

ENDOSKOPICKÁ A CHIRURGICKÁ LÉČBA AKUTNÍCH KRVÁČEJÍCÍCH GASTRODUODENÁLNÍCH VŘEDŮ

VOKURKA J., WECHSLER J., ŽÁK J., VLČEK P., ČAPOV I.

ENDOSCOPIC AND SURGICAL TREATMENT OF BLEEDING GASTRODUODENAL ULCERS

One of the basic problems of the treatment of acute bleeding from gastroduodenal ulcers concerns the correct timing of individual therapeutic steps. From 1992 to 1996 the I. Surgical Clinic in Brno performed the total of 438 urgent gastrofibroscopies, the most frequent finding being bleeding from the lesions in the area of the duodenal bulb. Endoscopic stoppage of bleeding was successful in 87.7 % of patients. Failures in stopping the bleeding occurred in 18 cases and lead to urgent surgical intervention. On the basis of gained experience we recommend the following algorithm in patients with acute bleeding from gastroduodenal ulcers: urgent endoscopy — endoscopic stoppage of bleeding. Relapse of bleeding requires endoscopic control with a new attempt of endoscopic therapy, in the case of failure it is urgent to intervene surgically. (Tab. 4, Ref. 14.)

Key words: gastrointestinal haemorrhage, therapy, endoscopy, surgery.

Bratisl Lek Listy 1997; 98: 163–165

Základní problém léčby akutního krvácení z gastroduodenálních vředů se týká správného časového provedení jednotlivých léčebných kroků. Na I. chirurgické klinice v Brně bylo provedeno v období od roku 1992 do roku 1996 celkem 438 neodkladných gastrofibroscopií s nejčastějším nálezem krvácející léze v oblasti duodenálního bulbu. U 87,7 % nemocných se nám podařilo zastavit krvácení endoskopicky. V případě neúspěchu endoskopické terapie se přistoupilo u 18 nemocných k neodkladnému chirurgickému výkonu. Na základě našich zkušeností doporučujeme následující léčebný algoritmus u nemocných s akutním krvácením z gastroduodenálních vředů: urgentní endoskopie — endoskopické zastavení krvácení, při recidivě krvácení endoskopická kontrola s novým pokusem o endoskopickou terapii, při neúspěchu neodkladná operace. (Tab. 4, lit. 14.)

Klíčová slova: gastrointestinal hemorrhage, therapy, endoscopy, surgery.

Bratisl. lek. Listy, 98, 1997, č. 3, s. 163–165

Úspěšná léčba akutního krvácení z gastroduodenálních vředů není dosud spolehlivě vyřešena. Současné léčebné metody vykazují četnost recidiv krvácení až 30 % (Schneider, 1995). Přitom je dlouhou dobu známo, že při akutním krvácení do zažívacího traktu je v 90 % příčinou zdroj krvácení v jícnu, žaludku nebo dvanáctníku. Mortalita je prakticky nezměněna posledních 30 roků a dosahuje stále 6–10 % (Kreiss, 1996).

Snaha po zlepšení výsledku léčby u nemocných s akutním krvácením z gastroduodenálních vředů nás vedla k porovnání endoskopické a chirurgické léčby za účelem další optimalizace léčebného postupu s cílem snížení morbidit a mortality.

Metodika

Na I. chirurgické klinice v Brně provádíme od roku 1992 u každého nemocného s podezřením na krvácení do horních etází GIT

akutní gastrofibroskopické vyšetření. Vyšetření provádí školení chirurgové.

Pracoviště je vybaveno přístroji Pentax. K ezofago-gastro-duodenoskopickému vyšetření používáme přístroj Pentax EG 2901 s TV monitorem Sony.

Gastrofibroskopické vyšetření provádíme u lačných nemocných po premedikaci Atropinem a Apaurinem. Kořen jazyka anestetizujeme pomocí spraye. K dosažení přehlednosti při akutním vyšetření zavádíme před vyšetřením nazogastrickou sondu k velkoobjemové laváži žaludku. V případě přeplnění žaludku krví a koaguly, které se nedaří odsát endoskopicky, vyšetření přerušujeme a u hemodynamicky stabilních nemocných zavedeme silnou žaludeční sondu k opakovaným žaludečním lavážím. Teprve po novém odsátí krve a koagul pokračujeme v gastrofibroskopii.

Krvácející lézi opichujeme Aethoxysklerolem. K bipolární koagulaci se nám pro hemostázu v oblasti gastroduodena osvědčil přístroj Bicap Circon ACMI. Jeho použití je však u nás zatím závislé na zapůjčení.

Při endoskopicky nevládnutelné recidivě krvácení přistupujeme k neodkladné operaci. Při ní provádíme buď opich krvácejícího vředu, nebo resekci žaludku.

I. chirurgická klinika Fakultní nemocnice s poliklinikou U sv. Anny v Brně
Ist Surgical Clinic, Faculty Hospital St. Anna, Brno

Address for correspondence: J. Vokurka, MD, PhD, I. chirurgická klinika
FNsP U sv. Anny, Pekařská 53, 601 00 Brno, Česká republika.
Phone: +420.5.4318 2353

Výsledky

Na I. chirurgické klinice v Brně jsme provedli v období od roku 1992 do srpna 1996 celkem 2596 gastroskopii. Pro známky akutního krvácení do orální části GIT bylo z celkového počtu provedeno 438 neodkladných ezofago-gastro-duodenoskopií. Rozdělení krvácení podle Forresta ukazuje tabulka 1.

Tab. 1. Rozdělení nemocných s akutním krvácením podle Forresta.
Tab. 1. Groups of patients with acute bleeding according to Forrest.

Forrest	Ia	Ib	II	III
Počet	36	127	211	64
Number				

Tab. 2. Chirurgická léčba nemocných s akutním krvácením.
Tab. 2. Surgical therapy in patients with acute haemorrhage.

Typ operace	opich	resekce BI	resekce BII
Type of surgical intervention	puncture	resection BI	resection BII
Počet nemocných	11	3	4
Number of patients			

Průměrný věk nemocných se známkami akutního krvácení byl 53,6 roku. Mezi krvácejícími nemocnými bylo 367 mužů (83,8 %) a 71 žen (16,2 %). Nejčastěji byla krvácející léze lokalizována v duodenálním bulbu. Zdroj krvácení jsme endoskopickým vyšetřením našli u 92,0 % vyšetření. Zastavit krvácení endoskopickým postupem se nám podařilo u 87,9 % nemocných. U 12,5 % z nich (48 nemocných) jsme však byli nuceni přistoupit pro nový útok krvácení k pokusu o obnovení hemostázy. Zde jsme nebyli úspěšní celkem u 18 nemocných, kteří si vyžádali neodkladnou operaci. U naprosté většiny nemocných s recidivou akutního krvácení po první endoskopické hemostáze jsme prováděli další pokus o endoskopické ošetření pouze jednou. Další akutní endoskopie jsme prováděli u třech nemocných se závažnými přid-

Tab. 3. Úkoly endoskopie.
Tab. 3. Objectives of endoscopy.

- potvrdit krvácení
to confirm the bleeding
- lokalizovat místo krvácení
to localise the site of bleeding
- zjistit příčinu krvácení
to reveal the cause of bleeding
- určit intenzitu krvácení
to assess the intensity of bleeding
- rozhodnout o terapii
to select the correct therapy
 - konzervativní
conservative
 - endoskopické
endoscopic
 - operační
surgical

Tab. 4. Endoskopická léčba.
Tab. 4. Endoscopic therapy.

- opichy
punctures
- elektrokoagulace
electrocoagulation
- klipy
clips
- laser
- termická koagulace
thermic coagulation

ruženými chorobami, pro které jsme se snažili o maximálně konservativní postup.

Neodkladné operace u nemocných s akutním krvácením z gastroduodenálních vředů ukazuje tabulka 2. K exitu došlo v jednom případě u naší nemocné s jaterní cirhózou, kdy během neodkladné operace nastala srdeční zástava s úspěšnou resuscitací a dokončením výkonu. V časném pooperačním období však nová srdeční zástava vedla ke smrti nemocné.

Diskuse

Vředová choroba se dnes považuje za chronickou infekci (Röher, 1996). Nález *Helicobacter pylori* je pozitivní u 95 % nemocných s duodenálním vředem a u 70 % nemocných s žaludečním vředem. Infekce *Helicobacter pylori* má hlavní etiologickou roli u nemocných s akutním krvácejícím peptickým vředem (Henriksson a spol., 1995).

Při známkách akutního krvácení do horních etází GIT se v současnosti indikuje v první řadě vždy urgentní endoskopie (Piskač a spol., 1995). Cílem akutní endoskopie však již není pouze lokalizace zdroje krvácení, ale i endoskopická terapie. Úkoly postavené před endoskopisty při známkách akutního krvácení z horní části GIT ukazuje tabulka 3. Jednotlivé úkoly pro endoskopisty jsou zřejmé z tabulky.

Příčiny neúspěchu endoskopisty mohou být podmíněny anatomickou lokalizací krvácející léze, velkým lumenem krvácející cévy, difúzním krvácením, nebo stavem s přeplněním žaludku, či dvanáctníku krví. Zvláště známky akutního difúzního krvácení jsou pro endoskopisty nepříjemné (Chamberlain, 1993). Pravděpodobnost vzniku difúzního krvácení stoupá u nemocných s dlouhodobou antikoagulační terapií (Choudari, 1994).

Podle našich i literárních údajů je riziko recidivy krvácení větší u nemocných s krvácející lézí v oblasti malé křiviny a zadní stěny duodena (Puchner, 1995). I když se první útok krvácení z gastroduodenálních vředů zastaví spontánně u 70–80 % nemocných, znamená recidiva krvácení výrazný vzestup rizika umrtí (Qureshi, 1993).

Možnosti endoskopické léčby akutních krvácejících gastroduodenálních vředů ukazuje tabulka 4.

Při endoskopické léčbě krvácejících vředů se nám osvědčují klasické opichy Aethoxysklerolem. Nepodařilo se nám potvrdit dobré výsledky s obstrukcí krvácejících lézí adrenalinem uváděné v literatuře (Fock, 1995). Velmi dobré zkušenosti máme s využitím bipolární elektrokoagulace, po které jsme nepozorovali žádnou recidivu krvácení. S dalšími postupy popisovanými v literatuře (Arber, 1994) nemáme osobní zkušenosti.

Základním problémem pro chirurga je rozhodnutí, kdy provést operační výkon. Zde musíme brát v úvahu i vzrůstající mortalitu u nemocných s akutními známkami krvácení, kteří byli hospitalizováni zpočátku pro jiné onemocnění (Longstreth, 1995). Nepochybně recidiva krvácení během hospitalizace zvyšuje riziko úmrtí (Piskač, 1992).

Při resekčním výkonu dáváme přednost modifikaci podle Rouxe, která podle našich pooperačních zkušeností zajišťuje nejlepší komfort nemocného.

Většina umrtí pro krvácení do horních etází GIT nastává až po více než třech dnech od počátku krvácení (Sleisinger, 1989). Velmi obtížným ukolem je pro chirurga zvládnutí recidivy krvácení po radikálním operačním řešení pro akutní krvácení. Endoskopické řešení nebývá většinou možné a i vlastní urgentní endoskopie prováděná v krátkém období od resekčního výkonu je zatížena značným rizikem pro nemocného (Piskač, 1995). V těchto případech při známkách pokračujícího krvácení provádíme supraselektivní nástřik povodí tr. coeliacus, a. mesenterica superior a inferior. Další možnosti průkazu zdroje krvácení je využití in vitro značených erytrocytu ⁹⁹Tc zobrazených Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT). Obě vyšetření jsou však limitována minimálním průtokem krve z krvácející cévy v množství 0,1 l/min.

Závěr

Léčení akutního krvácení z gastroduodenálních vředů je stále obtížné. Léčebný postup by měl vždy začínat urgentním gastrofibroskopickým vyšetřením a podle možnosti i endoskopickou terapií. Teprve v případě neúspěchu endoskopie při známkách pokračujícího krvácení je nezbytný operační výkon. Ten musí být proveden bez prodlení se základním cílem definitivně zastavit krvácející zdroj.

Literatura

Arber N., Tiomny E., Hallak A., Santo M., Moshkowitz M., Konikoff F.M., Shumla V., Rozen P., Gilat T., Rattan J.: An eight year experience with upper gastrointestinal bleeding: diagnosis, treatment and prognosis. J.Med. (US), 25, 1994, č. 5, s. 261—269.

Fock K.M., Chong Y.Y., Chia S.C., Chew C.N.: Endoscopic adrenaline injection in treatment of bleeding peptic ulcers. Int. Surg., 80, 1995, s. 134—137.

Henriksson A.E., Edman A.C., Held M., Wadstrom T.: Helicobacter pylori and acute bleeding peptic ulcer. Europ. J. Gastroenterol. Hepatol., 7, 1995, č. 8, s. 769—771.

Chamberlain C.E.: Acute hemorrhagic gastritis. Gastroenterol. Clin. North Amer., 22, 1993, č. 4, s. 843—873.

Choudari C.P., Rajgopal C., Palmer K.R.: Acute gastrointestinal haemorrhage in anticoagulated patients: diagnoses and response to endoscopic treatment. Gut, 35, 1994, č. 4, s. 464—466.

Kreiss Ch., Blum A.L.: Epidemiologie und Risikofaktoren der Gastroduodenalen Ulcuskrankheit. Chirurg, 67, 1996, s.7—13.

Longstreth G.F.: Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Amer. J. Gastroenterol., 90, 1995, č. 2, s. 206—210.

Piskač P.: Endoskopická chirurgie akutního krvácení do orální etáže GIT. Kandidátská disertační práce. Brno, Masarykova universita 1992.

Piskač P., Riebel O., Jurka M., Vokurka J.: Endoskopie orální etáže GIT na chirurgickém pracovišti — zkušenosti se 6 tisíci vyšetřeními. Ces. a Slov. Gastroent., 49, 1995, č. 1, s. 3—6.

Puchner R., Allinger S., Knoflach P.: Stellenwert der diagnostischen und interventionellen Endoskopie bei der akuten, Nichtvarikosen, oberen Gastrointestinalen Blutung. Acta Med., Austriaca, 22, 1995, č. 1—2, s. 6—8.

Qureshi W.A., Netchvolodoff C.V.: Acute bleeding from peptic ulcers. How to restore hemostasis and prevent recurrence. Postgrad. Med. (US), 93, 1993, č. 4, s. 167—170.

Röher H.D., Imhof M., Goretzki P.E., Ohmann C.: Ulcus 96 — Methodenwahl im Notfall. Chirurg, 67, 1996, s.20—25.

Sleisinger M.H., Fordtran J.S.: Gastrointestinal disease. New York, W.B. Saunders Company 1989, 987 s.

Schneider M., Schmidt E.: Endoskopische Blutstillung mit Haemoclip. Chir. Praxis, 49, 1995, č. 2, s. 231—236.

Do redakcie došlo 24.10.1996.