

M., 77aa

A. Familiare = negativa per neoplasie, diabete, ipertensione, CIC

A.P. Remota = Comuni malattie esantematiche

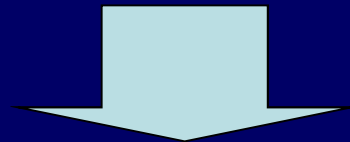
Epatite B 1988

Epatite C 1990

Ca prostata 1995 in terapia antiormonale

Diabete 2002 in terapia insulinica

A.P. Recente = lipotimia improvvisa mentre passeggiava
preceduta da sudorazione profusa



Trasporto Urgente al PS
Durante il trasporto **VOMITO EMATICO**

- 1) Che fare durante il trasporto in Ambulanza ?
- 2) Che priorità date alle cose da fare in PS ?
- 3) Cosa potete immaginare sia la causa del sanguinamento ?
- 4) Quali indagini in urgenza fareste ?
- 5) Adottereste qualche provvedimento terapeutico ?

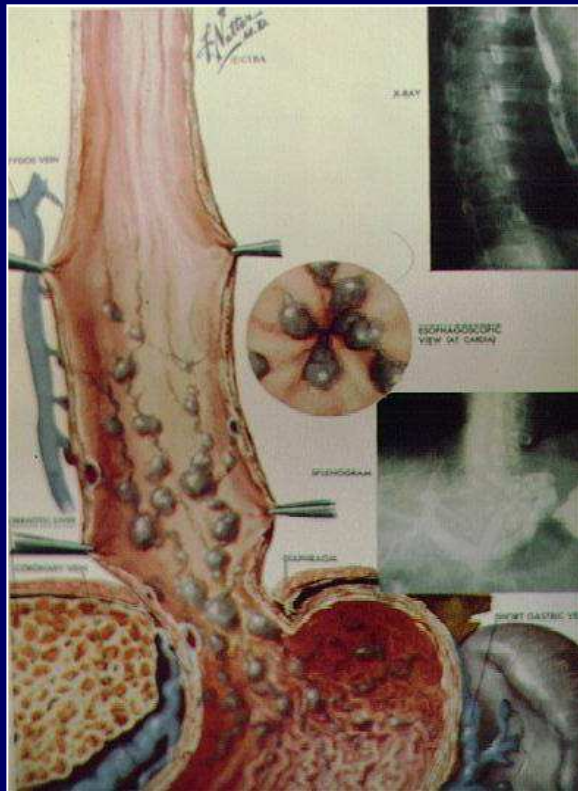
RIPRISTINO VOLEMIA: fluidi (plasma expander)
sangue

FARMACI: (antiacidi)
antisecretivi e.v.
(anti-H₂, PPI)
riducenti flusso splacnico
(somatostatina, octreotide, vasopressina)

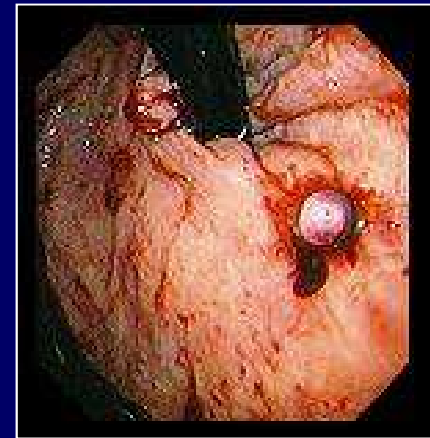
SONDINO NASO – GASTRICO

DIGIUNO ASSOLUTO

Esofagogastroduodenoscopia in urgenza



Varici esofagee sanguinanti
+
Varici del fondo gastrico sanguinanti



1) Potete o volete fare altre indagini ?

2) Può l'endoscopista fare qualcosa ?

→ **SCLEROTERAPIA**

polidocanolo
sodio tetradecil solfato
morruato di sodio
cianoacrilato

→ **SONDA DI SENGSTAKEN – BLAKEMORE**

→ **SONDA di LINTON - NACHLAS**

→ **LEGATURA ELASTICA**

Emorragie Digestive

Definizione:

Perdite ematiche entro il lume del tubo digerente o delle ghiandole annesse (fegato e pancreas)

Manifeste (se evidenti manifestazioni cliniche)

Occulte (se non evidenti segni clinici)

Epidemiologia:

- Incidenza annuale 102 nuovi casi/100.000 abitanti.
- Prevalenza stimata in 250-300.000/anno
- Nel 20-25% dei casi si tratta di emorragia maggiore o severa
- Mortalità mediamente del 10% (40% in epatopatici o pz affetti da gravi comorbidità)
- **4-15% indicazione intervento chirurgico in urgenza**

Emorragie Digestive

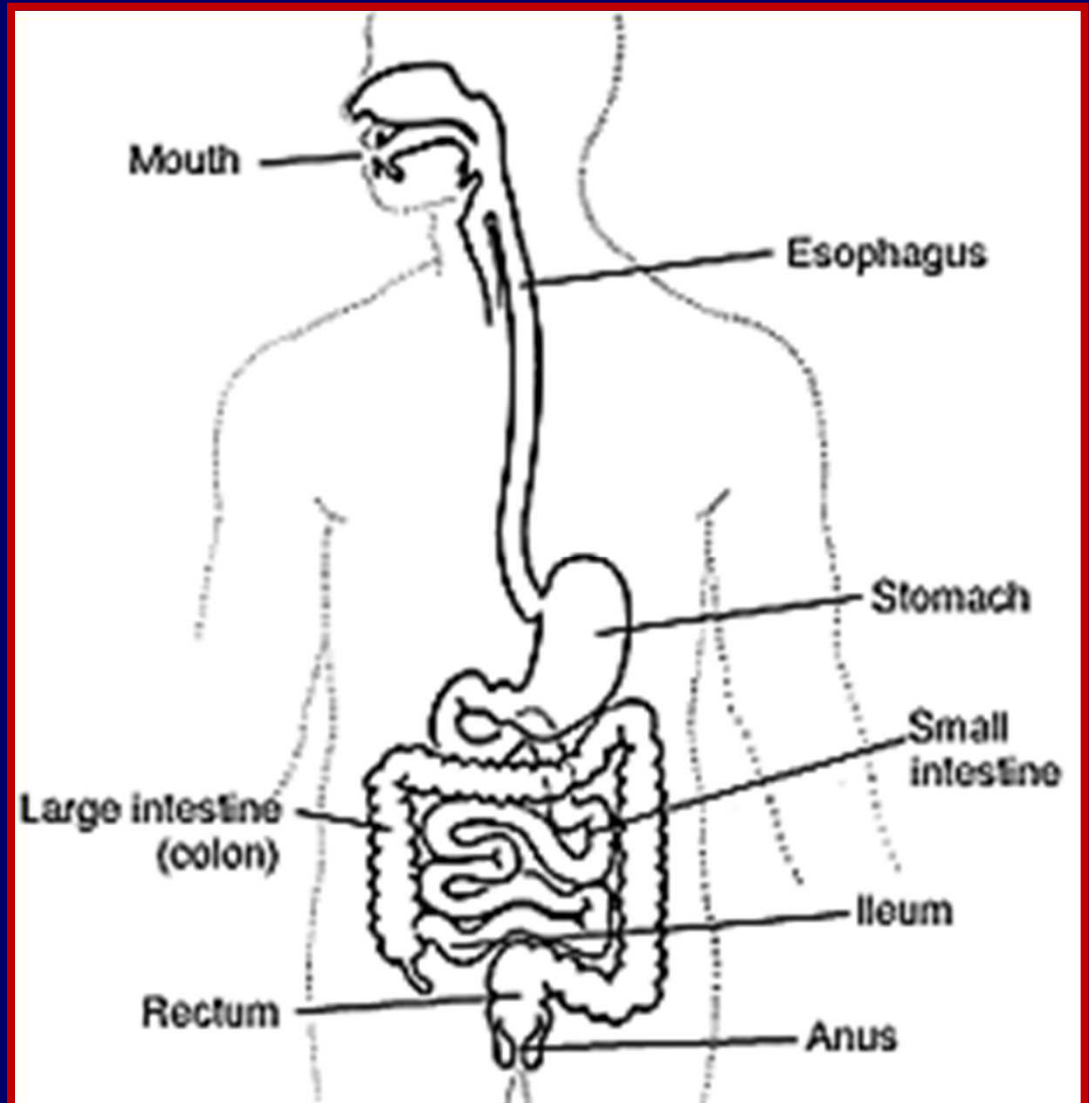
Manifestazioni cliniche

- Ematemesi
- Melena
- Enterorragia
- Ematochezia
- Rettorragia / proctorragia

1) Classificazione in base alla **sede** del sanguinamento

SUPERIORI
prossimale al Treitz
(85 - 90%)

INFERIORI
distale al Treitz
(10 - 15%)



2) Classificazione in base **all'entità** del sanguinamento

1. Emorragia modesta

modificazioni cardiocircolatorie minime o assenti

Ht >30%, Hb >10g%, perdita **<1000 ml**, no trasfusioni

2. Emorragie di media entità

aumento FC e calo PA

Ht 20-30%, Hb 8-10g%, perdita **1000-2000 ml**,

2-3 U sangue con compenso agevole

3. Emorragie severa

shock conclamato

Ht <20%, Hb <7g%, perdita **>1500 ml**,

>3 U sangue con compenso difficile

4. Emorragie massive

shock persistente malgrado perfusioni

chirurgia in emergenza

3) Classificazione in base **al tipo di esordio** del sanguinamento

EMORRAGIE ACUTE:

- +/- instabilità emodinamica
- diuresi contratta
- shock emorragico conclamato

EMORRAGIE CRONICHE:

- anemia sideropenica:
 - sangue occulto ++
 - melena +

Emorragie Digestive Superiori

Manifestazioni Cliniche

EMATEMESI: - vomito di materiale ematico

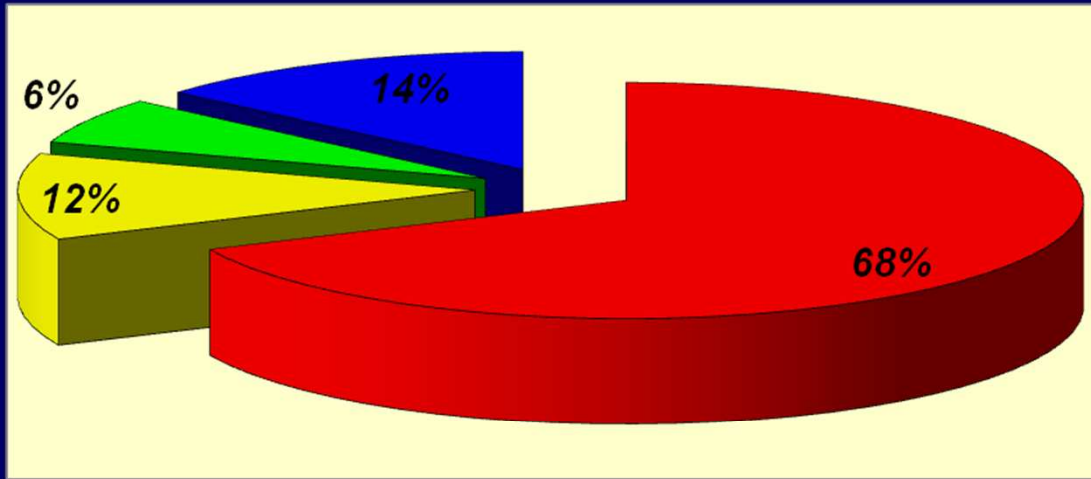
- **rosso vivo**: emorragia “alta” con sangue non digerito
- **caffeano**: emorragia “alta” con sangue digerito

MELENA:

- emissione di feci liquide nere, picee, per la presenza di sangue digerito (emoglobina-emetina)
- emorragia medio - alta (+++)
- emorragia bassa (+)



Emorragie Digestive Superiori



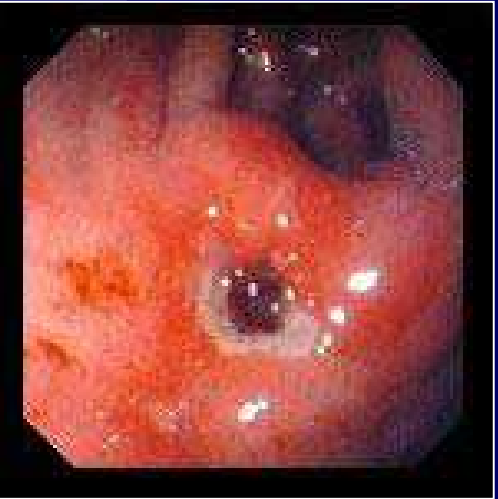
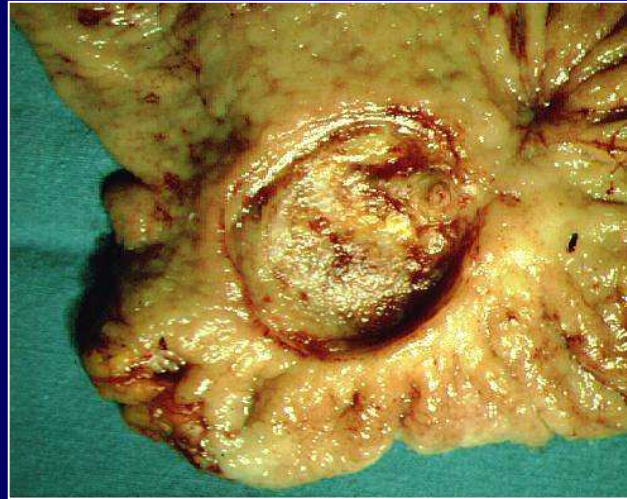
Eziologia

- Lesioni peptiche
- Varici esofagee
- Neoplasie gastriche
- Minori

- Emobilia
- S. Mallory-Weiss
- Tumori orofaringei, esofagei, gastrici, perivateriani
- Esofagite
- Diverticoli Esofagei e Duodenali
- Ernia iatale
- S. di Boerhave
- Lesione di Dieulafoy
- Pancreatite
- Ingestione di caustici
- Fistola aorto - duodenale
- Emopatie
- Terapia Anticoagulante

Ulcera gastrica sanguinante

20-30% dei pz con
ulcera gastrica
presenta
un episodio emorragico



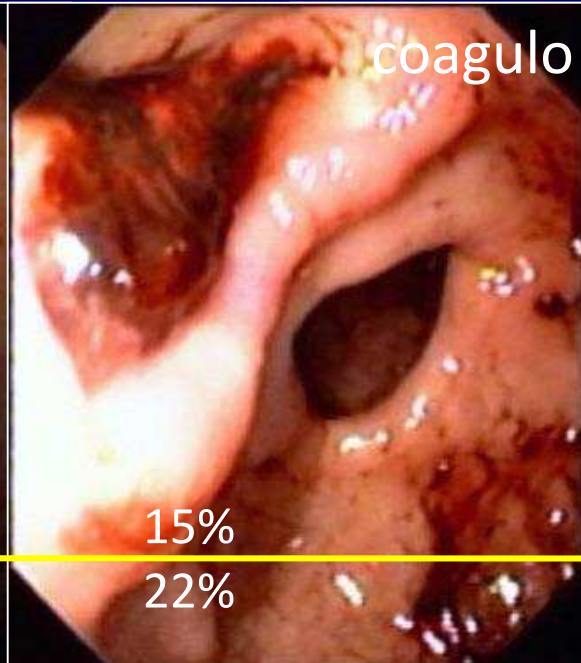
fibrina



Prevalenza 35%

Risanguinamento 5%

coagulo



15%

22%

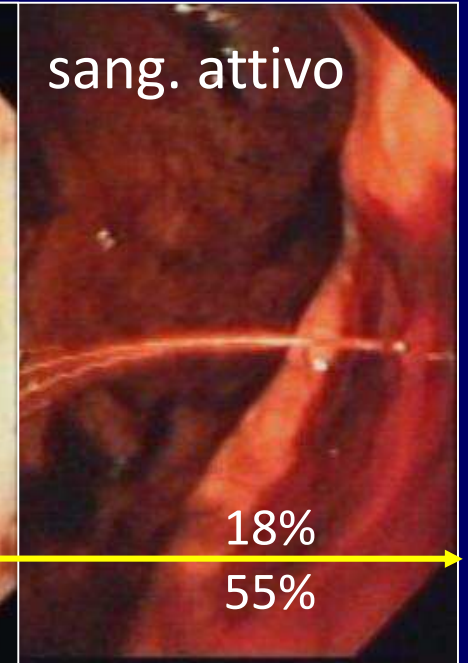
vaso
visibile



15%

43%

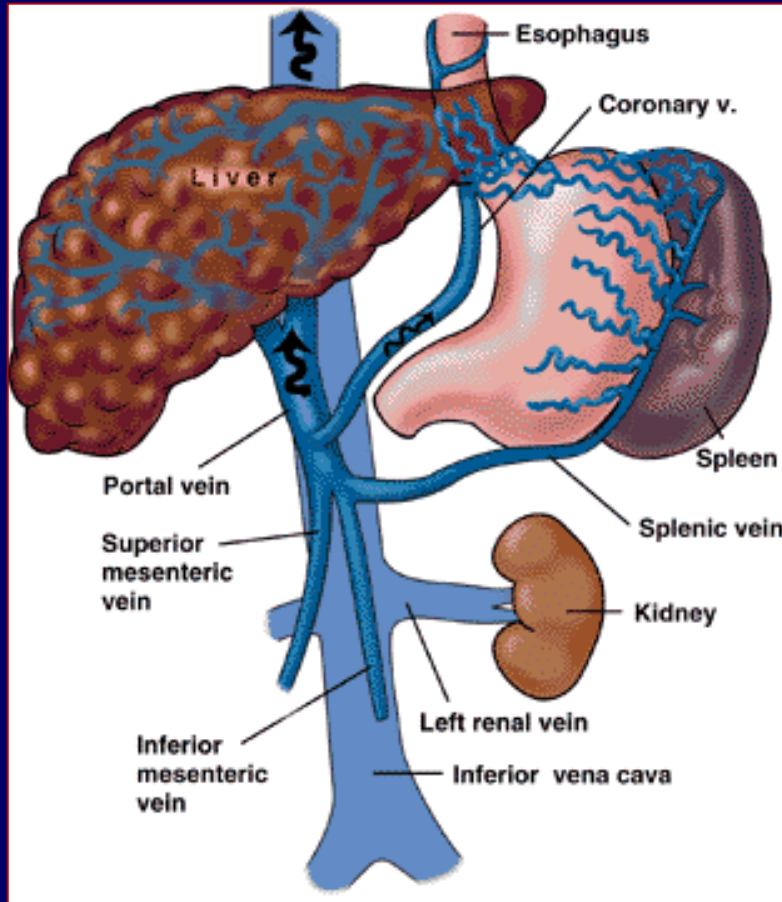
sang. attivo



18%

55%

Varici esofagee



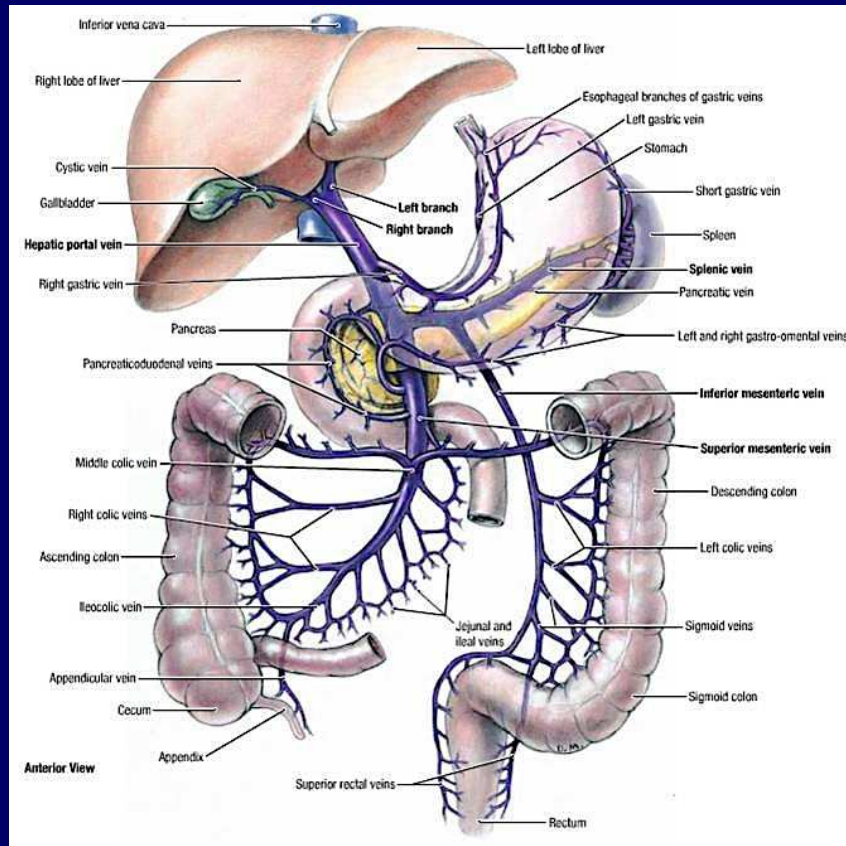
Incidenza varici esofagee al momento della diagnosi di cirrosi:

60% nei pazienti scompensati

30% nei pazienti senza segni di scompenso epatico

Circa il 25% dei decessi nei pazienti cirrotici è da correlare alla complicanza emorragica ed alle sue sequele

CIRCOLO VENOSO SPLANCNICO e IPERTENSIONE PORTALE



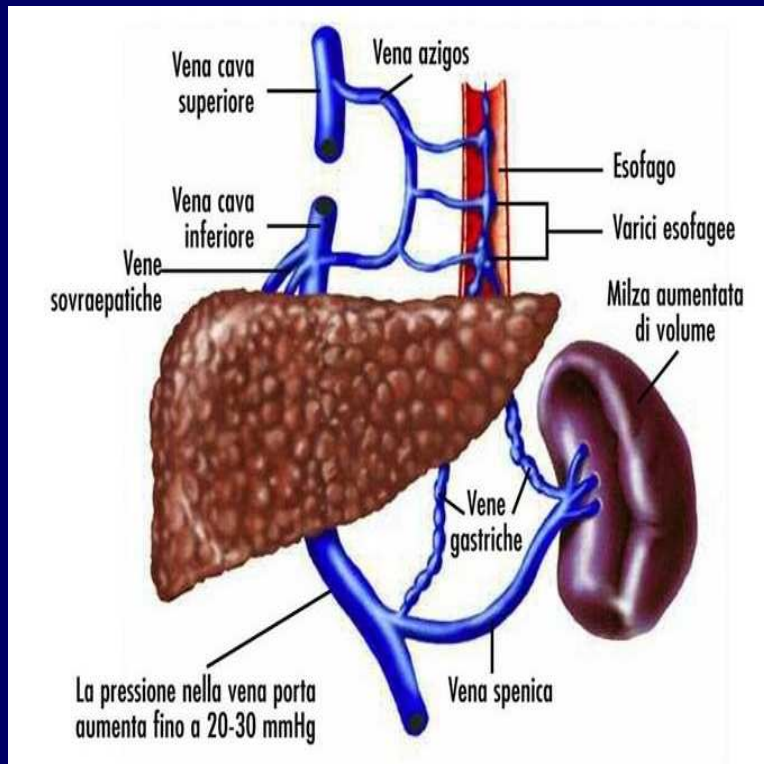
Circolazione portale

- **Pressione portale normale: 3-5 mmHg**
- **Iperensione portale: > 5 mmHg**
- **Iperensione portale clinicamente significativa: > 10 mmHg**
- **Valore soglia del rischio di sanguinamento da varici esofagee: > 12 mmHg**

IPERTENSIONE PORTALE

Fisiopatologia

Pressione portale: resistenze intraepatiche \times flusso portale



In corso di cirrosi progressivo aumento pressione portale:

1. Aumento resistenze intra-epatiche

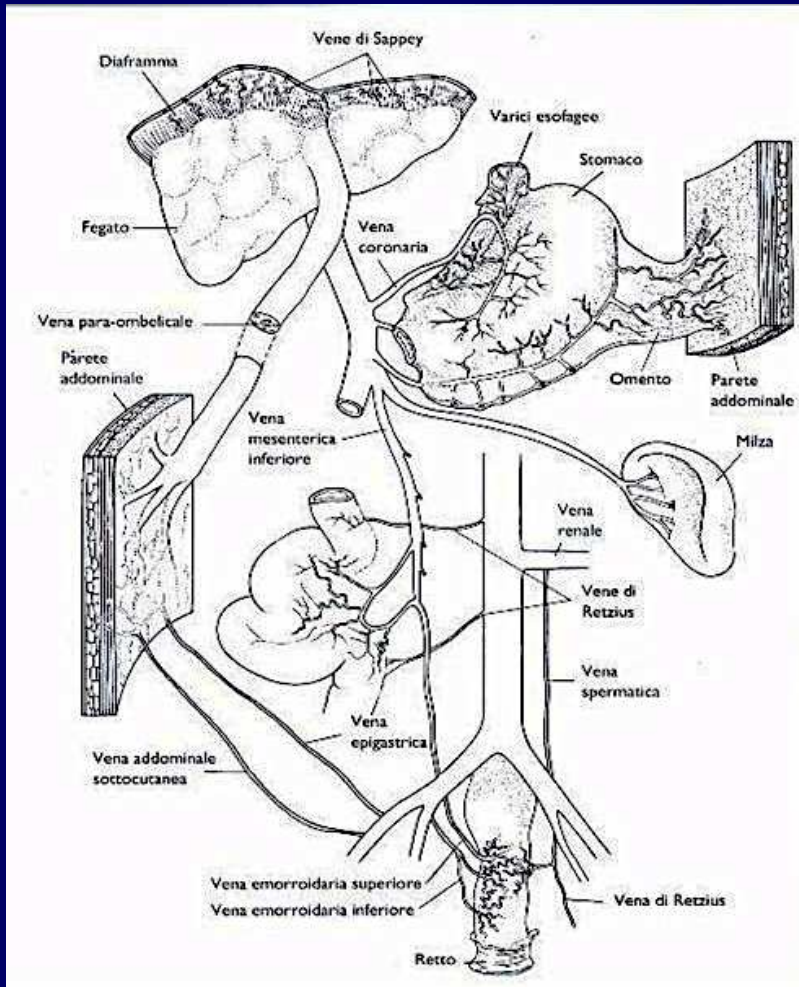
- Meccanica: alterazioni strutturali (70%)
- Dinamica: vasocostrizione (30%)

2. Aumento flusso portale

- Vasodilatazione splancnica

IPERTENSIONE PORTALE

Circoli collaterali



- **Esofago-stomaco:** varici esofago-gastriche, gastropatia congestizia
- **Retto:** emorroidi
- **Parete addominale:** circoli sottocutanei addominali superficiali, *caput medusae*
- **Shunt spleno-renale**

IPERTENSIONE PORTALE

Conseguenze

- **Rischio di sanguinamento a livello dei circoli collaterali** (varici esofagee)
- **Ridotto apporto di ossigeno e sostanze nutritizie al fegato** (sofferenza parenchimale)
- **Insufficiente azione di detossificazione di sostanze nocive specialmente a partenza intestinale** (ammonio)
- **Splenomegalia ed ipersplenismo** (piastrinopenia, leucopenia, anemia)
- **Meccanismo iniziale per la traslocazione batterica a livello intestinale** (induzione della vasodilatazione splancnica e dello stato infiammatorio cronico)

Emobilia

presenza di sangue nella VBP causata da una comunicazione patologica fra sistema biliare e vasi sanguigni o, più raramente, fra dotto pancreatico e arterie afferenti

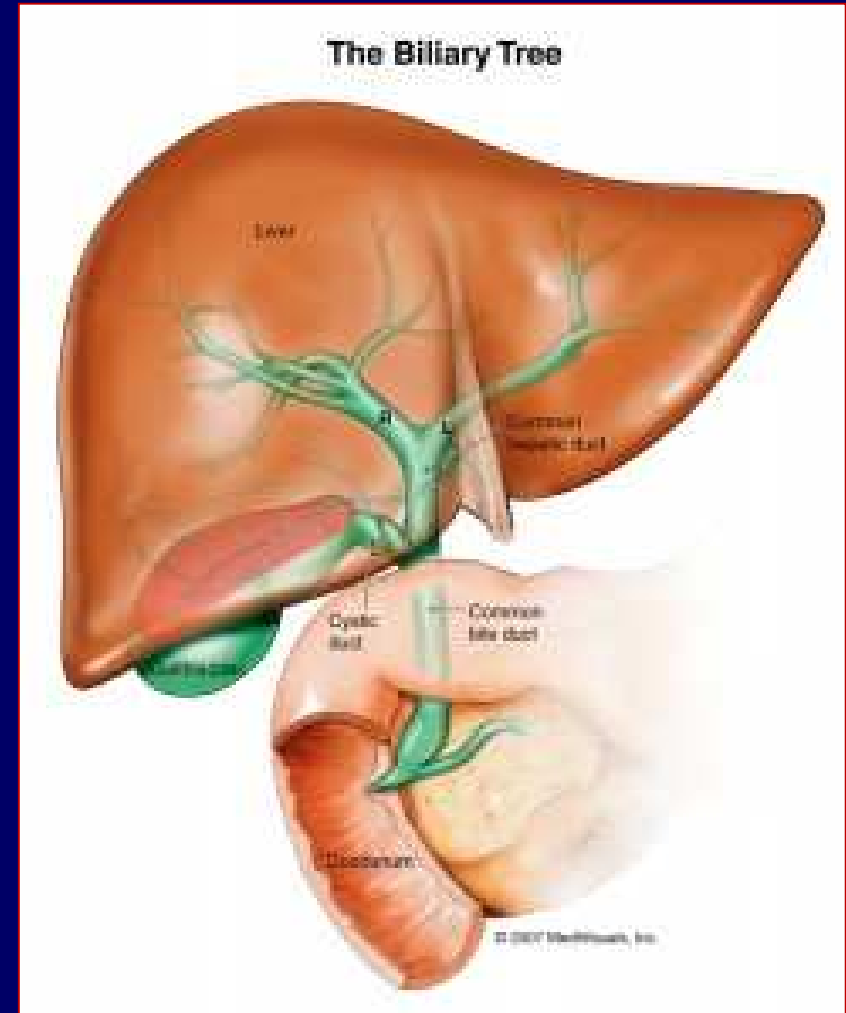
Triade di Sandbloom

colica biliare

ittero

melena

- traumi epatici
- biopsia epatica
- aneurismi dell'arteria epatica (ramo destro)
- fistole biliodigestive
- Neoplasie (epatocarcinoma, colangiocarcinoma)



S. di Mallory-Weiss

lesione mucosa esofagea acuta
lineare secondaria al vomito

- 1.responsabile del 7% dei casi di emorragia
- 2.clinicamente l'ematemesi segue immediatamente il vomito di tipo alimentare
- 3.lesione di solito è unica



Lesione di Dieulafoy



Definizione:

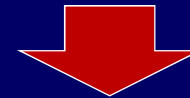
vaso della sottomucosa dilatato in modo anomalo, che erode l'epitelio sovrastante in assenza di un'ulcera

Localizzazione principale:

stomaco prossimale
lungo la porzione superiore della piccola curva
o nel fondo gastrico
...in realtà può interessare qualsiasi tratto del apparato GI

Eziopatogenesi

Comorbidità:
Malattia cardiovascolare
Ipertensione
Diabete



Danno ischemico della mucosa



Pressione epitelio sovrastante da parte del vaso ectasico



Erosione



Sanguinamento

Emorragie Digestive Inferiori

1. raramente presentano un quadro acuto importante come spesso capita nelle emorragie superiori
2. più frequentemente ad andamento cronico



Emorragie Digestive Inferiori

Manifestazioni Cliniche

ENTERORRAGIA: -emissione aborale di sangue di colorito scuro frammisto a feci parzialmente digerito o non in relazione alla sede ed entità dell'emorragia (enterico o colico)

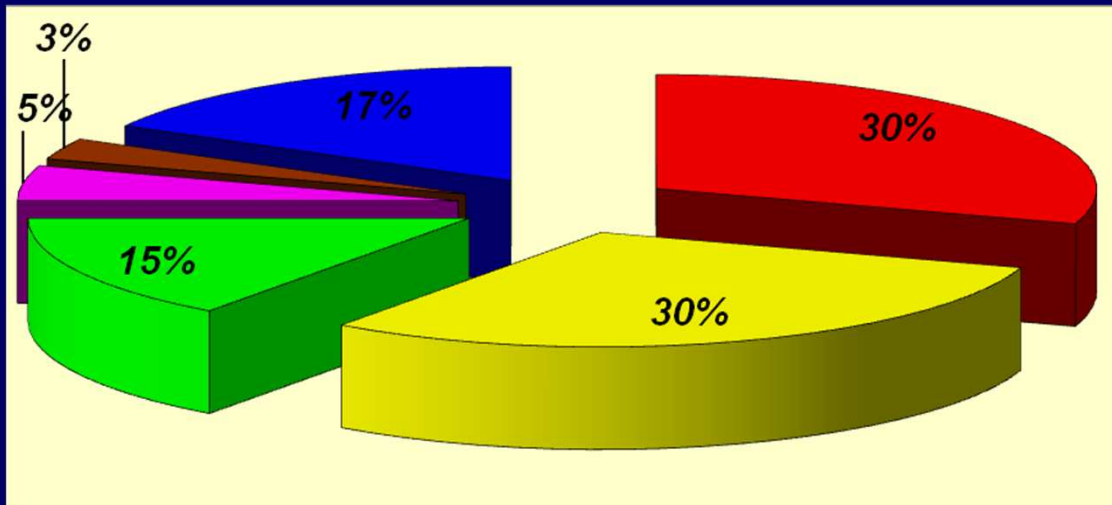
EMATOCHEZIA: - emissione di sangue che "vernici" la superficie delle feci (colo-rettali)

RETTORRAGIA/PROCTORRAGIA:

- emissione di sangue rosso vivo durante la defecazione, dopo o indipendentemente da essa (sigma-retto)



Emorragie Digestive Inferiori

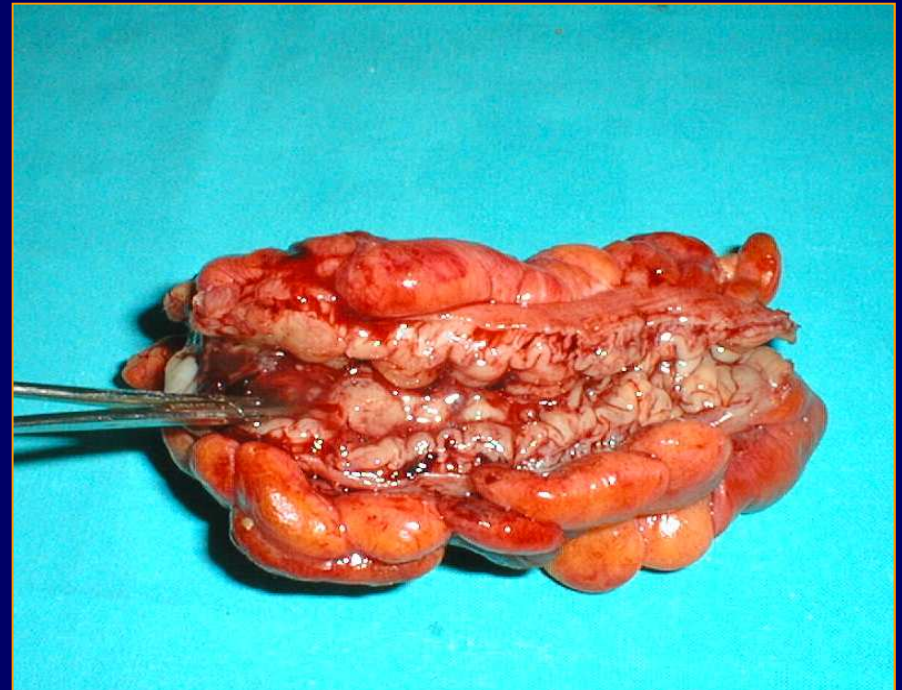


- **Malattia diverticolare**
- **Tumori colon-retto**
- **Malattie infiammatorie intestinali**
- **Angiodisplasia**
- **Colite ischemica**
- **Minori**

- Patologie anorettali (emorroidi, ragadi)
- Infarto mesenterico
- Tumori del tenue
- Diverticolo di Meckel
- Ulcere peptiche del tenue (s. di Zollinger- Ellison)
- Strozzamento Intestinale (volvolo, invaginamento)
- Ulcera solitaria del retto
- Invaginazioni Intestinali
- Emopatie
- Terapia anticoagulante

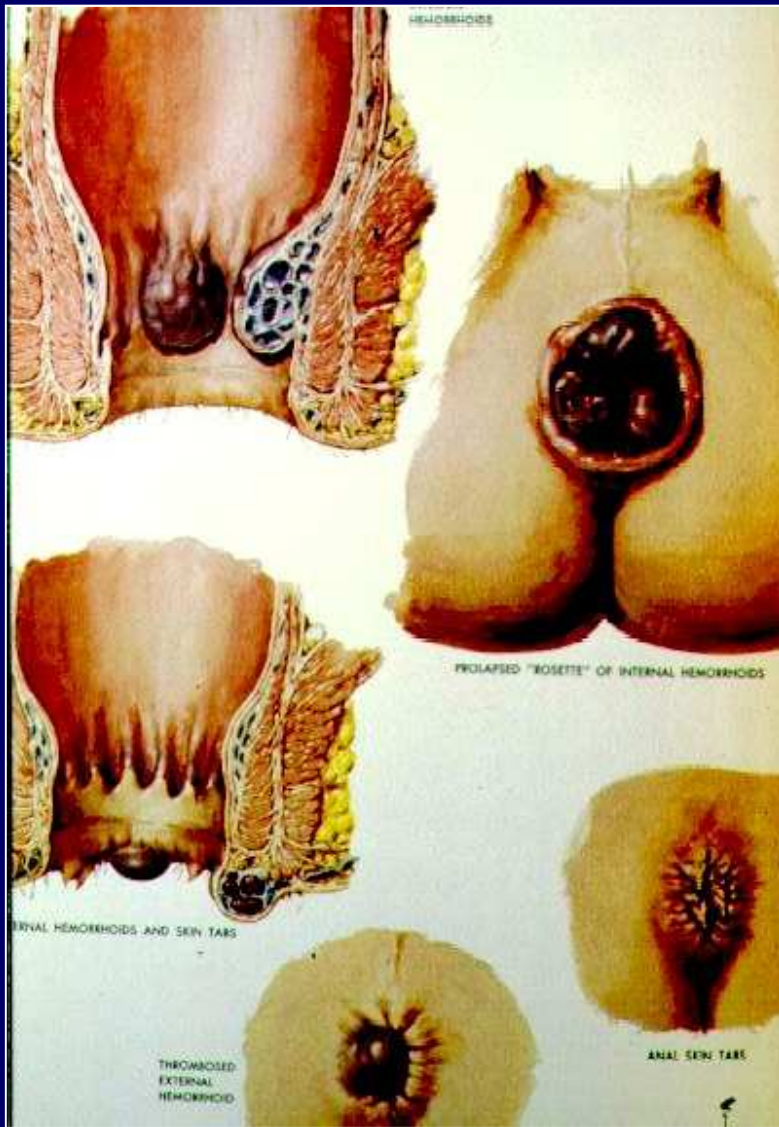


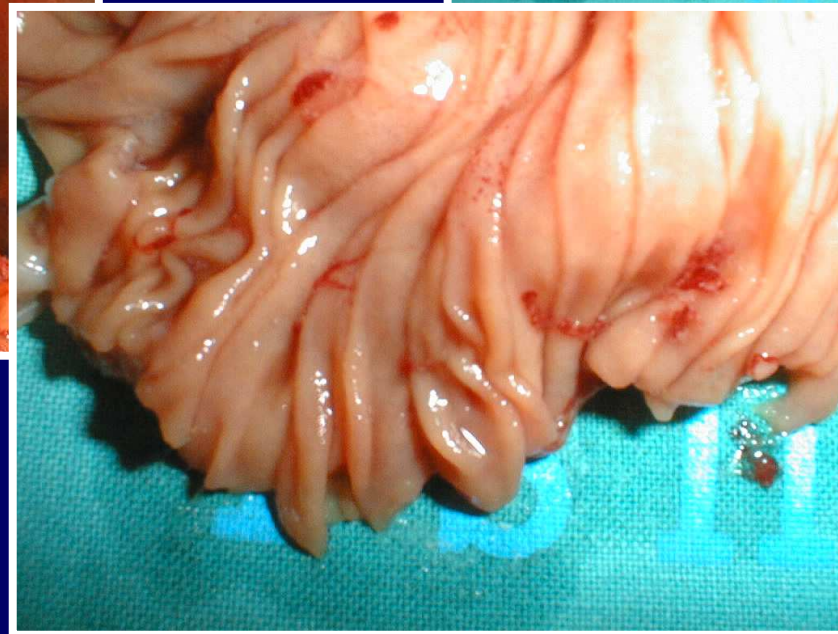
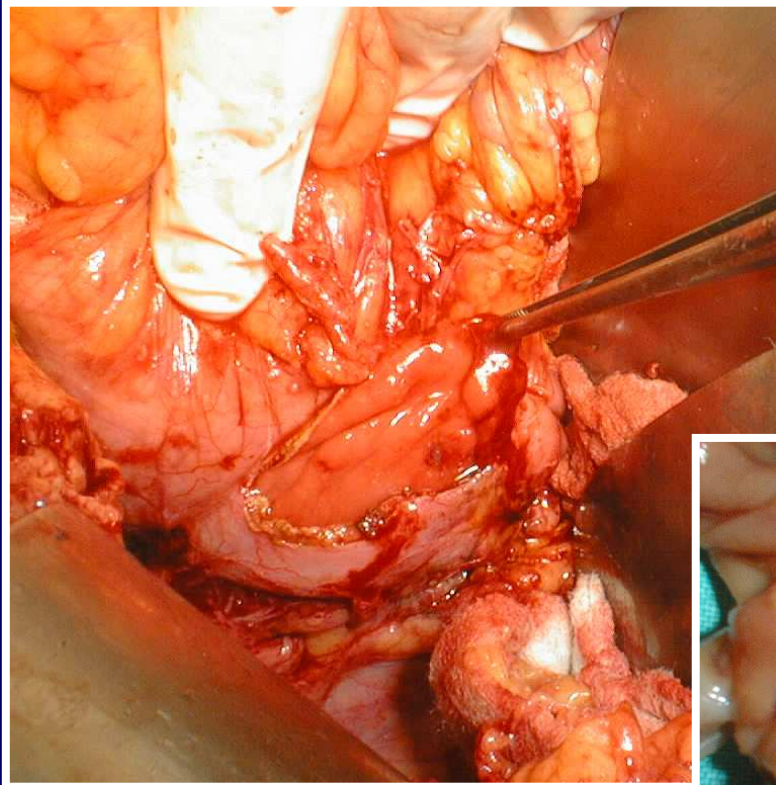
Neoplasie
Colon-Ceco



Malattia Diverticolare

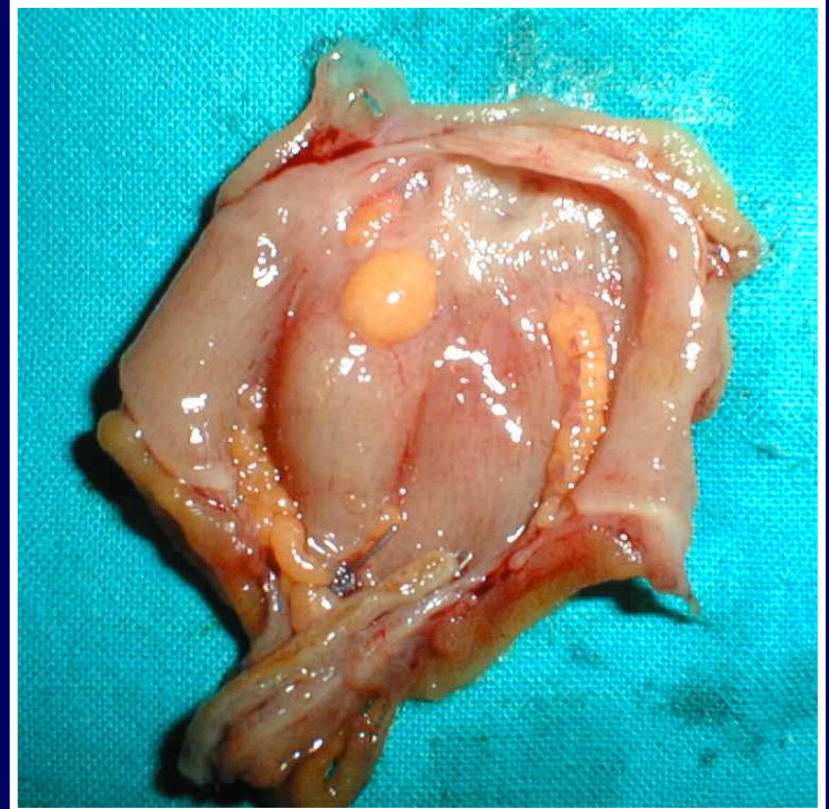
Patologia ano-rettale





Angiodisplasie - Malformazioni Vascolari

Diverticolo di Meckel



Cosa dobbiamo fare ?

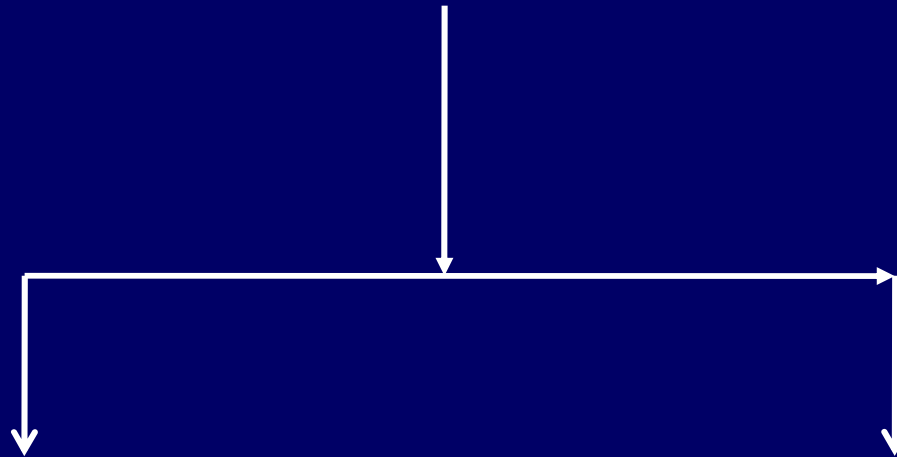
1

Valutare gravità e causa emorragia

2

terapia
generica per emorragia

terapia
specifica in relazione
a causa emorragia



1a Valutare gravità emorragia

1. Valutazione anamnestico-clinica

(segni di emorragia, FC, PA, sudorazione, cute pallida, fredda, sete , nausea, oligo-anuria, confusione mentale etc)

2. Valutazione laboratoristica

Anamnesi

- Familiare : Poliposi familiare, etc.
Coagulopatie ereditarie
 - Patologica Remota: precedenti patologie e/o
interventi gastrointestinali
assunzione di farmaci (FANS,
cortisonici, anticoagulanti, etc.)
patologie cardiovascolari
 - Patologica Prossima: caratteristiche sanguinamento,
insorgenza, episodi precedenti,
vomito ripetuto, etc.
-

ESAME CLINICO:

- Esame obiettivo generale
- Ispezione Ano-perineale, esplorazione rettale
- Ispezione orofaringea
- Ispezione feci e materiale emesso con vomito



ESAMI DI LABORATORIO

- Esame emocromocitometrico
- Parametri emocoagulazione
- Funzionalità epatica
- Azotemia ed elettroliti

1b Valutare la causa di emorragia

- **ESCLUDERE SANGUINAMENTO EXTRADIGESTIVO**
(emottisi, epistassi)

- **ESCLUDERE FALSA MELENA**
(pregressa assunzione di farmaci o alimenti che pigmentano feci, etc)
-

IPOTEZZARE LA SEDE DEL SANGUINAMENTO

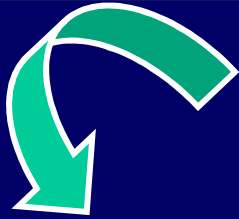
- Ematemesi ➔ Lesione a monte del Treitz
- Enterorragia ➔ Lesione a valle del Treitz
- Sangue frammisto a feci ➔ Lesione a monte dell'ampolla
- Sangue sopra le feci ➔ Lesione a valle dell'ampolla
- Sangue emesso senza feci con tenesmo ➔ Lesione rettale

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
- RETTOSCOPIA / SIGMOIDOSCOPIA
- PANCOLONSCOPIA +/- ILEOSCOPIA RETR.
- ENDOSCOPIA SUP/ INFER. PER-OPERATORIA
- ARTERIOGRAFIA SELETTIVA
- SCINTIGRAFIA con eritrociti marcati
- CLISMA OPACO D.C.
- CLISMA TENUE
- CAPSULA ENDOSCOPICA

EMORRAGIA SUPERIORE

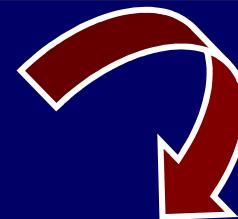
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA



DIAGNOSTICA



Terapia del caso



NON DIAGNOSTICA



ANGIOGRAFIA



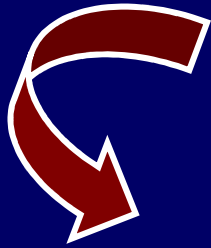
Non diagnostici



**LAPAROTOMIA
eventuale endoscopia
per-operatoria**

EMORRAGIA INFERIORE

**ANOSCOPIA
RETTOSIGMOIDOSCOPIA
PANCOLONSCOPIA**



Non diagnostici



ANGIOGRAFIA



Non diagnostici



**LAPAROTOMIA
eventuale endoscopia
per-operatoria**



Diagnostici



Terapia del caso

2a Terapia generica per emorragia

1. Valutare Ostruzione Vie Aeree (sangue- coaguli)
2. Monitoraggio parametri vitali
3. Posizionamento di Sondino Naso -Gastrico
4. Catetere vescicale e Catetere Venoso
5. Ossigenoterapia
6. Sostenere il circolo

Emotrasfusione ??

1. Hb \geq 10 g% non richiesta

2. Hb $<$ 7 g% richiesta

3. Hb 7-10 g%:

- Condizioni emodinamiche

- Comorbidity (malattie cardiovascolari, diabete)

- Sintomi

- Importanza del sanguinamento

2b Terapia specifica in relazione a causa emorragia

Terapia Medica

- **PPI:** omeprazolo, pantoprazolo
- **Anti-H2:** ranitidina, cimetidina
- **Gastroprotettori:**
magaldrato, sucralfato, idrossido di Mg
- **Vasocostrittori** (vasopressina)
- Somatostatina
- Acido tranexamico

- Terapia eradicante l'HP

EMORRAGIE DIGESTIVE
SUPERIORI
NON VARICOSE

2b Terapia specifica in relazione a causa emorragia

Terapia endoscopica

- terapia iniettiva (adrenalina)
- terapie sclerosanti
- terapia termica
- terapia meccanica (clips)

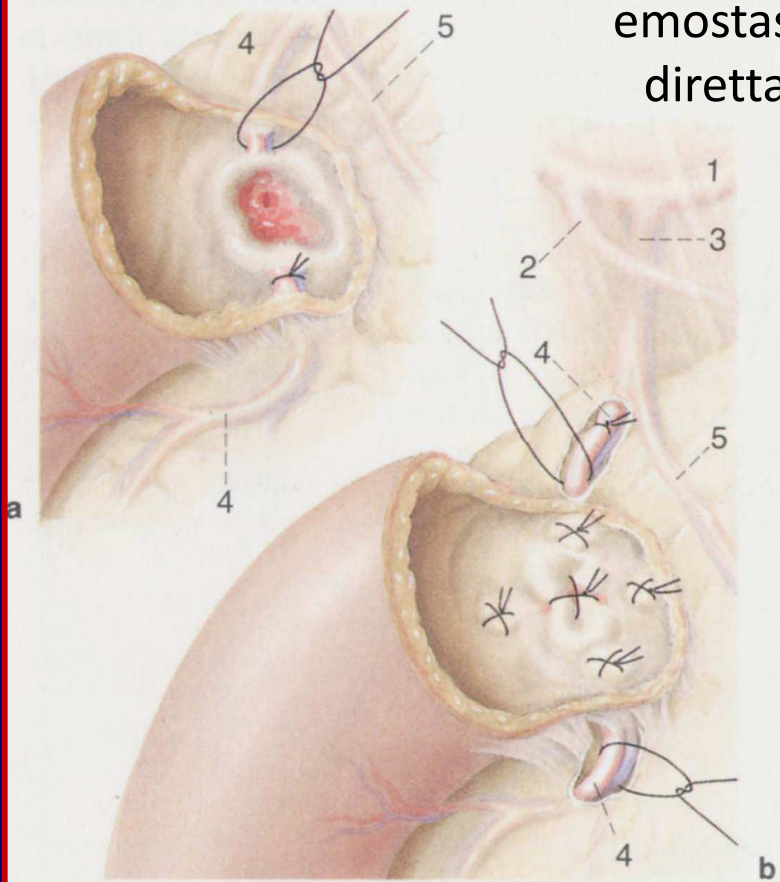
Terapia chirurgica

- emostasi diretta dell'ulcera
- devascularizzazione
- gastrectomia parziale
- gastrectomia totale
- vagotomia

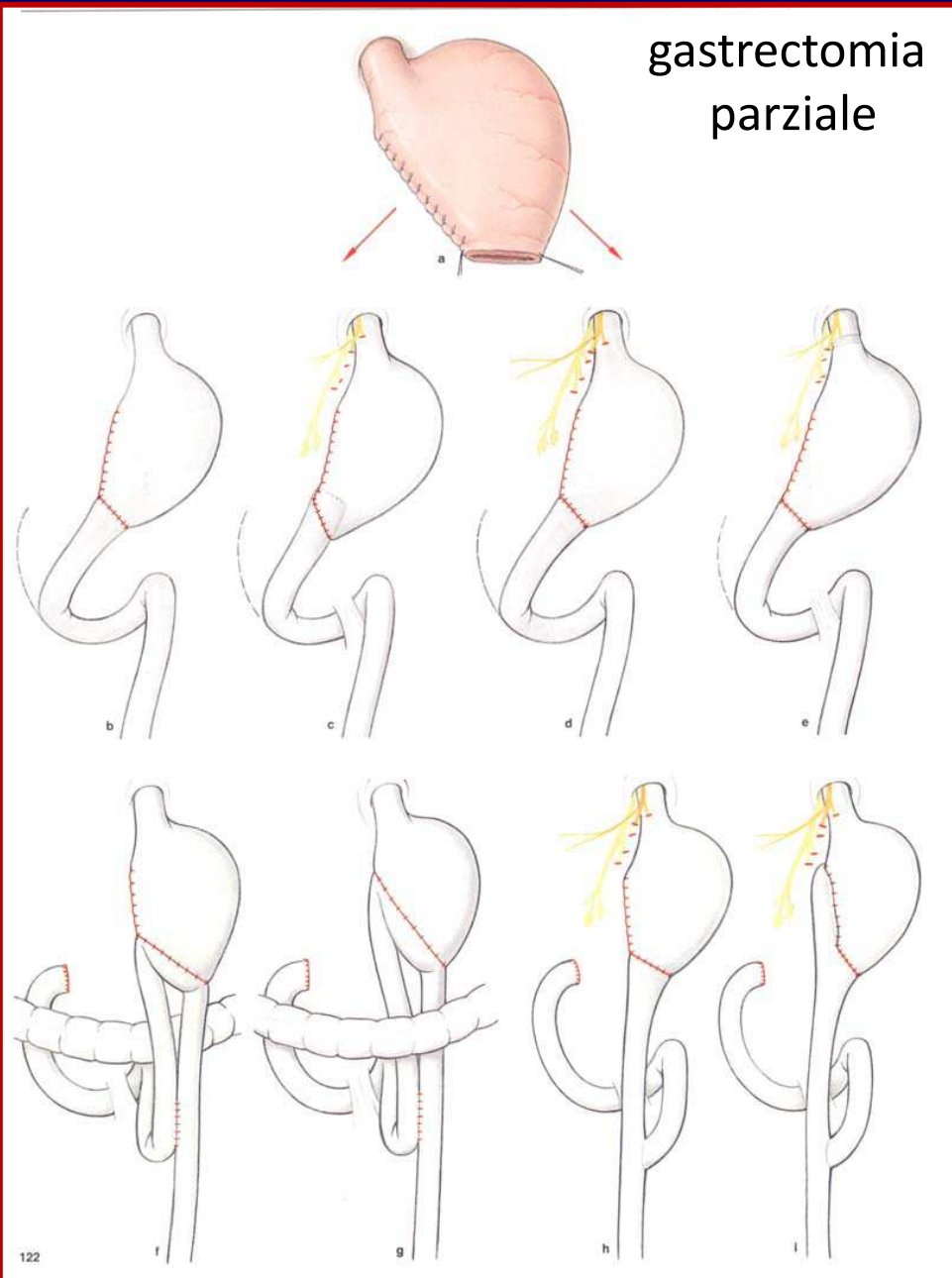
Embolizzazione radiologica

EMORRAGIE DIGESTIVE
SUPERIORI
NON VARICOSE

emostasi diretta



gastrectomia parziale



2b Terapia specifica in relazione a causa emorragia

Terapia Medica

- **PPI:** omeprazolo, pantoprazolo e.v.
- **Vasocostrittori** (vasopressina, glipressina, terlipressina)
- **Somatostatina**
- **Acido tranexamico**
- **Beta Bloccanti**

**EMORRAGIE DIGESTIVE
SUPERIORI
da VARICI ESOFAGEE**

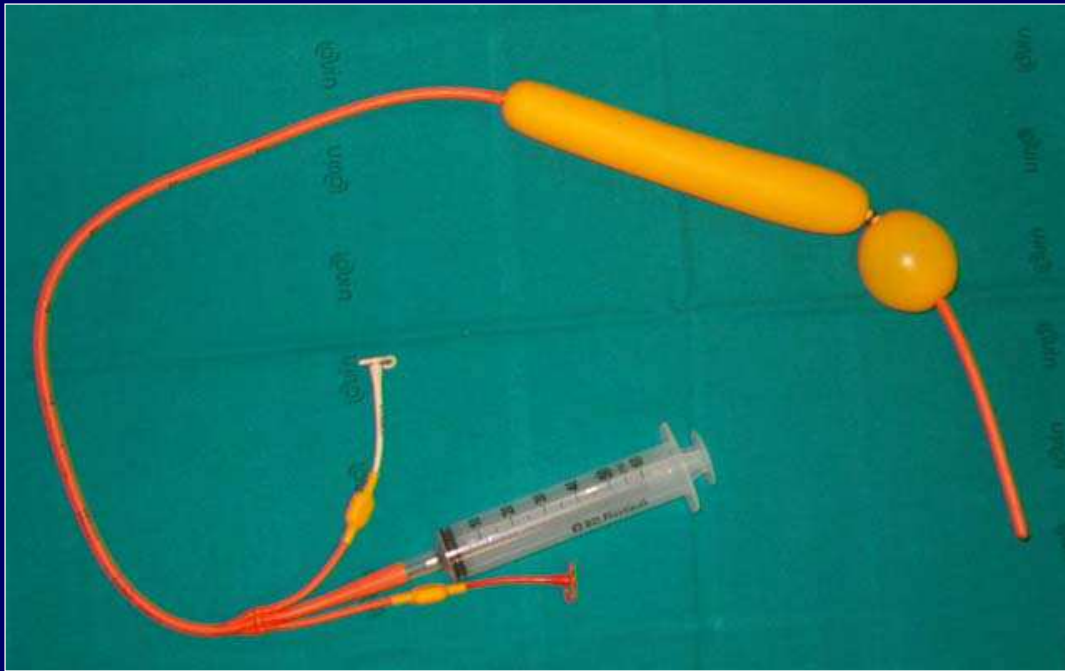
TERAPIA ENDOSCOPICA VARICI ESOFAGEE

→ SCLEROTERAPIA

polidocanolo
sodio tetradecil solfato
morruato di sodio
cianoacrilato

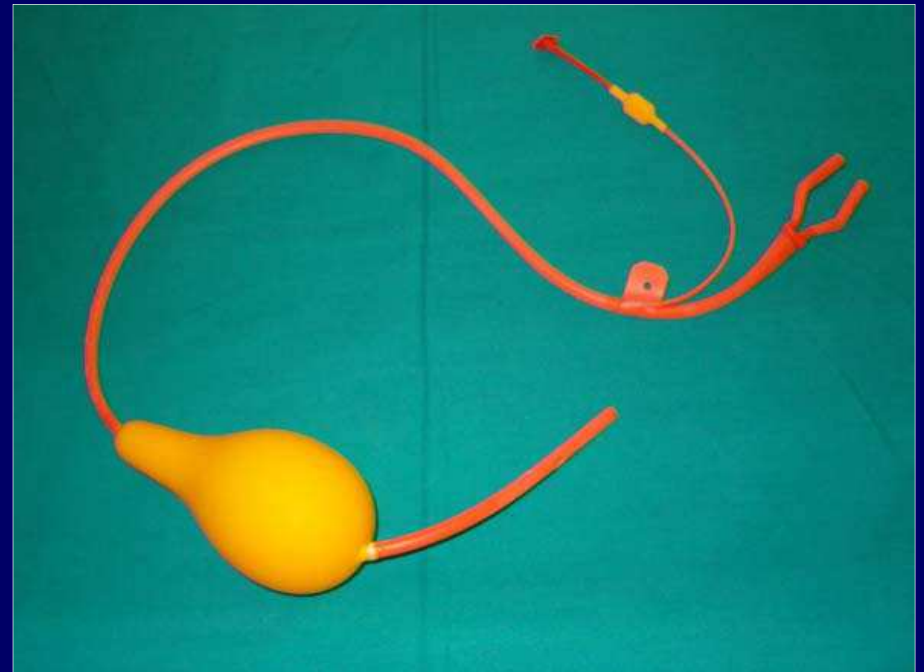
→ SONDA DI SENGSTAKEN - BLAKEMORE

→ LEGATURA ELASTICA



Sonda di
Sengstaken-Blakemore

Sonda di
Linton-Nachlas



trattamento chirurgico varici esofagee

derivazioni portali non selettive

- derivazioni porto-cavali

derivazioni portali selettive

- splenorenale distale (Warren)
- coronaro-cavale (Inokuchi)
- anastomosi mesenterico-cavale

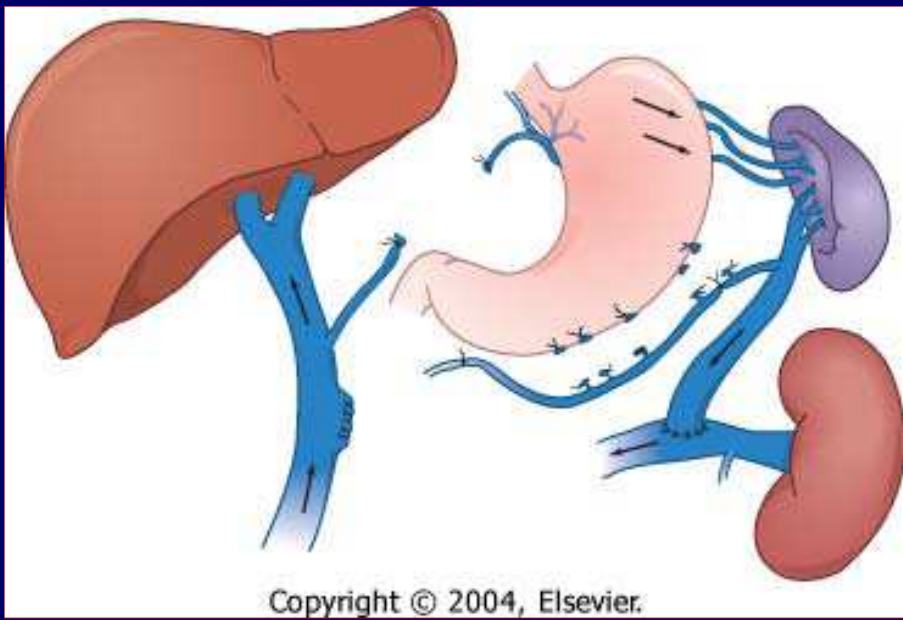
trattamento radiologico

T.I.P.S.S.

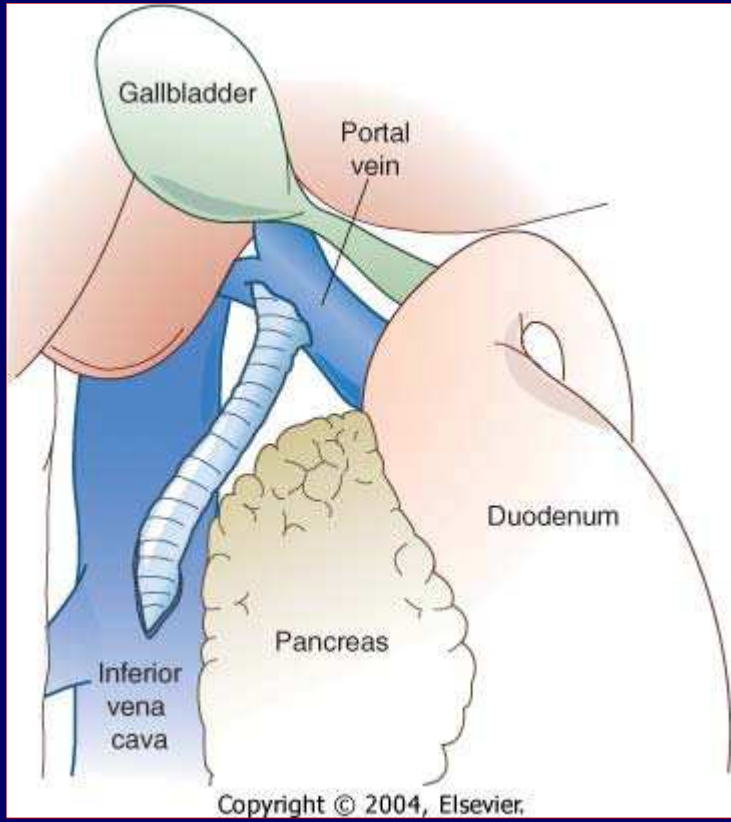
(Transjugular Intrahepatic
Porto Systemic Shunt)



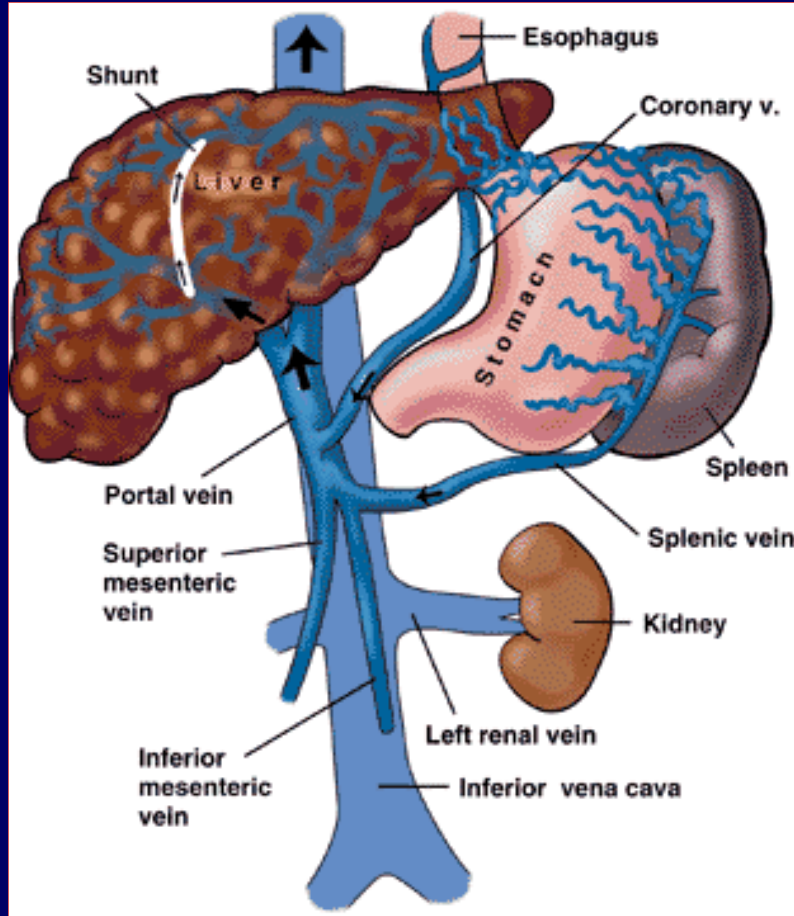
Anastomosi splenorenale distale sec Warren



Anastomosi coronaro-cavale sec Inokuchi sec.



T.I.P.S.S



2b Terapia specifica in relazione a causa emorragia

Terapia endoscopica

- polipectomie
- terapie sclerosanti
- terapia termica
- terapia meccanica (clips)

Terapia chirurgica

- resezioni coliche
- resezioni rettali
- resezioni tenue
- emorroidectomia
- emorroidopessi
- sfinterotomia anteriore

Embolizzazione radiologica

EMORRAGIE DIGESTIVE
INFERIORI

....alcune domande richiedono risposte.....

1. Quando è indicata una endoscopia d'urgenza (<12 ore)?
2. Esistono fattori che possono predire la risoluzione certa dell'emorragia?
3. Quali devono essere gli ambienti preposti alla logistica?

1- Indicazioni all'endoscopia d'urgenza (< 12 h)

Entro le prime ore dall'inizio del sanguinamento se:

- Difficile stabilizzazione emodinamica
- Ipotensione ortostatica
- Tachicardia
- Shock
- Alta probabilità di sanguinamento da varici
- Segni di persistenza del sanguinamento

2- Fattori predittivi del decorso clinico

- Fattori di rischio clinici
- Fattori di rischio relativi all'aspetto endoscopico

Fattori di rischio clinici

1. Sanguinamento massivo
2. Shock
3. Età avanzata (>60 anni)
4. Sanguinamento in ospedale
5. Comorbidity
6. Sanguinamento da varici

Fattori predittivi di RI-sanguinamento (Rockall score)

- Età avanzata
- Shock/instabilità emodinamica/ipotensione ortostatica
- Patologie associate (malattia coronarica, scompenso cardiaco congestizio, patologia epatica o renale, cancro)
- Diagnosi endoscopica specifica (es. cancro GI)
- Uso di anticoagulanti o coagulopatia
- Presenza di lesioni endoscopiche ad alto rischio (sanguinamento arterioso, vaso visibile o coagulo)

CLASSIFICAZIONE DI FORREST DELLE ULCERE SANGUINANTI: RAPPORTO TRA CLASSE DI RISCHIO, INCIDENZA DI RISANGUINAMENTO E MORTALITÀ.

Classe di Forrest	Aspetto della lesione	Rebleeding (%)	Mortalità (%)
Ia	Sanguinamento a getto	55 %	11 %
Ib	Sanguinamento a nappo	55 %	11 %
IIa	Vaso visibile sul fondo ulcera	43 %	11 %
IIb	Coagulo adeso al fondo ulcera	22 %	7 %
IIc	Chiazza di ematina fondo ulcera	10 %	3 %
III	Ulcera con fondo fibrinoso	5 %	2 %

Trasferire il paziente dal PS ?
Dove?

Medicina/Gastroenterologia

Terapia Intensiva

Pz Alto Rischio
Pz Basso Rischio

Chirurgia

Endoscopia

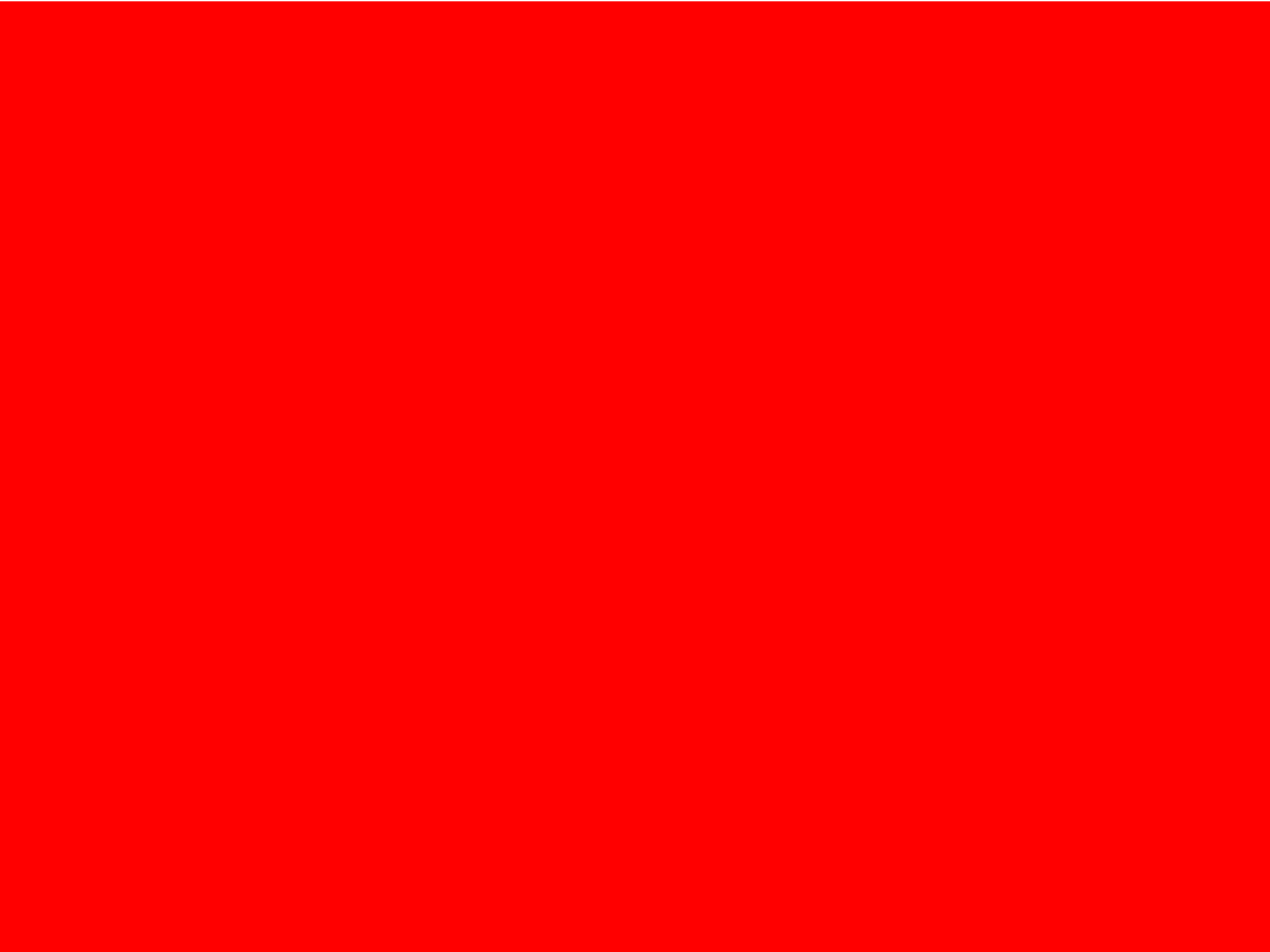


Table I. Proposed definition of postpancreatectomy hemorrhage (PPH)

Time of onset

- Early hemorrhage (≤ 24 h after the end of the index operation)
- Late hemorrhage (> 24 h after the end of the index operation)

Location

- Intraluminal (intraenteric, eg, anastomotic suture line at stomach or duodenum, or pancreatic surface at anastomosis, stress ulcer, pseudoaneurysm)
- Extraluminal (extraenteric, bleeding into the abdominal cavity, eg, from arterial or venous vessels, diffuse bleeding from resection area, anastomosis suture lines, pseudoaneurysm)

Severity of Hemorrhage

Mild

- Small or medium volume blood loss (from drains, nasogastric tube, or on ultrasonography, decrease in hemoglobin concentration < 3 g/dl)
- Mild clinical impairment of the patient, no therapeutic consequence, or at most the need for noninvasive treatment with volume resuscitation or blood transfusions (2-3 units packed cells within 24 h of end of operation or 1-3 units if later than 24 h after operation)
- No need for reoperation or interventional angiographic embolization; endoscopic treatment of anastomotic bleeding may occur provided the other conditions apply

Severe

- Large volume blood loss (drop of hemoglobin level by ≥ 3 g/dl)
 - Clinically significant impairment (eg, tachycardia, hypotension, oliguria, hypovolemic shock), need for blood transfusion (> 3 units packed cells)
 - Need for invasive treatment (interventional angiographic embolization, or relaparotomy)
-