

LE EMORRAGIE VARICOSE E NON VARICOSE:

Descrizione degli Algoritmi

Dr. Lucio Trevisani

Modulo Dipartimentale di Endoscopia Digestiva
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

GOVERNO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara università di ferrara
DA SECONDO ANNO, SULL'ORARIO AVANTI

Workshop

**LE EMERGENZE-URGENZE
IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA:**
Gestione Mediante Percorsi Integrati nella Realtà Ferrarese



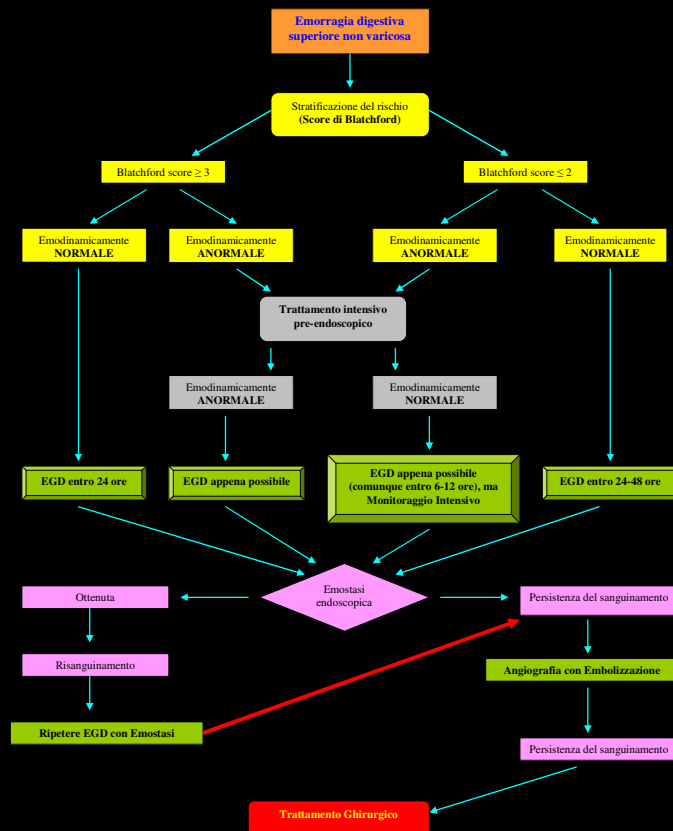
Venerdì 3 Dicembre 2010
Aula Magna dell'Università degli Studi
Via Savonarola, 9 — Ferrara

Con il Patrocinio delle Sezioni Regionali
AIGO — SIED — SIGE Emilia Romagna

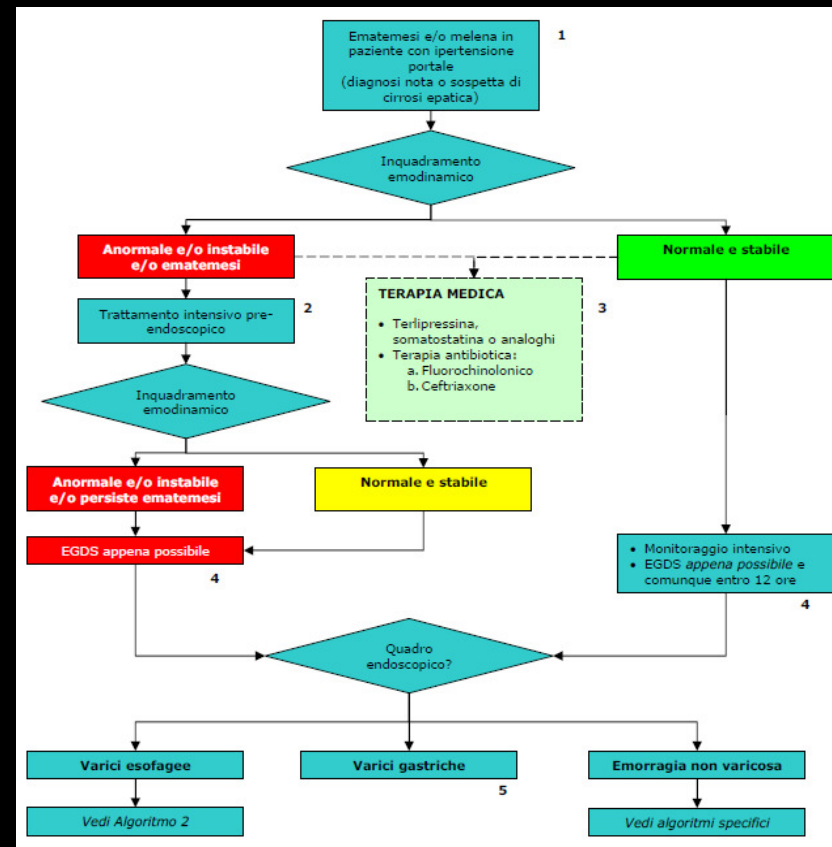
Crediti ECM richiesti per Medici ed Infermieri

ALGORITMI

Emorragie Non-Varicose



Emorragie Varicose



TIMING

- **Emergenza** (entro 2-4 ore): Pz. con sanguinamento in atto (*ematemesi, instabilità emodinamica, cirrotici con ematemesi e/o melena, ecc.*), ma solo dopo stabilizzazione emodinamica (*FC<100, PAS>100*). Consultare Anestesista. Se persiste instabilità, eseguire in S.O.
- **Urgenza** (entro 12-24 ore): melena e stabilità emodinamica. Pz. in TAO: con INR < 1,5
- **Urgenza-differibile** (entro 24-48 ore): Blatchford ≤ 2 e stato emodinamico persistentemente stabile

GUIDELINES

Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines

British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee

Guid 2002:51(Suppl 10)iv1.indd

Emorragie Non-Varicose

Table. Summary of Consensus Recommendations for the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding

Preendoscopy management:

- ✓ **Immediately evaluate and initiate appropriate resuscitation**
- ✓ **Prognostic scales are recommended for early stratification of patients**

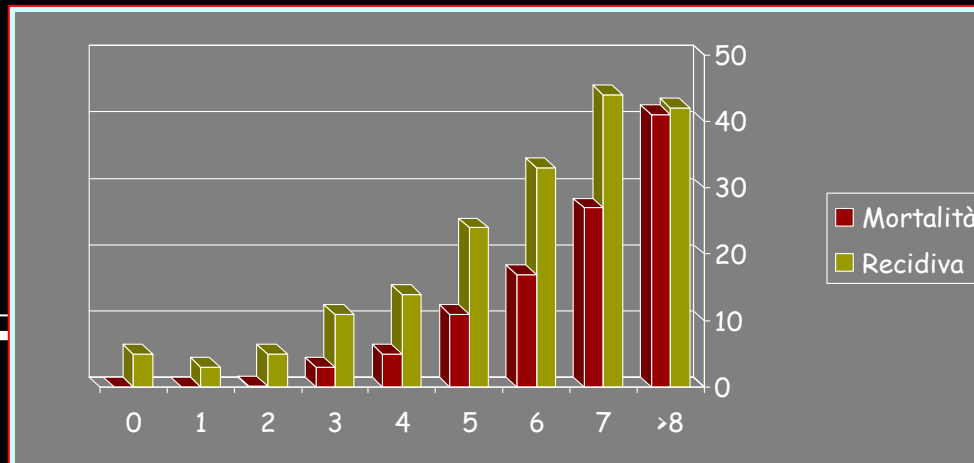
Stratificazione del Rischio (1)

Rockall Score

(Rockall TA. et al. – Gut 1996)

Variable	Score			
	0	1	2	3
Age [y]	<60	60–79	≥80	
Shock	No shock (systolic BP >100, pulse <100)	Tachycardia (systolic BP >100, pulse >100)	Hypotension (systolic BP <100, pulse >100)	
Comorbidity	Nil major		Cardiac failure, ischaemic heart disease, any major comorbidity	Renal failure, liver failure, disseminated malignancy
Diagnosis	Mallory Weiss tear, no lesion, and no SRH	All other diagnoses	Malignancy of upper GI tract	
Major SRH	None or dark spot		Blood in upper GI tract, adherent clot, visible or spurting vessel	

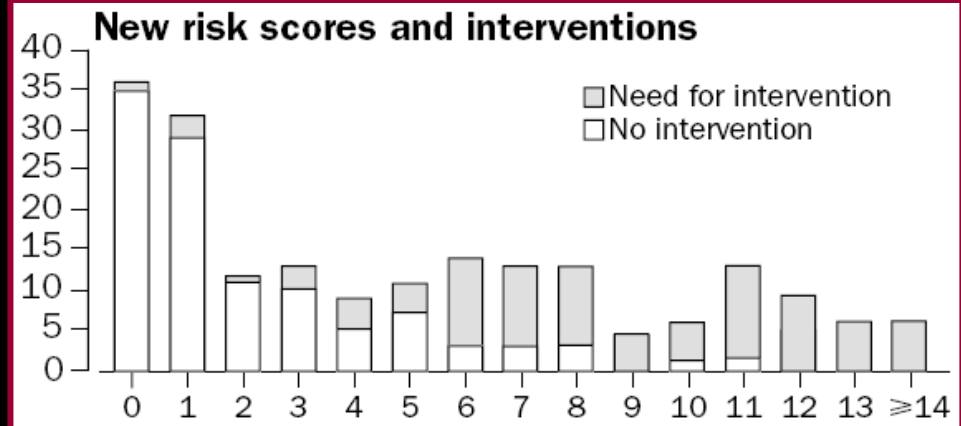
Each variable is scored and the total score calculated by simple addition.
SRH, stigmata of recent haemorrhage.



Srificazione del Rischio (2)

Score di Blatchford

Parametro	Punteggio
Azotemia (mg/dl)	
≥ 18 e < 22	2
≥ 22 e < 28	3
≥ 28 e < 70	4
≥ 70	6
Hb uomo (g/dl)	
≥ 12 e < 13	1
≥ 10 e < 12	3
< 10	6
Hb donna (g/dl)	
≥ 10 e < 12	1
< 10	6
Pressione sistolica	
≥ 100 e < 109	1
≥ 90 e < 99	2
< 90	3
Altri markers	
FC > 100 bpm	1
melena	1
sincope	2
scompenso cardiaco	2
epatopatia	2



A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage

Oliver Blatchford, William R Murray, Mary Blatchford

Lancet 2000;356:1318-21.

Table. Summary of Consensus Recommendations for the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding

Preendoscopy management:

- ✓ **Immediately evaluate and initiate appropriate resuscitation**
- ✓ **Prognostic scales are recommended for early stratification of patients**
- ✓ **Consider placement of a nasogastric tube**
- ✓ **Blood transfusions should be administered to a patient with Hb $\leq$ 70 g/L**
- ✓ **Correction of coagulopathy is recommended but should not delay endoscopy**
- ✓ **Preendoscopic PPI therapy may be considered to downstage the endoscopic lesion and decrease the need for endoscopic intervention but should not delay endoscopy**

TIMING DELL'ENDOSCOPIA

- Non esistono evidenze sufficienti per **raccomandazioni forti** sui tempi dell'esame endoscopico
- Le raccomandazioni delle LG suggeriscono EGD **entro 24 ore**

Annals of Internal Medicine

CLINICAL GUIDELINES

International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding

Alan N. Barkun, MD, MSc (Clinical Epidemiology); Marc Bardou, MD, PhD; Ernst J. Kuipers, MD; Joseph Sung, MD; Richard H. Hunt, MD; Myriam Martel, BSc; and Paul Sinclair, MSc, for the International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group*

Ann Intern Med. 2010;152:101-113.

American Society For Gastrointestinal Endoscopy

ASGE guideline: the role of endoscopy
in acute non-variceal upper-GI hemorrhage



GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY VOLUME 60, NO. 4, 2004

TIMING DELL'ENDOSCOPIA: Sanguinamento NON-VARICOSO

Instabilità
emodinamica **NON**
corretta

Appena possibile,
con Anestesista in
Sala Operatoria

Blatchford ≥ 3

Instab. emodinamica
corretta

Appena possibile, con
Anestesista (sede da valutare)

Emodinamicamente
normale

Entro 24 ore, in Endoscopia

Blatchford ≤ 2

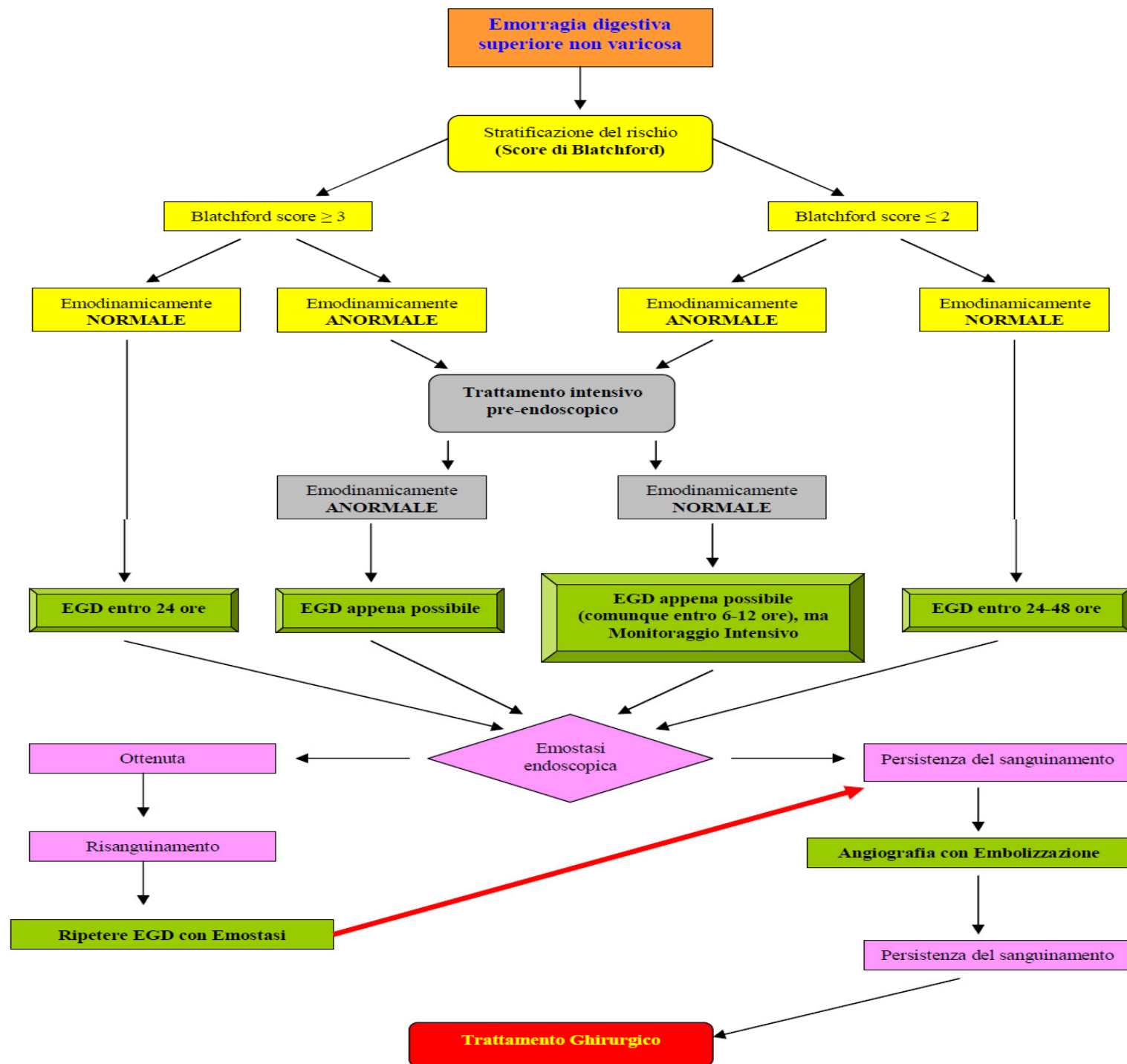
Instab. emodinamica
corretta

Entro 6 ore, con Anestesista
(sede da valutare)

Emodinamicamente
normale

Entro 24-48 ore, in
Endoscopia

Emorragia Non-Varicosa



Emorragie varicose

TIMING DELL'ENDOSCOPIA: Sanguinamento VARICOSO

Paziente stabile
emodinamicamente



Appena possibile -
comunque entro 12 ore
(sede da valutare)

Pz. instabile
(persistentemente o
corretto) e/o
ematemesi



Appena possibile, con
Anestesista (da valutare
se in S.O. o in
Endoscopia)

Emorragie Varicose: **TERAPIA MEDICA (1)**

- Il trattamento con **farmaci vasoattivi** deve essere iniziato appena possibile (*prima della EGD*) e proseguito per 3-5 gg.
- La **profilassi antibiotica** è efficace nel ridurre il rischio di recidiva di sanguinamento e la mortalità. Deve essere proseguita per 7 gg.

AASLD PRACTICE GUIDELINES

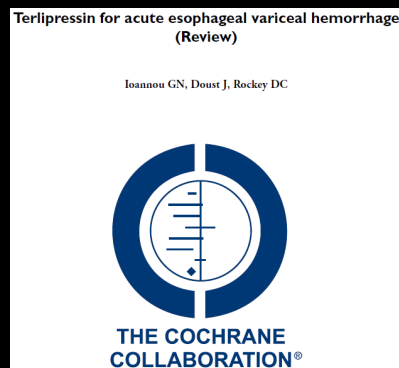
Prevention and Management of Gastroesophageal Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis

Guadalupe Garcia-Tsao,¹ Arun J. Sanyal,² Norman D. Grace,³ William Carey,⁴ and the Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases, the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology

HEPATOLOGY, Vol. 46, No. 3, 2007

Emorragie Varicose: **TERAPIA MEDICA (2)**

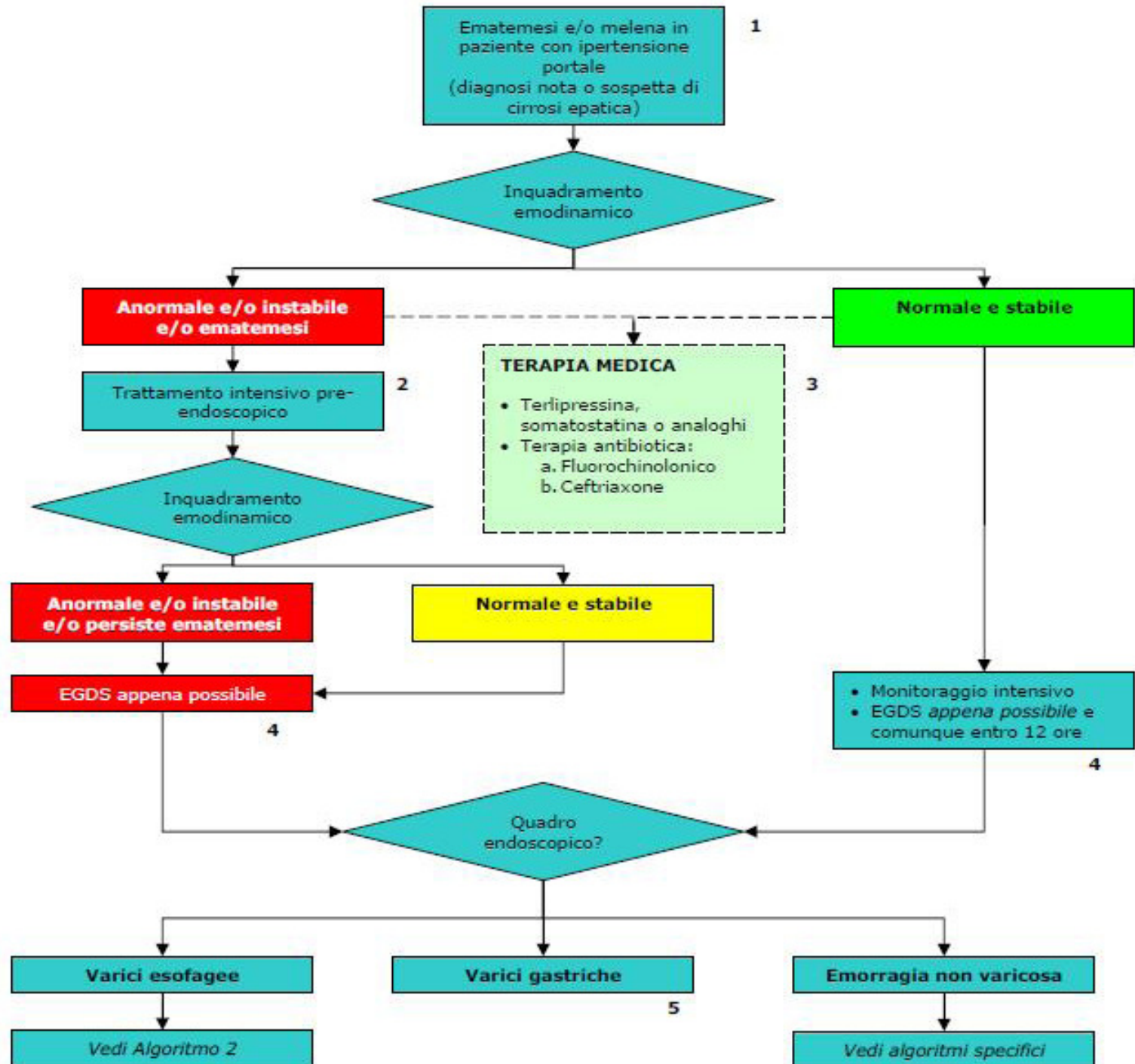
- On the basis of a 34% relative risk reduction in mortality, terlipressin should be considered to be effective in the treatment of acute variceal hemorrhage.
- Further, since no other vasoactive agent has been shown to reduce mortality in single studies or meta-analyses, **terlipressin might be the vasoactive agent of choice in acute variceal bleeding.**



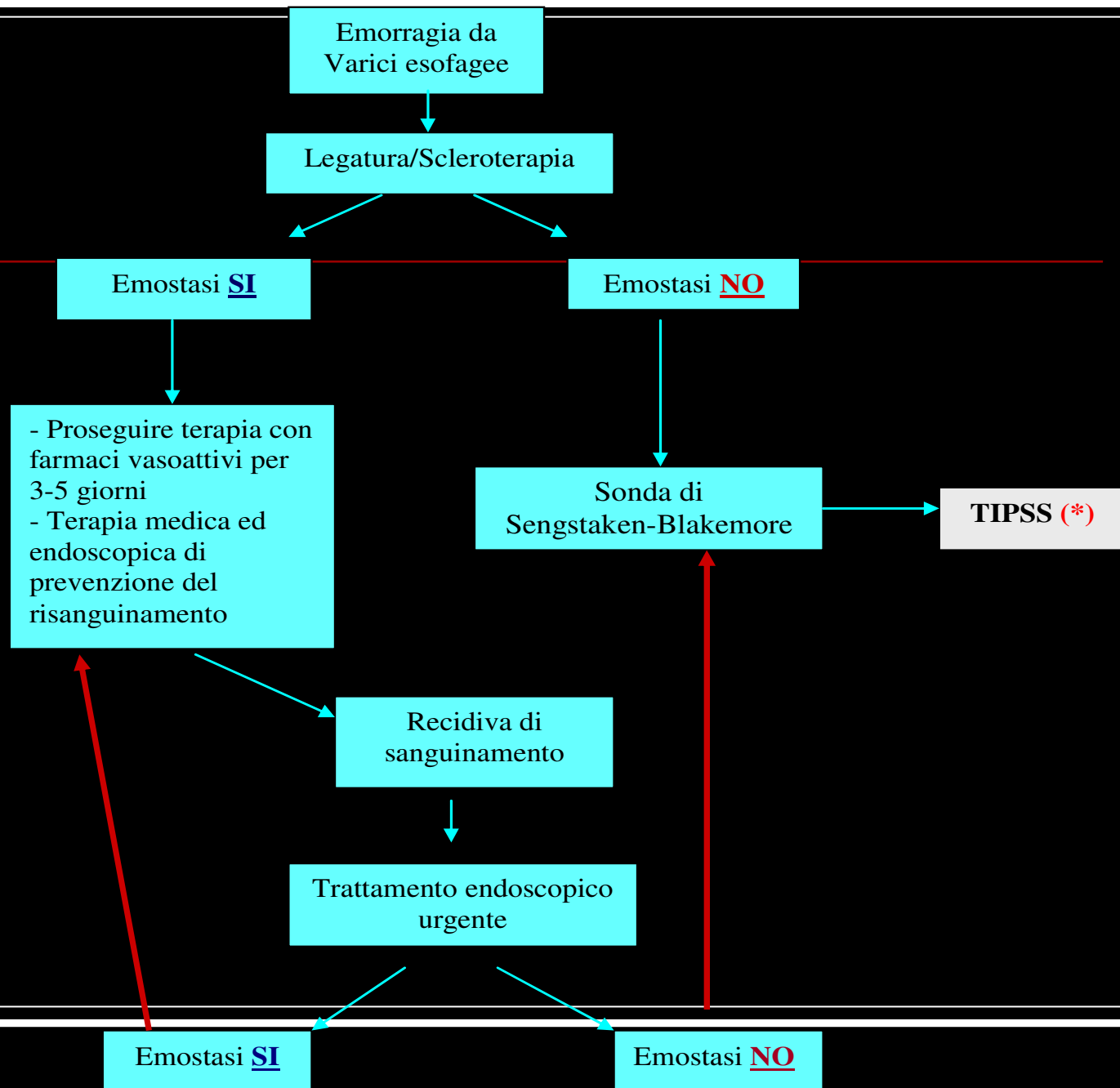
This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2009, Issue 1

<http://www.thecochranelibrary.com>

Paziente Cirrotico con Emorragia



Trattamento Varici Esofagee



Osservazione e Rícovero

OSSERVAZIONE E RICOVERO (1)

Tutti i Pz. con ematemesi o melena accertata vanno trattenuti:

- ✓ Se PAS>100, FC<100, **Non** patol. associate:
OBI in attesa EGD
- ✓ Se PAS>100, FC<100, **Con** patol. associate:
Gastroenterologia o MURG in attesa di EGD
- ✓ Se Cirrosi:
Gastroent. (MURG se non disponibile letto in Gastro.)
- ✓ Se ottenuta emostasi con EGD e il Paziente è stabile:
Ricovero in Gastro. o MURG (in rapporto alla disponibilità)

OSSERVAZIONE O RICOVERO (2)

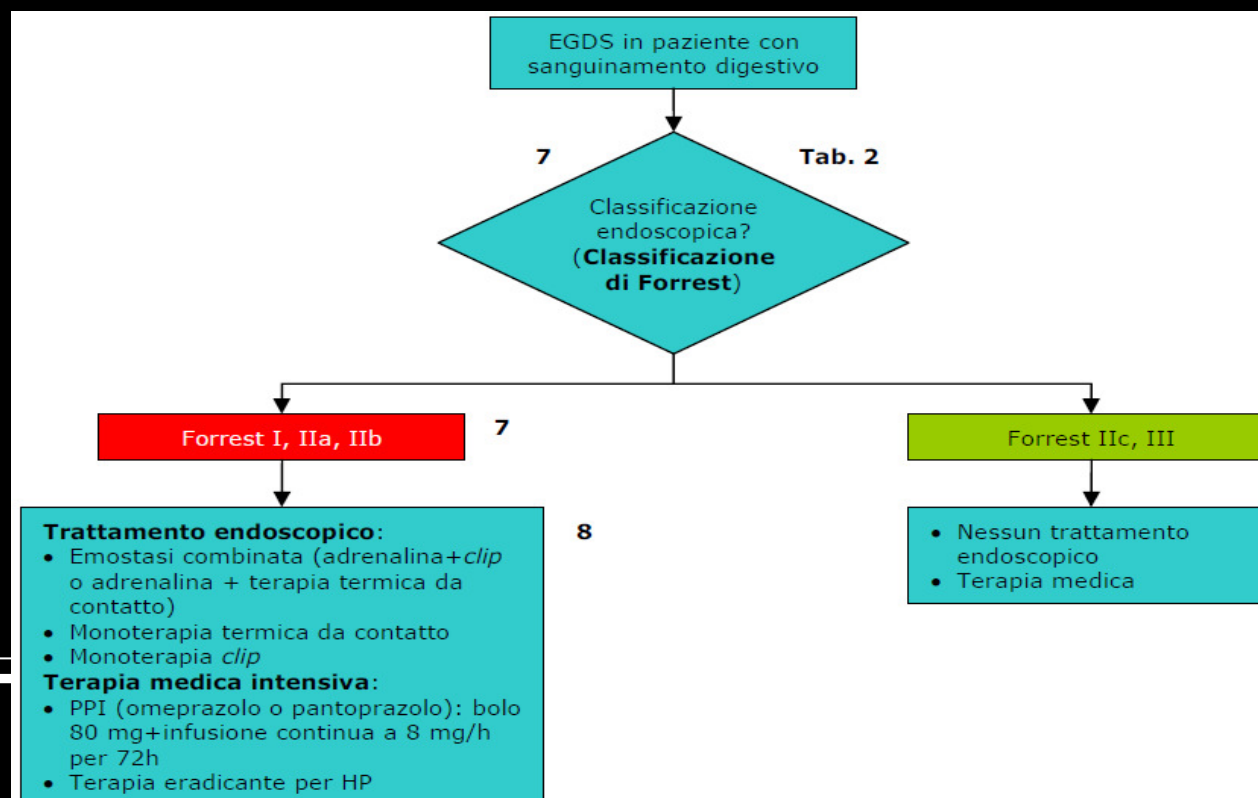
E' POSSIBILE DIMISSIONE ENTRO 24 ORE SE:

- Non ci sono stati segni di shock
 - Non è stata eseguita emostasi endoscopica (*Forrest IIc, III*)
- 

Quando Eseguire Emostasi Endoscopica

Tab. 3 Classificazione di Forrest

CLASSE	ASPETTO DELLA LESIONE	% RISANGUINAMENTO	% MORTALITA'
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



OSSERVAZIONE O RICOVERO (2)

E' POSSIBILE DIMISSIONE ENTRO 24 ORE SE:

- Non ci sono stati segni di shock
- Non è stata eseguita emostasi endoscopica (*Forrest IIc, III*)
- Hb>8 (*>10 se età>65 con patologie cardiache o polmonari*)
- Nessuna patologia associata

Negli altri casi: Ricovero in GASTROENTEROLOGIA o MURG

Grazie per l'Attenzione!