

Akut övre gastrointestinal blödning

Gäller för: Region Kronoberg, Akutkliniken, Kirurgkliniken Växjö,
Anestesikliniken

Faktaägare:

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Inledning..... | 2 |
| 1.1 | Definition..... | 2 |
| 1.2 | Vårdnivå..... | 2 |
| 2 | Vid stor gastrointestinal blödning | 2 |
| 2.1 | Akutbehandling..... | 2 |
| 2.2 | Behandling på IVA..... | 3 |
| 3 | Vid måttlig gastrointestinal blödning | 4 |
| 4 | Vid liten gastrointestinal blödning..... | 4 |
| 4.1 | Poliklinisk planering | 5 |
| 5 | Blödande ulcus | 5 |
| 5.1 | Gastroskopi | 5 |
| 5.2 | Operationsindikationer..... | 6 |
| 5.3 | Indikationer för angiografisk intervention <i>eller</i> operation | 6 |
| 5.4 | Operationsteknik | 7 |
| 5.5 | Uppföljning | 7 |
| 6 | Blödande esofagusvaricer | 7 |
| 6.1 | Akut medicinsk behandling | 8 |
| 6.2 | Akut endoskopisk behandling | 8 |
| 6.3 | Sengstakensond..... | 9 |
| 6.4 | Fortsatt initial behandling..... | 9 |
| 6.5 | Operationsindikation | 9 |
| 6.6 | Sekundärprevention efter varicerblödning | 9 |
| 6.7 | Child-Pugh klassifikationen | 10 |

1 Inledning

1.1 Definition

- Hematemes -Blodkräkning
- Hematochezi -Rött blod i avföringen
- Melena -Svart blod i avföring

Hematochezi innebär oftast nedre GI-blödning, men 5 % av övre GI-blödning debuterar med röd blödning per rektum.

1.2 Vårdnivå

- Stor GI-blödning -Oftast IVA
- Måttlig GI-blödning -AVA/Vårdavdelning
- Liten GI-blödning -Poliklinisk utredning

Patienter med GI-blödning skall om inte särskilda skäl föreligger skrivas in på kirurgkliniken. Undantag kan t.ex. vara patient med allvarlig medicinsk eller onkologisk grundåkomma och samtidig lindrig GI-blödning som oftast vårdas bäst på moderkliniken.

2 Vid stor gastrointestinal blödning

Om patienten har endera av: manifest chock, cirkulatorisk påverkan (blodtryck <100 och/eller puls >100), rött blod i sond eller anamnes på synkope.

2.1 Akutbehandling

- Bedöm patienten enligt ABC
- Bedöm och säkra fri luftväg. Tänk på aspirationsrisken
- Syrgas 10-15 l/min via mask. Använd pulsoximeter
- Säkra minst två grova perifera venvägar. Koppla Ringeracetat
- Är patienten cirkulatoriskt instabil påbörjas volymsubstitution enligt sedvanliga riktlinjer
- Klinisk undersökning och anamnes
- V-sond, 16 eller 18 Ch
- Provtagning: Blodstatus, elstatus, urea, leverstatus, PK, APTT, Troponin, blodgruppering, bastest, överväg blodbeställning

- Vid misstanke om blödande esofagusvaricer, ge antibiotika redan på akutmottagningen (Cefotaxim eller Ciprofloxacin i.v.). Tidig antibiotika minskar mortaliteten med 10 %
- Kontakta anestesilog för diskussion om överförande till IVA

2.2 Behandling på IVA

- Kontrollera att patienten har fri luftväg, syrgas, pulsoximeter, infarter och sond enligt ovan
- Är patienten cirkulatoriskt instabil ges volymsubstitution enligt sedvanliga riktlinjer
- Fasta
- **Medicinsk behandling påbörjas med:**
 - Bolusdos **Pantoprazol** 80 mg i.v.
 - Kontinuerlig Inf **Pantoprazol** 8 mg/h (*Pantoprazol 80 mg i 200 ml NaCl 9 mg/ml ger Pantoprazol 0,4 mg/ml, infusionshastighet 20 ml/h*)
 - **Octostim** 0,3 mikrog/kg s.c. eller i.v. till patienter som behandlas med ASA/NSAID och uremiker
 - **Koagulationsfaktorkoncentrat** (Confidex eller liknande) till Waranbehandlade patienter med livshotande blödning
 - Överväg **Cyklokapron** 1g x 6 i.v. i 3 dygn (dosreduktion vid njurinsufficiens)
- **Monitorering:** EKG, blodtryck och AT. Hb var 4:e h. Registrera blödningstillfällen avseende antal och volym. KAD, timdiures. Överväg intraarteriell blodtrycksmätning och preloadbedömning med t-ex. UKG.
- Ge blod om Hb <70 g/l. Övertransfusion led till ökad reblödningsrisk! Om patienten är hjärt-lungfrisk siktar man på ett Hb mellan 70 – 90 g/l.
- Överväg masstransfusionsprotokoll (4:4:1) vid stor blödning
- **Gastroskopi:** Alla patienter med GI-blödning som kräver IVA-vård bör gastroskoperas inom 12 h. Oftast efter stabilisering, men omedelbar gastroskopi med endoskopisk terapi är ibland en förutsättning för att få patienten cirkulatoriskt stabil. *Överväg alltid gastroskopi i intubationsnarkos för att minska aspirationsrisken och underlätta endoskopisk terapi!* Överväg skopi på operationssal 5 för att även ha tillgång till angiografisk intervention eller laparotomi om det inte går att uppnå endoskopisk hemaostas.
- Abbotcin 250 mg i.v. 20 min innan gastroskopin tömmer ventrikeln på blod och underlättar undersökningen
- Om patienten står på antikoagulantia där antidot saknas och har en livshotande blödning. Ge behandling enligt ovan men även Trombocyter. Vid behov kontakta **Koagulationsjouren** i Malmö

Efter nivådiagnostik av blödningskällan fortsatt handläggning enligt **blödande ulcus** eller **blödande esofagusvaricer**, se nedan

3 Vid måttlig gastrointestinal blödning

Gäller för majoriteten av patienterna

- Fasta, sond, kontroller och restriktivitet med blod enligt ovan. Hb var 4:e h initialt.
- AVA eller vårdavdelning utom vid följande undantag *då anestesilog skall kontaktas för diskussion om IVA-vård:*
 - Tecken till stor blödning på >500 ml
 - Waranbehandling
 - Kort anamnes och oklart cirkulatoriskt status
 - Annan komplicerande sjukdom
- **Medicinsk behandling** på vårdavdelning:
 - **T Esomerprazol** 40 mg x 2 p.o. om patienten kan tolerera p.o. medicinering. Annars inj. Pantoprozol 40 mg x 2 i.v.
 - ASA och Klopidogrel sätts ut första dygnet i väntan på gastroskopi. Därefter bör man dagligen väga trombosrisken mot risken för reblödning. Återinsätt lågdos ASA så snart blödningen avstannat hos patienter där indikationen är *sekundärprevention* efter vaskulär händelse. Hos patienter med stent i kranskärnen bör Klopidogrel återinsättas snarast möjligt!
- Gastroskopi nästföljande vardag om patienten är stabil. *Cirkulatoriskt instabila patienter skall vårdas på IVA enligt ovan och gastroskoperas akut (inom 12 h)*
- Även vid misstänkt nedre GI-blödning skall gastroskopi göras innan coloskopi eftersom 10 % av dessa patienter ändå blöder från övre gastrointestinalkanalen

4 Vid liten gastrointestinal blödning

Patienter som uppfyller följande kriterier behöver inte läggas in utan kan utredas polikliniskt:

- <60 år
- Tidigare frisk
- Asymtomatisk
- Hemodynamiskt stabil
- EVF >0,30

Detta gäller i synnerhet patienter med lindrig hematemes utan pågående aktiv blödning och utan melena.

4.1 Poliklinisk planering

- Recept på Omeprazol 20 mg 1x2
- Sätt ut NSAID
- Råd om att undvika alkohol
- Gastroskopi inom 1-2 veckor, prio 1
- Order om att söka akut vid försämring

5 Blödande ulcus

Medicinsk behandling som vid stor eller måttlig GI-blödning beroende på hur blödningen bedöms (se ovan). Ges direkt vid ankomst till avdelningen, d.v.s. innan gastroskopi och därmed innan diagnosen är säkerställd.

5.1 Gastroskopi

Ger möjlighet till diagnos, klassificering och endoskopisk terapi av blödande ulcus.

| Endoskopisk klassifikation av blödande ulcus | | |
|--|--------------------------------|------------------|
| Forrestklass | Utseende | Reblödningsrisk* |
| Ia | Sprutande artärblödning | 55 % |
| Ib | Sivande blödning | 55 % |
| IIa | Icke blödande kärlpipa | 43 % |
| IIb | Koagel täcker såret | 22 % |
| IIc | Flack hematinfläck i sårbotten | 10 % |
| III | Vitt eller gult fibrin | 5 % |

**Genomsnittlig reblödningsrisk utan medicinsk eller endoskopisk behandling*

- Endoskopisk behandling ges mot blödande ulcus Forrest Ia, Ib, IIa och IIb för att ytterligare minska reblödningsrisken.
- Vid IIb ges endoskopisk behandling om man kan spola bort koaglet, annars inte.
- **Injektionsbehandling** med Adrenalin 0,1 mg/ml i kvaddlar om 2 ml i samtliga kvadranter av ulcuskanten, mot kärlpipa och ulcusbotten. Upp till 20 ml kan ges utan risk.
- **Adrenalin** skall kompletteras med någon annan metod, **ej som monoterapi!**

- Komplettera med **clips** mot ev. kärlpipa (Forrest Ia och IIa). Vid reblödning bör man alltid markera blödningskällan med ett clips för att underlätta inför ev. angiografisk intervention
- Ev. kompletterande **fibrinlimning** med Tisseel kan användas om man är förtrogen med tekniken
- Monopolär diaterm kan ges med hemostasstång, **Olympus Coagrasper**.

Patient som behandlats endoskopiskt hålls fastande i ytterligare 2-3 dygn med fortsatt kontinuerlig Inf Pantoprazol *i 3 dygn efter endoskopisk behandling*.

Ulcus med Forrestklass III talar emot blödning senaste två dyggen. Om man är säker på att detta är den enda blödningskällan får patienten börja äta och ställs på p.o. behandling med T. Omeprazol 20 mg x 1. Avvakta med ev. eradikering av *Helicobacter pylori* till efter hemgång.

Patienten bör vårdas inläggande så länge risk för reblödning kvarstår. Det tar några dygn för Forrest I – IIc att försvinna och de flesta reblödningar sker inom 3-4 dygn

5.2 Operationsindikationer

- Patient som inte svarar på chockbehandling
- Rechock efter initialt svar på chockbehandling

5.3 Indikationer för angiografisk intervention *eller* operation

- Blödning eller reblödning som inte stoppar på endoskopisk behandling
- Pågående artärblödning i bulbus duodenis bakvägg (a. gastroduodenale)
- Blodtransfusion >6-8 påsar SAG på 2-3 dagar

Angiografisk intervention är förstahandsmetod så länge patienten är cirkulatoriskt stabil. *Kontakta kärlkirurg för diskussion.*

Ju skörare patient desto starkare indikation! Dessa patienter har sämst förutsättningar att klara en fortsatt blödning.

Operation bör oftast föregås av ett nytt försök till endoskopisk behandling på op. med patienten intuberad. Helst på sal 5 för att även ha tillgång till angiografisk intervention vid behov.

5.4 Operationsteknik

Laparotomi med långsgående duodenotomi eller gastrotomi. Vid duodenalulcus görs omstickning med grov sutur i sårbottens alla fyra kvadranter för att säkerställa att alla fyra grenar till a. gastroduodenale omfattas. Vid trånga förhållanden och risk för läckage även pylorusexklusion och GE. Vid ventrikelulcus görs helst excision av såret, i andra hand px och omstickning.

5.5 Uppföljning

- **Eradikering av *Helicobacter pylori***, på vida indikationer, påbörjas vid hemgång
- **Sätt ut NSAID.** Om det inte går sätta ut ge samtidigt profylax med Omeprazol 20 mg x 1. Förklara att detta gäller livslångt och även receptfria NSAID!
- **Sätt ut ASA** om indikationen är svag
- Om ASA bedöms nödvändigt: HP-eradikeringsbehandling och därefter livslångt profylax med Omeprazol 20 mg x 1
- Hos äldre patienter bör livslångt ulcusprofylax övervägas även om NSAID och ASA kan sättas ut. Risken för ny ulcuskomplikation (blödning/perforation) är annars så hög som 30-50% på 10 år!
- **Klopidogrel** bör inte sättas ut utan diskussion med ansvarig läkare
- Om Klopidogrel bedöms nödvändigt: HP-eradikeringsbehandling och profylax med Omeprazol 20 mg x 1 livslångt eller åtminstone så länge behandlingen pågår (oavsett interaktionsvarningen att protonpumpshämmare minskar effekten av Klopidogrel)
- Hos alla patienter ges protonpumpshämmare i ulcusläkningsdos, t.ex. Omeprazol 20 mg x 1 i 4-6 veckor
- Ventrikelulcus skall kontrollgastroskoperas med px efter ca 6 veckor och kontrolleras tills fullständig utläkning skett. Ingen kontrollgastroskopi är nödvändig vid duodenalulcus

6 Blödande esofagusvaricer

- Kontakta anestesilog för diskussion om IVA-vård. Patient med blödande esofagusvaricer bör i första hand övervakas på IVA
- Medicinsk behandling med Glypressin startas vid grundad klinisk misstanke om blödande esofagusvaricer. Kan påbörjas redan på akutmottagningen. Majoriteten av patienterna slutar blöda inom några timmar. Efter detta bör fokus vara på tidig gastroskopi med endoskopisk behandling.
- **Lavage** i sonden för att utvärdera terapin, motverka levercoma och aspiration samt underlätta för gastroskopin

6.1 Akut medicinsk behandling

- **Glypressin** (Terlipressin) är en vasopressinanalog som sänker trycket i portakretsloppet. Ges som intermittent injektion, 2 mg x 6 i.v. under 3-5 dagar (1 mg x 6 om vikt <55 kg). Dosen kan halveras från andra dygnet om hemostas uppnåtts
- **Tidigt insatt antibiotika!** Minskar mortaliteten med 10 %. Ge Cefotaxim 1 g x 2 i.v. eller Ciprofloxacin 400 mg x 2 i.v. *Endotoxiner i cirkulationen påverkar trombocytfunktionen, leder till produktion av heparinliknande substanser, ökad intrahepatisk resistans och dilatation av portakretsloppet*

6.2 Akut endoskopisk behandling

- Av så erfaren endoskopist som möjligt
- Skall ske i intubationsnarkos vid pågående blödning eller vid svårt påverkad patient
- *Varicerblödning är intermittent, d.v.s. har oftast slutat tillfälligt vid gastroskopin men måste behandlas endoskopiskt ändå!* Om stora varicer ses hos cirrotiker utgör dessa nästan alltid blödningskällan. De flesta cirrotiker har även "portal hypertensiv gastrit", ibland med kraftiga erosioner, vilket dock sällan är orsak till akut blödning
- **Endoskopisk varicerligatur** är förstahandsmetod. Starta vid gastro-esofageala övergången och arbeta dig i proximal riktning, inte tvärtom! Gå inte högre upp än 8 cm ovan cardia. Om man ser pågående blödning, fibrinplugg (white nipple) eller röd fläck på varix topp (cherry spot) sätter man ett gummiband rakt över lesionen
- **Sklerosering** med 1 % Etoxysklerol är andrahandsmetod. Börja i gastro-esofageala övergången och jobba dig spiralformat uppåt till 8-10 cm ovan cardia. Kvaddlar om 3-5 ml intra/paravaricealt. Spruta även när nålen backas ut för
- maximalt ödem (kompressionseffekten, inte trombotiseringen som är viktigast). Totalvolym max 30 ml
- **Grovt esofagusstent** (Ella-Danis) kan sättas endoskopiskt för att tamponera varicerna. Lämnas kvar i 5-7 dagar.
- Vid **blödande fundusvaricer** har sklerosering dålig effekt. Liminjektion (fibrin eller histoacryl) *om man är förtrogen med tekniken*. Andra alternativ är gummibandsligering, Sengstakensond (med endast magballongen uppblåst) i väntan på endoskopisk kompetens eller TIPS (se nedan)

6.3 Sengstakensond

Temporär åtgärd som ibland behöver tillgripas vid livshotande blödning när både medicinsk och endoskopisk behandling har misslyckats. Används endast på IVA.
Se separat PM.

6.4 Fortsatt initial behandling

- **Cave övertransfusion**, eftersträva Hb 80 g/l
- **Laktulos** så att patienten har två tarmtömningar per dag.
Encefalopatiprofylax
- **Fortsatt antibiotika** med T. Ciprofloxacin 250 mg x 2 i en vecka
- **Flytande kost** när blödningen avstannat
- **Ny gastroskopi** under det akuta vårdtillfället endast om man inte lyckats uppnå primär hemostas eller om patienten reblöder

6.5 Operationsindikation

- Kontinuerlig blödning >48 h trots full behandling. Kontakta specialintresserad enhet
- **TIPS** (Transjugular Intrahepatic Porto-systemic Shunt) är förstahandsmetod. Alternativ är kirurgisk porto-systemisk shunt eller Stapling-transektion av esofagus för devaskularisering.
- **TIPS** skall övervägas efter två misslyckade endoskopiska försök att uppnå hemostas vid esofagusvaricer och efter ett misslyckat försök vid fundusvaricer.
- **Levertransplantation** bör övervägas vid grav leversvikt (Child-Pugh B eller C). Antingen direkt eller efter initial TIPS. Kontakta transplantationsenheten på Sahlgrenska
- Vid **isolerade fundusvaricer** bör mjältvenstrombos misstänkas och då kan operation med devaskularisering av ventrikelns majorsida vara kurativ

6.6 Sekundärprevention efter varicerblödning

- T. Propranolol upptitreras till 25 % pulsreduktion har uppnåtts (pseudomått på portatrycket)
- Fortsatta endoskopiska gummibandsligaturer med 3-5 veckors mellanrum tills varicerna eliminerats.
- Kontrollskopier 3, 6 och 12 mån efter avslutad liggering. Därefter årliga kontrollgastroskopier

6.7 Child-Pugh klassifikationen

| Poäng | 1 | 2 | 3 |
|--------------|-------|----------|----------|
| Encefalopati | Ingen | Grad 1-2 | Grad 3-4 |
| Ascites | Ingen | Lätt | Svår |
| Bilirubin | <35 | 35-51 | >51 |
| Albumin | >35 | 28-35 | <28 |
| PK (INR) | >1,7 | 1,7–2,3 | >2,3 |

Child-Pugh A: 5-6 poäng; Child-Pugh B: 7-9 poäng; Child-Pugh C: 10-15 poäng

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.