

# Krwawienie do przewodu pokarmowego

# Krwawienie do GOPP

- Krwawienie z GOPP to krwawienie, którego źródło znajduje się powyżej **więzadła Treitza**:
  - **przełyku,**
  - **żołądka**
  - **dwunastnicy**

# Krwawienie do GOPP

- Zapadalność wynosi **50–170/100 tys./rok** i jest względnie stała w czasie
- Wyższa w populacjach o niższym statusie socjoekonomicznym

# Krwawienie do GOPP

- Stanowi 80% przypadków krwawień do przewodu pokarmowego
- W 80% nie ustępuje samoistnie i wymaga interwencji
- Objawy są bardziej nasilone niż w przypadku krwawienia do DOPP

# Krwawienie do GOPP - etiologia

Przyczyna	Częstość [%]	
	średnia	zakres
wrzód dwunastnicy	25,0	12–53
wrzód żołądka	15,9	9–26
zapalenie nadżerkowe	15,4	4–41
żylaki przetyku i żołądka	10,5	1–23
zapalenie przetyku	7,4	4–13
rozdarcie Mallory’ego-Weissa	6,1	1–12
różne	5,2	1–15
nowotwory	2,3	1–5
niewyjaśniona	8,9	3–22

*Według przeglądu literatury z lat 1973–1998 (n=13 178) [3]*

- Objawy

1. wymioty - fusowate lub krwiste, cechy krwawienia w sondzie żołądkowej
2. stolce - smoliste lub krwiste,
3. Objawy hipowolemii/wstrząsu

# Krwawienie do GOPP

## **Postępowanie wstępne**

- 1) Resuscytacja płynowa
- 2) Ocena ciężkości krwawienia

# Ocena ciężkości krwawienia i postępowanie prognostyczne

Zmienna	Liczba punktów			
	0	1	2	3
wiek [lata]	<60	60–79	≥80	–
wstrząs: HRT [1/min]	≤100	>100	>100	
SBP [mmHg]	≥100	≥100	<100	–
choroby towarzyszące	bez istotnych	–	niewydolność krążenia, choroba niedokrwienna, inne	niewydolność nerek, wątroby, rozsiew nowotworowy
rozpoznanie endoskopowe	bez zmian, rozdarcie Mallory'ego-Weissa	wszystkie inne	nowotwór złośliwy	–
znamiona krwawienia	brak znamion, płaska plama na dnie wrzodu	–	krw w GOPP, aktywne krwawienie, widoczne naczynie, skrzep	–

Według Rockalla i wsp. [9], na ocenę przedendoskopową (0-7 pkt.) składa się suma punktów za wiek, tętno i ciśnienie krwi oraz choroby towarzyszące HRT – częstość akcji serca, SBP – skurczowe ciśnienie tętnicze



# Skala Rockalla

Liczba punktów	Ryzyko nawrotu krwawienia [%]	Ryzyko zgonu [%]
0	5	0
1	3	0
2	5	0
3	11	3
4	14	5
5	24	11
6	33	17
7	44	27
8+	42	42

# Badania laboratoryjne

## Badania laboratoryjne

- EKG spoczynkowe
- morfologia krwi obwodowej (w tym liczba płytek krwi)
- grupa krwi + ewentualnie próba zgodności serologicznej
- układ krzepnięcia (APTT, PT, INR)
- stężenie elektrolitów (Na, K), kreatyniny, glukozy i albuminy
- testy czynności wątroby (stężenie bilirubiny, aktywność ALT, AST, ALP, GGT)
- badanie gazometryczne krwi tętniczej (w razie potrzeby)

# Przetoczenie KKCz

- Wskazania ogólne: **Hgb < 7 g%.**
- U osób starszych, zwłaszcza z chorobami serca (PNS, ChNS) należy utrzymywać stężenie **Hgb > 8 g%.**
- **Krwiste wymioty i/lub krwistymi stolcami,** zwłaszcza z towarzyszącymi objawami **wstrząsu hipowolemicznego.**
- **Tachykardia** przekraczająca **120 uderzeń/min**
- **Tachypnoë** przekraczające **30 oddechów/min**

# Wstępne leczenie farmakologiczne

## IPP w dawce 80 mg

jednorazowo, dożylnie

u wszystkich oczekujących na wykonanie endoskopii w trybie pilnym

# Przygotowanie do endoskopii

- Erytromycyna w dawce 3 mg/kg m.c.**  
(w praktyce **250 mg**)
  - 30–60 min przed badaniem
- w jednorazowym wstrzyknięciu dożylnym lub wlewie kroplowym trwającym 30 min
- Można zastosować płukanie żołądka 0,9% NaCl przez sondę żołądkową

# Endoskopia

- A. W trybie pilnym** (natychmiast po przeprowadzeniu resuscytacji) - u wszystkich chorych z  **$\geq 3$  pkt** w przedendoskopowej **klasyfikacji Rockalla**
- B. W trybie elektywnym przyspieszonym** (następnego dnia roboczego rano, ale nie później niż w ciągu 24 godz. od przyjęcia do szpitala) – u pozostałych chorych
- C. W trybie natychmiastowym** – jako zabieg ratujący życie.

# Endoskopia – znamiona krwawienia i ich znaczenie prognostyczne

## Skala Forresta

Stopień	Nazwa
Ia	aktywne krwawienie tętnicze (ang. <i>arterial, spurting bleeding</i> )
Ib	sączenie (ang. <i>active oozing</i> )
IIa	widoczne niekrwawiące naczynie (ang. <i>non-bleeding visible vessel, no active bleeding</i> )
IIb	skrzep pokrywający wrzód (ang. <i>adherent clot, no visible vessel</i> )
IIc	płaska, zabarwiona plama na dnie wrzodu (ang. <i>flat pigmented spot</i> )
III	czyste dno wrzodu, brak znamion (ang. <i>clean ulcer base, no stigmata</i> )

## Ryzyko nawrotu krwawienia z wrzodu trawiennego w zależności od znamion krwawienia

Stopień	Częstość występowania [%]		Ryzyko nawrotu krwawienia [%]	
	średnia	zakres	średnia	zakres
Ia+b	18	4–26	55	17–100
Ila	17	4–35	43	0–81
Ilb	17	0–49	22	14–36
Ilc	20	0–42	10	0–13
III	42	19–52	5	0–10



# Endoskopia - leczenie

Obecnie stosowane metody tamowania krwawienia obejmują:

- **techniki iniekcyjne;**
- **koagulacji kontaktowej i bezkontaktowej**
- **mechaniczne.**

# Kombinacje endoskopowych technik hemostatycznych

- kombinacja **terapii iniekcyjnej z koagulacją** lub **hemostazą mechaniczną** jest lepsza od kombinacji 2 terapii iniekcyjnych i monoterapii iniekcyjnej
- dane dotyczące ewentualnej przewagi kombinacji terapii iniekcyjnej z koagulacją lub hemostazą mechaniczną nad koagulacją lub hemostazą mechaniczną w monoterapii są sprzeczne

Postępowanie endoskopowe w krwawieniu spowodowanym innymi przyczynami niż wrzód trawienny

## Zespół Mallory'ego-Weissa

- Z reguły ustępuje **samoistnie**.
- W przypadku aktywnego krwawienia z rozdarcia **skuteczne** jest zastosowanie **którejkolwiek z technik hemostastycznych** (iniekcyjnej, koagulacji lub mechanicznej).

# Inne przyczyna krwawienia

## **Malformacje naczyniowe**

- Zmiany naczyniowe mogą być leczone dowolną techniką, chociaż najlepsze wydaje się zastosowanie technik **koagulacji**, a **zwłaszcza APC**

# Inne przyczyna krwawienia

## Zmiana Dieulafoy

- Zastosowanie iniekcji adrenaliny w monoterapii wiąże się z dużym odsetkiem nawrotów.
- Zalecane użycie **metod mechanicznych**, w tym **opaskowania**.

# Inne przyczyny krwawienia

- Krwawienie z **przetoki aortalno-dwunastniczej** stanowi oczywiste **przeciwwskazanie do leczenia endoskopowego** i wymaga **pilnego leczenia chirurgicznego**

# Inne przyczyny krwawienia

- Tamowanie krwawienia z **nowotworów GOPP** wiąże się z bardzo dużym odsetkiem nawrotów sięgającym **80%**. Z tego powodu należy w tych przypadkach rozważyć **postępowanie chirurgiczne lub techniki radiologii zabiegowej**.

# Leczenie farmakologiczne

- 1. IPP we wlewie ciągłym (pompa) przez 3 dni (8mg/h)**
- 2. 40mg iv co 12h przez 2 dni**
- 3. 40mg po co 12h przez 4-8 tygodni**



# Wskazania do wykonania endoskopii kontrolnej

- ✓ niekompletne uwidocznienie błony śluzowej z powodu zalegającej krwi,
- ✓ brak identyfikacji źródła krwawienia
- ✓ brak pewności co do skuteczności zastosowanych metod hemostatycznych.

# Nawrót krwawienia

- Kliniczne podejrzenie nawrotu krwawienia z GOPP
- W razie stwierdzenia zmian endoskopowych, będących wskazaniem do stosowania endoskopowych technik hemostatycznych, celowe jest podjęcie przynajmniej jednej próby ponownego leczenia endoskopowego `

# Wskazania do leczenia zabiegowego

- wskazania do pierwotnego leczenia zabiegowymi metodami nieendoskopowymi są:
  - masywne krwawienie, w którym niemożliwa jest identyfikacja źródła krwawienia
  - aktywne krwawienie z naczynia o dużej średnicy
  - aktywne krwawienie lub widoczne niekrwawiące naczynie o lokalizacji uniemożliwiającej zastosowanie technik endoskopowych

# Wybór techniki zabiegowej

- Wybór między zastosowaniem technik radiologii zabiegowej i leczenia operacyjnego zależy od miejscowej dostępności obu metod postępowania, lokalizacji i źródła krwawienia

# Radiologia zabiegowa

- W terapii przezcewnikowej można stosować środki do embolizacji (kleje akrylowe, mikrocząsteczki polimeru alkoholu winylowego, skrzepy krwi własnej chorego, Gelfoam).
- Naczyniem poddawany embolizacji jest zazwyczaj **tętnica żołądkowo-dwunastnicza** (w przypadku krwawienia z dwunastnicy) lub **żołądkowa lewa** (w krwawieniu z żołądka).

# Leczenie chirurgiczne

- Obarczone śmiertelnością sięgającą **30–40%**
- wskazane jest rozważenie leczenia operacyjnego w przypadkach wysokiego ryzyka nawrotu masywnego krwawienia:
  - ❖ krwawienie tętnicze,
  - ❖ widoczne naczynie o średnicy  $>2$  mm,
  - ❖ lokalizacja na tylnej ścianie opuszki dwunastnicy lub wysoko na krzywiznie mniejszej żołądka,
  - ❖ konieczność przetoczenia więcej niż 5–6 jednostek koncentratu krwinek czerwonych),  
po uzyskaniu wstępnej hemostazy technikami endoskopowymi

# Leczenie chirurgiczne

- Wybór techniki zabiegu operacyjnego zależy od lokalizacji, przyczyny krwawienia, wieku i stanu chorego.
- Leczenie chirurgiczne powinno być raczej oszczędzające:
  - wycięcie owrzodzenia,
  - podkłucie krwawiącego naczynia,
  - podwiązanie odpowiedniej tętnicyi nakierowane bardziej na zatamowanie krwawienia niż na leczenie choroby wrzodowej.

# Leczenie chirurgiczne- rodzaj zabiegu

- W przypadku niszy wrzodowej żołądka - miejscowa resekcja wrzodu z podwiązaniem sąsiadujących gałęzi tętnicy żołądkowej lewej.
- W przypadku niszy wrzodowej dwunastnicy - podkłucie naczyń zaopatrujących wrzód, z ewentualnym pokryciem dna owrzodzenia otaczającą błoną śluzową i podwiązaniem tętnicy żołądkowo-dwunastniczej.

Można wykonać z dostępu laparoskopowego



# Postępowanie po zakończeniu ostrego okresu choroby

Z reguły zaleca się podawanie **IPP** w dawce **20–40 mg/dobę p.o.**

- A. przez **4 tygodnie** we wrzodzie dwunastnicy
- B. przez **6–8 tygodni** we wrzodzie żołądka.

# Leczenie eradykacyjne

- Wszyscy chorzy z krwawieniem z GOPP pochodzenia nieżylakowego powinni zostać poddani badaniu na **obecność H. pylori**, a w przypadku wyniku dodatniego – leczeniu eradykacyjnemu.
- Zaleca się kontrolę skuteczności leczenia eradykacyjnego.

# Leczenie eradykacyjne

- W tej sytuacji proponuje się następujące postępowanie:
  - podczas badania endoskopowego należy pobrać wycinki do testu urazowego i ewentualnie badania histologicznego,
  - w przypadku wyniku ujemnego należy wykonać test oddechowy lub badanie serologiczne,

# Kontrolna endoskopia

- Wrzód żołądka - po upływie **6–8 tygodni**
- Wrzód dwunastnicy, po uzyskaniu eradykacji *H. pylori*, **nie ma bezwzględnej konieczności wykonywania endoskopii kontrolnej**, jednak postępowanie takie nie jest błędem.

# Krwawienie pochodzenia żylakowego

- Obejmuje krwawienie z **żylaków przełyku** oraz **żylaków żołądka**.
- Krwotok z żylaków przełyku stanowi bezpośrednie zagrożenie życia i jest **najcięższym powikłaniem nadciśnienia wrotnego**.
- Wiąże się z **20%** śmiertelnością.

# Podział żylaków żołądka wg Sarina

- żylaki żołądkowo-przełykowe (ang. *gastroesophageal varices*, **GOV**),
  - żylaki żołądka rozciągające się od wpustu wzdłuż krzywizny mniejszej (GOV1),
  - żylaki przełyku i dna żołądka (GOV2),
- izolowane żylaki żołądka, żylaki własne żołądka (ang. *isolated gastric varices*, **IGV**),
  - żylaki w dnie żołądka (IGV1),
  - izolowane ektopowe żylaki w dowolnej lokalizacji w żołądku lub początkowym odcinku dwunastnicy (IGV2).
- Żylaki żołądkowo-przełykowe typu GOV1 stanowią około 70% przypadków żylaków żołądka, jednak w 80% przypadków przyczyną krwawienia są żylaki zlokalizowane w dnie żołądka (GOV2 i IGV1). Żylaki typu IGV2 są rzadkie<sup>[4]</sup>.

# Ryzyko krwawienia

- Wśród czynników predysponujących wymienia się przede wszystkim:
  - wielkość żyłaków,
  - stan morfologiczny ścian naczyń (obecność stygmatów zagrażającego krwawienia)
  - stopień zaawansowania niewydolności wątroby określany według skali Childa-Pugha.
  - Wysokie ciśnienie w układzie wrotnym (HVPG) > 12 mm Hg.

Obecność jednego z czynników jest wskazaniem do interwencji.

# Znamiona krwawienia

- Aktywne krwawienie z żyłaków
- Włóknik pokrywający żyłak
- Widoczny skrzep na żyłaku
- Brak innych nieprawidłowości, które tłumaczyłyby przyczynę krwawienia



# Ocena kliniczna żylaków

Zaleca się 3 stopniową skalę

- I. Niewielkie, proste, nieznacznie uniesione powyżej powierzchni przełyku.
- II. Średnie, o krętym przebiegu, zajmujące  $< 1/3$  światła.
- III. Duże, zajmujące  $> 1/3$  światła.

# Rola endoskopii

U każdego chorego z marskością wątroby w chwili ustalenia rozpoznania powinno być wykonane **badanie endoskopowe**.

# Postępowanie po endoskopii

- W przypadku niestwierdzenia żylaków następne kontrolne badanie wykonuje się po 2–3 latach.
- Profilaktyka farmakologiczna nie jest zalecana

# Chorzy z małym ryzykiem krwawienia

- Stwierdzenie **małych żylaków** u chorych z dobrą funkcją wątroby oznacza konieczność wykonywania **badania kontrolnych co 2 lata**, w celu obserwowania ich ewentualnych progresji.

# Chorzy z dużym ryzykiem krwawienia

- Chorzy z dużymi żylakami i zaawansowaną marskością wątroby powinni być leczeni profilaktycznie.
- Profilaktyka krwawienia jest możliwa poprzez **zmniejszenie przepływu wrotnego** lub **eradykację żylaków**.

# Profilaktyka farmakologiczna krwawienia

- **Nieselektywne b-adrenolityki** zmniejszają ciśnienie wrotne przez blokadę zarówno **b-1**, jak i **b-2 receptorów adrenergicznych**.

# Endoskopia profilaktyka krwawienia

- Opaskowanie – metoda z wyboru.
- Skleroterapia.

# Profilaktyka pierwotna - zalecenia

- Rekomendowane jest zarówno **przewlekłe stosowanie NSBB**, jak też okresowo powtarzane **zabiegi endoskopowe opaskowanie żyłaków** przełyku (EVL, endoscopic variceal ligation).
- Zespoleńia naczyniowe, sklerotyzacja endoskopowa i monoterapia monoazotanem izosorbidu (ISMN, isosorbide mononitrate) nie powinny być stosowane w tym celu.



# Aktywne krwawienie

- Najbardziej prawdopodobnym (**70%**) źródłem krwawienia są pęknięte żyłki przełyku.
- U części chorych może dojść do samoistnego zahamowania krwawienia
- Nowoczesne metody terapeutyczne znacznie zwiększają tę szansę, umożliwiając uzyskanie **hemostazy w około 80%** przypadków

Aktywne krwawienie - leczenie

**Farmakoterapia**

**+**

**Endoskopia**

# Aktywne krwawienie - leczenie

- **Profilaktyka antybiotykowa** - wdrożona bezpośrednio po przyjęciu.
  1. **Chinolony** - Ciprofloksacyna
  2. **Ceftriakson** u chorych zaawansowaną marskością lub na terenach występowania dużej oporności na chinolony

# Aktywne krwawienie - leczenie

Leki naczynioruchowe obniżające ciśnienie krwi w układzie wrotnym

- 1. Terlipresyna – agonista receptora V1**
- 2. Somatostatyna, oktreotyd**

Powinny być podane jak najwcześniej, przed endoskopią i kontynuowane przez 5 dni.

# Aktywne krwawienie - leczenie

Lek	Faza ostra	Dalsze leczenie
Terlipresyna	2 mg/4 godz. przez 48 godz.	Ciągła infuzja 1 mg/4 godz. do 5 dni
Somatostatyna	Bolus 250 $\mu$ g do 3 $\times$ przez 1 godz. — jeśli trwa krwotok	Ciągła infuzja 250 $\mu$ g/godz. do czasu osiągnięcia 24 godz. — bez krwawienia
Octreotyd	Bolus 50 $\mu$ g	Ciągła infuzja 25 lub 50 $\mu$ g/godz.

# Aktywne krwawienie

- Endoskopia powinna być wykonana tak wcześnie, jak to możliwe (**w ciągu 12h**)
- W każdym przypadku potwierdzenia, że źródłem krwawienia są żyłki przełyku, powinno być zastosowane leczenie endoskopowe.

# Leczenie endoskopowe

- **Opaskowanie (ligacja) żyłaków** - rekomendowane
- **Sklerotyzacja** – gdy opaskowanie jest trudne technicznie.
- Terapia z wykorzystaniem **klejów tkankowych** jest zalecana w **krwawieniu z izolowanych żyłaków żołądka** i w tych przypadkach **żyłaków przełykowo-żołądkowych typu 2**, które ciągną się poza wpust.
- W krwawieniu z **żyłaków żołądkowo-przełykowych typu 1** mogą być użyte **kleje tkankowe** lub **opaskowanie**.

# Aktywne krwawienie - leczenie

- W przypadku niepowodzenia leczenie pierwotnego ( farmakoterapia + endoskopia) dysponujemy metodami 2 wyboru
- - TIPS
- - sonda Sengstakena
- Stenty metalowe



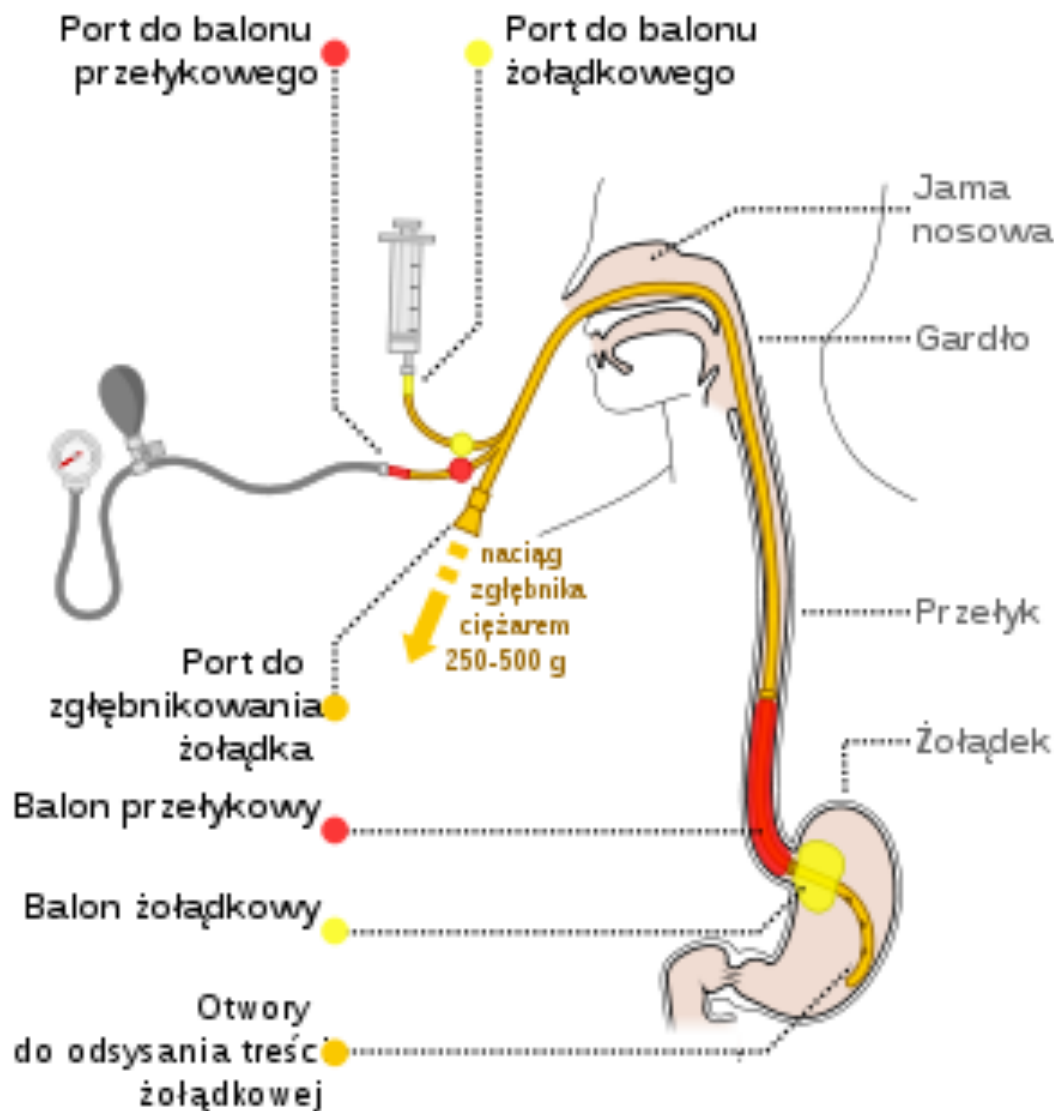
# TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt)

- **Przezskórne wewnątrzwątrobowego zespolenie wrotno-systemowego (TIPS) - w ciągu 72 godzin od wystąpienia krwotoku, najlepiej przed upływem 24 godzin.**

# Tamponada balonowa – sonda Sengstakena – Blackmoore’a

- W masywnym krwawieniu w okresie oczekiwania na możliwość definitywnego leczenia może być konieczne zastosowanie tamponady balonowej. Czas utrzymywania sondy powinien być jak najkrótszy, **maksymalnie 24 godziny**, najlepiej na oddziale intensywnej terapii.

# Sonda Sengstakena – Blackmoore'a



# Stenty metalowe

- Alternatywą może być zastosowanie samorozprężających się **stentów metalowych** . Wstępne obserwacje wskazują, że postępowanie takie może być skuteczne w krwotoku niepoddającym się leczeniu, co jednak wymaga dalszych badań

# Leczenie przyczynowe

- Przeszczep wątroby

# PROFILAKTYKA WTÓRNA

- Przewlekła podaż leków obniżających wrotny przepływ krwi oraz metody endoskopowe, takie jak powtarzane sklerotyzacje lub opaskowanie żyłaków.

# Profilaktyka wtórna

- Postępowanie to powinno być wdrożone od 6. dnia po krwotoku.
- U chorych z marskością wątroby zalecana jest **terapia skojarzona (NSBB i opaskowanie)**.
- U chorych, którzy nie reagują ani na opaskowanie żyłaków, ani na leczenie farmakologiczne, należy wykonać **TIPS**, a jeśli nie ma takiej możliwości, alternatywą u chorych z wydolną wątrobą może być **zespolecie naczyniowe** .
- **Transplantacja wątroby** jest zalecanym sposobem postępowania u chorych z niewydolną wątrobą.

# Profilaktyka powstawania żylaków

- Obecnie ma wskazań do stosowania **b-adrenolityków** w celu **prewencji** formowania się żylaków i jedynie **leczenie choroby podstawowej** może skutkować zmniejszeniem nadciśnienia wrotnego, zapobiegając jego powikłaniom klinicznym.



# NADCIŚNIENIE WROTNE NIEPOWIĄZANE Z MARSKOŚCIĄ WĄTROBY

- Główne przyczyny:
- zespół Budd-Chiari
- pozawątrobowa niedrożność żyły wrotnej.

Odnosnie do pierwotnej profilaktyki krwawienia w tych przypadkach w piśmiennictwie nie ma pewnych informacji, czy bardziej skuteczne są metody endoskopowe, czy stosowanie NSBB.

W ostrym krwawieniu skuteczna jest terapia endoskopowa.

W profilaktyce nawrotów krwawienia zalecane są metody endoskopowe, a w przypadku braku ich skuteczności należy rozważyć leczenie chirurgiczne lub metodami radiologicznymi.

W przypadkach niedrożności żyły wrotnej u pacjentów pediatrycznych warto rozważyć możliwość wykonania zespolenia żyły krezkowej z lewą gałęzią żyły wrotnej (rex-shunt ).

# Krwawienie do DOPP

- Stwierdza się 20-27 chorych /100tyś/rok
- Stanowi około 20% przypadków krwawienia do przewodu pokarmowego
- W znakomitej większości nie jest tak nasilone jak krwawienia z GOPP i ustępuje samoistnie ( ok. 4/5 przypadków).
- Dominują osoby starsze.
- Mają tendencję do przechodzenia w postaci przewlekłą.

# Przyczyny krwawienia do DOPP

- W około 90% przyczyna krwawienia znajduje w jelicie grubym
- U 5–10% chorych z objawami krwawienia do przewodu pokarmowego źródło krwawienia zlokalizowane jest w jelicie cienkim.

# Przyczyny krwawienia do DOPP

Guzki krwawnicze odbytu

Choroba uchyłkowa jelita grubego (40%)

Rak jelita grubego

Przewlekła antykoagulacja

Malformacje naczyniowe

Angiodysplazje – najczęstsza przyczyna ostrych krwawień

# Przyczyny krwawienia do DOPP

- Choroby zapalne jelit,
- Szczelina odbytu,
- Choroby zapalne jelit,
- Popromienne zapalenie jelita grubego,
- Ciało obce,
- Rzekomobłoniaste zapalenie jelita grubego,
- Niedokrwienie jelita grubego.

# Objawy

- Podstawowym objawem jest obecność krwi w stolcu.
- W zależności od poziomu krwawienia krew może być świeża, żywoczerwona, ciemna zmieszana ze stolcem.
- Dodatkowo objawy choroby podstawowej
- Objawy hipowolemii występują rzadko

# Objawy

- Badalne guzki w okolicy odbytu – choroba hemoroidalna
- Bolesne oddawanie stolca – szczelina odbytu
- Utrata masy ciała, zaburzenia rytmu wypróżnień – rak jelita grubego
- Ból brzucha poposiłkowy – niedokrwienie okrężnicy

# Objawy

- Utrata masy ciała, przewlekłe biegunki – choroby zapalne jelit
- Radioterapia w wywiadzie – popromienne zapalenie jelita grubego



# Diagnostyka

- Podstawowym narzędziem jest wykonanie kolonoskopii
- Pozwala oprócz diagnostyki przeprowadzić leczenie, jeśli źródłem krwawienia jest niewielka zmiana np.: polip, angiodysplazja

# Diagnostyka

- Badania obrazowe

Wlew kontrastowy – najczęściej wykonywane badanie

Angiografia trzewna – przydatna w aktywnym krwawieniu

Scyntygrafia – badanie drogic oraz o niewielkiej dostępności

# Diagnostyka

- W przypadku niewidocznienia źródła krwawienia w jelicie grubym, zaleca się powtórne wykonanie kolonoskopii i gastroskopii.
- Jeżeli endoskopia ponownie nie wykazuje zmian, należy podejrzewać krwawienie z jelita cienkiego

# Przyczyny krwawienia z jelita cienkiego

## częste

---

### <40. rż.

choroby zapalne jelit

zmiana Dieulafoya

nowotwór

uchyłek Meckla

zespoły polipowatości

---

### >40. rż.

angiodysplazja

zmiana Dieulafoya

nowotwór

stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych

# Przyczyny krwawienia z jelita cienkiego

## rzadkie

---

plamica Henocha i Schönleina

żylaki jelita cienkiego lub enteropatia wrotna

amyloidoza

zespół naczynek guminiastych (Beana)

kępki żółte rzekome (pseudoxathoma elasticum)

choroba Rendu, Oslera i Webera

mięsak Kaposiego w przebiegu AIDS

zespół Plummera i Vinsona

zespół Ehlersa i Danlosa

wrodzone zespoły polipowatości (rodzinna polipowatość

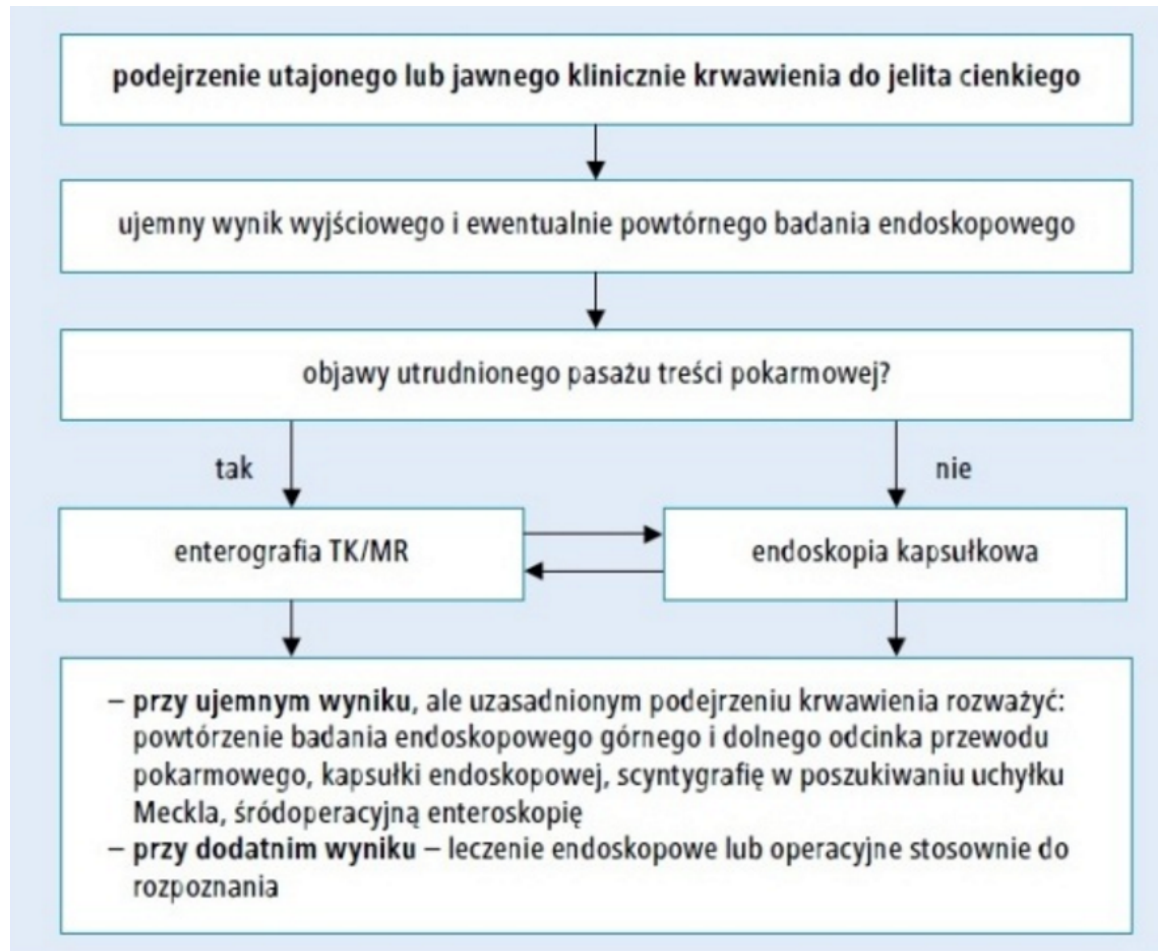
gruczolakowata, zespół Peutza i Jeghersa)

grudkowatość złośliwa zanikowa

krwawienie do dróg żółciowych

przetoka aortalno-jelitowa

# Diagnostyka



# Leczenie

- Zależne od choroby podstawowej.
- Zwykle ustępuje samoistnie, wymaga jedynie uzupełnienia płynów i ewentualnego przetoczenia KKCz.

# Leczenie

- jeśli źródło krwawienia w okrężnicy jest rozpoznane, a krwawienie postępuje, należy prowadzić ścisłą obserwację chorego i określić wskazania do operacji; w razie podjęcia takiej decyzji operuje się chorego zgodnie z zasadą „lepiej wcześniej niż później”;
- jeśli źródło krwawienia w okrężnicy jest rozpoznane, a nie stwierdza się czynnego krwawienia, należy dokonać endoskopowej oceny ryzyka nawrotu i prowadzić obserwację; leczenie (endoskopowe, operacyjne) podejmuje się w zależności od choroby zasadniczej;
- jeśli nie ustalono źródła krwawienia w okrężnicy, należy określić możliwość krwawienia do jelita cienkiego (angiografia, scyntygrafia);
- uporczywe krwawienia do jelita grubego o niezidentyfikowanym źródle stanowią wskazanie do wycięcia okrężnicy;
- w przypadku prawostronnych zmian w jelicie grubym należy rozważyć hemikolektomię;
- w przypadku nowotworów zakres operacji zależy od topografii pola operacyjnego oraz zasad onkologicznych;
- w razie masywnego krwawienia z uchyłków esicy wskazana jest najczęściej odcinkowa resekcja esicy;
- jeżeli doraźne leczenie operacyjne jest przeciwwskazane, należy podjąć próbę embolizacji pod kontrolą radiologiczną.