

Krwawienie z przewodu pokarmowego jako powikłanie terapii ostrych zespołów wieńcowych

Krzysztof Majewski, Wojciech Latos, Aleksander Sieroń

Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej
Katedry Chorób Wewnętrznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Streszczenie

Autorzy skorzystali ze swojego kilkudziesięcioletniego doświadczenia zawodowego zdobytego podczas pracy z chorymi cierpiącymi na schorzenia kardiologiczne i gastrologiczne zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i oddziału klinicznego. Pełnione w Klinice przez kilka lat całodobowe wojewódzkie dyżury endoskopowego tamowania krwawień z przewodu pokarmowego umożliwiły zebranie niezbędnego doświadczenia w tym zakresie wraz ze sporządzeniem wszechstronnego, ciekawego materiału zdjęciowego. Analiza kliniczna schorzeń leczonych w trybie nagłym pacjentów z ostrym krwawieniem z przewodu pokarmowego pozwoliła zaprezentować poniższe sformułowania i zalecenia prewencyjne jako wnioski z własnych doświadczeń zawodowych. (Folia Cardiologica Excerpta 2012; 7, 2: 84–90)

Słowa kluczowe: krwawienie z przewodu pokarmowego, diagnostyka i terapia endoskopowa, przewlekła terapia przeciwzakrzepowa, spersonalizowana dieta

Realizacja aktualnych zaleceń dotyczących agresywnej farmakoterapii towarzyszącej przeprowadzanym obecnie interwencjom kardiologicznym i kardiochirurgicznym u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi indukuje stosunkowo często powikłania krwotoczne, zwłaszcza w obrębie przewodu pokarmowego.

Szczególnie są na nie narażeni pacjenci z przebytym krwawieniem z przewodu pokarmowego w wywiadzie lub innymi powikłaniami choroby wrzodowej, będący zainfekowani bakterią *Helicobacter pylori*. Ponadto predysponowane są osoby w zaawansowanym wieku, leczone aktualnie antykoagulantami, steroidami, antybiotykami, lekami z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) i poddawane chemioterapii. Obszerne zestawienie niebagatelnych czynników ryzyka zebrano w tabeli 1 [1, 2]. Warto nadmienić, że najczęściej jednak występuje, niestety, koincydencja kilku spośród nich. Dotyczy to zwłaszcza osób starszych, z różnymi

przewlekłymi schorzeniami, do których dołączyło się nagle ostre zaburzenie przepływu wieńcowego wymagające kompleksowej interwencji kardiologicznej w celu ratowania życia chorego (tab. 2).

Wykonywane czasami z przezorności — szczególnie u osób starszych — przed planowanymi zabiegami kardiochirurgicznymi (zwłaszcza przed pomostowaniem aortalno-wieńcowym lub wszczępieniem zastawki mechanicznej) badania endoskopowe górnego i niekiedy też dolnego odcinka przewodu pokarmowego [3] ukazują nieraz pełne dramaturgii obrazy zaawansowanych zmian morfologicznych pomimo sygnalizowania nieznacznych objawów podmiotowych [4, 5] lub — coraz częściej — wskutek dysymulacji pacjentów z obawy przed utratą terminu zabiegu dającego nadzieję na rychłą poprawę stanu zdrowia.

Na zamieszczonych poniżej rycinach 1–8 przedstawiono obrazy endoskopowe zmian morfologicznych w przewodzie pokarmowym spotykane u pa-

Adres do korespondencji: Lek. Krzysztof Majewski, Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej Katedry Chorób Wewnętrznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. St. Batorego 15, 41–902 Bytom, tel.: +48 609 525 005, e-mail: endomajek@poczta.onet.pl

Tabela 1. Schorzenia ostre i przewlekłe jako czynniki ryzyka sprzyjające wystąpieniu krwawienia z przewodu pokarmowego

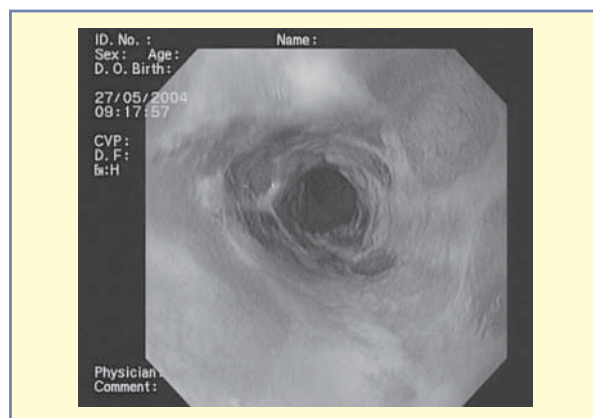
- Ostre i przewlekłe zespoły wieńcowe
- Przewlekła niewydolność krążenia
- Choroba wrzodowa i refluksowa — aktywne lub w wywiadzie
- Przewlekłe zakażenie *Helicobacter pylori*
- Swoiste i nieswoiste choroby zapalne jelit
- Choroba hemoroidalna
- Stan po cholecystektomii i/lub po częściowej resekcji żołądka
- Nowotwory łagodne i złośliwe przewodu pokarmowego
- Przewlekła choroba nerek
- Skazy krwotoczne
- Malformacje naczyniowe
- Marskość wątroby
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)
- Cukrzyca: gastro- i neuropatia
- Uzależnienia, w tym szczególnie nikotynizm
- Koincydencja kilku powyższych stanów chorobowych

Tabela 2. Terapia schorzeń ostrych i przewlekłych jako czynnik ryzyka krwawień z przewodu pokarmowego

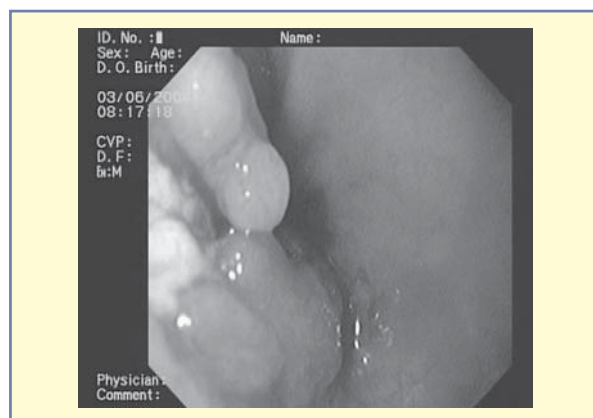
- Farmakoterapia ostrych i przewlekłych chorób infekcyjnych (wirusowych, bakteryjnych, pasożytniczych, grzybiczych)
- Przewlekła terapia przeciwplatekowa i przeciwzakrzepowa
- Chemio-/radioterapia nowotworów
- Przewlekła immunosupresja po transplantacjach
- Terapia układowych chorób tkanki łącznej
- Terapia przewlekłych i nawracających zespołów bólowych
- Atopia wymagająca periodicznej lub stałej terapii steroidowej
- Koincydencja kilku powyższych metod terapeutycznych

pacjentów kierowanych na zabiegi kardiochirurgiczne i jednocześnie niemających wcześniej jednoznacznej symptomatyki gastrologicznej [6].

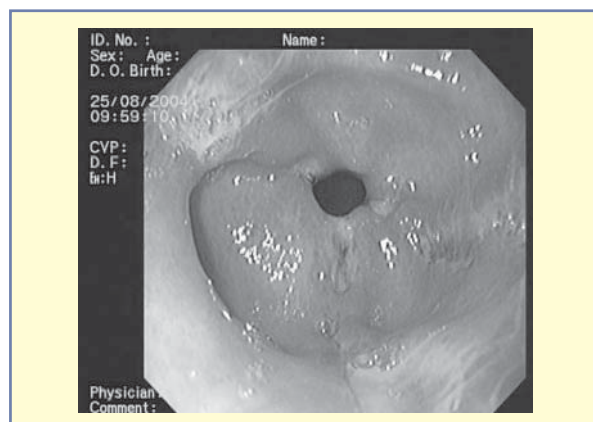
Fakt występowania licznych, często niemych klinicznie, a mimo to zaawansowanych patologii przewodu pokarmowego powinien stanowić przesłankę do zmiany standardów postępowania diagnostycznego względem pacjentów w tych wszystkich sytuacjach, kiedy nie ma przymusu interweniowa-



Rycina 1. Nadżerki — refluksowe zapalenie przełyku typu D w skali Los Angeles



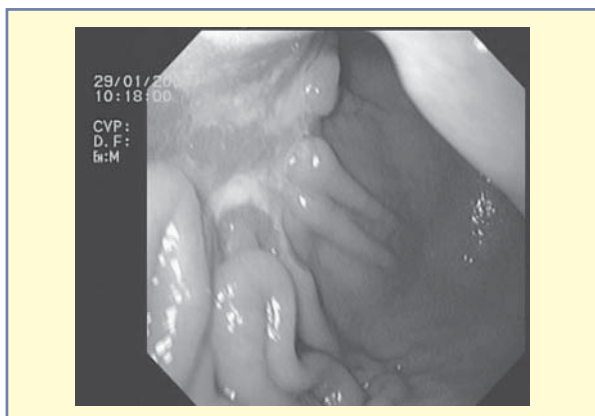
Rycina 2. Naciek nowotworowy przełyku



Rycina 3. Mnogie owrzodzenia żołądka po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych

nia natychmiast, ze względu na dramatyczny przebieg ostrego zespołu wieńcowego.

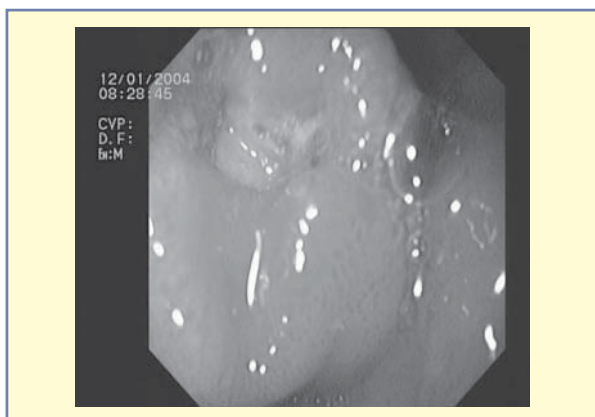
Endoskopowe stwierdzenie obecności zmian patologicznych w przewodzie pokarmowym stwarza



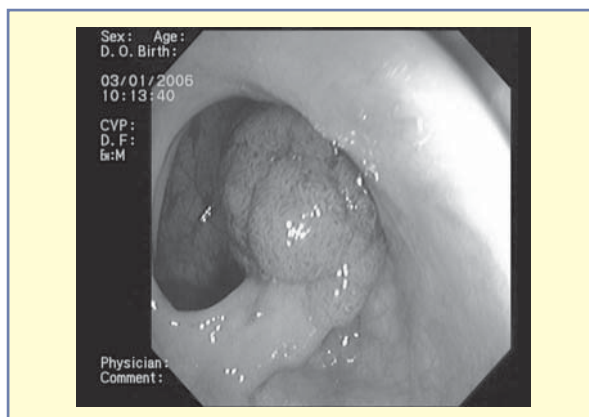
Rycina 4. Owrzodzenie nowotworowe żołądka



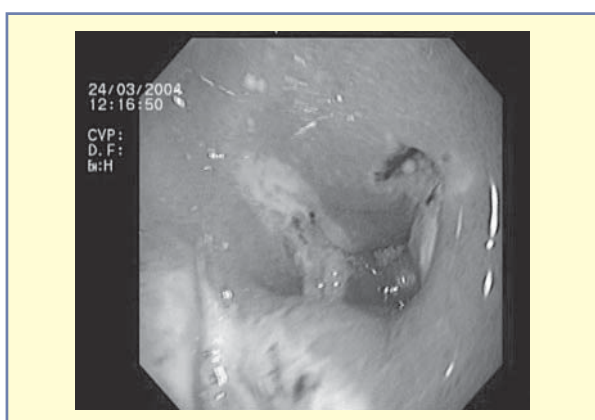
Rycina 7. Bardzo liczne uchyłki esicy z odczynem zapalnym — *diverticulitis*



Rycina 5. Owrzodzenie peptyczne dwunastnicy



Rycina 8. Polip esicy



Rycina 6. Owrzodzenia polekowe dwunastnicy (NLPZ)

okazję do uniknięcia poważnych powikłań w okresie okołozabiegowym, gdy powstają sprzyjające warunki do krytycznego niedotlenienia, w którego następstwie pękają ściany naczyń i dochodzi do intensywnego

Tabela 3. Klasyfikacja natężenia krwawienia z przewodu pokarmowego (skala *Forrest*)

Forrest Ia	Aktywne krwawienie o charakterze tętniczym
Forrest Ib	Sączące się krwawienie o charakterze żylnym
Forrest II	Zmiana (-y) z cechami przebytego krwawienia
Forrest IIa	Widoczny kikut naczynia
Forrest IIb	Skrzep
Forrest IIc	Zmiana pokryta hematyną
Forrest III	Zmiana (-y) bez kryteriów krwawienia wymienionych powyżej, lecz pozytywny wywiad w tym względzie

krwawienia z tkanek uszkodzonych przez istniejące przewlekłe stany zapalne i nowotwory.

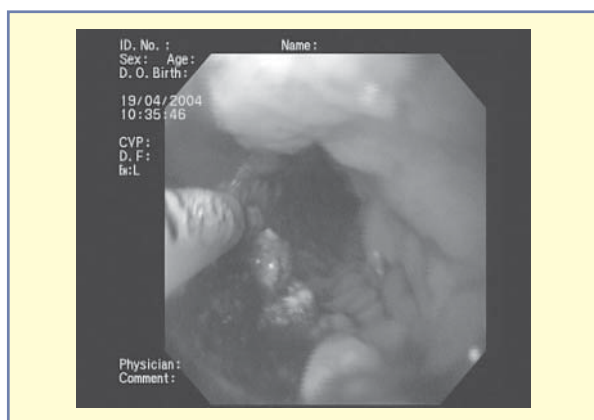
Natężenie krwawienia określa się w trakcie badania endoskopowego według skali *Forrest* (tab. 3),

Tabela 4. Endoskopowe metody tamowania krwawień z przewodu pokarmowego

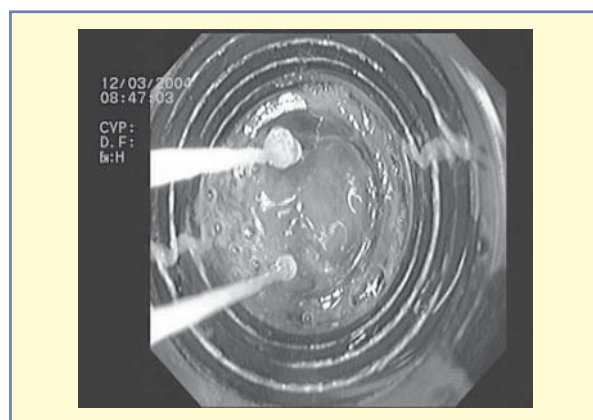
- **Iniekcyjne:** r-r adrenaliny 1:10 000 w 0,9% lub 10% NaCl; 1% r-r polidokanolu, 10% NaCl, 96% etanol, kleje tkankowe
- **Termiczne:**
 - koagulacja monopolarna i bipolarna (w tym HPU)
 - koagulacja laserowa (Nd: YAG)
 - koagulacja plazmą argonową (APC)
- **Mechaniczne:**
 - opaskowanie żyłaków przetyku
 - zakładanie klipsów hemostatycznych
 - sonda balonowa Sengstakena (jako poprzedzająca metody endoskopowe lub operacyjne)

Tabela 5. Inne metody tamowania krwawień z przewodu pokarmowego

- Infuzyjne: terlipresyna, oktreotyd, cykloaminą, osocze mrożone, masa płytkowa, ME, płyny izotoniczne
- Operacyjne:
 - zespolenie (shunt) między żyłą wrotną i żyłą główną dolną
 - podwiązanie krwawiącego naczynia + ewentualna resekcja fragmentu narządu
 - podwiązanie naczyń okotoprzytkowych i dna żołądka
 - usunięcie, podkrwawiających hemoroidów



Rycina 9. Naciek nowotworowy — koagulacja tkanek sondą beamera argonowego (APC)



Rycina 10. Opaskowanie żyłaków przetyku

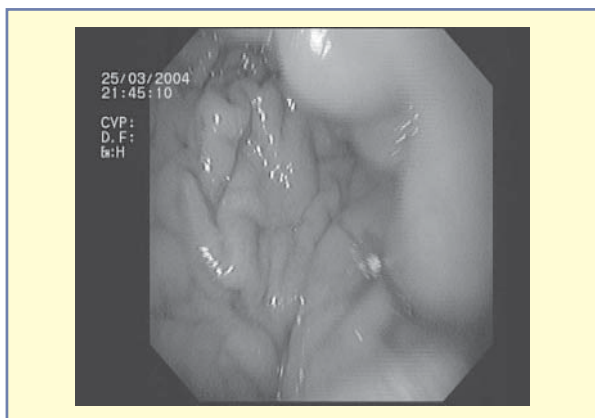
która sugeruje zarówno sposób postępowania doraźnego przy endoskopowym tamowaniu krwawienia, jak i ma znaczenie prognostyczno-ropkowicze dla planowanej terapii antyagregacyjnej [3, 4, 7].

Od momentu stwierdzenia oznak jawnego krwawienia z przewodu pokarmowego należy możliwie szybko (najlepiej do 24 h) wykonać badanie panendoskopowe, a w razie jego negatywnego wyniku — także kolonoskopowe. Podczas endoskopii po zlokalizowaniu źródła krwotoku podejmuje się zaawansowane działania zabiegowe, których celem jest jego miejscowe zatrzymanie. Równolegle stosuje się wspomagające leczenie infuzyjne w celu poprawy wypełnienia łożyska naczyniowego i optymalizacji zaburzonych procesów krzepnięcia. W wypadku ich nieskuteczności lub dramatycznego przebiegu krwotoku należy (poza intensyfikacją metod infuzyjnych poprzez podanie silnych substancji wazoaktywnych) niezwłocznie przekazać pacjenta w ręce doświadczonego zespołu chirurgicznego.

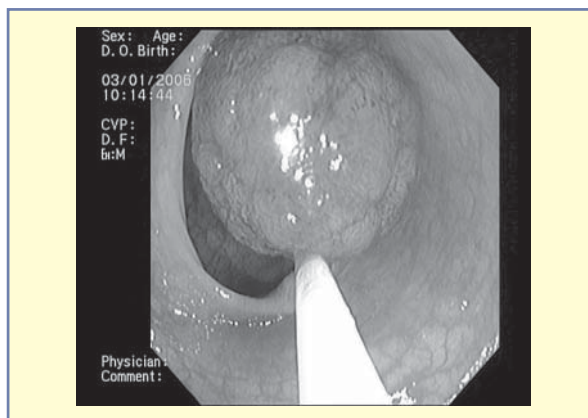
Endoskopowe tamowanie krwawień wykonuje się metodami iniekcyjnymi, termicznymi i mechanicznymi, z wykorzystaniem różnych technik, które zestawiono w tabelach 4 i 5 [3, 6, 7].

Na rycinach 9–11 przedstawiono wybrane metody endoskopowego tamowania krwawień.

Leczenie krwotoków z przewodu pokarmowego ma często bardzo dramatyczny przebieg (zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu medycznego) i wiąże się z ponoszeniem dodatkowych, niekiedy bardzo wysokich kosztów, a ostateczny wynik często nie jest do końca przewidywalny. Wydaje się więc, że poza werbalnymi deklaracjami o potrzebie rutynowego wprowadzania działań prewencyjnych do standardów procedur leczniczych oraz edukacji społeczeństwa — należy bezwzględnie je stosować! Nie wymagają one znacznych nakładów finansowych ze strony oddziałów kardiologii interwencyjnej czy kardiochirurgii i transplantologii, gdyż część z nich może być prowadzone na co dzień w środowisku rodzinnym pacjentów i na ich (niewielki) koszt.



Rycina 11. Założony klips naczyniowy na naczyniu w owrzodzeniu typu Dieulafoy



Rycina 12. Duży polip esicy — polipektomia

Sugerowane kierunki prowadzenia aktywnej profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej po przebytych incydentach wieńcowych przedstawiono w tabelach 6 i 7 [1, 2, 5, 8–10].

Osobom poddawanych przewlekłej terapii przeciwplatekowej lub przeciwzakrzepowej względnie obydwu metodom skojarzonym ze sobą, celem zminimalizowania ich niekorzystnego lub wręcz traumatyzującego działania na przewód pokarmowy zaleca się dokonanie konkretnych, niezbyt uciążliwych modyfikacji codziennej diety, które zestawiono poniżej.

Proponowana dieta dopuszcza do konsumpcji większość produktów spożywczych, z zastrzeżeniem jedynie sposobu ich przetwarzania na różnych etapach, aby unikać dodatkowego kontaktowego

drażnienia błony śluzowej przewodu pokarmowego oraz jej nadmiernej stymulacji.

Przeciwwskazane jest wówczas spożywanie:

- potraw smażonych i nadmiernie przypieczonych (panierowanych) oraz produktów wędzonych i później nieugotowanych;
- wywarów mięsnych, dużych ilości przypraw;
- surowych warzyw cebulowatych (cebula, por, czosnek);
- owoców (i ich soków), takich jak grapefruit i pomarańcza;
- nieskwaszonego mleka i pochodnych (generują silne wzdęcia);
- herbaty z cytryną, herbat owocowych i aromatyzowanych;

Tabela 6. Metody prewencji pierwotnej krwawień z przewodu pokarmowego u pacjentów kardiologicznych

<ul style="list-style-type: none"> — Edukacja żywieniowa pacjenta i jego rodziny — „Piramida zdrowego żywienia” jest zbyt ogólna, wymaga uszczegółowienia i personalizacji — Okresowo przeprowadzane badania endoskopowe przewodu pokarmowego, wskazane szczególnie w wypadku: <ul style="list-style-type: none"> • przewlekłej dyspepsji u osób po 45. roku życia • choroby refluksowej • choroby wrzodowej w wywiadzie i <i>de novo</i> • stanu po cholecystektomii i gastrektomii typu <i>Billroth II</i> (metaplazja jelitowa) • długotrwałej terapii zespołów bólowych • długotrwałej terapii astmy i POChP • występowania choroby nowotworowej u krewnych I i II stopnia • wieloletniej cukrzycy — Długotrwała redukcja sekrecji HCL (IPP) w przypadkach wymienionych poprzednio schorzeń — Eradykacja <i>Helicobacter pylori</i> przy stwierdzeniu zakażenia (endoskopia, test oddechowy, histopatologia, testy laboratoryjne z krwi i stolca) — Rezygnacja z farmakoterapii lekami z grupy NLPZ na rzecz fizykoterapii — Oznaczanie miana antygenów nowotworowych (głównie: CEA, Ca 19-9) — Cykliczna kontrola morfologii i stężenia Fe

Tabela 7. Proponowane metody prewencji wtórnej krwawień z przewodu pokarmowego po OZW

<ul style="list-style-type: none"> — Inhibitory pompy protonowej — preferowane: pantoprazol, esomeprazol — Leki osłaniające — sucralfat — choroba wrzodowa + żółciopochodne zapalenie błony śluzowej żołądka <ul style="list-style-type: none"> • <i>Semen linii</i> — rutynowo na noc — Leki prokinetyczne — redukujące refluks (żółci + HCL) i zaleganie mas pokarmowych oraz gazów w jelitach — Inne — sole kwasu alginowego, kwas ursodezoksycholowy, simeticon, probiotyki — Unikanie leków z grupy NLPZ zarówno OTC, jak i z przepisu lekarza, szczególnie przy równoczesnej terapii antagonistami witaminy K — Eradykacja ewentualnego zakażenia <i>Helicobacter pylori</i> — Dieta — higiena odżywiania: liczba posiłków, optymalny skład i proporcje, eliminacja niektórych potraw i składników — Higiena życia codziennego — kształtowanie nawyków: (+) wysiłek fizyczny, (–) nikotynizm — Minimalizacja natężenia farmakoterapii na rzecz fizykoterapii i fitoterapii — Wydaje się uzasadnione wykonanie badań endoskopowych przewodu pokarmowego u chorych: <ul style="list-style-type: none"> • zakwalifikowanych do transplantacji i innych operacji kardiochirurgicznych • zakwalifikowanych do wieloletniej lub dożywotniej terapii lekami przeciwzakrzepowymi i/lub podwójnej terapii przeciwplatekcyjnej • przy stwierdzeniu nagłego spadku hematokrytu o 10% i/lub dodatnim wyniku badania na obecność krwi utajonej w kale przy obciążającym wywiadzie chorobowym i rodzinnym pacjenta, a gdy nastąpi spadek Ht o ponad 20% jego wartości wyjściowej, to w trybie pilnym!
--

— napojów gazowanych, czarnej kawy, mocnych alkoholi, słodczy.

Wskazane jest, aby **spożywać**:

- 4–5 nieobfitych posiłków;
- pieczywo mieszane, wieloziarniste lub z pełnego przemiału;
- potrawy gotowane, duszone, z parowaru lub z grilla (wówczas z wyłączeniem kiełbas);
- naturalne przetwory mleczne (skwaszone);
- warzywa, zwłaszcza zielone;
- oleje roślinne (szczególnie z oliwek, lniany i rzepakowy);
- ryby i owoce morza (gotowane, pieczone w folii);
- owoce: ananasy, brzoskwinie, wiśnie, jagody, jabłka — lepiej, gdy gotowane lub pieczone;
- mięso: drobiowe, królicze, jagnięcinę, cielęcinę lub młodą wołowinę;
- lekko zaparzoną herbatę (szczególnie zieloną), bezsmakowe wody nienasycone CO₂ średnio- lub niskozmineralizowane; jeżeli kawę prawdziwą, to tylko białą.

Lecząc pacjenta z przebyłym lub zagrażającym OZW, a także z przewlekłym migotaniem przedsionków, należy zawsze pamiętać, że jest to osoba szczególnie narażona na występowanie krwawień z przewodu pokarmowego, których należy spodziewać się częściej, aniżeli wśród pacjentów nieleczonych kardiologicznie.

W związku z tym należy częściej niż zwykle sprawdzać, czy u pacjenta nie pojawiają się cechy ukrytego krwawienia z przewodu pokarmowego [4].

Bezpieczną metodą prewencji jest stosowanie inhibitorów pompy protonowej (IPP), zwłaszcza pantoprazolu lub ezomeprazolu, najlepiej w 2 dawkach po 20 mg na dobę [1, 2, 8–10].

Poza regularnie zlecanymi badaniami laboratoryjnymi i — od czasu do czasu — endoskopowymi [5] należy pamiętać, że nieocenionym sprzymierzeńcem pacjenta oraz lekarza w zapobieganiu powikłaniom krwotocznym długotrwałej farmakoterapii przeciwzakrzepowej jest odpowiednia **dieta**, najlepiej jednak **spersonalizowana**, na podstawie precyzyjnie zebranego wywiadu chorobowego i rodzinnego.

Piśmiennictwo

1. Bhatt D.L., Scheiman J., Abraham N.S. i wsp. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2008; 52: 1502–1517.
2. Imiela J., Opolski G., Rydzewska G. i wsp. Konsensus Grupy Roboczej powołanej przez konsultantów krajowych w dziedzinie chorób wewnętrznych, gastroenterologii i kardiologii w sprawie zasad prewencji powikłań żołądkowo-jelitowych i krwawień z przewodu pokarmowego w trakcie leczenia przeciwplatekcyjnego. *Kard. Pol.* 2009; 67: 5.
3. Ottenjan R., Classen M. *Gastroenterologische Endoskopie. Lehrbuch und Atlas* 1991; 499–514.
4. Bianchi Porro G., Cremer M., Krejs G. i wsp. *Gastroenterologia i Hepatologia* 2003; 189–220.

5. Wiszniewski M. Leczenie przeciwkrzepliwe i przeciwplytkowe a badania i zabiegi endoskopowe. *Gastroenterologia Kliniczna* 2010; 2: 64–70.
6. Latos W. (red.). *Badania endoskopowe przewodu pokarmowego. Opracowanie multimedialne dla celów szkoleniowych*. Bytom 2003–2011.
7. Forrest J., Finlayson N., Shearman D. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974; II: 394.
8. Ray W.A., Murray K.T., Griffin M.R. i wsp. Outcomes with concurrent use of clopidogrel and proton-pump inhibitors: a cohort study. *Ann. Intern. Med.* 2010; 152: 337–345.
9. Lau W.C., Gurbel P.A. The drug-drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. *CMAJ* 2009; 180: 699–700.
10. Stockl K.M., Le L., Zakharyan A. i wsp. Risk of rehospitalization for patients using clopidogrel with a proton pump inhibitor. *Ann. Intern. Med.* 2010; 170: 704–710.