

A felső tápcsatornai vérzések etiológiai, klinikai és diagnosztikai megközelítése

Szöcs Katalin, Szalman Krisztina, Bancu Ligia Ariana, Brassai Zoltán

Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, 2. sz. Belgyógyászati Klinika

Aspectele etiologice, clinice și diagnostice ale hemoragiilor digestive superioare

Hemoragiile digestive superioare (HDS) reprezintă urgențe majore gastro-enterologice frecvente. Mortalitatea prin HDS, și în zilele noastre, este de 5-15%. Scopul studiului nostru a fost analiza complexă a cazurilor de HDS în cazuistica Clinicii Medicale II din Târgu Mureș între anii 2005-2009. Am analizat statistic documentația unui grup de 107 pacienți internați cu diagnosticul de HDS, am considerat severitatea sângerării, factorii clinici de prognostic, etiologia, manifestările clinice, bolile asociate, respectiv rolul endoscopiei digestive superioare în diagnosticul acestei entități clinice. Conform rezultatelor noastre, am găsit HDS a fi mult mai frecvent la sexul masculin după vârsta de 50 ani. Diagnosticul etiologic cel mai frecvent a fost ulcerul peptic, iar manifestarea clinică a fost melenă în majoritatea cazurilor. Evaluarea preendoscopică, aprecierea severității hemoragiei și a riscului de resângere, respectiv aplicarea urgentă a metodelor terapeutice reprezintă punctul foarte critic în scăderea mortalității și morbidității. Efectuarea endoscopiei digestive superioare este util în diagnosticul HDS în majoritatea cazurilor.

Cuvinte cheie: hemoragii digestive superioare, mortalitate, endoscopie

Upper gastrointestinal bleedings: etiological, clinical and diagnostic aspects

Upper gastrointestinal bleedings (UGIB) represent very frequent emergencies in gastroenterology. The mortality in UGIB still remained 5-15% in the last few decades. The aim of our study was a complex evaluation of UGIB cases. We studied the registry of the 2nd Medical Clinic from Târgu Mureș between 2005 and 2009. We found 107 UGIB cases during this period, and with statistical analyses we considered the severity of bleeding, scoring systems to select high-risk patients in rebleeding, etiology, clinical manifestations and comorbidity, and the role of endoscopy in the diagnosis of bleeding. We found UGIB to be more frequent in male patients, after the age of 50. As etiological diagnosis we found in most of the cases peptic ulcer disease, and melaena as clinical manifestation. Preendoscopic evaluation, the prediction of rebleeding using clinical scoring systems and the application of urgent therapeutical methods are the critical points in decreasing the mortality and morbidity in UGIB. Upper gastrointestinal endoscopy must be used for the diagnosis in patients presenting with UGIB.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, mortality, endoscopy

Orvostudományi Értesítő, 2009, 82 (1): 19-23

www.orvtudert.ro

A felső tápcsatornai vérzések (FTV) egyik leggyakoribb vészhelyzetet jelentik a gasztroenterológiában. A modern endoszkópos eljárások széles körű alkalmazása ellenére, a FTV kórismézésében és kezelésében, a kórkép mortalitása nem csökkent az utóbbi évtizedekben, statisztikai adatok szerint 5-15%-ra tehető [2,12]. Tekintve, hogy a FTV problémahelyzetet jelent a súlyos evolúció, illetve a kiszámíthatatlan kimenetel valószínűsége miatt, a beteg jelentkezésekor elsődleges fontosságú állapotának gyors felmérése és a pozitív diagnózis felállítása [4,6,9]. A preendoszkópiás felmérés, a vérzés súlyossági fokának meghatározása és a kezelési eljárások gyors alkalmazása a mortalitás és morbiditás csökkentésének kritikus pontját jelenti [6].

Mindezekből kiindulva dolgozatunk céljaul tűztük ki a FTV diagnózisával beutalt betegek komplex vizsgálatát.

Anyag és módszer

Jelen dolgozatunk egy retrospektív tanulmány eredményeit foglalja össze. A Marosvásárhelyi II.sz. Belgyógyászati Klinika 2005.I.01.-2009.III.08. közötti beteganyagát vizsgáltuk, statisztikailag feldolgoztuk a felső tápcsatornai vérzés diagnózisával beutalt betegek adatait (összesen 107 beteg). Tanulmányunk során a vérzések etiológiáját, nemek és korcsoportok szerinti megoszlását, a vérzés súlyossági fokát, klinikai megnyilvánulásait és a társbetegségeket

vettük figyelembe, illetve azonosítottuk a mortalitás és morbiditás szempontjából magas kockázati tényezőkkel rendelkező betegeket. A vérzés súlyossági fokát a Smith- és Weil-kritériumok alapján állapítottuk meg (1. táblázat) [7], míg a magas kockázati tényezőkkel rendelkező betegek azonosítására, melyek esetében kórházi beutalás szükséges, különböző prognosztikai indexeket használtunk (Blatchford scoring system, Clinical és Komplex Rockall scoring system), amelyek alapján eldönthető a klinikai beavatkozás szükségessége [6,10,11].

A Blatchford scoring system a hemoglobin- és ureaszintet, a szisztolés vérnyomásértéket, pulzusszámot, egyes társbetegségeket és a vérzés módját veszi figyelembe, míg a Clinical Rockall scoring system az életkort, egyes társbetegségeket és klinikai tüneteket. A Komplex Rockall scoring system mindezt kiegészíti az endoszkópiás leletekkel [6].

Eredmények

A Marosvásárhelyi II.sz. Belgyógyászati Klinika 2005-2009 közötti beteganyagát tanulmányozva összesen 107 beteg szerepelt FTV diagnózisával. A kórkép gyakrabban fordult elő férfiaknál (64,5%), mint nőknél (35,5%). A FTV gyakorisága hirtelen emelkedést mutatott 50 éves kor után (19,6%), maximális értékét pedig 60-69 életévek között érte el (27,1%). Etiológiai szempontból varix eredetű vérzések 7,5%-ban fordultak elő, míg nem varix eredetű vérzések 92,5%-ban (1. ábra). A nem varix eredetű vérzések etiológiáját tekintve leggyakoribb kórkép a nyombélfekély volt, ezt követte a gyomorfekély, az akut vérző gastritis, májcirrózis, és egyéb ritkább kórképek (2. ábra). A leggyakrabban

Dr. Szöcs Katalin

540113 Marosvásárhely – Târgu Mureș

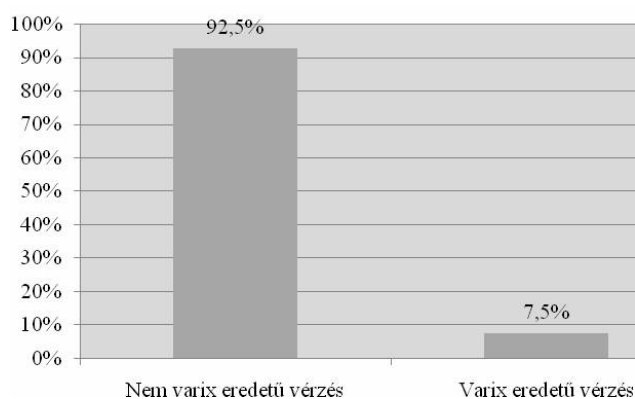
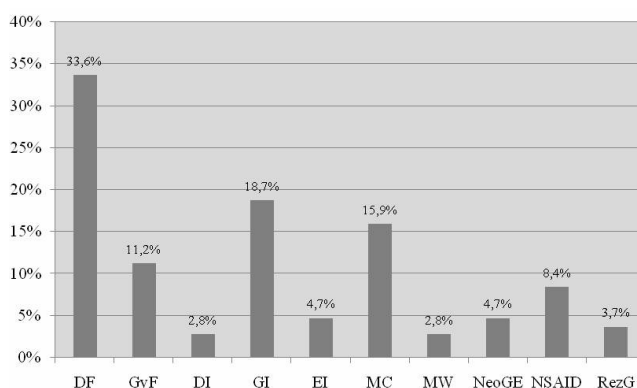
str. 22 Decembrie 1989. 15, ap. 26

Email: szocskati@yahoo.com

1. táblázat. A vérzés súlyossági fokának megállapítása Smith- és Weil-kritériumok alapján

Súlyossági fok	Vérvesztés mennyisége (ml)	VNys (Hgmm)	Pulzusszám (bpm)	Shock index	Centr. vénás nyomás	Diurézis	Egyéb
Enyhe	1250	≥90	≤100	<1	Normális	Normális	
Közepes	1750	70-90	100-120	1-1.5	Csökkent	Kezd csökkenni	Sápadt, hideg bőr
Masszív	2500	<60	>120	>1.5	Csökkent	Oliguria	Haemorrhagiás shock

előforduló társbetegségek a magas vérnyomás és ischaemiás szívbetegség (3. ábra), a vérzés súlyosságát tekintve pedig főként közepes és enyhe vérzéseket találtunk (4. ábra). A vérzés módja leggyakrabban melaena volt (55,1%), ezt követte a melaena és haematemesis együttes előfordulása (30,8%). A Blatchford scoring system alapján 93,2%-ban, a Clinical Rockall scoring system alapján 82,4%-ban, míg a Komplex Rockall scoring system alapján 73,1%-ban azonosítottunk a mortalitás és morbiditás szempontjából magas kockázattal rendelkező betegeket. A vérzések mortalitása jelen tanulmányunk szerint 12,1% volt. Az endoszkópia elvégzése 95%-ban járult hozzá a vérzés lokalizációjának és okának tisztázásához.

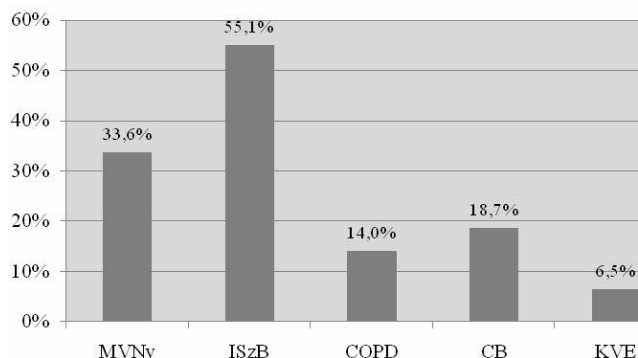
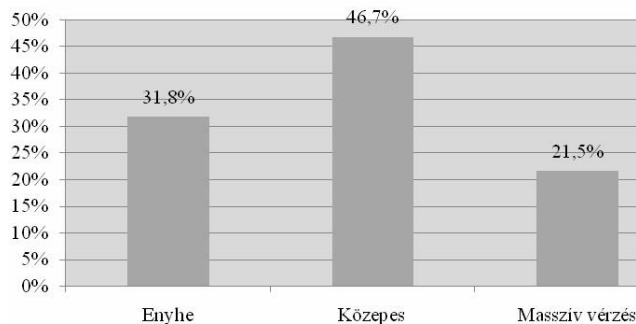
**1. ábra.** A felső tápcsatornai vérzések etiológiai osztályozása**2. ábra.** A nem varix eredetű vérzések etiológiája (Rövidítések. DF: nyombélfekély, GyF: gyomorfekély, DI: duodenitis, GI: gastritis, EI: oesophagitis, MC: májcirrózis, MW: Mallory–Weiss-szindróma, NeoGE: gyomor és nyelőcső neoplasia, NSAID: nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek okozta vérzések, RezG: gyomorreszekció)

Megbeszélés

Napjainkban e klinikai állapot kórismézésében és kezelésében a modern endoszkópos eljárások használata terjedt el, viszont ezen eljárások széles körű alkalmazása ellenére a FTV mortalitása nem csökkent az utóbbi évtizedekben (5-15%). Irodalmi adatok alapján mindez az időskorúak, ezzel együtt a társbetegségek, illetve a nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszereket használók számának növekedésével magyarázható [12,15,16].

Etiológiai szempontból, szakirodalmi adatok szerint, leggyakoribb kórképek: peptikus fekélybetegség, gastritisek, duodenitisek, nem szteroid gyulladáscsökkentők okozta vérzések, májcirrózis, a nyelőcső és gyomor malignus daganatai, Mallory–Weiss-szindróma, érmalformációk (pl. Dieulafoy-lézió), és egyéb ritka kórképek [3,8,13,14].

A FTV prevalenciája 50-90/100.000 fő, ezek 2/3-a pedig 60 év feletti beteg. A varix eredetű vérzések mortalitása 30%, ezzel szemben a nem varix eredetű vérzések, melyek

**3. ábra.** Leggyakoribb társbetegségek (Rövidítések: MVNy: magas vérnyomás, ISzB: ischaemiás szívbetegség, COPD: krónikus obstructív tüdőbetegség, CB: cukorbetegség, KVE: krónikus veseelégtelenség)**4. ábra.** A felső tápcsatornai vérzések súlyosság szerinti megoszlása (Smith- és Weil-kritériumok alapján)

legnagyobb hányadát a peptikus fekélybetegségből származó vérzések teszik ki 80%-ban spontán megszűnnek, és a fennmaradó 20% képezi azokat az eseteket, amelyek prognosztikai szempontból kedvezőtlen kimenetelt jelentenek [16,17,18]. Tekintve, hogy ezen klinikai entitás súlyos problémahelyzetet jelent, éppen a súlyos evolúció, illetve a kiszámíthatatlan kimenetel valószínűsége miatt, elsődleges fontosságú a beteg állapotának gyors felmérése, a pozitív diagnózis felállítása, a vérzés súlyosságának megállapítása, a beteg beutalása, klinikai és hemodinamikai stabilizálása, illetve megfelelő hatékony vérzéscsillapító eljárások alkalmazása [1,5,6,19].

Következtetések

Jelen dolgozatunk összefoglalja a Marosvásárhelyi II.sz. Belgyógyászati Klinika felső tápcsatornai vérzés diagnózisával kezelt betegek statisztikai felmérésének adatait (2005-2009 között, összesen 107 beteg).

Tanulmányunk alapján varix eredetű vérzések 8 esetben (7,5%) fordultak elő, míg nem varix eredetű vérzések 99 esetben (92,5%).

A nem varix eredetű vérzések közül leggyakoribb a peptikus fekélybetegség volt, ezen belül pedig nyombélfekély 36 esetben (33,6%), gyomorfekély pedig 12 esetben (11,2%) fordult elő. Etiológiai gyakoriság szempontjából ezeket követték a gastritisek, májcirrózis, nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek okozta vérzések, oesophagitisek, duodenitisek, a nyelőcső és gyomor malignus daganatai és Mallory-Weiss-szindróma.

Nemek szerinti eloszlás szempontjából megfigyelhetjük, hogy a felső tápcsatornai vérzések jóval gyakoribbak voltak férfiaknál (64,5%), mint nőknél (35,5%). Korcsoportok szerinti eloszlás szerint a vérzések gyakorisága hirtelen emelkedett 50 éves kor után, leggyakrabban pedig a 60-70 életévek között jelentkezett.

A vérzés módja leggyakrabban melaena volt (55,1%), ezt követte a melaena és haematemesis együttes előfordulása (30,8%).

A vérzés súlyosságát tekintve főként enyhe és közepesen súlyos eseteket találtunk. A Blatchford és Rockall scoring systems pontszámai alapján a mortalitás és morbiditás szempontjából főként magas rizikójú betegeket azonosítottunk. Ezen prognosztikai indexek jól használhatóak a beteg állapotának felmérésére, kórházi kezelés szükségességének megállapítására, és a betegség kimenetelének előrejelzésére.

A vérzések mortalitása jelen tanulmányunk szerint 12,1% volt.

Az endoszkópia elvégzése 95%-ban járult hozzá a vérzés lokalizációjának és okának tisztázásához, ezért ezt a műszeres vizsgálatot a felső tápcsatornai vérzések ellátásának elengedhetetlen módszerének tekinthetjük.

Eredményeink megfelelnek a szakirodalomban található adatoknak.

Irodalom

1. Adler D.G., Leighton J.A., Davila R.E. et al. – *ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage*, *Gastrointest Endosc*, 2004, 60. (4): 497-504.
2. Andreoli T.E., Carpenter C.C.J., Bennett J.C. et al. – *Gastrointestinalális vérzés*, In: Andreoli T.E. (szerk): *Cecil A. Belgyógyászat lényege*, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1999, 256-260.
3. Bancu L., Bătagă S., Georgescu D. – *Hemoragiile digestive superioare: aspecte etiologice, clinice și terapeutice*, *Revista de Medicină și Farmacie*, 2005, 51: 19-21.
4. Capell M.S., Friedel D. – *Acute nonvariceal gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy*, *Medical Clinics of North America* 2008, 92.
5. Cappell M.S., Friedel D. – *Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopic Diagnosis and Therapy*, *Medical Clinics of North America*, 2008, 92.
6. Cook D.J., Fuller H.D., Guyatt G.H. et al. – *Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients*. Canadian Critical Care Trials Group, *N Engl J Med*, 1994, 330:377-381.
7. Diculescu M. – *Hemoragiile digestive superioare*, In: Gherasim L. (szerk): *Medicina internă*, vol III, Editura Medicală, București 2001, 279-299.
8. Dua K.S., Shaker R., Koch T.R. – *Gastroenterologic disorders*, In: Duthie (szerk): *Practice of Geriatrics*, Ed. Saunders, 2007.
9. Fallah M.A., Prakash C., Edmundowicz S. – *Acute gastrointestinal bleeding*, *Med Clin North Am*, 2000, 84. (5): 1183-1208.
10. Jutabha R., Jensen D.M. – *Management of upper gastrointestinal bleeding in the patient with chronic liver disease*, *Med Clin North Am*, 1996, 80. (5): 1035-1068.
11. Kaplan R.C., Heckbert S.R., Koepsell T.D. et al. – *Risk factors for hospitalized gastrointestinal bleeding among older persons*. Cardiovascular Health Study Investigators, *J Am Geriatr Soc*, 2001, 49:126.
12. Longstreth G.F. – *Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: A population-based study*, *Am J Gastroenterol*, 1995, 90:206.
13. Palmer K. – *Acute upper gastrointestinal haemorrhage*, *Br Med Bull*, 2007, 83, 307-324.
14. Popovici C., Iobagiu S., Pascu O. et al. – *Etiologia hemoragiilor digestive superioare. Dinamica evolutivă*, *Revista Gastro.ro* nr.5, VIII 2006/ Etiopatogenie.
15. Prelipcean C.C., Sporea I. – *Actualități în tratamentul hemoragiilor digestive superioare*, Ed. Mirton, Timișoara, 1995, 5-11.
16. Rockall T.A., Logan R.F., Devlin H.B. et al. – *Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom*, *BMJ*, 1995, 311:222.
17. Rockey D.C. – *Gastrointestinal bleeding*, In: Feldman (szerk): *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 8th ed, Ed. Saunders, 2006, 255-289.
18. van Leerdam M.E., Vreeburg E.M., Rauws E.A. et al. – *Acute upper GI bleeding: Did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000*, *Am J Gastroenterol*, 2003, 98:1494.
19. Wasse H., Gillen D.L., Ball A.M. et al. – *Risk factors for upper gastrointestinal bleeding among end-stage renal disease patients*, *Kidney Int*, 2003, 64:1455.