

Hemorragia Digestiva Baixa



SMC-RJ

2011

Edson Jurado da Silva

Mestre Gastroenterologia UFRJ

Docente Livre Gastroenterologia Uni-Rio

Fellow American College of Gastroenterology

Governador ACG para o Brasil

Presidente Associação de Gastroenterologia
RJ

Coordenador Setor de Colonoscopia
Proctologia HSE-RJ



Hemorragia Digestiva

Topografia



Alta= lesão sangrante localizada até à nível do
ângulo de Treitz

Do meio= no território do intestino delgado

Baixa= no cólon

Heil V, Jung M. Best Pract Clin Gastroenterol
2007;21:393-7

Apresentação

A cor do sangue nas fezes vai depender da topografia da lesão, da intensidade do sangramento e do tempo que levou para a passagem deste sangue pelo tubo digestório

Sangramento intenso= paciente hipovolêmico

H Digestiva

Autolimitada em 80 % dos casos

HDB: Toque retal/ anoscopia/ RS

Comorbidades em idosos

Conduta

Identificar HDB/ Hx + EF, ausculta abdominal +
toque retal

Avaliar gravidade: sinais de hipovolemia

HDB orifical ? grande porte? Fatores de risco/
comorbidades. Laboratório: hemograma,
coagulograma, grupo sanguíneo, etc

Grande porte: estabilização hemodinâmica

Diagnóstico topográfico e se possível tratamento
endoscópico

Conduta em casos especiais

CT helicoidal abdominal ou RMN, caso haja suspeita de ruptura de artéria aorta abdominal como fonte do sangramento

HDB: Estabilização hemodinâmica

Aparência de doente grave

Hipotensão ortostática

Prioridade é a de manter a pessoa viva

Acesso venoso periférico ou central. Periférico com jelco 12 Obs Os cateteres de subclavia convencionais servem para repor volemia com solução eletrolítica, não corre sangue com a velocidade desejada. Usar o de duplo lumen ou obter 2 acessos, sendo um deles com jelco 12 periférico

Sequência da nossa abordagem na admissão

HDB: Diagnóstico/ Tratamento

Colonoscopia: Paciente em fase de
estabilização hemodinâmica

Preparo do cólon. CNG

Clistor de limpeza?

Arteriografia de urgência

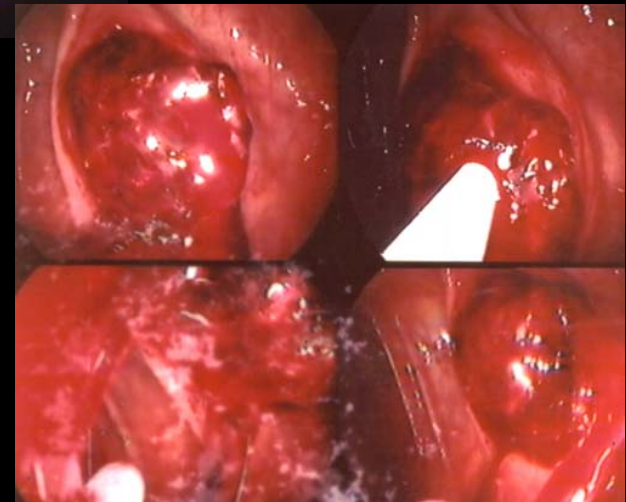
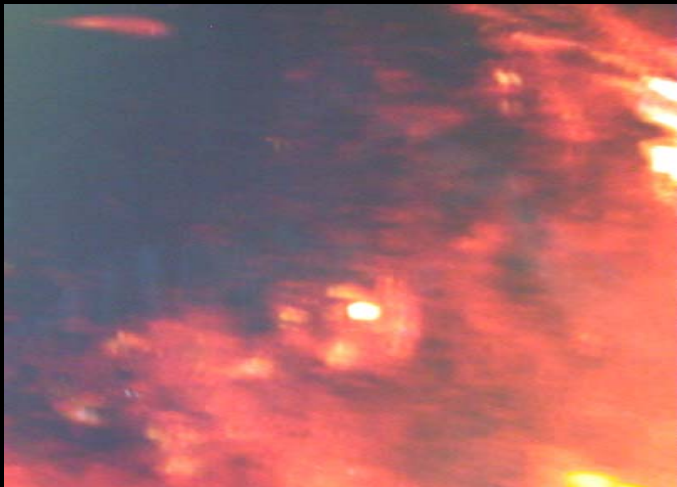
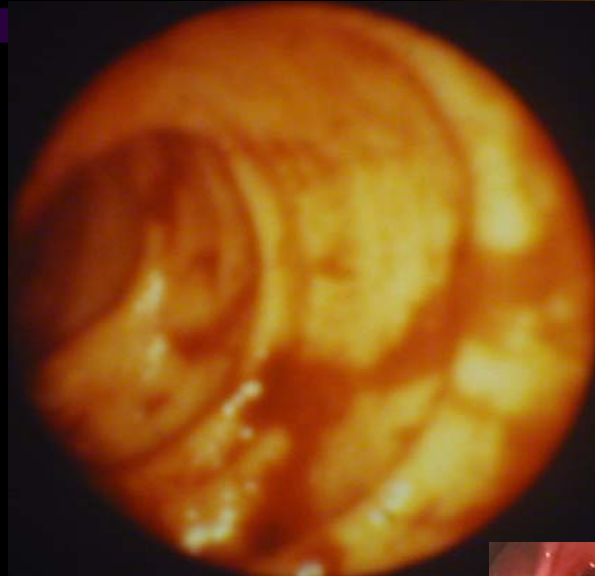
Abordagem Clínica

Preparo anterógrado por CNG com Manitol à 20% ou PEG 750ml. Correr em < de 30 minutos, estando o paciente em posição de Fowler e *após tratamento inicial agressivo para corrigir volemia (instabilidade hemodinâmica)*. Metoclopramida IV. PEG 1 L cada 30-45 minutos (4-14 L) Jensen DM ACG October 2009 San Diego, CA

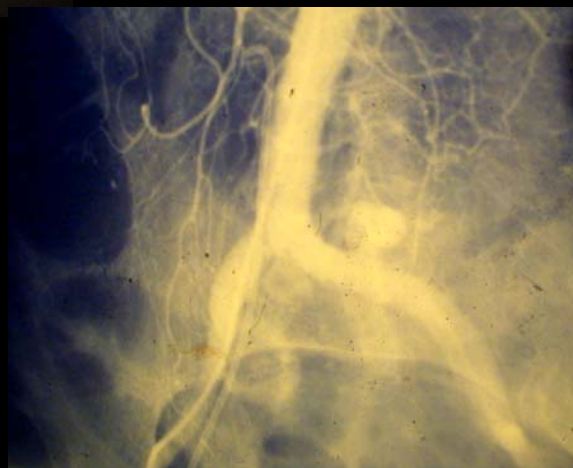
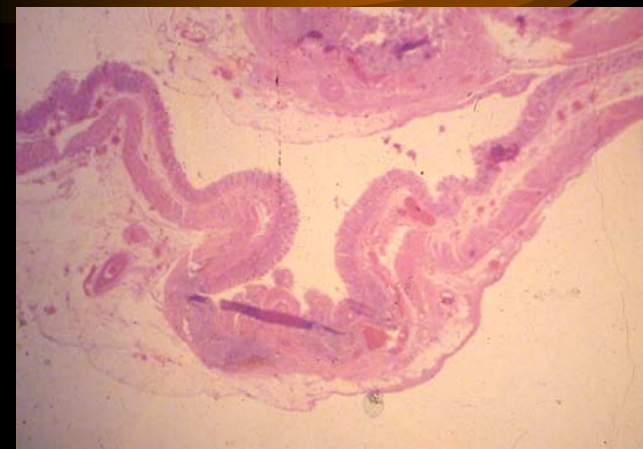
Não havendo diagnóstico da causa e ocorrendo recidiva pouco tempo depois, reiniciar exame sem preparo adicional. Fazer lavando com soro fisiológico introduzido sob pressão pelo canal de instrumentação do aparelho. Procurar sempre ir ao íleo terminal (efluente) Dx topográfico

Silva EJ Protocolo para HDB aguda Jornal do CREMERJ 2004 N:164pag 8-9

Preparo aceitável do cólon



HDB : Início da década de 80



HDB: Arteriografia de urgência

Autor	N	diag positivo	
		N	%
Browder et al 1986	50	36	72
Britt et al 1983	40	23	58
Nath et al 1981	14	12	86
Boley et al 1979	43	28	65
Wright et al 1979	14	12	86

Agrawal NM et al Massive rectal bleeding: What is rational approach? Year Book Med Publishers Inc 1989 p 427-32

HDB: Colonoscopia de urgência

Colonoscopia no CTI: Casa de Portugal N: 59
1983-1988

Sangramento ativo visível, vaso roto, bom coágulo

	< de 24 h		> de 24 h	
	N	%	N	%
Diagnóstico	11	68,7	11	25,5
Total	16		43	

$P < 0,01$

Silva EJ HDB: dx e tratamento *in* Gastroproct 2003

Colonoscopia X Arteriografia 1989

N dx positivo	%		
Colonoscopia	16	11	68,7
Arteriografia	161	111	68,9

$P > 0,05$

Hoje com ileocolonosopia, usando preparo do cólon com lavagem anterógrada até sair limpo, em pte já estável, embora sangrando ativamente o diagnóstico ultrapassa a faixa de 90 %

*#Dennis M Jensen Saturday Symposia Annual
Postgraduate Course ACG San Diego CA 2009*

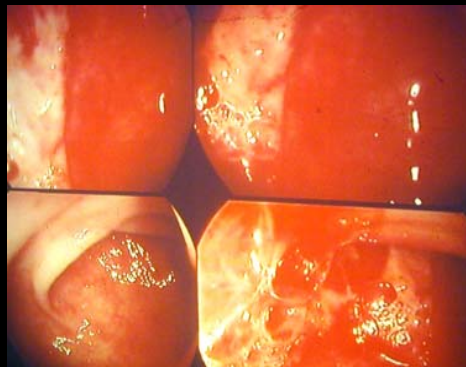
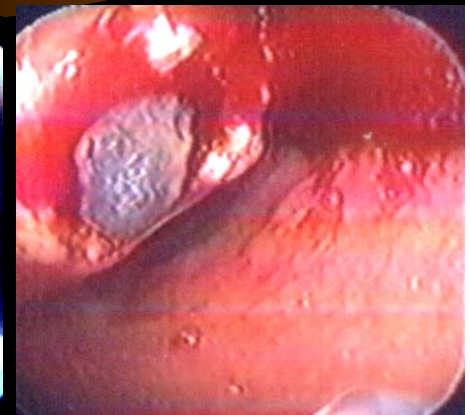
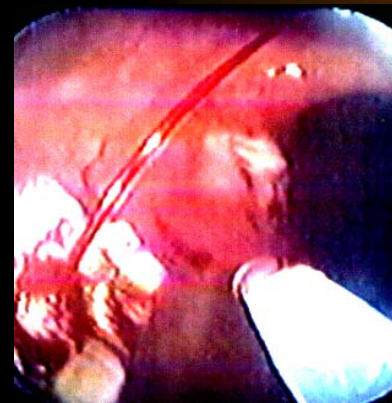
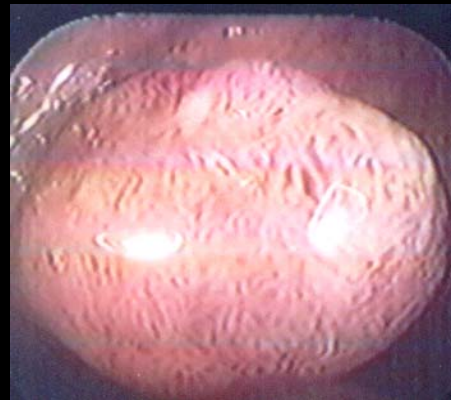
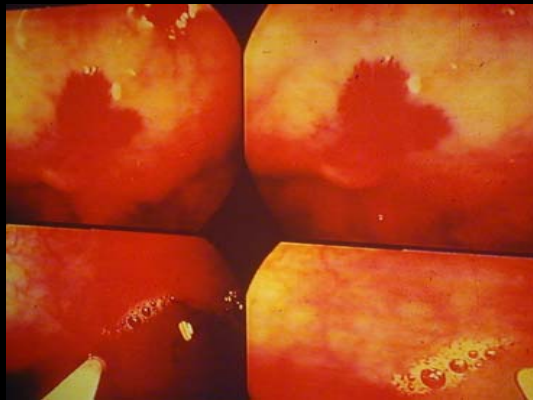
HDB: Causas/ Colonoscopia 1988 EJS
HDB: Causas/ Colonoscopia Jensen ACG 2009

	EJS 1988		Jensen 2009
	N	%	%
Ectasia vasc	4	36,7	7,1
Divertículo sangrante DDC	3	27,27	29,5
Úlcera retal	3	27,27	8,6
CCR	1	9,09	
Colite isquêmica	-	-	11,9
Total	11		

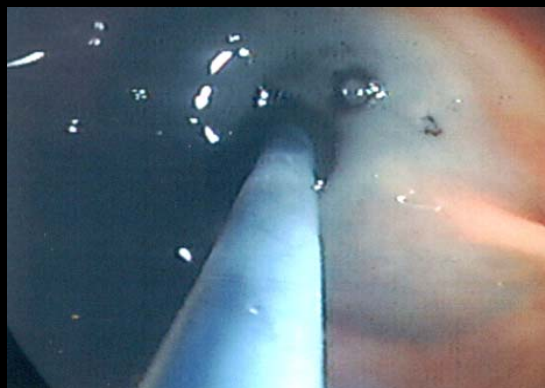
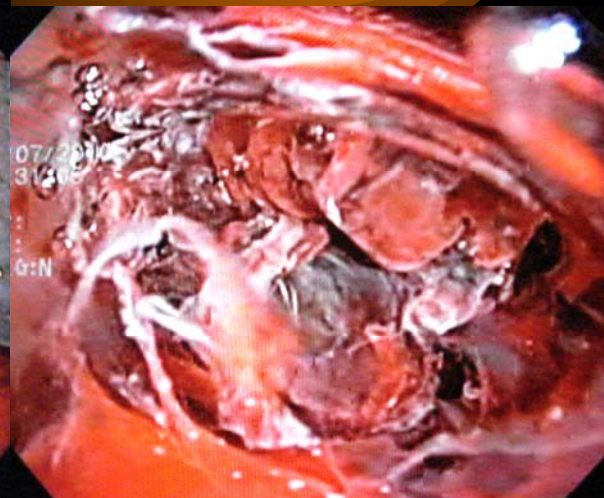
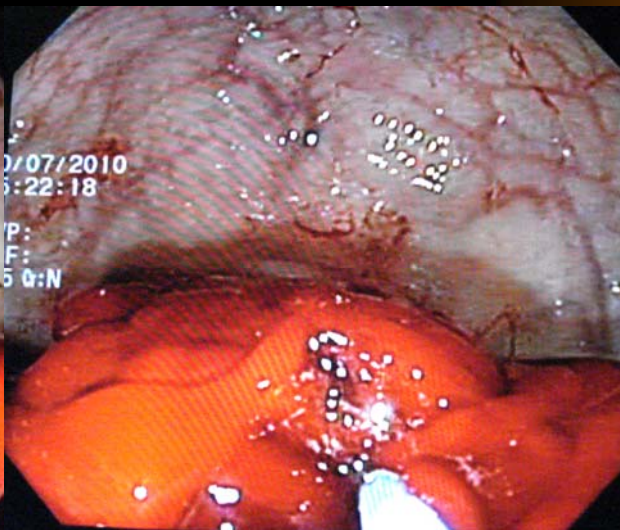
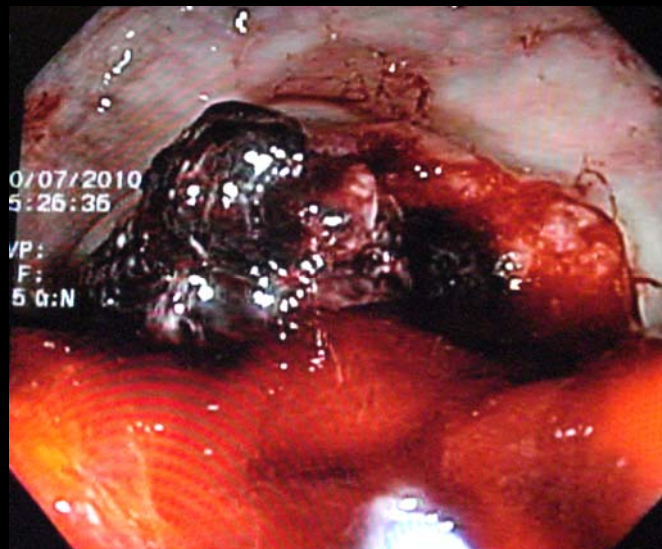
Cr terios para diagnóstico endoscópico

Sangue em jato	Forrest I-A
Sangue porejando	Forrest I-B
Co�gulo aderido resistente	Forrest II-A
Coto vascular vis�vel	Forrest II-B
Les�o sem sangue	Forrest III

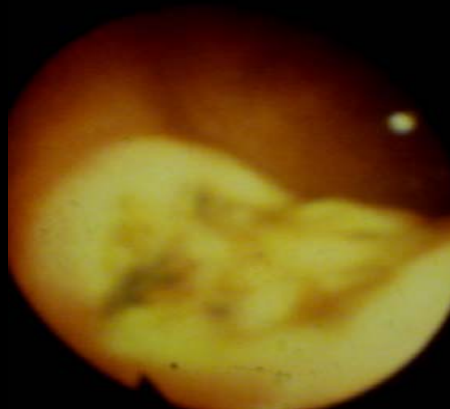
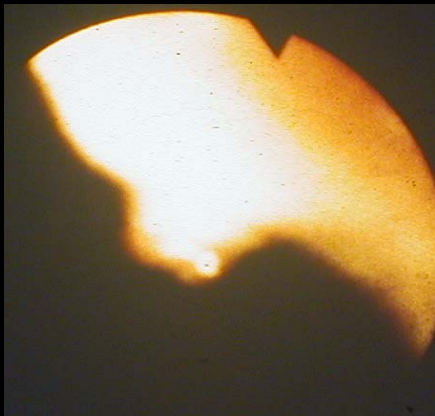
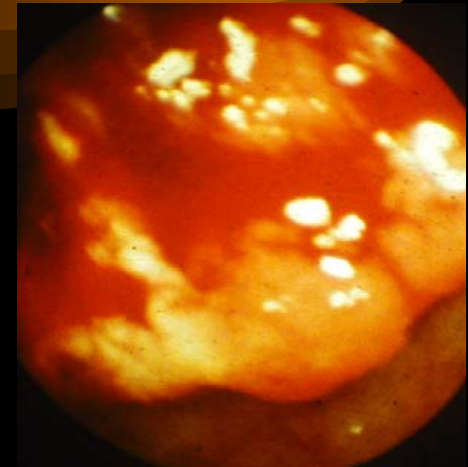
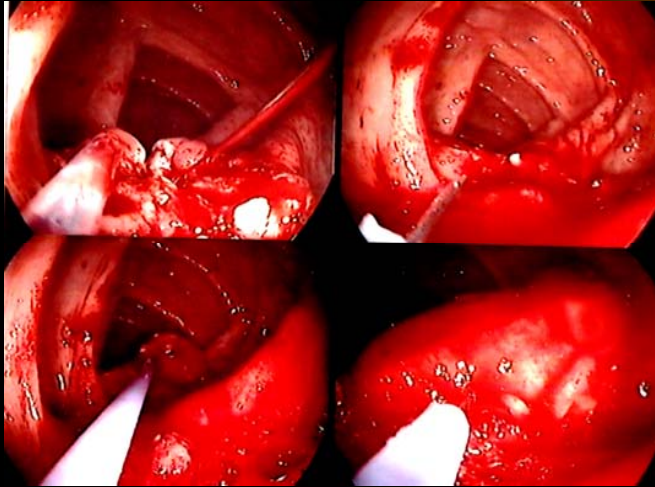
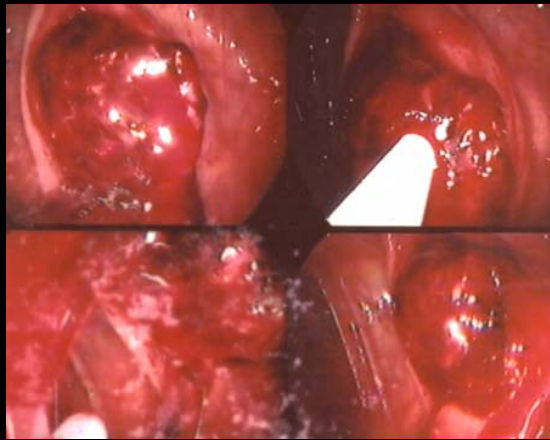
HDB/ Colonoscopia/ Exemplos



HDB/ Colonoscopia/ Adre 1/50000



HDB/ Colonoscopia/Exemplos



DDC/ Diverticulose incidental

Em 730 pacientes adultos, submetidos à colonoscopia total no Serviço de Coloproctologia do HSE, no período de 1996 a 1999, encontramos 305 (41,7 %) normais, sendo a anormalidade mais frequente a presença de DDC e 156 (36 %)

Silva EJ et al Colonoscopia: Análise crítica de sua indicação Rev Bras Coloproct 2003;23:77-1

HDB/ Polipectomia

Em 8447 colonoscopias retiramos por via endoscópica 1687 pólipos, destes 203 eram maiores do que 2 cm de diâmetro e foram considerados grandes, com tamanho de 2 a 10 cm.. Sangramento imediato foi mais frequente e estatisticamente significativo nos grandes, 11,8 contra 0,07%, $P < 0,01$. Sangramento tardio só ocorreu nos grandes. Somente um pólipó, grande, necessitou de tratamento cirúrgico, os demais tiveram tratamento endoscópico com sucesso

Silva EJ et al Rev Bras Coloproct 2009;29:451-7

Arsenal terapêutico endoscópico

Alça diatérmica para polipectomia em pólipos com sangramento ativo. Pode ser também usada em pós polipectomia com sangramento imediato

Endolupe de Ashiba e Averbach (prevenção em polipectomia)

Escleroterapia

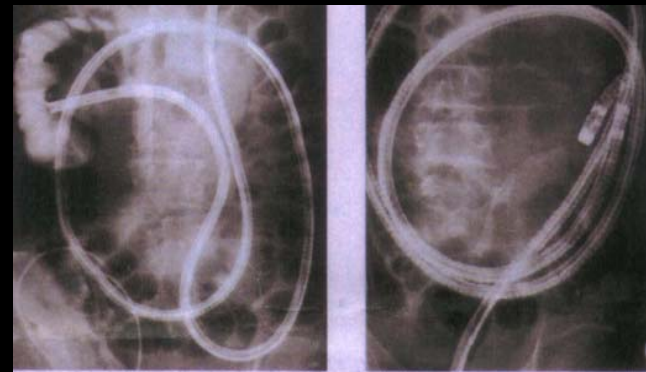
Eletrocoagulação bipolar

Plasma de argônio

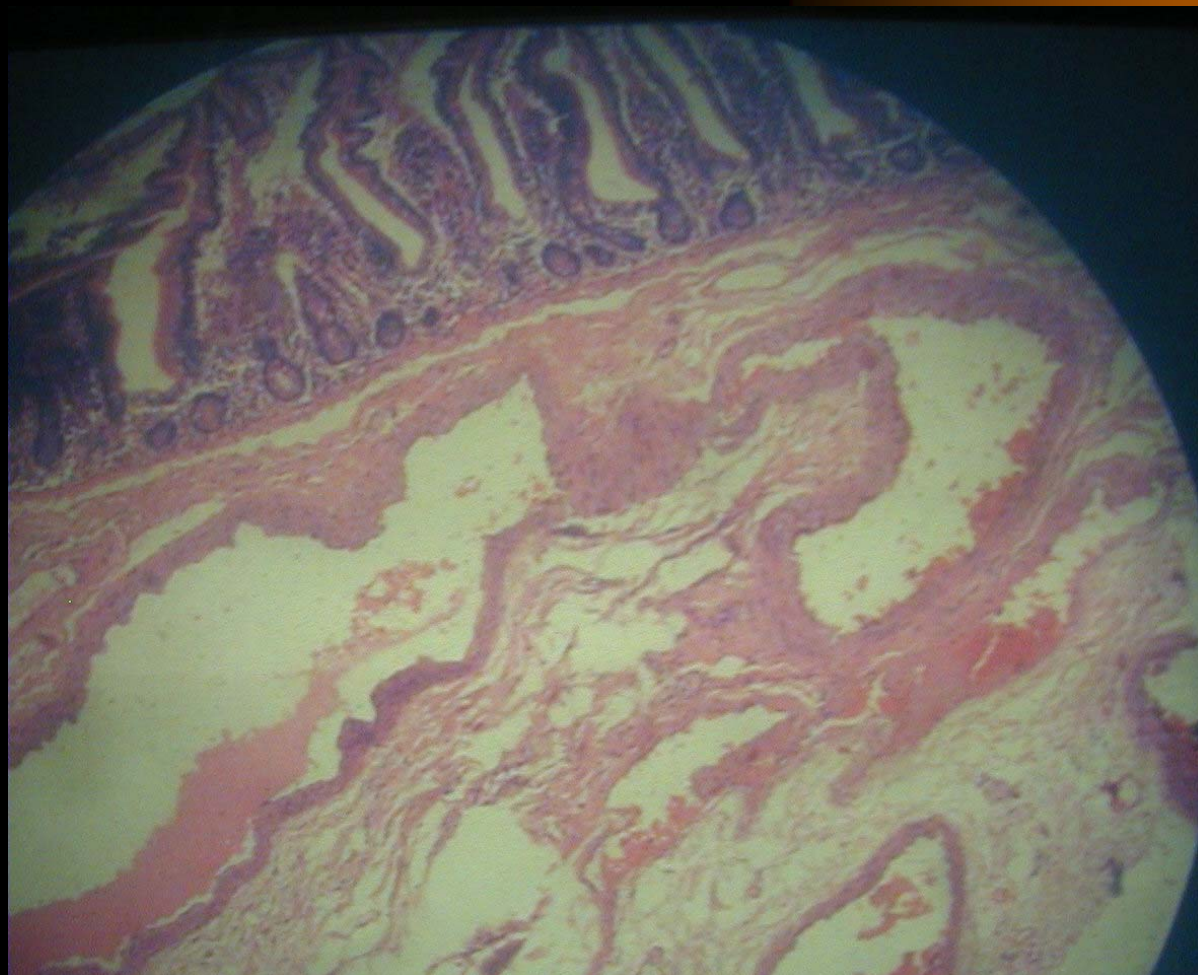
Hemoclip

Hemorragia Digestiva

5 % dos pacientes ficam sem diagnóstico e uma parcela importante destes, pertencem a hemorragia digestiva à nível do território do intestino delgado, isto é, do meio



DDC+ ectasia vascular em jejuno proximal
Silva EJ et al GED 2009;28:139-1



Conclusões



HDB de grande porte é causa importante para internação hospitalar

Manter o doente vivo= Estabilidade hemodinâmica

Hx clínica, EF e Exame retal objetivos

CNG para preparar cólon para ileocolonosopia

Prioridade é o diagnóstico topográfico Tratamento endoscópico, se possível. Tatuar

Equipe multidisciplinar