

I. X. Μαρούλης, A. N. Ζυγομαλάς

ΟΞΕΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Η οξεία αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού χαρακτηρίζεται από αιματέμεση ερυθρού ή καφεοειδούς αίματος και μέλαινα κένωση (κόπρανα σαν πίσσα, με χαρακτηριστική έντονη οσμή). Ανατομικά, η αιμορραγία προκύπτει από μία βλάβη κεντρικότερα του συνδέσμου του Treitz.

Οι πιο συχνές αιτίες είναι το πεπτικό έλκος, οι κίρσοι του οισοφάγου, η γαστρίτιδα και τα νεοπλασμάτα του στομάχου (Πίν. 24.1). Η αιμορραγία του πεπτικού είναι σοβαρή κατάσταση που χρήζει γρήγορης εκτίμησης και αντιμετώπισης με τακτική επανεκτίμηση και παρακολούθηση του ασθενούς. Στο 75% των περιπτώσεων η αιμορραγία αυτοπεριορίζεται και ελέγχεται συντηρητικά.

Η **αιματέμεση** ερυθρού αίματος συνήθως προκύπτει από αιμορραγία στο στομάχι ή τον οισοφάγο και συχνά αποτελεί σημείο σοβαρής αιμορραγίας. Οι καφεοειδείς έμετοι αποτελούν ένδειξη πιο αργής αιμορραγίας, αφού οφείλονται σε αίμα το οποίο έχει παραμείνει αρκετή ώρα στο στομάχι οπότε το γαστρικό οξύ μετατρέπει την αιμοσφαιρίνη σε μεθαιμοσφαιρίνη. Η **μέλαινα κένωση** είναι συνήθως ένδειξη αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού, αλλά μέλαινες κενώσεις μπορεί να παρουσιαστούν από αιμορραγία σε οποιοδήποτε σημείου του πεπτικού από το στόμα μέχρι το τυφλό. Η μετατροπή του αίματος σε μέλαινα λόγω οξείδωσης της αίμης σε αιματίνη από εντερικά βακτήρια και γαστρεντερικά ένζυμα εξαρτάται από τον χρόνο παραμονής του αίματος στο λεπτό έντερο και όχι από τη θέση της αιμορραγικής εστίας. Αρκούν 50-100ml αίματος για να παρουσιάσει ο ασθενής μέλαινα κένωση. Η εναλλαγή δε της μέλαινας σε φυσιολογικά κόπρανα μπορεί να διαρκέσει αρκετές μέρες ανάλογα με την ποσότητα και το χρονικό διάστημα της αιμορραγίας. Η αιματοχεσία είναι ένδειξη

αιμορραγίας συνήθως από το κατώτερο πεπτικό, αλλά σε σοβαρές αιμορραγίες ανωτέρου πεπτικού όταν το αίμα περνά γρήγορα το έντερο ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει αιματοχεσία.

► Η οξεία αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού χαρακτηρίζεται από αιματέμεση ερυθρού ή καφεοειδούς αίματος και μέλαινα κένωση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι ασθενείς με οξεία αιμορραγία του ανωτέρου γαστρεντερικού πρέπει να αξιολογούνται αμέσως και να επιχειρείται ανάνηψη. Ο ενδαγγειακός όγκος αναπληρώνεται άμεσα με κρυσταλλοειδή διαλύματα.

Σε ασθενείς με συνεχιζόμενη απώλεια αίματος, συμπτωματική αναιμία ή εκείνους που βρίσκονται σε κατάσταση αυξημένου κινδύνου και μειωμένης οξυγόνωσης των ιστών, όπως ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, θα πρέπει να γίνεται μετάγγιση αίματος.

Σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς, οι οποίοι δεν αιμορραγούν ενεργά συστήνεται μετάγγιση όταν η αιμοσφαιρίνη είναι $\leq 8\text{g/dl}$. Η διαταραχή πήκτικότητας με τιμή INR πάνω από 1.5 κατά την εμφάνιση της αιμορραγίας είναι ένας σημαντικός δυσμενής προγνωστικός παράγοντας. Κλινικές παράμετροι, που προβλέπουν μια σοβαρή αιμορραγία και την ανάγκη για επείγουσα αξιολόγηση του ασθενή, είναι η ταχυκαρδία, η υπόταση, η μειωμένη διούρηση και η παρουσία ερυθρού αίματος στη ρινογαστρική αναρρόφηση.

Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα βοηθά στην αξιολόγηση της σοβαρότητας και της εστίας της αιμορραγίας, στην πρόληψη της εισρόφησης κατά την αιματέμεση και στην πλύση του στομάχου προς διευκόλυνση προ του ενδοσκοπικού ελέγχου. Η προσπάθεια ελέγχου της αιμορραγίας με πλύσεις με

Πίνακας 24.1 Αιτίες αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού.	
Συχνές αιτίες	Σπανιότερες αιτίες
Γαστρικό έλκος	Γαστρικός καρκίνος
Έλκος δωδεκαδακτύλου	Οισοφαγίτιδα
Κιρσοί οισοφάγου	Παγκρεατίτιδα
Γαστρίτιδα	Εκκόλλωμα δωδεκαδακτύλου
Σύνδρομο Mallory-Weiss	Καρκίνος οισοφάγου
	Έλκος Dieulafoy
	Αορτοεντερικό συρίγγιο

παγωμένο νερό ή φυσιολογικό ορό περιγράφεται ως τρόπος ελέγχου της αιμορραγίας αλλά, νεότερες μελέτες δεν έχουν αποδείξει ότι βελτιώνει την έκβαση. Την τελευταία δεκαετία έχουν δημοσιευθεί αρκετά συστήματα βαθμονόμησης για την αξιολόγηση του κινδύνου. Το σύστημα βαθμονόμησης Glasgow Blatchford μπορεί να προβλέψει, συγκριτικά με άλλα, με μεγαλύτερη ακρίβεια την ανάγκη ενδοσκοπικής ή χειρουργικής επέμβασης. Η κλίμακα Glasgow Blatchford λαμβάνει υπόψη τις τιμές αιμοσφαιρίνης, ουρίας, συστολικής πίεσης, σφίξεων, καθώς και την παρουσία κατά την προσέλευση συγκοπτικού επεισοδίου, μέλαινας, ηπατικής νόσου και καρδιακής ανεπάρκειας. Οι ασθενείς με μηδενική τιμή της βαθμολογίας Glasgow Blatchford δε χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομείο, ενώ αυτοί με τιμές >5 είναι πολύ πιθανό να χρειαστούν κάποια επεμβατική θεραπεία.

► Οι ασθενείς με οξεία αιμορραγία του ανωτέρου γαστρεντερικού πρέπει να αξιολογούνται αμέσως και να επιχειρείται ανάνηψη. Ο ενδαγγειακός όγκος αναπληρώνεται άμεσα με κρυσταλλοειδή διαλύματα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Θεραπευτικές επιλογές είναι η ενδοσκοπική θεραπεία, ο εμβολισμός και η χειρουργική επέμβαση (Εικ. 24.1).

Η ενδοσκόπηση είναι η μόνη προσέγγιση, που επιτρέπει τη διάγνωση του αιτίου της αιμορραγίας και τον έλεγχο της αιμορραγίας. Μειώνει επίσης τη συχνότητα της υποτροπιάζουσας αιμορραγίας και της θνησιμότητας.

Ασθενείς με αιμοδυναμική αστάθεια και ενεργό αιματέμεση πρέπει να υποβάλλονται σε επείγουσα

ενδοσκόπηση άμεσα με σκοπό την αιμόσταση (Εικ. 24.2). Οι ασθενείς, που έχουν σταθεροποιηθεί μετά την αρχική προσπάθεια ανάνηψης υποβάλλονται γενικά σε ενδοσκόπηση εντός 12-24 ωρών. Η καθυστερημένη ενδοσκόπηση μειώνει τη διαγνωστική αποτελεσματικότητα.

► Θεραπευτικές επιλογές είναι η ενδοσκοπική θεραπεία, ο εμβολισμός και η χειρουργική επέμβαση.

Η ενδοσκόπηση είναι η μόνη προσέγγιση, που επιτρέπει τη διάγνωση του αιτίου της αιμορραγίας και τη θεραπεία.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΟΥΝΤΟΣ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

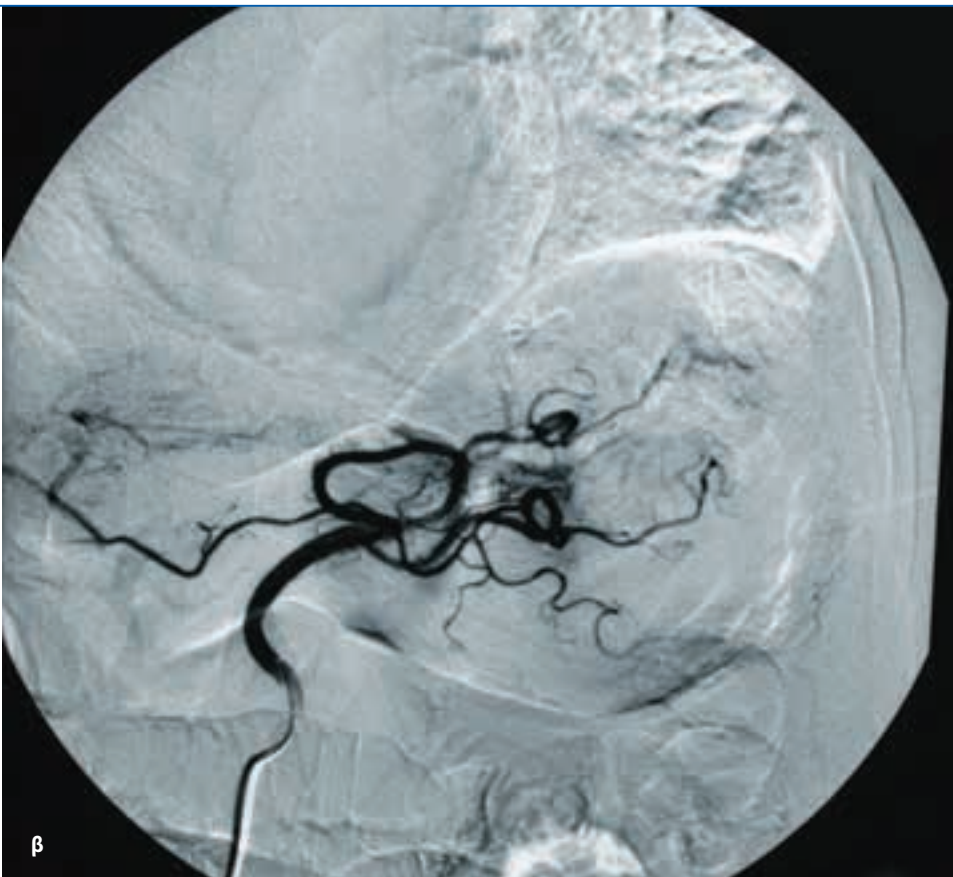
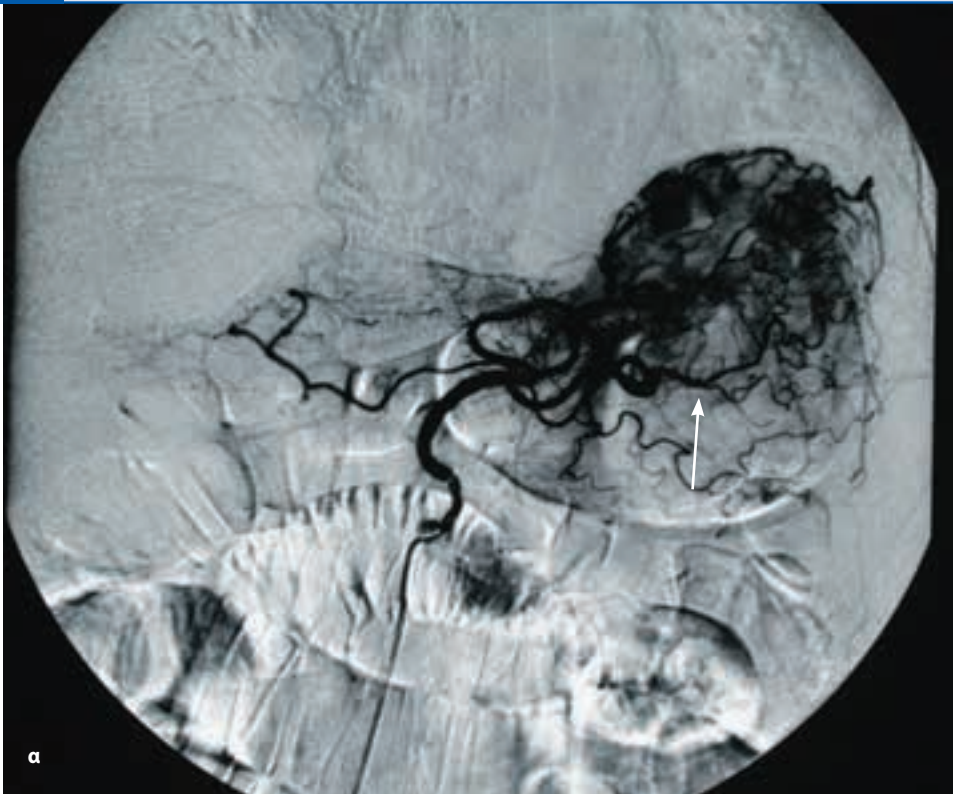
Σήμερα, η τροποποιημένη ταξινόμηση κατά Forrest χρησιμοποιείται για την κατηγοριοποίηση της ενδοσκοπικής εικόνας της αιμορραγίας από πεπτικά έλκη και του κινδύνου υποτροπής της αιμορραγίας (Πιν. 24.2).

Ενδοσκοπική θεραπεία ενδείκνυται σε έλκη με ενεργό αιμορραγία, με ορατό αγγείο που δεν αιμορραγεί ή με προσκολλημένο ερυθρό θρόμβο. Η συνδυασμένη ενδοσκοπική χορήγηση αδρεναλίνης με την εφαρμογή αιμοστατικών ενδοσκοπικών κλιπ ή μονοπολικής ή διπολικής ηλεκτροδιαθερμίας ή Nd:YAG laser είναι η σύγχρονη μέθοδος θεραπείας, που μειώνει σημαντικά τη συχνότητα υποτροπής της αιμορραγίας, της χειρουργικής επέμβασης και της θνησιμότητας (Εικ. 24.3).

► Συνδυασμένη ενδοσκοπική χορήγηση αδρεναλίνης με την εφαρμογή αιμοστατικών ενδοσκοπικών κλιπ ή μονοπολικής ή διπολικής ηλεκτροδιαθερμίας.

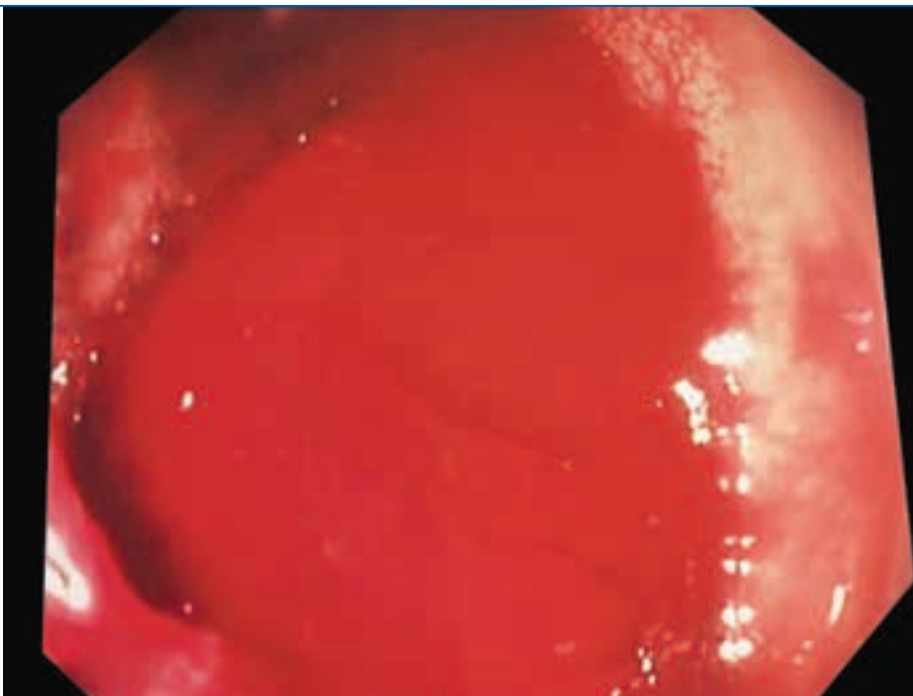
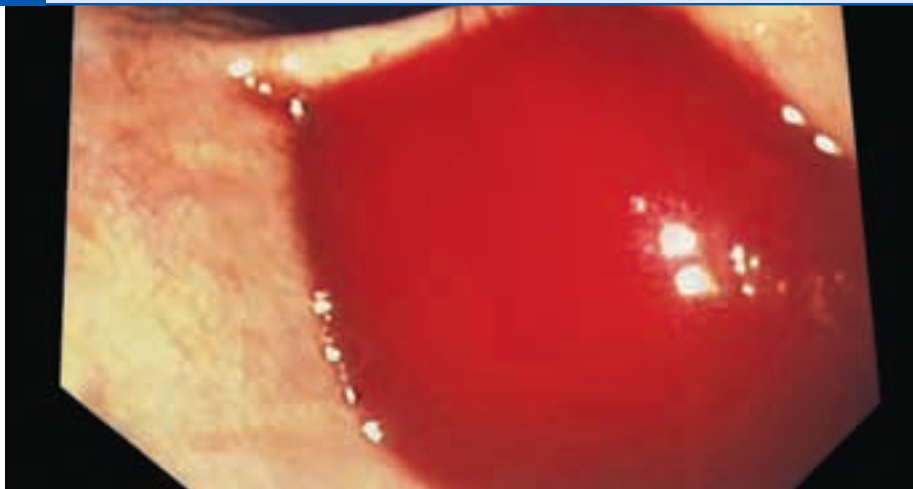
Εικόνα 24.1

Εμβολισμός αγγειοδυσπλασίας στομάχου, που αιμορραγεί, πριν και μετά τον εμβολισμό.
(Αρχείο Ι. Δ. Κανέλλου.)



Εικόνα 24.2

Ενδοσκοπική εικόνα γαστρορραγίας Forrest Ib. (Αρχείο Μ. Στούπαρ)



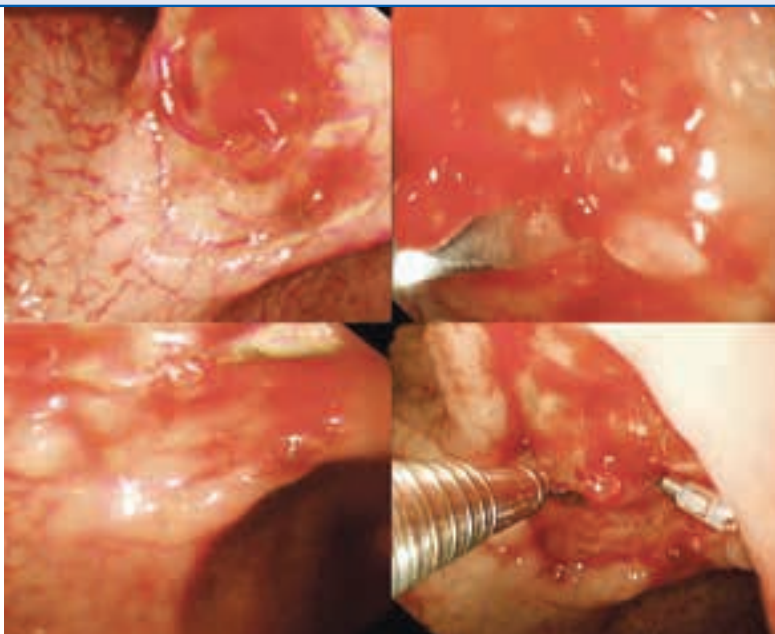
Πίνακας 24.2

Ταξινόμηση της ενδοσκοπικής εικόνας κατά Forrest.

Ταξινόμηση Forrest	Τύπος	Πιθανότητα υποτροπής
Ia	Ενεργός σφύζουσα αιμορραγία	90%
Ib	Ενεργός αναβλύζουσα αιμορραγία	80%
IIa	Στίγματα με ορατό αγγείο	50%
IIb	Στίγματα με νωπό θρόμβο	20%
IIc	Στίγματα με παλαιό θρόμβο	10%
III	Καθαρό έλκος	<3%

Εικόνα 24.3

Θεραπεία αιμορραγούντος γαστρικού έλκους (αιμορραγία τύπου Ia κατά Forrest). Επίσχεση της αιμορραγίας με ενδοσκοπικά clips.



ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΟΞΕΟΣ ΜΕΤΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ

Η αύξηση του γαστρικού pH δημιουργεί ένα ευνοϊκό περιβάλλον για τη σταθερότητα του θρόμβου. Η χρήση ενδοφλεβίως αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPI) φαίνεται να διευκολύνει τον έλεγχο της αιμορραγίας αλλά όχι τη θνητότητα. Η σύσταση είναι για χορήγηση ενδοφλεβίως αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPI) σε υψηλή δόση (80mg bolus ακολουθούμενη από έγχυση 8mg ανά ώρα για 72 ώρες).

Η θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων μειώνει τη συχνότητα υποτροπής εάν η αιτία αιμορραγίας είναι το πεπτικό έλκος, σε άλλη περίπτωση η χρόνια χρήση πρέπει να αξιολογείται και να εξατομικεύεται. Μετά από θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων συνιστάται γαστροσκόπηση για επανέλεγχο έλκους στομάχου (Εικ. 24.4).

► Χορήγηση ενδοφλεβίως αναστολέων της αντλίας πρωτονίων σε υψηλή δόση.

ΕΝΕΡΓΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Στο 85% των ασθενών, η ενδοσκόπηση ελέγχει την αιμορραγία.

Μεγάλα έλκη με κρατήρα διαμέτρου >20mm, που βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια του βολβού του δωδεκαδακτύλου και στο έλασσον τόξο του

στομάχου μπορούν να διαβρώσουν κλάδους της γαστροδωδεκαδακτυλικής ή της αριστερής γαστρικής αρτηρίας αντίστοιχα. Μπορούμε να χωρίσουμε αυτούς τους ασθενείς κλινικά σε δύο ομάδες:

■ Σε αυτούς με μαζική αιμορραγία, στους οποίους αποτυγχάνει η αρχική επεμβατική ενδοσκόπηση. Στους ασθενείς αυτούς, εναλλακτική λύση είναι ο εμβολισμός του αιμορραγούντος αγγείου (Εικ. 24.5 α,β, 24.6α,β).

■ Σε εκείνους με υποτροπιάζουσα αιμορραγία μετά από αρχική επιτυχή ενδοσκοπική αιμόσταση. Εάν αυτός αποτύχει, τότε οδηγούνται σε άμεση χειρουργική επέμβαση. Στους ασθενείς της δεύτερης ομάδας, μία δεύτερη ενδοσκοπική θεραπεία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την επιτυχή αιμόσταση στο 75% των περιπτώσεων.

► Στο 85% των ασθενών, η ενδοσκόπηση ελέγχει την αιμορραγία.
Σε αποτυχία εναλλακτική λύση είναι ο εμβολισμός.

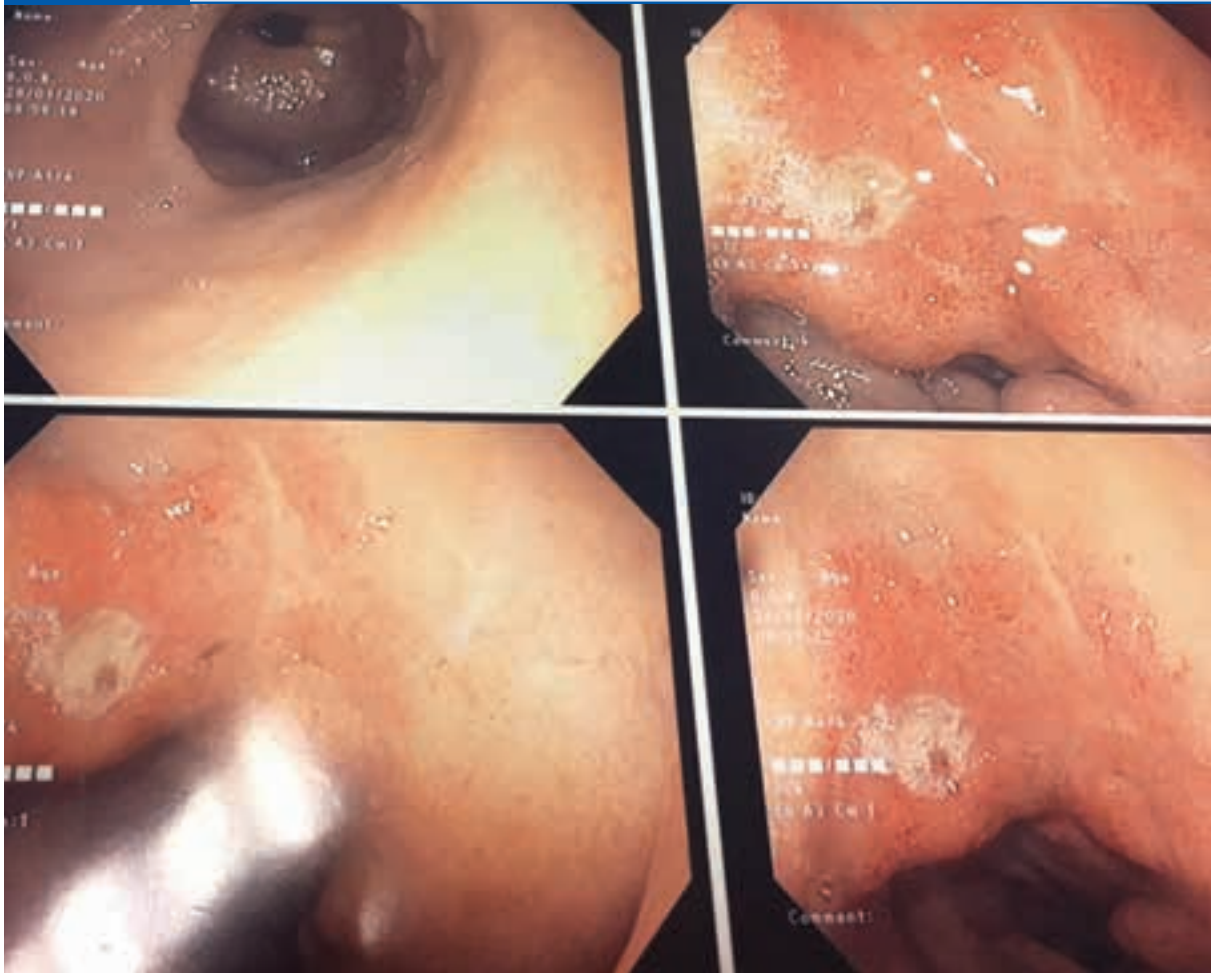
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Η χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται σ' εκείνους τους ασθενείς, στους οποίους έχουν αποτύχει η ενδοσκοπική αντιμετώπιση και ο εμβολισμός.

Η μέθοδος της χειρουργικής επέμβασης, που θα εφαρμοστεί για αιμορραγία που οφείλεται σε

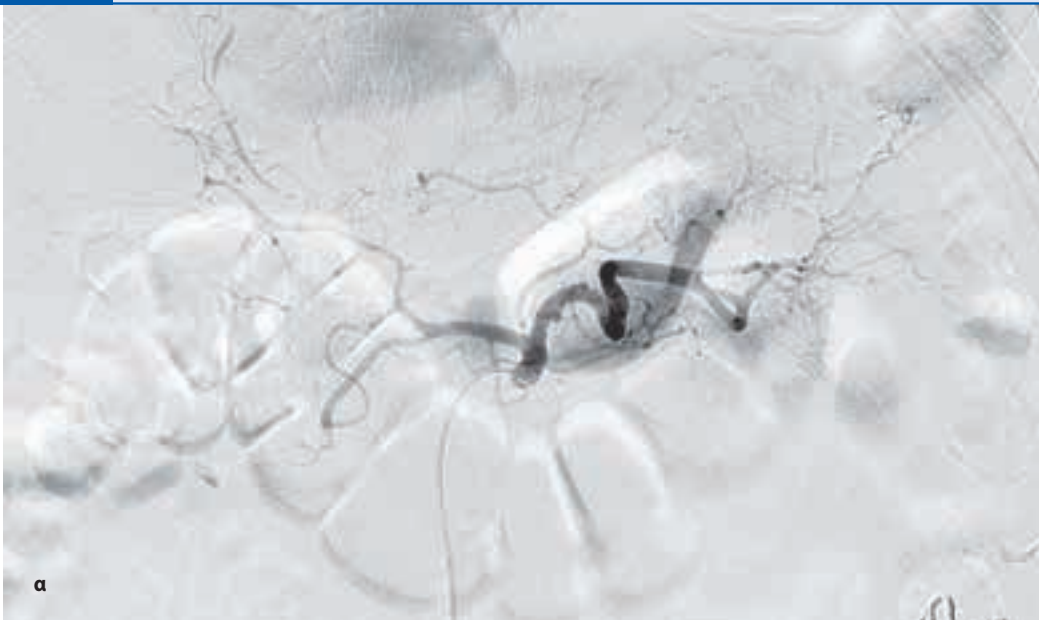
Εικόνα 24.4

Γαστροσκόπηση για επανέλεγχο έλκους στομάχου μετά από θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων. (Αρχείο Μ. Στούπαρ)



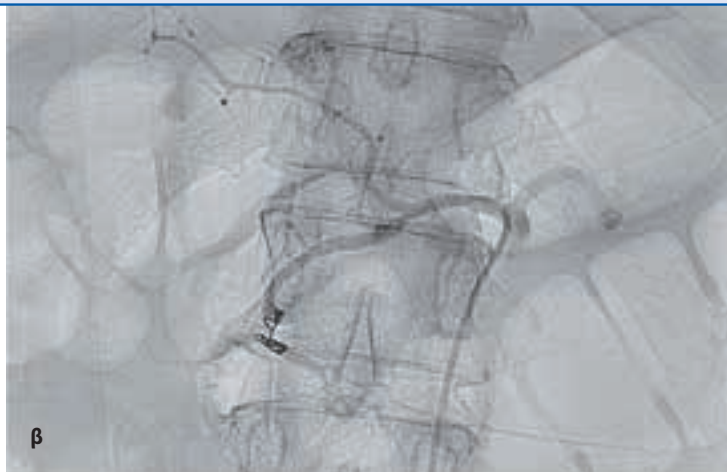
Εικόνα 24.5α

Αγγειογραφία που δείχνει ενεργή εξαγγείωση σκιαστικού από κλάδο της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας.



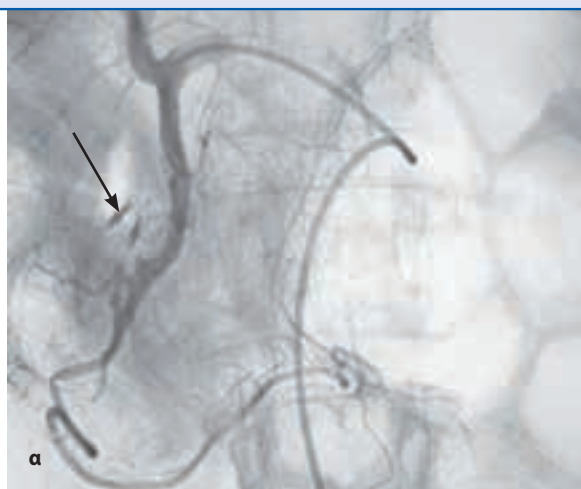
Εικόνα 24.5β

Τοποθέτηση ελικοειδών σπειραμάτων στην αρτηρία για επίσχεση της αιμορραγίας.

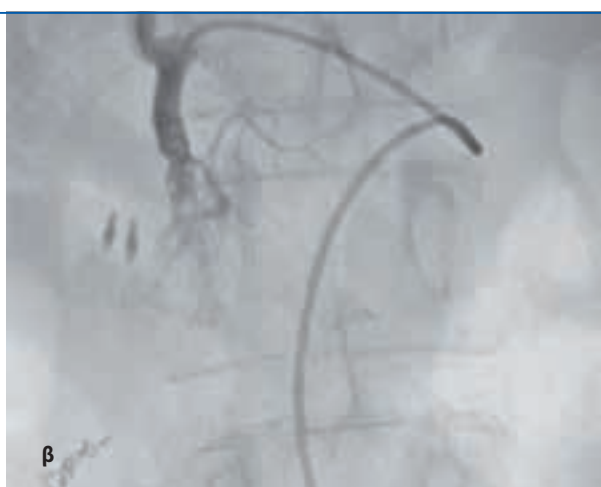


Εικόνα 24.6

Αγγειογραφία - εμβολισμός.



α. Αγγειογραφία πριν τον εμβολισμό (με βέλος σημειώνεται η θέση ενδοσκοπικού κλιπ από προηγηθείσα ενδοσκόπηση), χωρίς ενεργό αιμορραγία - εξαγγείωση σκιαστικού.



β. Εμβολισμός με σπειράματα της γαστροδωδεκαδακτυλικής, της πρόσθιας και οπίσθιας άνω παγκρεατικοδωδεκαδακτυλικής και της δεξιάς γαστροεπιπλοϊκής αρτηρίας με σκοπό την πρόληψη της παλίνδρομης ροής αίματος.

πεπτικό έλκος, είναι ακόμη αμφιλεγόμενη. Οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι η συρραφή από μόνη της είναι επαρκής ως τεχνική, καθώς η δευτερογενής προφύλαξη με αγωγή μακράς διάρκειας με αναστολείς αντλίας πρωτονίων συχνά θεραπεύει το έλκος και προλαμβάνει την υποτροπή του. Άλλοι συνιστούν την κλασική χειρουργική επέμβαση έλκους, δηλαδή βαγοτομή και πυλωροπλαστική ή μερική γαστρεκτομή (αντρεκτομή) κατά Billroth I. Κάποιοι χειρουργοί υποστηρίζουν επιπλέον την ανάγκη για απολίνωση της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Η θνητότητα μετά από επείγουσα χειρουργική επέμβαση ανέρχεται περίπου στο 10%, διότι οι ασθενείς συχνά είναι μεγάλης ηλικίας, με σοβαρά συνυπάρχοντα νοσήματα και δεν είναι σε θέση να αντέξουν μια χειρουργική επέμβαση σε κατάσταση καταπληξίας. Οι γηριατρικοί ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πιο πρώιμα και επιθετικά για τους παραπάνω λόγους. Γενικά η χειρουργική αντιμετώπιση είναι μονόδρομος, εάν για την αιμοδυναμική σταθεροποίηση ενός ασθενούς χρειάζονται >4 μονάδες αίματος το εικοσιτετράωρο με ανάγκη για τουλάχιστον μία μονάδα αίμα ανά 8 ώρες για τη διατήρηση της αιμοδυναμικής κατάστασης.

► Η χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται σ' εκείνους τους ασθενείς, στους οποίους έχουν αποτύχει η ενδοσκοπική επεμβατική θεραπεία και ο εμβολισμός.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Ως αιμορραγία κατώτερου πεπτικού ορίζεται η αιμορραγία της οποίας το αίτιο βρίσκεται περιφερικότερα του συνδέσμου του Treitz. Οι αιμορραγίες αφορούν συνήθως άτομα τρίτης ηλικίας.

Τα συχνότερα αίτια αιμορραγίας από το παχύ έντερο είναι η εκκολπωμάτωση, οι αγγειοδυσπλασίες, ο καρκίνος, οι πολύποδες, η αιμορροϊδοπάθεια, η ραγάδα πρωκτικού δακτυλίου, οι λοιμώδεις κολίτιδες και οι ισχαιμικές κολίτιδες, όπως φαίνονται στον πίνακα 24.3 και στο σχήμα 24.1 (Εικ. 24.7, 24.8, 24.9).

Τα συχνότερα αίτια αιμορραγίας από το λεπτό έντερο είναι οι αγγειεκτασίες (ιδιαίτερα συχνές σε χρόνια ουραιμικούς ασθενείς), τα λειομύματα, οι όγκοι GIST και σε νέα άτομα η μεκέλειος απόφυση. Σπανιότατα η αιμορραγία οφείλεται στην ύπαρξη κληρονομικής τηλεαγγειεκτασίας στα πλαίσια συνδρόμου Rendu-Osler.

Επίσης, η αιτιολογία διαφέρει αναλόγως της ηλικίας. Σε νέους το συχνότερο αίτιο είναι καλοήθεις παθήσεις του ορθοπρωκτικού σωλήνα, τα εκκολπώματα και οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου. Στους ηλικιωμένους κύριο αίτιο είναι τα εκκολπώματα, οι αγγειοδυσπλασίες, ο καρκίνος και η ισχαιμική κολίτιδα.

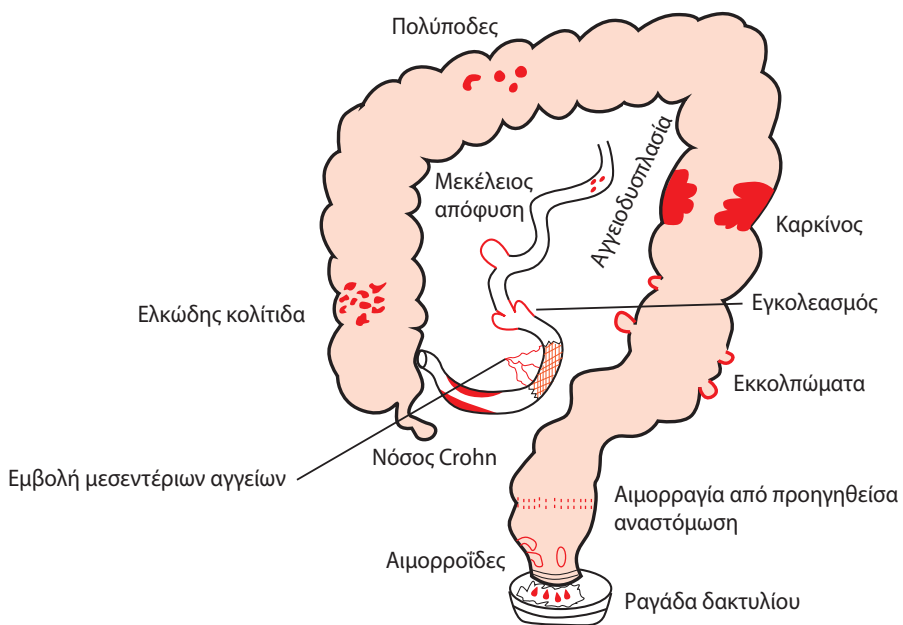
► Ως αιμορραγία κατώτερου πεπτικού ορίζεται η αιμορραγία της οποίας το αίτιο βρίσκεται περιφερικότερα του συνδέσμου του Treitz.
Η αιτιολογία διαφέρει αναλόγως της ηλικίας.

Πίνακας 24.3

Αιτίες αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού.

Συχνές αιτίες	Σπάνιες
Εκκολπωματική νόσος	Μεκέλειος απόφυση
Αγγειοδυσπλασίες	Αγγειίτιδα
Νεοπλασίες	Μονήρες έλκος ορθού
Λοιμώξεις	Αορτοεντερικό συρίγγιο
Παθήσεις πρωκτού	Ενδομητρίωση
Ισχαιμία	Αναστομωτικό έλκος
Μετά πολυεκτομή	Ακτινική κολίτιδα
ΙΦΝΕ	

Σχήμα 24.1 Οι κυριότερες αιτίες αιμορραγίας.



Εικόνα 24.7 Αιμορραγούσα αγγειοδυσπλασία κόλου σε κολονοσκόπηση.



Εικόνα 24.8 Αιμορραγούσες μετακτινικές αλλοιώσεις του ορθοπρωκτικού σωλήνα σε κολονοσκόπηση.



Εικόνα 24.9

Αιμορραγία κατώτερου πεπτικού λόγω αγγειίτιδας σε τμήμα νήστιδας.



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η πιο συχνή εστία αιμορραγίας είναι στο παχύ έντερο με κλασικό σύμπτωμα την αιματοχεσία. Συνήθως όμως η αιμορραγία από το δεξιό κόλον εκδηλώνεται με βυσσινοχρως κένωσεις, ενώ από το αριστερό τμήμα του κόλου μπορεί να εκδηλώνεται ως αιματοχεσία με ζυηρό, ερυθρό αίμα. Σε περιπτώσεις όμως μικρής αιμορραγίας από το δεξιό κόλον μπορεί να παρουσιαστεί ως μέλαινα κένωση. Επομένως, η μέλαινα κένωση δεν υποδηλώνει απαραίτητα αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό.

Πριν από κάθε διαγνωστική προσέγγιση, ο αιμοδυναμικά ασταθής ασθενής, πρέπει να σταθεροποιείται αιμοδυναμικά με χορήγηση κρυσταλλοειδών ενδοφλεβίως και όπου απαιτείται με χορήγηση πλάσματος και αίματος.

Η κολonosκόπηση συνιστάται ως πρώτη διαγνωστική πράξη. Η προετοιμασία του παχέος εντέρου με υποκλυσμούς δεν είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις μέτριας ως σοβαρής αιμορραγίας διότι η παρουσία αίματος στο κόλον έχει υπακτική δράση και σε συνδυασμό με τα σύγχρονα κολοσκόπια, με σύστημα πλύσης υψηλής ροής, η ακρίβεια διάγνωσης είναι υψηλότερη (Εικ. 24.10). Παρά ταύτα, η καθημερινή πρακτική δείχνει ότι σε συνθήκες αιμορραγίας, η ακρίβειά της είναι περιορισμένη λόγω του άφθονου αίματος στο κόλον.

Η CT - αγγειογραφία ή η επεμβατική εκλεκτική αγγειογραφία απαιτούν ενεργό αιμορραγία με ρυθμό

τουλάχιστον 0.3-0.5ml/min ώστε να είναι διαγνωστικά αποτελεσματικές. Η CT - αγγειογραφία πλεονεκτεί της κλασικής αγγειογραφίας, διότι μπορεί να εντοπίσει νεοπλασμάτα ή αγγειακές δυσπλασίες, όμως δεν παρέχει δυνατότητα θεραπευτικού χειρισμού. Επίσης, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η νεφρική λειτουργία του ασθενούς λόγω της χορήγησης ενδοφλεβίως σκιαγραφικού και η πιθανότητα αλλεργικών αντιδράσεων.

► Η διάγνωση της οξείας αιμορραγίας τίθεται με κολonosκόπηση, CT - αγγειογραφία ή επεμβατική αγγειογραφία, που μπορεί να είναι και θεραπευτική της αιμορραγίας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία περιλαμβάνει γενικά μέτρα για την ανάνηψη και τη σταθεροποίηση της αιμοδυναμικής κατάστασης του ασθενούς αλλά και διαγνωστικούς χειρισμούς, που συγχρόνως μπορεί να είναι και θεραπευτικοί.

Στο 80% των περιπτώσεων η αιμορραγία ελέγχεται συντηρητικά ή αυτόματα χωρίς να χρειαστούν επεμβατικοί χειρισμοί.

Η κολonosκόπηση συμβάλλει στον έλεγχο της αιμορραγίας με την εφαρμογή σκληρυντικών ενέσεων, αγγειοσυσπαστικών ουσιών, διπολικής διαθερμίας, laser ή με την εκτομή ενός πολύποδα. Σημαντική

βοήθεια προσφέρει και η εκλεκτική αγγειογραφία με έγχυση αγγειοσυσπαστικών ουσιών, όπως η βασοπρεσσίνη ή εμβολισμό του αιμορραγούντος αγγείου (Εικ. 24.11α, 24.11β).

Στο 10-25% των ασθενών με επιμένουσα ή υποτροπιάζουσα αιμορραγία ή σοβαρή αιμορραγία απαιτείται επείγουσα χειρουργική θεραπεία. Σε ασθενείς, που χρειάζεται να μεταγγιστούν με >6 μονάδες αίμα η χειρουργική αντιμετώπιση είναι πολύ πιθανή.

Η απόφαση για τη χειρουργική αντιμετώπιση εξαρτάται από την αιτιολογία, την ένταση και τη διάρκεια της αιμορραγίας, την ηλικία του ασθενούς, τις συνοδές παθήσεις και την επάρκεια αίματος για μεταγγίσεις. Η προεγχειρητική εντόπιση της αιμορραγικής εστίας είναι καθοριστική για την επιτυχία της επέμβασης. Κατά την ερευνητική λαπαροτομία ευκολότερη είναι η αντιμετώπιση των ασθενών εκείνων, στους οποίους έχει τεθεί ήδη η διάγνωση.

Οι αγγειοδυσπλασίες, τα νεοπλάσματα και τα εκκολπώματα του λεπτού εντέρου αντιμετωπίζονται με τμηματική εντερεκτομή.

Οι πολύποδες και οι αγγειοδυσπλασίες του παχέος εντέρου αντιμετωπίζονται με περιορισμένη κολεκτομή και η εκκολπωμάτωση με ευρύτερη κολεκτομή.

Οι κακοήθεις όγκοι αφαιρούνται σύμφωνα με τους κανόνες της ογκολογικής χειρουργικής (Εικ. 24.12). Σε αιμορραγία από ελκώδη κολίτιδα απαιτείται ολική

κολεκτομή (Εικ. 24.13).

Πολύ δύσκολο είναι το έργο του χειρουργού στις περιπτώσεις εκείνες, όπου ακόμη και διεγχειρητικά δεν μπορεί να καθοριστεί η ακριβής εστία της αιμορραγίας. Στις περιπτώσεις αυτές η διεγχειρητική πλύση του εντέρου και η ταυτόχρονη κολονοσκόπηση προσφέρουν σημαντική βοήθεια. Οι τυφλές τμηματικές εντερεκτομές ή κολεκτομές πρέπει να αποφεύγονται, και θα πρέπει σε ασταθείς ασθενείς με υποψία αιμορραγίας από το παχύ έντερο να προτιμάται η υφολική κολεκτομή, αν και η θνησιμότητα είναι υψηλή. Η θνητότητα ασθενών με αθρόα αιμορραγία από το κατώτερο πεπτικό σύστημα εξακολουθεί και σήμερα να ανέρχεται στο 3-8%.

► Η αρχική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την ανάνηψη και σταθεροποίηση του ασθενούς.

Στο 80% των περιπτώσεων η αιμορραγία ελέγχεται συντηρητικά ή αυτόματα.

Η κολονοσκόπηση και η εκλεκτική αγγειογραφία, ως επεμβατικές μέθοδοι συμβάλλουν στον έλεγχο της αιμορραγίας.

Χειρουργικά ευκολότερη είναι η αντιμετώπιση των ασθενών εκείνων, στους οποίους έχει τεθεί ήδη η διάγνωση.

Εικόνα 24.10

Αιμορραγία κατωτέρου πεπτικού. Κολονοσκόπηση με σύστημα πλύσης υψηλής ροής.



Εικόνα 24.11 α

Αιμορραγία από οξεία εκκολπωματίτιδα. Η CT αγγειογραφία κοιλίας δείχνει οξεία εκκολπωματίτιδα στη δεξιά κολική καμπή με οξεία αιμορραγία.

