερυθρά στίγματα

- ✓ Μέγεθος κιρσών
- ✓ Ερυθρά στίγματα
- ✓ Βαθμολογία Child B/C



Initial evaluation and management of suspected esophageal variceal hemorrhage

- Hemodynamic resuscitation – initially using IV crystalloid fluids
- Use restrictive RBC transfusion policy
- Start vasoactive medication
- Give antibiotic prophylaxis
- Temporarily withhold antiplatelet agents and anticoagulants*
- Consider endotracheal intubation in selected at-risk patients[§]
- Consider giving an IV promotility agent prior to upper gastrointestinal endoscopy

Perform EGD within 12 hours of patient presentation
once adequately hemodynamically resuscitated

EVH confirmed
Perform risk stratification

Perform EBL

EVH controlled

1. Low risk of recurrent bleeding
 - a. continue vasoactive medication for up to 5 days and initiate/resume NSBB
 - b. schedule follow-up endoscopy within 1–4 weeks for repeat EBL for secondary prophylaxis
2. High risk of recurrent bleeding
 - a. consider pre-emptive TIPS within 72 hours (preferably within 24 hours)

Persistent EVH

Consider urgent rescue TIPS or esophageal stent (if available),
or tamponade balloon as a temporizing measure followed by
rescue TIPS

Recurrent EVH within the first 5 days

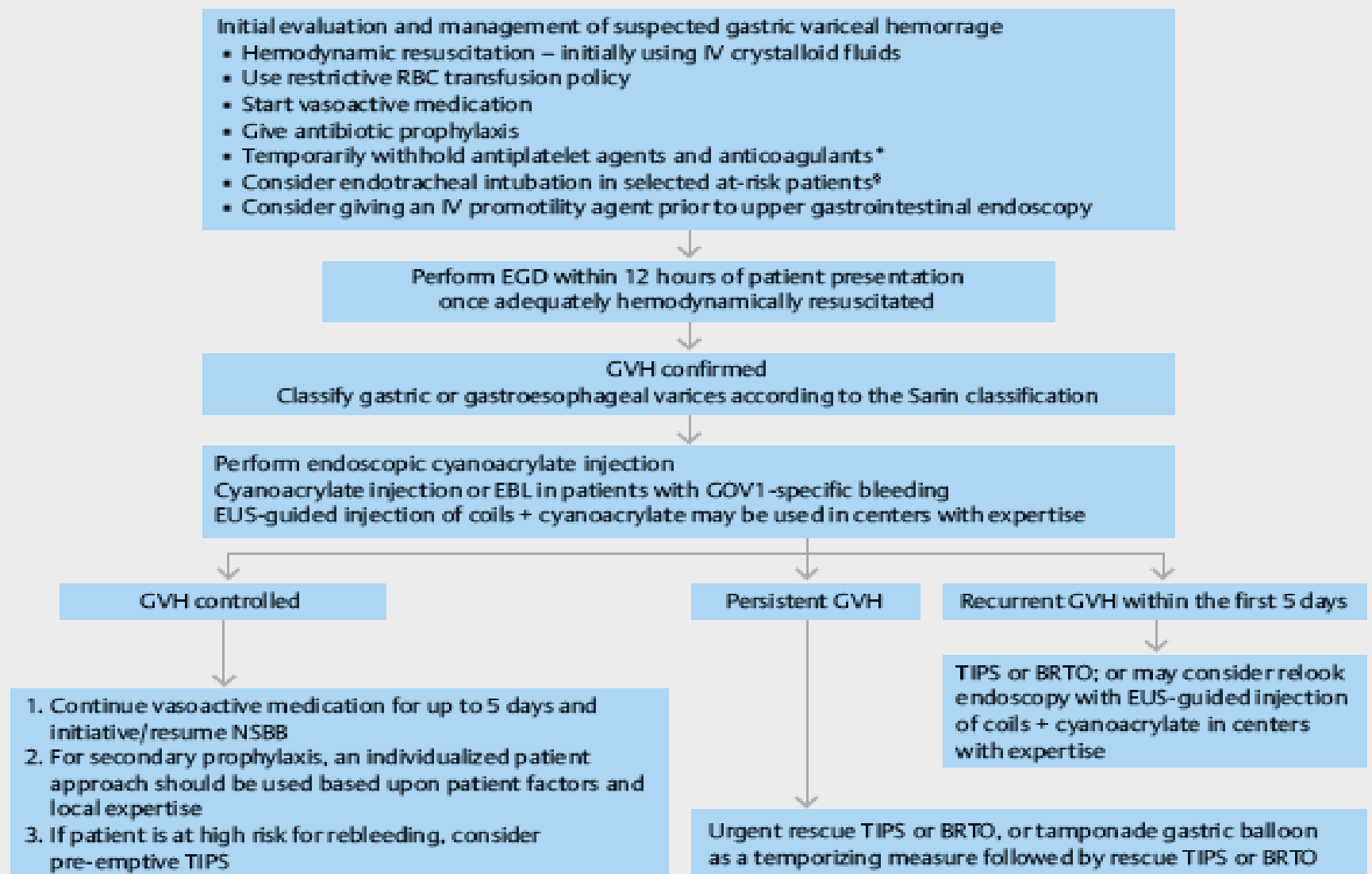
Second attempt at endoscopic
hemostasis or perform salvage TIPS

► Fig. 1 ESGE algorithm for the management of acute esophageal variceal hemorrhage (EVH).

EBL, endoscopic band ligation; EGD, esophagogastroduodenoscopy; IV, intravenous; NSBB, nonspecific beta blocker; RBC, red blood cell; TIPS, transjugular intrahepatic portosystemic shunt.

* The restarting of antiplatelet agents and/or anticoagulants should be guided by the patient's risk of rebleeding versus their risk of thrombosis.

§ Extubation should occur as soon as clinically safe following upper gastrointestinal endoscopy.



► **Fig. 2** ESGE algorithm for the management of acute gastric variceal hemorrhage (GVH).

BRTO, balloon retrograde transvenous obliteration; EBL, endoscopic band ligation; EGD, esophagogastroduodenoscopy; EUS, endoscopic ultrasound; GOV1, gastroesophageal varices type 1; IV, intravenous; NSBB, nonspecific beta blocker; RBC, red blood cell; TIPS, transjugular intrahepatic portosystemic shunt.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΙΡΣΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

- Μετάγγιση εφόσον Hb <7 mg/dl – Στόχος μετά από μετάγγιση Hb 7-9 mg/dl
- Χορήγηση αγγειοδραστικών παραγόντων: τερλιπρεσσίνη, οκτρεοτίδη, σωματοστατίνη ήδη κατά την προσέλευση σε υποψία αιμορραγίας κίρσινης αιτιολογίας για 5 ημέρες
- Χορήγηση κεφτριαξόνης
- Ενδοσκόπηση εντός 12ώρου και ενδοσκοπική περίδεση κίρσων
- Σε εμμένουσα αιμορραγία κίρσινης αιτιολογίας TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt)
- Σε αιμορραγία γαστρικών κίρσων (GOV2, IGV1) ενδοσκοπική έγχυση κυανοακρυλικού

ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

**Κάθε αιμορραγία με εστία μετά το σύνδεσμο του
Treitz, δηλαδή**

- **στο λεπτό έντερο,**
 - **στο κόλον ή**
 - **στον πρωκτό**

► Table 3 The Oakland score for predicting the safe discharge of patients presenting with acute lower gastrointestinal bleeding (LGIB).

Variable	Score
Age, years	
▪ <40	0
▪ 40–69	1
▪ ≥70	2
Sex	
▪ Female	0
▪ Male	1
Previous LGIB admission	
▪ No	0
▪ Yes	1
Digital rectal examination findings	
▪ No blood	0
▪ Blood	1
Heart rate, bpm	
▪ <70	0
▪ 70–89	1
▪ 90–109	2
▪ ≥110	3
Systolic blood pressure, mmHg	
▪ 50–89	5
▪ 90–119	4
▪ 120–139	3
▪ 140–159	2
▪ ≥160	0
Hemoglobin, g/dL	
▪ 5.0–6.9	22
▪ 7.0–8.9	17
▪ 9.0–10.9	13
▪ 11.0–12.9	8
▪ 13.0–15.9	4
▪ ≥16.0	0

bpm, beats per minute.

Adapted from Oakland IC et al. [24].

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

- ✚ Μικρή ποσότητα
ερυθρού αίματος
μαζί με κόπρανα → Πρωκτική περιοχή
- ✚ Κένωση ερυθρού
χρώματος με ή
χωρίς πύγματα → Αριστερό κόλον
- ✚ Ερυθρό ή
βυσσινόχροο αίμα → Δεξιό κόλον
Λεπτό έντερο

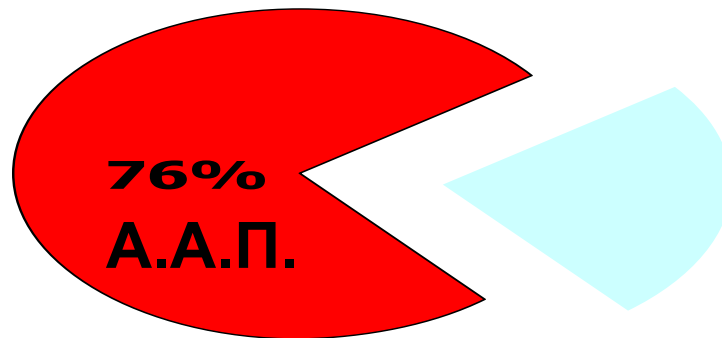
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ Α.Κ.Π.

1. Απουσία αιμοδυναμικών διαταραχών: 80%
2. Σοβαρή αιμορραγία: 20%
 - Ταχυσφυγμία / Πτώση Hct: 50%
 - Ορθοστατική υπόταση: 30%
 - Λιποθυμικό επεισόδιο: 11%
 - Εικόνα shock: 9%

Αυτόματη παύση της αιμορραγίας: 80-85%

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

20-27 περιστατικά /100.000 πληθυσμού/έτος



Συχνότερη σε άνδρες και ηλικιωμένους

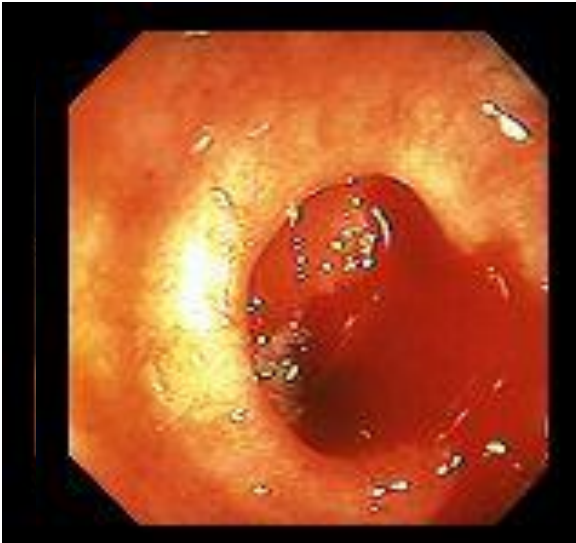
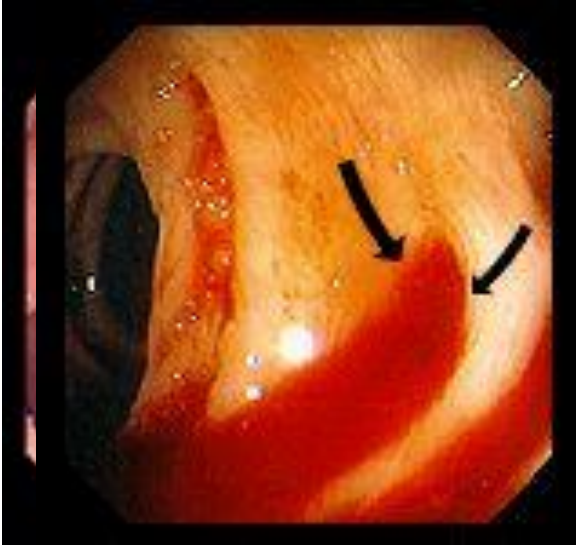
ΑΙΤΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

► **Table 1** Overview of causes of acute lower gastrointestinal bleeding.

Benign diseases	Diverticular disease	
	Anorectal conditions	Hemorrhoids
		Anal fissure
		Solitary rectal ulcer
		Rectal prolapse
		Radiation proctopathy
		Trauma
	Vascular lesions	Angioectasias
		Hereditary hemorrhagic telangiectasia
		Dieulafoy's lesion
		Colonic or rectal varices
	Colitis	Inflammatory bowel disease (ulcerative colitis, Crohn's disease)
		Ischemic colitis
		Infectious colitis
		Undetermined colitis
	Polyps	Adenomas, hamartomas
	Iatrogenic	Post-endoscopic intervention (polypectomy, EMR, ESD)
		Post-surgical
	Chronic anastomotic ulcer	
Malignant diseases	Colorectal cancer	
	Anal cancer	
	Metastatic/invasive lesions	

EMR, endoscopic mucosal resection; ESD, endoscopic submucosal dissection.

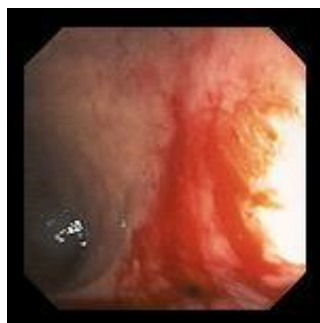
ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ



- 10%-45% στο γενικό πληθυσμό
- Οξεία, ανώδυνη αιμορραγία
- Πιθανότητα αιμορραγίας: 3%
- Αυτόματη άρση της αιμορραγίας: 75-80%
- Υποτροπή της αιμορραγίας: 25% στην 4ετία

Αν και συνήθως εντοπίζονται
στο (αρ) κόλον,
η αιμορραγία στο 60%
οφείλεται σε εκκολπώματα
του (δε) κόλου

ΑΓΓΕΙΟΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ



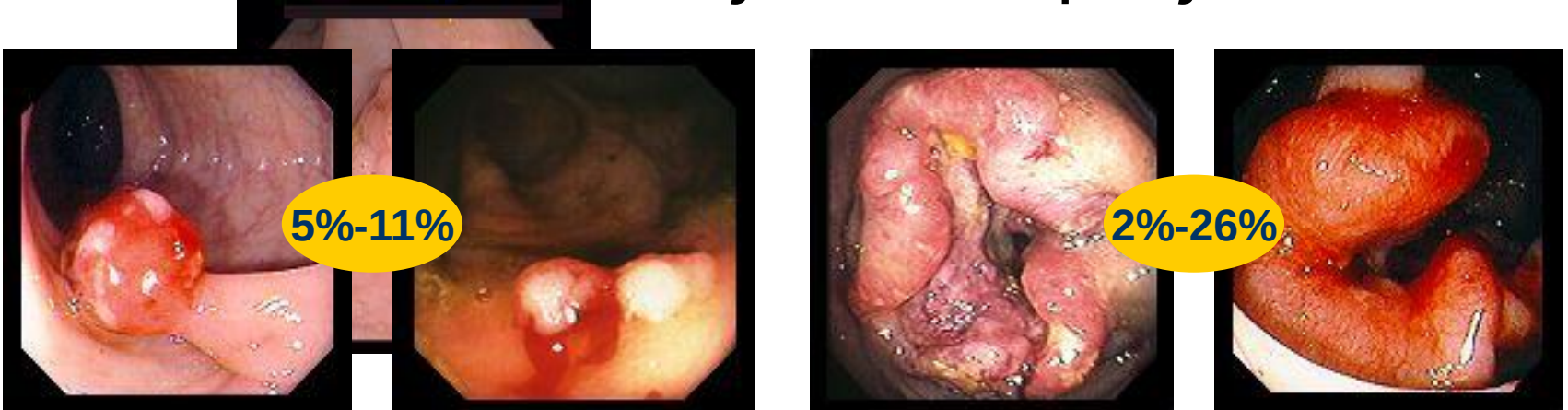
- Στρογγύλες, αστεροειδείς ή δίκην πτερού
- 1%-2% στο γενικό πληθυσμό
- Στο 3%-6% των κολοσκοπήσεων
- (Δε) κόλον – Πολλαπλές (>50%)
- Σπάνια σοβαρή αιμορραγία (15%)



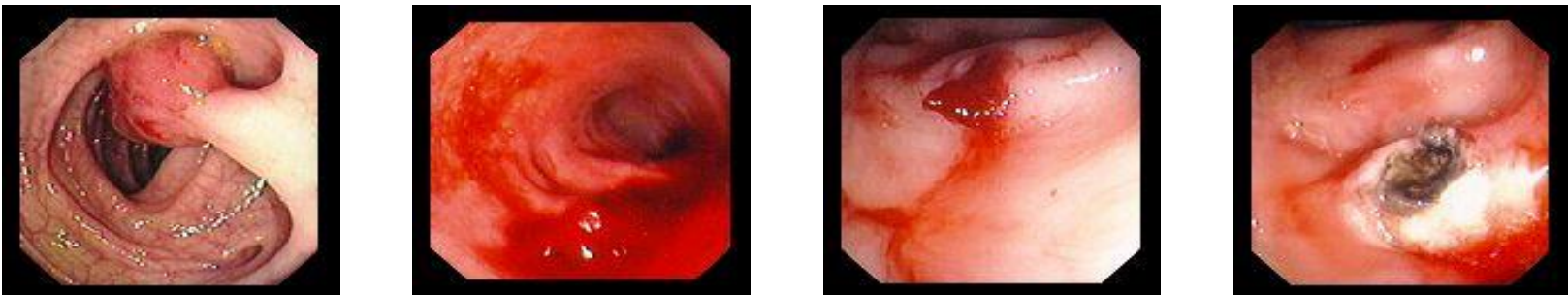
- Στένωση αορτής
 - Χ.Ν.Α.
 - Χ.Α.Π.
 - Κίρρωση
- Νόσος Von Willebrand

ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ - ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η αιμορραγία προέρχεται από διαβρώσεις ή εξέλκωση
της επιφάνειας του νεοπλάσματος



**Αιμορραγία μετά από πολυποδεκτομή
(Άμεση – Όψιμη)**

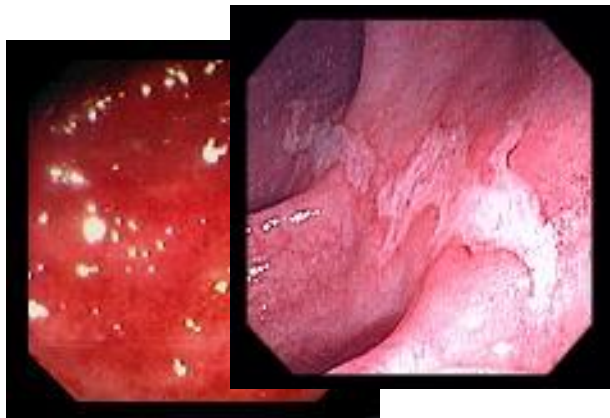


ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ



- Ασθενείς μέσης ή μεγάλης ηλικίας
- Α.Α. Ισχ. καρδιοπάθεια, Περ. αγγειοπάθεια, Σακχ. Διαβήτης, Χειρ/θέν ανεύρυσμα κοιλ. αορτής
- Δεν προκαλείται διάτρηση

ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ



Salmonella

Campylobacter



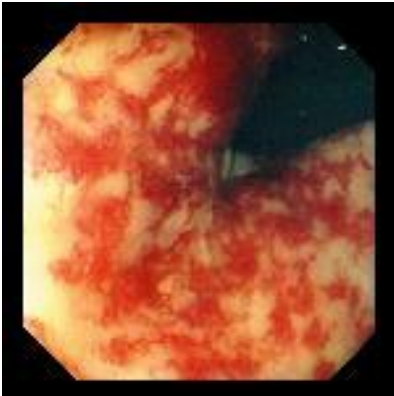
Cl. Difficile



CMV

ΜΕΤΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

1%-5%



- ✦ Μετά από ακτινοθεραπεία νεοπλασμάτων πυέλου
- ✦ 6 μήνες έως 30 χρόνια μετά την έκθεση στην ακτινοβολία



- ✦ Συνήθως ήπια αιμορραγία από ορθό και σιγμοειδές
- ✦ Ισχαιμική στένωση του αυλού, συρίγγια ή έλκη



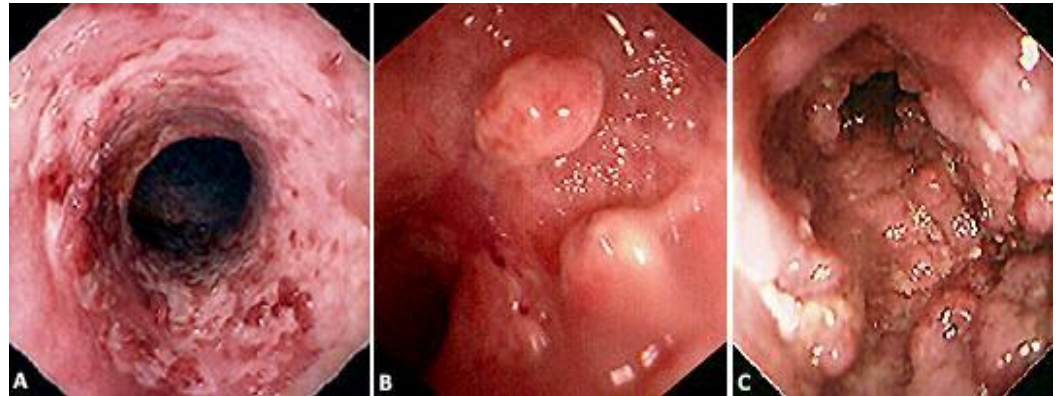
ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΕΣ

Νόσος Crohn



($<1\%$)

Ελκώδης κολίτιδα

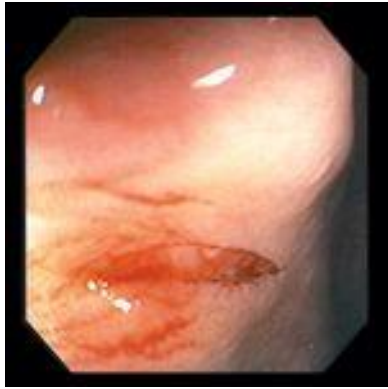


($2\%-8\%$)

6% - 10% των επείγουσών κολεκτομών

ΟΡΘΟΠΡΩΚΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

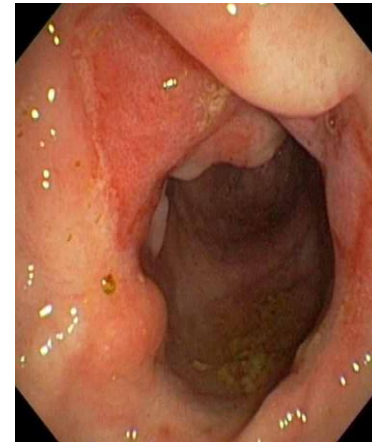
Ήπια, διαλείπουσα αιμορραγία χωρίς σημαντική πτώση του αιματοκρίτη



1. ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ

2. ΡΑΓΑΔΑ

3. ΜΟΝΗΡΕΣ ΕΛΚΟΣ ΟΡΘΟΥ



ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

- ❖ Μονήρες έλκος ορθού
- ❖ Κιρσοί παχέος εντέρου
- ❖ Πυλαία κολοπάθεια
- ❖ Ενδομητρίωση
- ❖ Έλκος Dieulafoy
- ❖ Αγγειίτιδες



Patient presenting with acute LGIB

Bleeding severity assessment

- **History**

When did the bleeding start? First episode? Hematochezia? Melena? Recent endoscopy?

- **Physical examination** (vital signs, cardiopulmonary and abdominal examinations, including DRE) tachycardia? hypotension? syncope? gross blood on DRE? recurrent/ongoing hematochezia?

- **Laboratory tests** (FBC, serum electrolytes, coagulation tests, type and cross match)
↓ Hb? ↓ Albumin? ↑ INR? ↓ PLT ↑ creatinine

- **Co-morbidities**

Older age? Need for RBC transfusion?

- **Concomitant medications**

NSAIDs? antiplatelet agents? anticoagulants?

Hemodynamically unstable patient

- Hemodynamic resuscitation

Diagnosis

- CTA before any treatment
- Consider UGI endoscopy unless CTA has already located the site of bleeding
- Reserve emergency laparotomy for patients in whom endoscopy and radiology have failed to locate the bleeding site

Treatment

- Transcatheter embolisation within 60 minutes
- Consider surgery for patients with LGIB due to pathology not amenable to being treated endoscopically or radiologically

Hemodynamically stable patient

- Consider safe hospital discharge and outpatient evaluation if Oakland score ≤ 8
- If Hb ≤ 7 g/dL, transfuse: target Hb 7–9 g/dL post transfusion if no CVD
- If Hb ≤ 8 g/dL and CVD present, transfuse: target Hb ≥ 10 g/dL

Diagnosis

Consider colonoscopy as the first diagnostic modality

- Perform sometime during the hospital stay
- Prepare with 4–6 L of PEG-based solution
- NG tube and antiemetics can be used if needed

Treatment

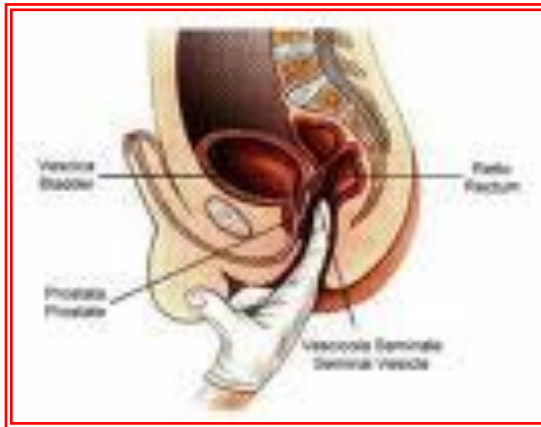
- **Diverticular bleeding:** TTS/cap-mounted clip or EBL
- **Angioectasia:** APC
- **Delayed post-polypectomy bleeding:**
 - Mechanical therapy (TTS/cap-mounted clip or EBL) or
 - thermal treatment
 - Hemostatic topical agent as salvage treatment

ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



- Κεντρική φλέβα
- Ζωτικά σημεία
- Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών
- Διασταύρωση και αίτηση αίματος
- Hct / Hb/ Αιμοπετάλια
- Χρ. Προθρομβίνης/ INR

ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ



**40% των καρκίνων
του ορθού
ψηλαφώνται στη
δακτυλική εξέταση**

ΙΣΤΟΡΙΚΟ – ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- ✓ Πρώτο επεισόδιο ή υποτροπή
- ✓ Κατανάλωση τροφών που χρωματίζουν τα κόπρανα κόκκινα (π.χ. παντζάρια)
- ✓ Λήψη φαρμάκων (ασπιρίνη, ΜΣΑΦ, αντιπηκτικά)
- ✓ Ισχαιμική καρδιοπάθεια, περιφερική αγγειοπάθεια
- ✓ Χειρουργηθέν ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής
- ✓ Ακτινοβοληθέν νεόπλασμα πυέλου
- ✓ Κίρρωση ήπατος
- ✓ Απώλεια βάρους, ανορεξία ή αλλαγή συνηθειών εντέρου

ΙΣΤΟΡΙΚΟ – ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- ✓ Αιφνίδιας έναρξης, ανώδυνη αιμορραγία

(εκκολπώματα, αγγειοδυσπλασίες)

- ✓ Κωλικοειδές κοιλιακό άλγος που ακολουθείται από αιματηρή κένωση

(ισχαιμική κολίτιδα)

- ✓ Ιστορικό διαρροιών, τεινεσμού, κοιλιακού άλγους και διαλείπουσα μικρή ποσότητα αίματος

(ιδιοπαθής φλεγμονώδης εντεροπάθεια)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ – ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- ॐ **Επισκόπηση δέρματος, στοματικού βλεννογόνου**
(πετέχειες, εκχυμώσεις, τηλε-αγγειεκτασίες)
- ॐ **Περιπρωκτικά συρίγγια**
- ॐ **Χειρουργικές ουλές στο κοιλιακό τοίχωμα**
- ॐ **Ψηλαφητή «μάζα» στο (δε) λαγόνιο βόθρο**

Αίτια αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού

Αίτιο	Επιπολασμός	Ηλικία	Τυπικά συμπτώματα	Αιμορραγία	Άλλα
Εκκολπώματα	Συχνή	Ηλικιωμένοι	Ανώδυνη	Μεγάλη	
Αγγειοδυσπλασίες	Συχνή	Ηλικιωμένοι	Ανώδυνη	Ποικίλλει	Νεφρική Ανεπ.
Αιμορροΐδες	Συχνή	Όλοι	Τοπικά	Μικρή	
Ανώτερο πεπτικό	Συχνή	Όλοι	Ανώτερο πεπτικό	Μεγάλη*	
Νεοπλασία	Λιγότερο συχνή	Ηλικιωμένοι	Ανώδυνη ;	Μικρή	
ΙΦΝΕ	Λιγότερο συχνή	Νέοι	Τεινεσμός Κοιλιακό άλγος	Μικρή	
Ισχαιμική κολίτιδα	Λιγότερο συχνή	Ηλικιωμένοι	Κοιλιακό άλγος	Μικρή	Αγγειακή νόσος
Ακτινική κολίτιδα	Λιγότερο συχνή	Ηλικιωμένοι	Τεινεσμός	Μικρή	Ακτινοβολία
Λεπτό έντερο	Λιγότερο συχνή	Όλοι	Λεπτό έντερο	Ποικίλλει	
Κιρσοί ορθού	Σπάνια	Όλοι *	Ηπατική νόσος	Μεγάλη	Πυλαία υπέρταση
Έλκη παχέος εντέρου	Σπάνια	Όλοι *	Κοιλιακό άλγος	Ποικίλλει	ΜΣΑΦ
Έλκη Dieulafoy	Σπάνια	Όλοι	Κοιλιακό άλγος	Μεγάλη	

Αιμορραγία κατώτερου πεπτικού συστήματος

Ιστορικό & Κλινική εξέταση (1)

Αίτιο	Ιστορικό και κλινικά ευρήματα
Εκκολπωματική νόσος	Ηλικία> 60 ετών, ανώδυνη αιμορραγία, πρόσφατη δυσκοιλιότητα
Αγγειοδυσπλασίες	Ηλικία> 60 ετών, ανώδυνη αιμορραγία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
Νεόπλασμα παχέος εντέρου	Ηλικία > 50 ετών, κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους, απώλεια μυϊκής μάζας, ψηλαφητή κοιλιακή μάζα, ηπατομεγαλία, ανώμαλη επιφάνεια ήπατος. Ιστορικό αδενωματοδών πολυπόδων ή μακροχρόνια ελκώδη κολίτιδα ; Έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία ; Οικογενειακό ιστορικό FAP ή HNPCC;
ΙΦΝΕ	Ελκώδης κολίτιδα: Συνήθως περιλαμβάνει πάντα το ορθό και εκδηλώνεται με διάρροια με πρόσμιξη αίματος και βλέννης Νόσος Crohn: Ξεκινά σε νεότερους ασθενείς (20-40 ετών) Παρουσία συριγγίων περιπρωκτικά, ενδοπεριτοναϊκά και/ή στο κοιλιακό τοίχωμα

Αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού συστήματος

Ιστορικό & Κλινική εξέταση (2)

Αίτιο	Ιστορικό και κλινικά ευρήματα
Ακτινική κολίτιδα	Ιστορικό θεραπείας με ακτινοβολία στην κοιλιακή χώρα και / ή την πύελο
Αιμορροΐδες	Μπορεί να είναι επώδυνες (εξωτερικές αιμορροΐδες) ή ανώδυνες (εσωτερικές αιμορροΐδες). Συνήθως αφορούν νεότερους ασθενείς. Σχετίζονται με τη δυσκοιλιότητα, την εγκυμοσύνη, τον τοκετό ή την περίοδο
Ραγάδες του πρωκτού	Πιο συχνά σε ασθενείς με ιστορικό δυσκοιλιότητας. Συνδέονται με σοβαρό οξύ άλγος κατά την αφόδευση, ενώ το άλγος υποχωρεί μέσα σε μια ώρα μετά την αφόδευση
Φυματίωση παχέος εντέρου	Ιστορικό πνευμονικής φυματίωσης ή προηγούμενη έκθεση στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης
Αορτοδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο	Ιστορικό χειρουργηθέντος ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής με τοποθέτηση συνθετικού μοσχεύματος

ΟΡΘΟΣΚΟΠΗΣΗ

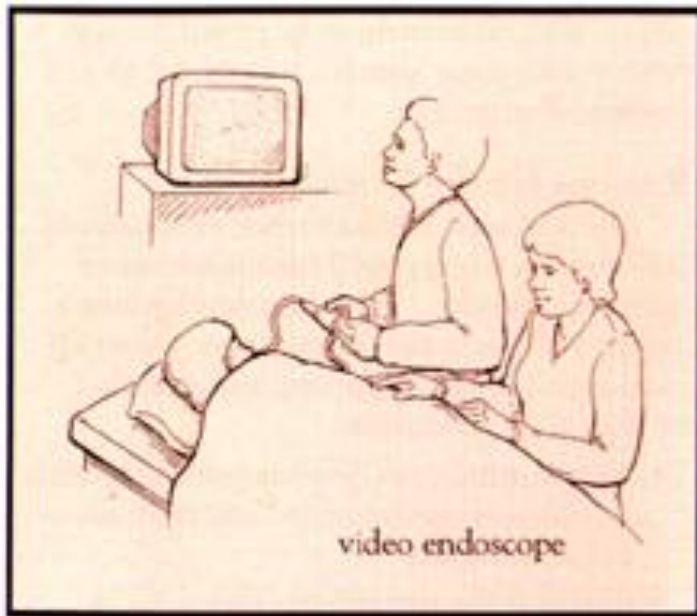


✦ Εσωτερικές
αιμορροΐδες

✦ Κολίτιδες

✦ Όγκοι / Πολύποδες

ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ



- ❖ Σοβαρή αιμορραγία, με ενδείξεις παθολογίας από το ανώτερο πεπτικό
- ❖ Levin (+): Επιβεβλημένη

ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ



- ✚ Εξέταση εκλογής
- ✚ Σε επείγουσα βάση?
- ✚ Αναγκαία η αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς
- ✚ Προϋπόθεση ο καλός καθαρισμός του εντέρου

Ανευρίσκονται βλάβες που αιμορραγούν ενεργά ή έχουν πάψει να αιμορραγούν

ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

- Σημαίνεται λευκωματίνη ή ερυθρά αιμοσφαίρια με κολλοειδές ^{99m}Tc και ενίενται στην κυκλοφορία
- ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ: Ενεργός αιμορραγία με ρυθμό $>0.5\text{ml/min}$
- ΣΤΟΧΟΣ: Εντόπιση της αιμορραγικής εστίας
- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ:
 - Αδρή εντόπιση της περιοχής εξαγγείωσης
 - Έκτοπος γαστρικός βλεννογόνος σε Μεκέλειο απόφυση

ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ: Ενεργός αιμορραγία με ρυθμό $>1-2$ ml/min
- ΣΤΟΧΟΣ: Διάγνωση και θεραπεία
- Ανιχνεύει δυσπλαστικά αγγεία ή εξαγγείωση
- ΕΝΔΕΙΞΗ:
 - Βαριά αιμορραγία / Shock
 - Θετικό scanning

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: 9.3% (σοβαρές: 2.3%)

ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

- ✓ Προωθητική “push” εντεροσκόπηση

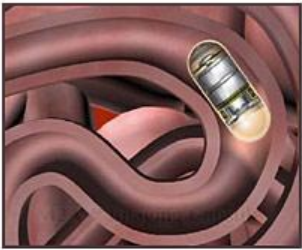
(Ελέγχει 60-120cm στη νήστιδα)

- ✓ Double balloon enteroscopy

(Μέχρι τη μεσότητα του ειλεού. Στο 20% ελέγχεται όλο το λεπτό έντερο)

- ✓ Διεγχειρητική εντεροσκόπηση

- ✓ Εντεροσκόπηση με βίντεο-κάψουλα



ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΒΙΝΤΕΟ-ΚΑΨΟΥΛΑ



Επεισόδια οξείας αιμορραγίας
με αρνητική γαστροσκόπηση ή κολονοσκόπηση



90% διαγνωστική σε ενεργό αιμορραγία
45% διαγνωστική σε υποτροπιάζουσα αιμορραγία

ΕΚΒΑΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

✚ Σύνολο αιμορραγιών

Θνητότητας: < 5%

✚ Έναρξη αιμορραγίας εντός του νοσοκομείου

Θνητότητας: 23%

✚ Μετά την έξοδο εκ του νοσοκομείου

Θνητότητας: 19% στα 3 χρόνια

ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Η ηλικία του ασθενούς βοηθά στη διαφορική διάγνωση

< 30 χρόνων



Μεκέλειος
απόφυση

30-50 χρόνων



Νεοπλάσματα

> 50 χρόνων



Αγγειοδυσπλασίες

1. Ποιος είναι ο ανατομικός διαχωρισμός μεταξύ αιμορραγίας ανώτερου και κατώτερου πεπτικού;

A. Η πυλωρική βαλβίδα

B. Η ειλεοτυφλική βαλβίδα

Γ. Ο σύνδεσμος του Treitz

Δ. Η γαστροοισοφαγική συμβολή

E. Η σπληνική καμπή του κόλου

**2. Ποια από τις παρακάτω εκδηλώσεις είναι
χαρακτηριστική αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού;**

- A. Τεινεσμός
- B. Βλεννοαιματηρές κενώσεις
- Γ. Περιπρωκτικός πόνος
- Δ. Αποβολή ζωηρού ερυθρού αίματος μόνο κατά την
αφόδευση
- E. Αιματέμεση

3. Ποια από τις παρακάτω αποτελεί συχνή αιτία αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού;

A. Πεπτικό έλκος

B. Ισχαιμική κολίτιδα

Γ. Εκκολπωματίτιδα

Δ. Αιμορροΐδες

E. Ραγάδα πρωκτού

4. Σε μη κιρσική αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, πότε πρέπει γενικά να πραγματοποιείται η γαστροσκόπηση μετά την αναζωογόνηση;

- A. Εντός 2 ωρών σε όλους
- B. Εντός 6 ωρών σε όλους
- Γ. Εντός 12 ωρών σε όλους
- Δ. Εντός 24 ωρών
- Ε. Μετά από 48 ώρες

5. Πότε πρέπει να πραγματοποιείται EGD σε ύποπτη κίρσική αιμορραγία;

- A. Εντός 2 ωρών ανεξάρτητα από την αιμοδυναμική κατάσταση
- B. Εντός 12 ωρών, αφού επιτευχθεί επαρκής αιμοδυναμική αναζωογόνηση
- Γ. Εντός 6 ωρών σε όλους
- Δ. Εντός 24–48 ωρών
- E. Μόνο εφόσον επανεμφανιστεί αιμορραγία

6. Σε αιμοδυναμικά σταθερό ασθενή με οξεία αιμορραγία κατώτερου πεπτικού, ποια εξέταση αποτελεί την πρώτη διαγνωστική επιλογή κατά τη νοσηλεία;

A. Γαστροσκόπηση

B. Αγγειογραφία

Γ. Κολονοσκόπηση

Δ. ERCP

Ε. Λαπαροσκόπηση