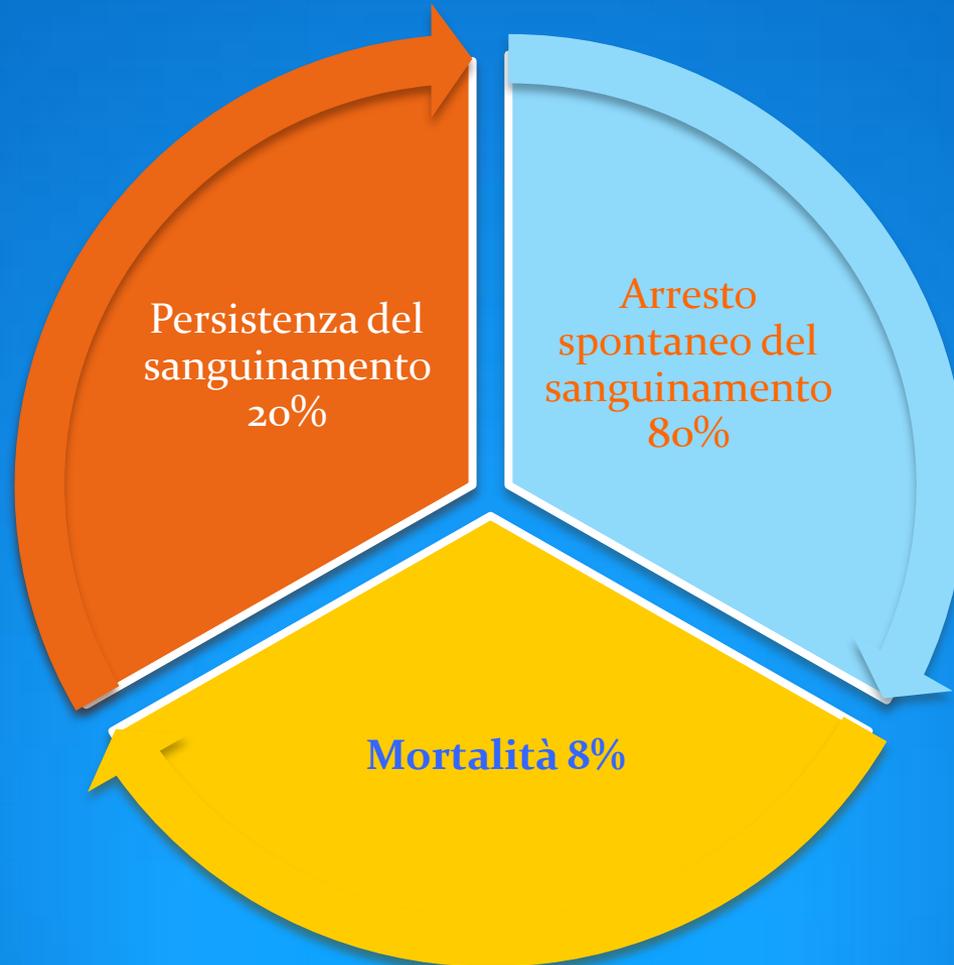


Emergenze gastroenterologiche

La stratificazione del rischio
nelle emorragie digestive del
tratto superiore

Dott.ssa Anna Felletti Spadazzi
Congresso regionale SIMEU 2013

Emorragia acuta del tratto digestivo superiore : una patologia insidiosa



Minimizzare il rischio basandosi su caratteristiche cliniche e reperti endoscopici

- Nel 1974 Forrest et al. pubblicano su Lancet un classificazione dei reperti endoscopici nelle U.G e U.D in relazione con il rischio di risanguinamento e di mortalità.
- Nel 1996 Rockal Hay et al. sviluppano uno score che calcoli il rischio di risanguinamento e di morte.
- Nel 2000 Blatchford et al. riportarono la validazione di una scala di rischio basata solamente su criteri clinici preendoscopici.
- Nel 2010 Marmo et al. Pubblicano la validazione dello score PNED ed il confronto con il Rockall.

Classificazione di Forrest

Classe	Aspetto delle lesione	% risanguinamento	% mortalità
Ia	Sanguinamento a getto	55%	11%
Ib	Sanguinamento a nappo	55%	11%
IIa	Vaso visibile sul fondo dell'ulcera	43%	11%
IIb	Coagulo adeso al fondo dell'ulcera	22%	7%
IIc	Ematina sul fondo dell'ulcera	10%	3%
III	Ulcera con fondo fibrinoso	5%	2%

Rockall score

Punteggio Rockall per la prognosi dei sanguinamenti del tratto gastrointestinale superiore

Variabili	0	1	2	3
Prima della endoscopia gastrointestinale superiore				
Età	< 60 anni	60-79 anni	=> 80 anni	
Shock	Non shock, PA > 100 mmHg, e FC < 100	Tachicardia, PA > 100 mmHg, e FC > 100	Ipotensione, PA < 100 mmHg	
Comorbilità	Non comorbilità maggiore		Patologia ischemica cardiaca, insufficienza cardiaca, qualsiasi comorbilità maggiori	Insufficienza renale od epatica, Cancro disseminato
Dopo l'endoscopia gastro intestinale superiore				
Diagnosi endoscopica	Mallory-Weiss o nessuna altra lesione trovata. Assenza di segni di recente emorragia	Tutte le altre diagnosi	Cancro gastrointestinale	
Segni di recente sanguinamento	Nessuna o base coperta di ematina		Sangue nel tratto gastrointestinale superiore, coagulo adeso, vaso visibile o sanguinante	

Legenda interpretativa dello score di Rockall

- Punteggio ≤ 3 basso rischio di risanguinamento. Potenzialmente il p.z. può essere dimesso direttamente dal DEA .
- Punteggio compreso tra 4 e 6 medio rischio di risanguinamento. Ricovero in un reparto di Gastroenterologia o di Medicina Interna se non disponibili posti letto gastroenterologici.
- Punteggio ≥ 7 alto rischio di risanguinamento. Ricovero in un reparto di terapia intensiva.

Score di Blatchford

Marker di rischio	Punteggio
Azotemia mg/dl	
≥ 18 e < 22	2
≥ 22 < 28	3
≥ 28 e < 70	4
≥ 70	6
Emoglobina (g / L) per gli uomini	
≥12.0 <13.0	1
≥10.0 <12.0	3
<10.0	6
Emoglobina (g / L) per le donne	
≥10.0 <12.0	1
<10.0	6
Pressione arteriosa sistolica (mm Hg)	
100–109	1
90–99	2
<90	3
Altri markers	
FC ≥ 100 (per minuto)	1
Presentazione con melena	1
Presentazione con sincope	2
Epatopatia	2
Scompenso cardiaco	2

Legenda interpretativa score di Blatchford

- **Punteggio ≤ 1** i p.z. può essere gestito anche in O.B.I. o la dimissione dal DEA e la programmazione di EGDS entro 24-48 h.
- **Punteggio ≤ 2** + stato emodinamico stabilmente normale rischio relativamente basso di mortalità e risanguinamento e l'EGDS può essere eseguita entro 24-48 h.
- **Punteggio ≥ 3** + stato emodinamico stabilmente normale EGDS entro 24 h

Score PNED

rischio di mortalità nel sanguinamento tratto digestivo superiore non varicoso

	1	2	3	4
Fattori di Rischio	ASA 3 Tempo tra emorragia e ricovero < 8 ore	Hb \leq 7 g/dL Età \geq 80 aa Insufficienza renale	Recidiva emorragica ASA 4 Neoplasia Cirrosi	Fallimento emostasi endoscopica

Legenda interpretativa dello score PNED

- Comprende un punteggio tra 0 e 24
- Se < 4 il rischio di mortalità è $< 5\%$ Basso Rischio
- Se > 9 il rischio di mortalità è del 33% Alto Rischio

Lo score PNED validato e confrontato con quello di Rockal nel 2010 è risultato essere più accurato

Fattori predittivi di risanguinamento e mortalità nelle emorragie sup non varicose

<i>Predittori di risanguinamento</i>	<i>Predittori di mortalità</i>
Dimensione dell'ulcera >20 mm	Età (>65 anni)
Presenza di stigmate ad alto rischio Forrest Ia -IIb	Condizioni generali scadenti (ASA 4-5)
Sede dell'ulcera (piccola curva, duodeno posteriore)	Comorbilità
Instabilità emodinamica all'esordio	Instabilità emodinamica
Comorbilità importante (ASA III IV)	Anemia acuta (Hb < 7 g/dl)
Somministrazione o meno di PPI e.v. post endoscopia	Necessità trasfusionale
Trattamento endoscopico sub ottimale	Ematemesi rosso vivo
Neoplasie	Sepsi

Classificazione ASA

Classe	Descrizione
I	Paziente sano
II	Paziente con malattia sistemica lieve e nessuna limitazione funzionale
III	Paziente con malattia sistemica grave e lieve o moderata limitazione funzionale
IV	Paziente con malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la vita
V	Paziente moribondo la cui sopravvivenza non è garantita per 24 h con o senza l'intervento chirurgico
VI	Paziente in morte cerebrale certificata in attesa di intervento per la donazione degli organi

A cosa serve la classificazione ASA?

- La classificazione dello stato fisico ASA (American Society of Anesthesiologists) è utilizzata per riferire in modo oggettivo delle condizioni cliniche di base del paziente.
- Con questa classificazione è possibile suddividere i malati in 5 categorie in modo tale da correlare la severità della patologia in atto con la morbilità e mortalità perioperatoria.

Conclusioni

- La valutazione iniziale del p.z. con emorragia digestiva alta viene affidata allo score di Blatchford che appare dalla letteratura più specifico, sensibile ed accurato dello score di Rockall “clinico” pre endoscopico.
- Lo score di Rockall “completo” viene invece impiegato per distinguere i p.z. ad alto rischio con necessità di livelli complessi di cura, da quelli a basso rischio dimissibili o ricoverabili in strutture a bassa intensità di cure.