

Hemoragia variceală activă – ce hemostază alegem?

Dr. RUXANDRA ALBU*, Dr. GABRIEL CONSTANTINESCU*, Dr. ANA MARIA POPESCU*,
Dr. CAMELIA CHIONCEL*, Dr. ANDREEA HORTOPAN*,
Conf. Dr. MIRCEA BEURAN†, Dr. IORDACHE FLORIN†

* Secția de Gastroenterologie, Spitalul Clinic de Urgență București

† Clinica de Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgență București

Autor pentru corespondență: Dr. RUXANDRA ALBU, Spitalul de Urgență Floreasca, București,
Calea Floreasca 8, Sector 1, București, e-mail: albi@home.ro

Abstract: The variceal hemorrhage is a severe pathologic condition. The literature proposes two types of hemostasis, both of them costly: sclerotherapy and endoscopic banding.

Sclerotherapy is technically easier, but has a lot of complications. Banding is difficult for a less experimented endoscopist, but more efficient, even if it is more expensive.

This study tries to evaluate the efficiency of the endoscopic banding versus sclerotherapy in the active variceal hemorrhage.

It is a prospective analysis of 92 patients with active variceal hemorrhage, between November 2002 and January 2004.

The hemostasis was performed only if the bleeding site was represented by cardinal or subcardinal – 2-3 cm under cardia-esophageal varices.

The patients were endoscopically evaluated at 30 minutes, then after 2 days and 7-10 days after the hemostasis.

Banding was clearly better than sclerotherapy. It ameliorates the short term prognosis of the patients with esophageal varices.

Key words

variceal hemorrhage, endoscopic hemostasis, sclerotherapy, endoscopic banding.

Introducere

Hemoragia variceală în ciroza hepatică este o condiție patologică foarte gravă.

Hemoragia digestivă superioară variceală reprezintă între 10 și 30% din totalul hemoragiilor tubului digestiv superior [1] și prin consecințele ei este cea mai gravă hemoragie la acest nivel. Circa 60% dintre pacienții cu ciroză hepatică dezvoltă varice esofagiene, în timp ce 30% sângerează din varice [2].

Cu toate că cea mai mare parte a hemoragiilor variceale sunt autolimitate (cca 55-70%), mortalitatea se menține ridicată mai ales din cauza celor care se prezintă la laboratorul de endoscopie cu hemoragie

variceală activă. Rata mortalității la primul episod de hemoragie variceală variază mult între 10 și 50%, majoritatea deceselor producându-se în primele 4-6 săptămâni de la debut [3]. Injectarea endoscopică de substanțe sclerozante este una din modalitățile de bază, eficiente, de abordare a hemoragiilor variceale active. Chiar dacă este efectuată de medici experimentați, resângerarea precoce postscleroterapie ajunge la un procent de aproximativ 30-35%, iar mortalitatea intraspitalicească în hemoragia activă ajunge la 25%.

În spitalul nostru explorarea endoscopică a fost dimensionată ca să acopere, într-o manieră continuă, urgențele de diagnostic și tratament care survin în bolile digestive. În laboratoarele noastre de endoscopie se practică un număr de circa 10000-11000 de endoscopii digestive superioare pe an, din care aproximativ 487-670 sunt hemoragii digestive superioare (HDS), iar 112-148 sunt hemoragii variceale.

Sunt deja 6 ani de când echipa de medici endoscopiști, împreună cu clinica de chirurgie și ATI, a introdus tehnicile de hemostază endoscopică. Scleroterapia endoscopică, injectarea direct în varicele esofagiene de substanțe sclerozante, alcool absolut sau Aethoxisklerol, este folosită de rutină ca tehnică de hemostază din 1998, iar ligatura cu benzi elastice este folosită din 1999 [4, 5]. Dat fiind că ambele procedee sunt costisitoare, hemostaza endoscopică în general, dar mai ales ligatura cu benzi elastice, ele nu au fost aplicate în toate cazurile în care erau necesare.

Din estimările noastre efectuate pe bolnavii ultimilor 6 ani, ligatura endoscopică este mai eficientă ca oricare tehnică anterioară de hemostază (sonda Blake-more, Octrotide i.v, scleroterapia endoscopică).

La bolnavii la care s-a efectuat procedeele în plină sângereare sau imediat, într-un moment de oprire sau scădere a intensității ei, s-a remarcat o eficiență deosebită, eficiență care a determinat amortizarea lui financiară doar prin reducerea consumului de sânge și a timpului de spitalizare.

Scopul studiului este evaluarea eficienței medicale și economice a hemostazei endoscopice prin bandare versus injectare de sclerozante.

Materiale și metode

A fost analizat prospectiv un număr de 92 de pacienți cu HDS activă variceală în perioada noiembrie 2002 – ianuarie 2004. Toți acești pacienți au fost urmăriți pe perioada spitalizării și cel puțin două săptămâni după externare. Diagnosticul endoscopic a fost criteriul selecției loturilor de pacienți. Ca urmare, a fost utilizată baza de date endoscopice aflată în calculatoarele laboratorului de endoscopii digestive ale Spitalului. Fiecare explorare a consemnat de la început datele pacientului, motivul trimiterii, diagnosticul clinic, diagnosticul endoscopic, procedeul terapeutic efectuat.

Laboratorul de endoscopie digestivă al Spitalului funcționează 24 de ore/zi, are 7 medici specialiști gastroenterologi care lucrează intervențional în condiții de hemoragie digestivă superioară (efectuează scleroterapie și ligaturi cu benzi elastice). Fiecare din medicii implicați în studiu are un număr de peste 1000 (1125–10222) de endoscopii digestive superioare înregistrate în computer. Laboratorul utilizează endoscoape și dispozitive Olympus; videoendoscoape Evis Exera Gif Q 145 cu procesor Evis 160 și 145, precum și 2-4 asistente medicale specializate. Laboratorul are facilități de puls oximetrie, oxigen, medici reanimatori care pot interveni în situațiile critice.

S-a practicat endoscopie digestivă superioară la 94% dintre pacienții cu HDS în primele 6 ore de la internare sau din momentul primei suspiciuni de diagnostic – dacă pacientul era deja internat – după echilibrare hemodinamică prealabilă efectuată în unitatea de primire a urgențelor sau în secțiile spitalului.

Tentativa de hemostază s-a aplicat doar dacă sediul sângerării era reprezentat de varice esofagiene, cardiale și subcardiale – primii 2-3 cm sub cardia. Cazurile în care sediul sângerării era gastric – la peste 3 cm de cardia – nu au fost incluse în studiu.

Resângerarea a fost înregistrată ca repetarea sângerării în 48 de ore.

Așa cum s-a specificat mai sus, au fost analizați prospectiv 92 de pacienți cu hemoragie digestivă superioară activă, cauzată de varice esofagiene și/sau gastrice în primii 2-3 cm sub cardia.

Proveniența bolnavilor a fost următoarea: 14 – de la secțiile de chirurgie, 18 – din Secția de Terapie Intensivă, 19 – din secția de Gastroenterologie, 41 – direct de la Camera de Gardă – Unitatea Primire Urgențe Majore.

În ce privește caracteristicile grupului ales: 61% au fost bărbați și 39% femei cu vârste între 26 și 88 de ani; 66 de pacienți (76%) cu hemoglobina sub 8 g/dl (înregistrare efectuată la intervale scurte sau chiar în timpul episodului hemoragic) și diferite semne de instabilitate hemodinamică în perioada de 6 ore înaintea procedurii. Durata de spitalizare între 1 și 35 de zile.

Tabel 1

Număr total de cazuri cu HDS activă – varice esofagiene	92
Proveniența bolnavilor cu HDS variceală	
– Secția de Chirurgie	14
– Secția de Terapie Intensivă	18
– Secția de Gastroenterologie	19
– Camera de Gardă	41
Repartiția pe sexe	
– bărbați	61
– femei	31
Vârsta (valori extreme)	26–87
Durata de spitalizare (valori extreme)	1–35 zile

Întrucât endoscopia digestivă superioară a fost efectuată de 7 medici, am stabilit de comun acord să împărțim varicele esofagiene în 2 categorii:

mici – cele de gradul 1 și 2 din clasificarea Conn-

spoturi roșii/varice pe varice

mari – gradul 3/4 sau gradul 2 cu spoturi roșii

Bolnavii au fost împărțiți în două loturi. Lotul A, format din 48 de pacienți cu hemoragie activă care au fost trimiși la laborator cu intenția de hemostază endoscopică prin injectare de sclerozant. Lotul B, de 44 de pacienți, care au fost repartizați pentru bandare cu dispozitive 6 Shooter – Wilson Cook. Pacienții au fost urmăriți până în momentul externării. În scop diagnostic sau terapeutic au fost utilizate fibro-endoscoape Olympus cu vedere axială, cu un canal, echipate cu camera video Olympus și video-endoscop cu procesor Evis Exera. Substanța folosită pentru sclerozare a fost alcoolul absolut (în cantitate de 0,2 – 0,5 ml per varix) în total max 2,5 ml alcool/ședință. Au fost utilizate ace și injectoare Olympus cu garda de 5 mm. Medicii care au participat la proceduri au o experiență endoscopică de peste 1125 de endoscopii.

Tehnica injectării și protocolul urmăririi și îngrijirii bolnavului au respectat câteva principii:

1. injectarea sub sediul sau în sediul de sângerare când acesta este evident;
2. în toate cazurile, injectarea intra- și paravariceală la nivelul cardiei pe toată circumferința;
3. dozele de sclerozant injectate paravariceal au fost din punct de vedere cantitativ jumătate față de cele intenționate a fi injectate intravariceal; dacă sângerarea a fost determinată de ulcere postscleroterapie s-a injectat doza minimă intravariceal chiar sub sediul ulcerului; dacă sângerarea a fost imediat sub cardia s-a injectat în sediul de sângerare;
4. după procedura de injectare, pacienții au fost recontrolați endoscopic în primele 20-40 de minute.

5. în următoarele 24-48 de ore au avut sondă de aspirație nazogastrică;

6. pentru diminuarea efectului ulcerelor postscleroterapie toți pacienții au primit antisecretorii injectabile, antagoniști de receptori H_2 sau inhibitori de pompă de protoni.

Bandarea s-a efectuat după următoarele principii:

1. inelele au fost montate începând cu zona cardiacă, primul montându-se imediat sub locul de sângerare;
2. dacă sediul sângerării nu a fost identificat punctual, s-a bandat zona cea mai distală cu puțință a esofagului;
3. dacă zona de sângerare a fost imediat sub cardia s-a bandat chiar pe sediul de sângerare;
4. numărul maxim de inele per ședință – 6;
5. în următoarele 24-48 de ore au avut doar facultativ sondă de aspirație nazogastrică;
6. în situația în care hemoragia nu s-a oprit sau a apărut resângerarea s-a efectuat un nou control endoscopic;
7. pentru diminuarea efectului ulcerelor postscleroterapie toți pacienții au primit antisecretorii injectabile, antagoniști de receptori H_2 sau inhibitori de pompă de protoni;

Bandarea s-a efectuat cu dispozitiv 6 Shooter – Wilson Cook. Primul inel s-a montat pe trunchiul care a determinat sângerarea și mai apoi au fost bandate celelalte trunchiuri proeminente, începând de la cardia.

Cazurile la care hemoragia s-a oprit spontan sau cu sondă Blakemore, dar la care hemostaza s-a efectuat mai apoi prin injectare sau bandare, au fost contabilizate în loturile respective.

S-au stabilit următoarele criterii de eficacitate:

1. hemostaza la 30 de minute – criteriu obligatoriu de eficiență;
2. aspirat negativ pe sonda nazogastrică la 5-6 ore de la intervenție;
3. nereluarea hemoragiei în primele 2 zile după care s-a efectuat o nouă endoscopie;
4. urmărirea la 8-14 zile a resângerărilor prin ulcere postscleroterapie – postbandare.

Rezultate

Prelucrarea statistică a datelor s-a făcut cu ajutorul „Programului de prelucrare statistică avansată a datelor” – SPSS varianta 8.0. Pentru calcularea semnificației statistice s-a folosit o corelație tip McPearson.

La lotul A, 48 pacienți ($t = 7,66$; $sign. = 0,83$ pe un interval de încredere de 95% – lot omogen din punct de vedere statistic). La 42% s-au consemnat varice mici iar la 48% au fost cu varice mari. Intenția de injectare s-a materializat la 96%. La 4% din pacienți injectarea

nu s-a putut efectua (reapariția instabilității hemodinamice, probleme de vizibilitate, intoleranța pacientului, probleme tehnice apărute pe parcursul procedurii).

La lotul A hemostaza endoscopică s-a reușit la 81% dintre pacienți.

Ceialți 19% au continuat să sângereze și după plecarea din laboratorul de endoscopie sau în următoarele 3 ore și au beneficiat de alte metode de hemostază (inclusiv montare de sondă Blakemore).

Resângerarea la 26%.

Mortalitatea 26,28% ($t = 1,18$; $sign. = 0,447$ pe un interval de încredere de 95% – lot omogen din punct de vedere statistic) în primele 14 zile. Mortalitate specifică: varice mici = 5%, iar varice mari = 46,15%. Consumul mediu de sânge pe primele 72 de ore 6 UI. Ulcere hemoragice postscleroterapie 18%.

Lot A – Terapie injectabilă (cifre absolute)

	Varice mici	Varice mari	TOTAL
Nr. pacienți	20	26	46
Hemostază eficientă	18	19	27
Hemostază ineficientă	2	7	9
Resângerare	2	6	8
Transfuzii la 72 de ore	24	78	102
Mortalitate	1	12	13

La lotul B, 44 de pacienți ($t = 6,66$; $sign. = 0,095$ pe un interval de încredere de 95% – lot omogen din punct de vedere statistic): 41% cu varice mici, 49% cu varice mari. Intenția de bandare s-a concretizat la 92%.

La 8% din pacienți ligaturarea varicelor nu s-a putut efectua (probleme de vizibilitate, reapariția instabilității hemodinamice, intoleranța pacientului, prelungirea excesivă a procedurii, probleme tehnice apărute pe parcursul procedurii).

Hemostaza s-a efectuat în proporție de 88%.

Ceialți 12% au continuat să sângereze și după plecarea din laboratorul de endoscopie sau în următoarele 3 ore și au beneficiat de alte metode de hemostază (inclusiv montare de sondă Blakemore).

Resângerarea a apărut la 16 pacienți.

Mortalitatea globală la 14 zile de la internare a fost de 22,5% ($t = 1,28$; $sign. = 0,421$ pe un interval de încredere de 95% – semnificativ statistic). Mortalitatea specifică: varice mici = 5,88%, iar varice mari = 39,13%.

Consum mediu de sânge pe primele 72 de ore 3 UI; ulcere hemoragice postbandare 7%.

Lot B – Bandare (cifre absolute)

	Varice mici	Varice mari	TOTAL
Nr. pacienți	17	23	40
Hemostază eficientă	16	19	35
Hemostază ineficientă	1	4	5
Resângere	1	5	6
Transfuzii la 72 de ore	6	27	33
Mortalitate	1	8	9

Discuții

Hemoragia variceală activă este o condiție patologică de mare gravitate. Atunci când am întâlnit-o la explorarea endoscopică, mortalitatea în cursul spitalizării a fost în jur de 20-25%. Cu toate că cele mai multe lucrări au o viziune relativ optimistă asupra posibilităților intervenționale în această patologie, rezultatele și, în special, parametrul mortalitate indică o cotă foarte importantă de ineficiență.

Van Ruiswyk și col. [6] au realizat hemostază la 91%, resângere 20%, dar cu mortalitate de 25% în timpul internării.

Sarin și col. [7] arată o rată de resângere pe termen lung de 45% și conchid că scleroterapia este superioară tratamentului neintervențional doar în stadiile finale ale bolii, dar nu influențează rata hemostazei și a mortalității precoce.

Așa cum arată și alte date din literatură, bandarea este net superioară scleroterapiei – indiferent de substanța utilizată.

Din experiența noastră preliminară bandarea are câteva avantaje față de terapia injectabilă:

1. eficiența mare pe episodul hemoragic;
2. avantajoasă pentru varicele mari;
3. avantajoasă atunci când sediul de sângere este cert și când soluția de continuitate a trunchiului variceal este mare;
4. scade cifra mortalității la bolnavii stabiliți, dar care au venit cu HDS severe în șoc hemoragic;
5. dacă se efectuează după montare de sondă Blakemore sau precoce după scleroterapie – este de asemenea eficientă;
6. risc mai mic de resângere din ulcere postintervenționale;
7. scade consumul de sânge și durata spitalizării pe timpul episodului hemoragic.

Dezavantajul bandării, pentru România

Cost mare la început în condițiile în care unitățile spitalicești nu asigură finanțarea dispozitivului.

Tehnica este dificilă pentru endoscopiștii neantrenați – care au teamă de utilizarea ligaturului.

Relativ dificil de lucrat în hemoragie acută.

Dificil de lucrat dacă aparatele nu funcționează corect (canalele, aspiratoarele, valvele – trebuie să fie în perfectă stare de funcționare).

Concluzii preliminare

- Hemostaza prin bandare este net superioară sub aspect global în hemoragiile acute la nivelul varicelor esofagiene.
- Indicația numărul unu a bandării este HDS variceală activă pe varice mari.
- Costurile bandării se amortizează prin scăderea consumului de sânge încă de la prima ședință.
- Deși inferioară ca eficiență, injectarea varicelor este un procedeu mai ușor de realizat tehnic în hemoragia activă; de asemenea pe varicele mici sau leziuni Mallory Weiss. Pe varice mici injectarea este o metodă eficientă.
- Ligatura varicelor esofagiene ameliorează prognosticul pe termen scurt al bolnavilor cu varice hemoragice.

Bibliografie

1. Roberts LR, Kamath PS. Pathophysiology and treatment of variceal hemorrhage. *Mayo Clin Proc* 1996; 71(10):973-983.
2. Poynard T, Cales P, Pasta L, et al. Beta-adrenergic-antagonist drugs in the prevention of gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis and esophageal varices. An analysis of data and prognostic factors in 589 patients from four randomized clinical trials. *N Engl J Med* 1991;324(22):1532-1538.
3. Sung JJ, Chung SC, Lai CW, et al. Octreotide infusion or emergency sclerotherapy for variceal hemorrhage. *Lancet* 1993; 342:637-641.
4. Hou MC, Lin HC, Kuo BIT, et al. Comparison of endoscopic variceal injection sclerotherapy and ligation for the

5. Laine L, Stein C, Sharma V. Randomized comparison of ligation versus ligation plus sclerotherapy in patients with bleeding esophageal varices. *Gastroenterology* 1996;110:529-533.
6. Van Ruiswyk J, Byrd JC. Efficacy of prophylactic sclerotherapy for prevention of first variceal hemorrhage. *Gastroenterology* 2002;102:587-597.
7. Sarin SK, Gupta RKC, Jain AK, Sundaram KR. A randomized controlled trial of endoscopic variceal band ligation for primary prophylaxis of variceal bleeding. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;8:337-342.