



*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*

Ferrara 7 Giugno 2019
Aula Magna Nuovo Arcispedale Sant'Anna



La gestione in urgenza del paziente con emorragia digestiva: territorio ed ospedali in rete

La visita di un medico mi assicura, quella di due mi atterrisce

Roberto Gervaso

Il ruolo dell'endoscopista: emorragia digestiva superiore varicosa e non varicosa

Alessandro Pezzoli

U.O.C di Gastroenterologia

Az ospedaliera/univeritaria Sant'Anna

Ferrara

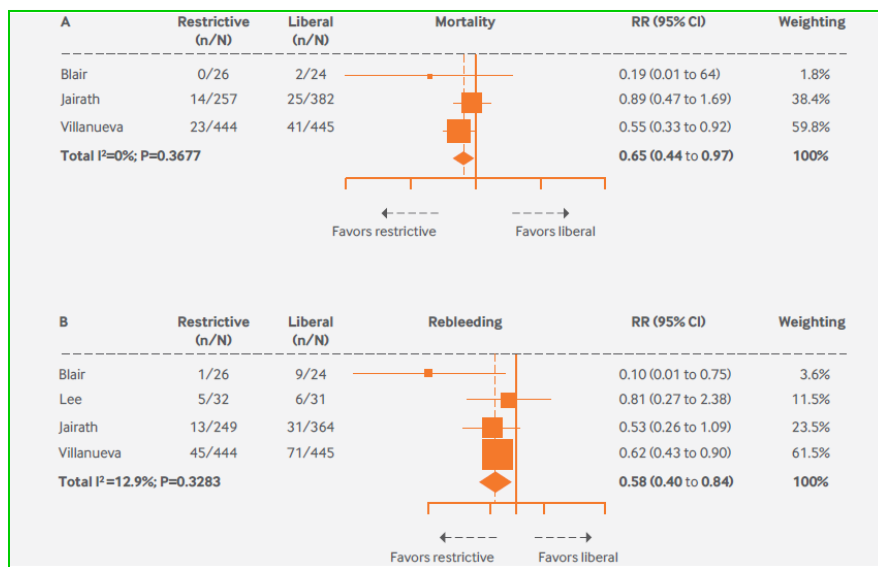


Presentazione del pz con emorragia digestiva:

- Valutazione del pz: ABC airway, breathing, and circulation
- Stabilità emodinamica: Fc <100, PA>100
- “Resuscitation”: infusione liquidi, colloidi o cristalloidi.
- L’ipotensione è associata ad un aumento della mortalità

Trasfusione: Hb 7-9 gr/dl.

- Evidenze che trasfondere per valori superiori non porta benefici
- Metanalisi (2017) che evidenzia un miglioramento in termini di mortalità utilizzando una politica “restrittiva” di trasfusioni



Odutayo A, et al. Restrictive versus liberal blood transfusion for gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017;2:354-60



Timing dell'endoscopia d'urgenza per sanguinamento

- **Le linee guida considerano l'endoscopia urgente entro 24 h**
- In alcuni studi viene suggerita l'endoscopia urgente entro le 12 ore se lo stato emodinamico è più compromesso o se si sospetta un sanguinamento da varici
- Viene sempre sottolineato di non eseguire la procedura prima di aver iniziato le terapie di stabilizzazione del pz

Hwang HA et al. ASGE guidelines GIE; 80;2:2014

Hwang HA et al ASGE guidelines GIE: 75;6:2012

Granlek IM et al ESGE guidelines Endoscopy:47: 2015



Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a nationwide cohort study (CME)

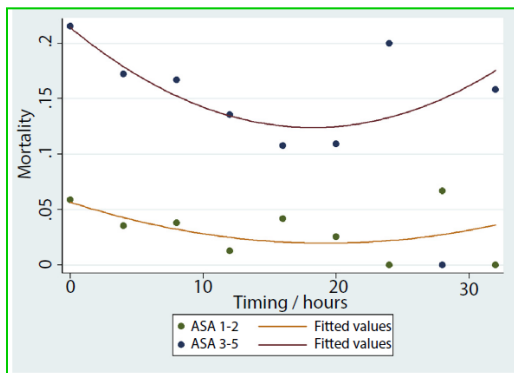


Stig B. Laursen, MD, PhD,¹ Grigorios I. Leontiadis, MD, PhD,² Adrian J. Stanley, MD, FRCP,³
Morten H. Møller, MD, PhD,⁴ Jane M. Hansen, MD, PhD,¹ Ove B. Schaffalitzky de Muckadell, MD, DMSc¹

Odense, Copenhagen, Denmark; Hamilton, Ontario, Canada; Glasgow, Scotland, United Kingdom

GIE 2017: 85;936

- Studio di coorte su 12.601 pz ricoverati per sanguinamento da ulcera
- Nei pz emodinamicamente stabili ASA 3-4 la mortalità era minore se l'endoscopia veniva eseguita tra le 12-24 ore
- Nei pz emodinamicamente instabili ASA 3-4 la mortalità era minore se l'endoscopia veniva eseguita tra le 6-12 ore



“it is possible that optimal timing of endoscopy is within a “window” that allows sufficient time for pre-endoscopic optimization of the patient’s clinical state but does not significantly delay performance of endoscopy



The Natural History of Hematemesis in the 21st Century

Leen Khoury ¹, David A. Hill ², Melissa Panzo ³, Melissa Chiappetta ⁴, Sachin Tekade ⁵, Stephen M. Cohn ⁶

- Il sanguinamento da patologia peptica gastro-duodenale si arresta spontaneamente in circa 80-88% dei casi

Aliment Pharmacol Ther 2004; 20 (Suppl. 3): 8-15.

Review article: the relevance of portal pressure and other risk factors in acute gastro-oesophageal variceal bleeding

A. DELL'ERA & J. BOSCH

- Il sanguinamento da varici si arresta spontaneamente nel 40-60% dei casi



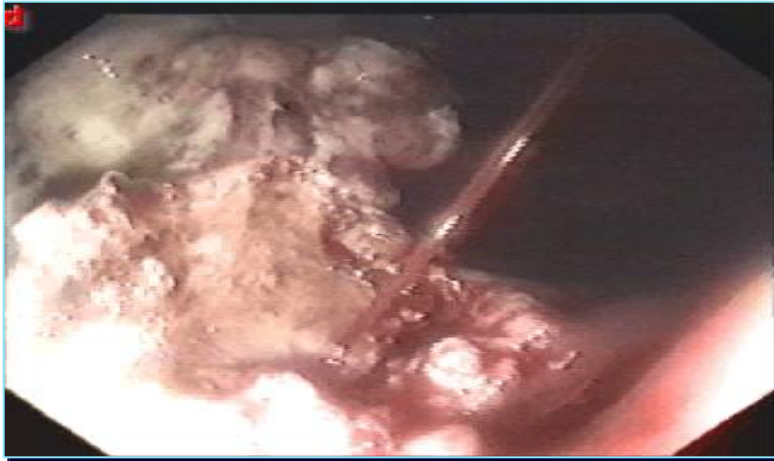


Terapia medica pre-endoscopia

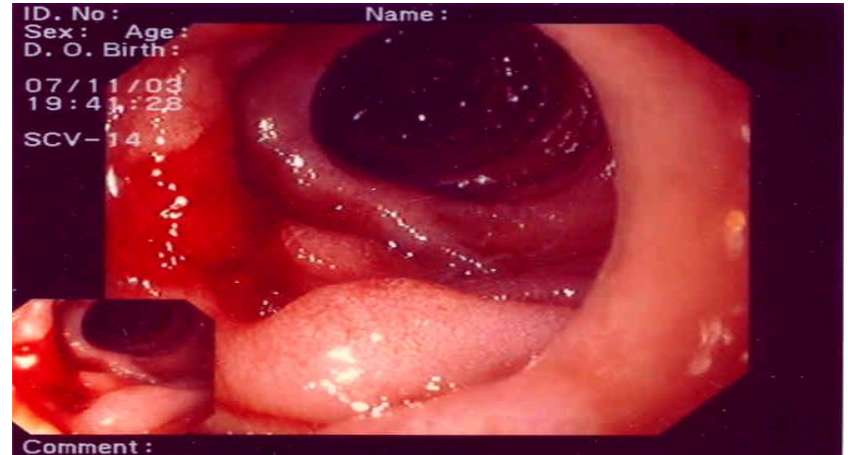
- Sanguinamento da ulcera: suggerita infusione di PPI 80 mg (nessun beneficio su risanguinamento o mortalità ma miglioramento delle stigmata endoscopiche)
- Sanguinamento da varici: Indicato infusione di terlipressina 2 mg o octreotide 50 mg (efficace nel migliorare il controllo del sanguinamento e la mortalità precoce)

ULCERA PEPTICA

stigmati di sanguinamento



Forrest I a



Forrest I b

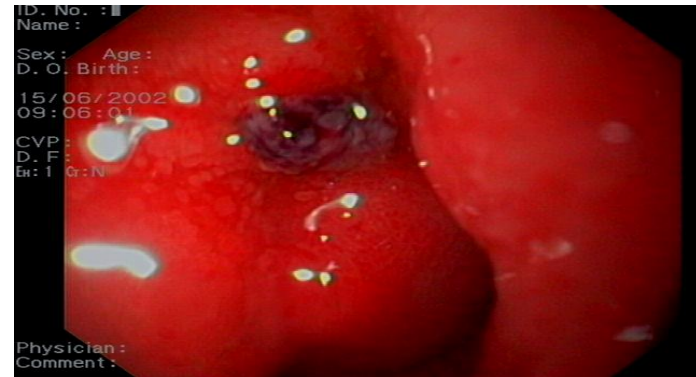
ULCERA PEPTICA

stigmati di sanguinamento

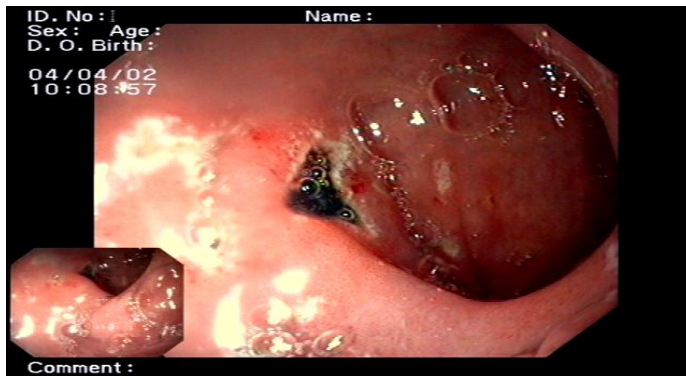
II a



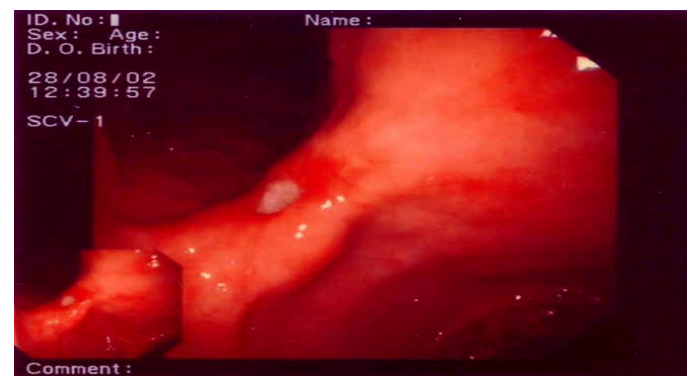
II b



II c



III



**Classificazione di Forrest delle ulcere sanguinanti:
rapporto tra classe di rischio ed incidenza di risanguinamento**

Classe di Forrest	Aspetto della lesione	Risanguinamento %
Ia	Sanguinamento a getto	50-70
Ib	Sanguinamento a nappo	50-70
IIa	Vaso visibile sul fondo dell'ulcera	50-70
IIb	Coagulo adeso sul fondo dell'ulcera	33-36
IIc	Chiazza di ematina sul fondo dell'ulcera	18-25
III	Ulcera con fondo fibrinoso	1-3

Tecniche di emostasi

- Iniettive: adrenalina
- Termiche: argon, heater probe
- Meccaniche: clip, ovesco
- Polveri emostatiche: Hemospray, Endoclot, purastat

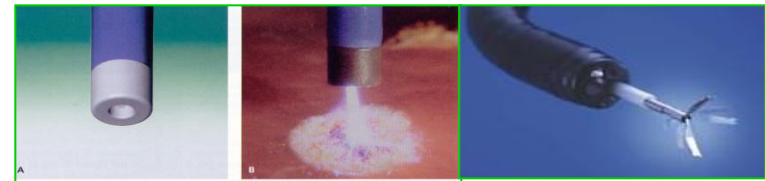
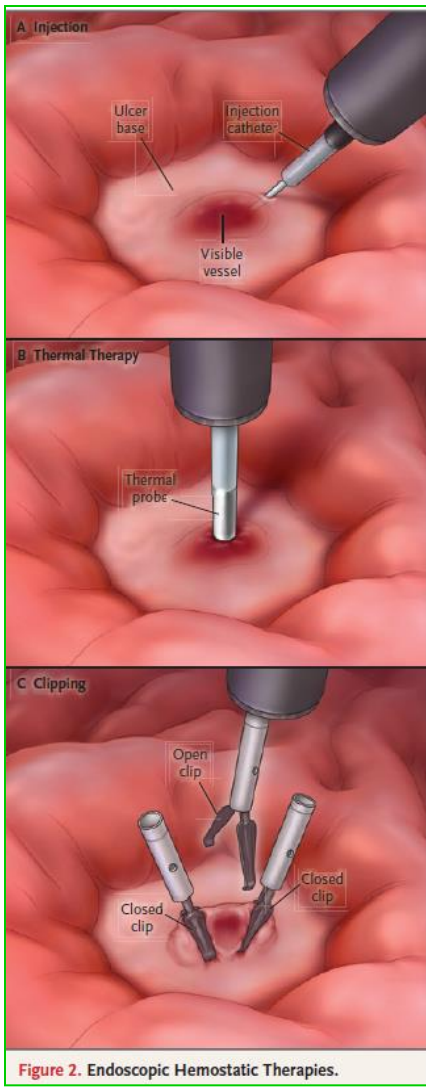


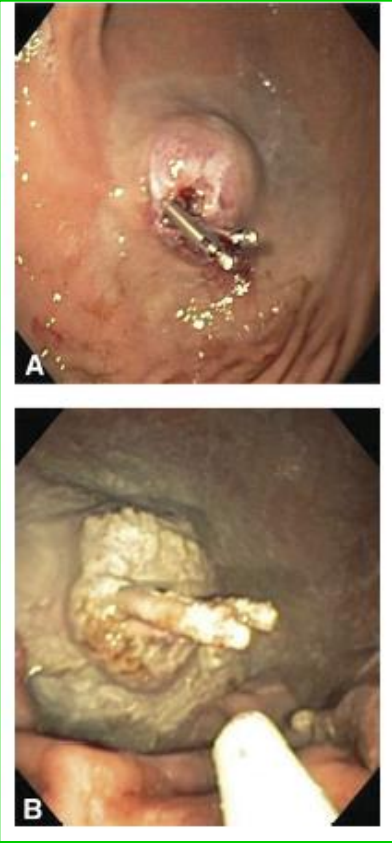
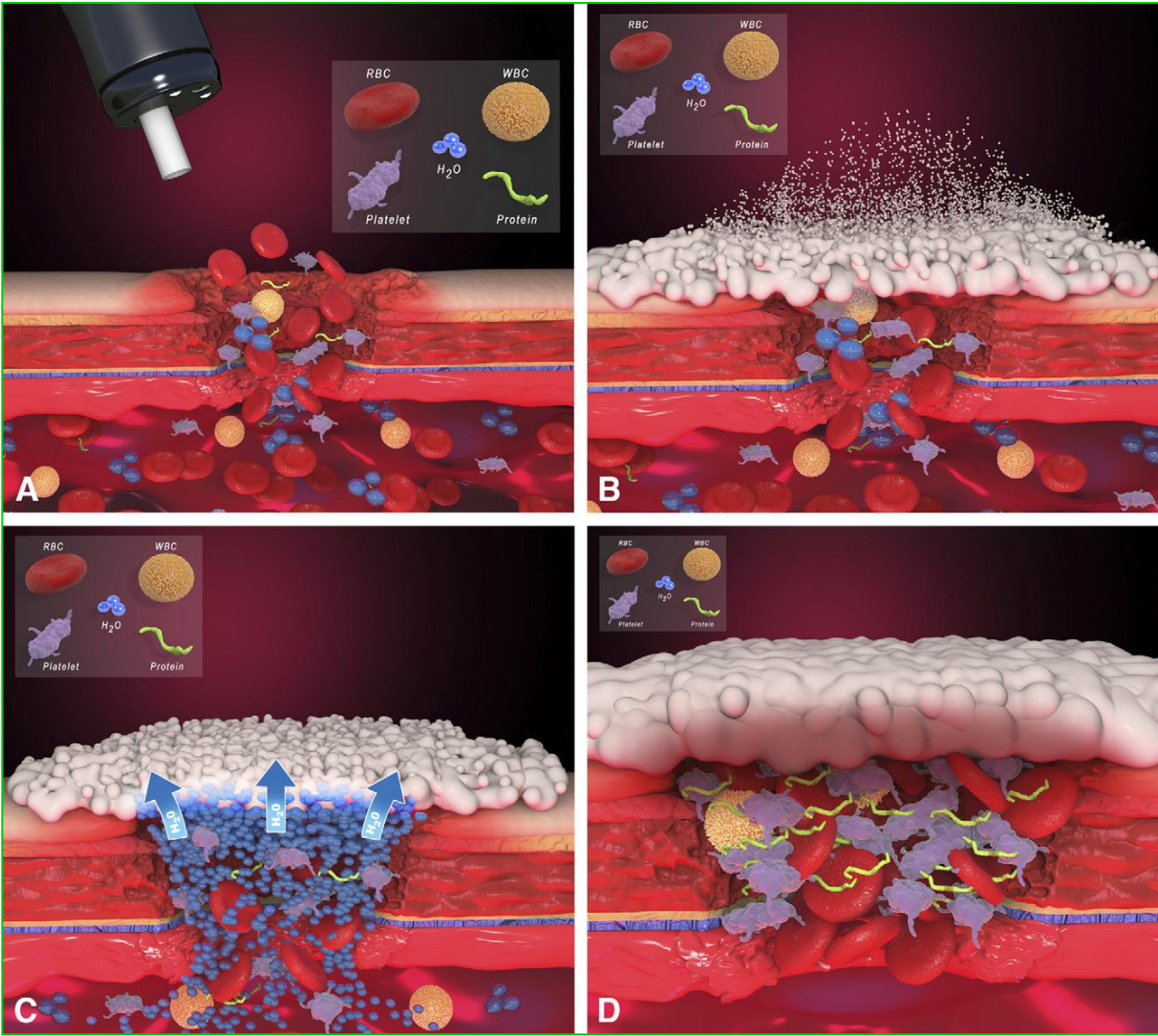
Table 2 Summary of the results

	Comparison group	Initial hemostasis	Rebleeding rate	Need for surgery
1	Hemoclip × injection	No difference	Hemoclip	Hemoclip
2	Hemoclip × hemoclip and injection	No difference	No difference	No difference
3	Hemoclip and injection × injection	No difference	Hemoclip and injection	Hemoclip and injection
4	Hemoclip × thermal	Thermal*	No difference	No difference
5	Thermal × injection	No difference	No difference	No difference
6	Thermal × thermal and injection	Thermal and injection	Thermal and injection	No difference
7	Thermal and injection × injection	No difference	Thermal and injection*	Thermal and injection


- La terapia iniettiva non va usata da sola
- Le Clip sono superiori all'iniettiva da sola
- Le altre metodiche si sovrappongono con un trend in favore delle termiche

“we recommend the application of hemoclips or the combined use of an injection therapy with a thermal coagulation method for the treatment of patients presenting with acute peptic ulcer bleeding”

Hemospray



Randomized controlled trial of hemostatic powder versus endoscopic clipping for non-variceal upper gastrointestinal bleeding

Felipe Iankelevich Baracat¹  · Diogo Turiani Hourneaux de Moura¹ · Vítor Ottoboni Brunaldi¹ · Caio Vinicius Tranquillini¹ · Renato Baracat¹ · Paulo Sakai¹ · Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura¹

Received: 24 December 2018 / Accepted: 18 March 2019
© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2019

Table 3 Main hemostatic outcomes

	Sample	Group		<i>p</i> [*]
		Hemospray	Hemoclip	
Primary Hemostasis	37 (94.9%)	19 (100%)	18 (90%)	0.487 ^a
Rebleeding	8 (22.9%)	5 (27.8%)	3 (15.8%)	0.572 ^a
Surgery needed	1 (2.6%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	0.455 ^a
Length of stay	8.39 ± 7.85	11.00 ± 10.09	5.94 ± 3.82	0.328 ^b
	Median = 7.0	Median = 8.5	Median = 5.0	
Death	8 (20.5%)	4 (21.1%)	4 (20%)	0.468 ^c

Over-the-scope clip (OTSC) represents an effective endoscopic treatment for acute GI bleeding after failure of conventional techniques

Raffaele Manta · Giuseppe Galloro · Benedetto Mangiavillano ·
Rita Conigliaro · Luigi Pasquale · Alberto Arezzo ·
Enzo Masci · Gabrio Bassotti · Marzio Frazzoni

Table 1 Indications for OTSC placement and main results

GI tract	Bleeding lesion	<i>n</i>	No. OTSC, N/T	Primary hemostasis, <i>n</i>	Rebleeding, <i>n</i>
Upper	Duodenal ulcer	12 ^a	3/9	11	1
	Gastric ulcer	6 ^b	2/4	6	1
	Mallory-Weiss	2	2/0	2	0
	Dieulafoy	2	2/0	2	0
	Surgical anastomosis	1	1/0	1	0
Lower	EMR	5	3/2	5	0
	ESD	1	0/1	1	0
	Colonic diverticulum	1	1/0	1	0

OTSC over-the-scope clip, GI gastrointestinal, N nontraumatic, T traumatic, EMR endoscopic mucosal resection, ESD endoscopic submucosal dissection



Classificazione delle varici (NIEC, NEJM 1988)

dimensione rispetto al raggio del lume dell'esofago:

- F1: varici di diametro inferiore a $1/3$ del lume
- F2: varici con diametro tra $1/3$ e $2/3$ del lume
- F3: varici di diametro superiore ai $2/3$ del lume

colore

- bianco o blu

segni rossi

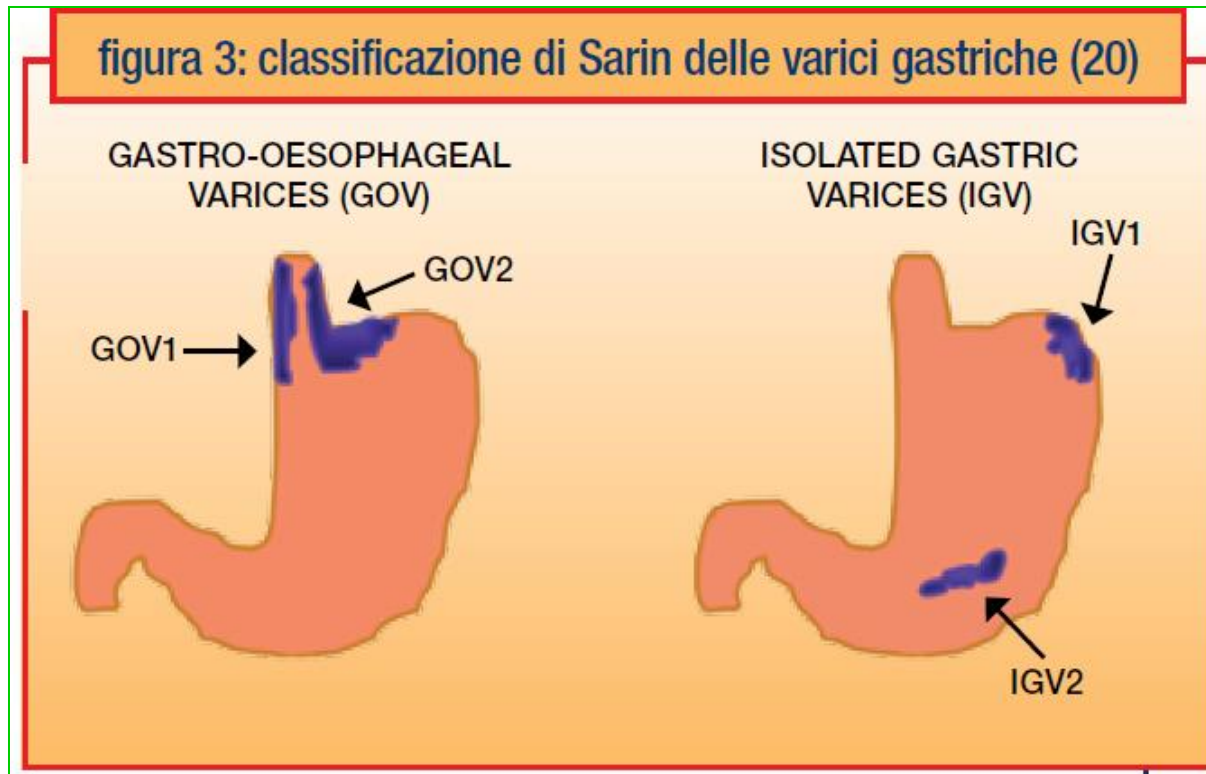
- red wale markings: lividi rossi a colpo di frusta
- cherry red spots: macchie color rosso ciliegia
- arrossamento diffuso
- cisti ematiche

localizzazione

alta, media o bassa.



Classificazione delle varici gastriche



Trattamento delle varici sanguinanti

- Trattamento complessivo che consiste di terapia endoscopica e medica (vasocostrittori e antibiotici)
- Trattamento di varici sanguinanti, presenza di «white nipple» o coagulo
- Presenza di varici di grosse dimensioni e sangue nello stomaco in assenza di altre cause di sanguinamento
- Iniezione di sostanze sclerosanti: atossisclerolo o tetracilsolfato
- Legatura elastica
- Stent ricoperti

De Franchis R et al. Baveno V. *J Hepatol* 1992; **15**: 256-261



Trattamento delle varici sanguinanti

Table 2 Endoscopic treatment of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis

Treatment comparisons	Number of trials	Number of patients	Failure to control bleeding OR (95%CI)	Mortality OR (95%CI)
Vasoactive drugs <i>vs</i> sclerotherapy	17	1817	-0.02 (-0.06-0.02)	-0.02 (-0.06-0.02)
EVL <i>vs</i> sclerotherapy	12	1309	0.025 (-0.004-0.046)	0.013 (-0.023-0.049)
Sclerotherapy + drugs <i>vs</i> sclerotherapy	8	1026	-0.132 (-0.181-0.084)	0.034 (-0.004-0.071)
Endoscopy + drugs <i>vs</i> endoscopy	8	939	1.12 (1.02-1.23)	0.73 (0.45-1.18)
Sclerotherapy + drugs <i>vs</i> drugs	4	400	-0.163 (-0.239-0.087)	-0.055 (-0.127-0.018)

In caso di sanguinamento incontrollato dalle terapie convenzionali

- Sonda di Sengstaken-Blakemore: efficace nell'80% dei casi ma associate a numerosi side effects
- Stent esofagei ricoperti (SEMS): efficace nel 90-100% dei casi ma alta recidiva di sanguinamento alla rimozione

Triantos C et al WJG 2014;20:13015



Conclusioni

Il ruolo dell'endoscopista nell'emorragia digestive è:

- Eseguire un endoscopia d'urgenza in condizioni di stabilità emodinamica
- Eseguirla nel tempo adeguato alla situazione clinica (6-24 ore)
- Effettuare una diagnosi e terapia efficace ad arrestare il sanguinamento