

ÚJDONSÁGOK A REUMATOLÓGIA ÉS A  
KLINIKAI IMMUNOLÓGIA TERÜLETÉN  
Szeged, 2025. január 15.



**“ A szegény gasztroenterológus panasza ”**  
REUMATOLÓGUSOK, IMMUNOLÓGUSOK SZÁMÁRA

**Rosztóczy András**  
SZTE Belgyógyászati Klinika  
Gasztroenterológiai Centrum





### ■ Gastroduodenalis fekélyek, eróziók

- NSAID 
- Helicobacter pylori 
- Stresszfekély 

### ■ Gastro-Esophagealis Reflux Betegség

- Erozív esophagitis 
- (Barrett nyelőcső)
- (NERD)

### ■ GAVE

V  
É  
R  
Z  
É  
S

# PPI biztonságosság

## A COMPASS-STUDY TANULSÁGAI



- N=17.598 (40mg PAN vs. PLA), RCT
- Follow-up: 3.02 év (53152 betegév)
- Nem volt különbség a **CV adverz eseményekben**

**Table 2.** Cardiovascular Events, Cancers and Hospitalizations

Outcome	Pantoprazole, 40 mg od (n = 8791)		Placebo (n = 8807)		Pantoprazole vs placebo	
	First events, n (%)	Annual rate, %/y	First events, n (%)	Annual rate, %/y	HR (95% CI)	P value
<b>Primary efficacy outcome</b>						
MI, stroke, or cardiovascular death	691 (7.9)	2.66	668 (7.6)	2.57	1.04 (0.93–1.15)	.51
<b>Secondary efficacy outcomes</b>						
MI, ischemic stroke, CHD death, or ALI	588 (6.7)	2.27	572 (6.5)	2.20	1.03 (0.92–1.16)	.61
MI, ischemic stroke, cardiovascular death, or ALI	707 (8.0)	2.72	683 (7.8)	2.63	1.04 (0.94–1.15)	.50
<b>Death</b>						
All cause	630 (7.2)	2.37	614 (7.0)	2.31	1.03 (0.92–1.15)	.63
Cardiovascular	343 (3.9)	1.29	333 (3.8)	1.25	1.03 (0.89–1.20)	.69
Non-cardiovascular	287 (3.3)	1.08	281 (3.2)	1.06	1.02 (0.87–1.21)	.78
CHD	194 (2.2)	0.73	200 (2.3)	0.75	0.97 (0.80–1.18)	.94
<b>Individual efficacy outcomes</b>						
MI	252 (2.9)	0.96	267 (3.0)	1.02	0.94 (0.79–1.12)	.51
Stroke	184 (2.1)	0.70	159 (1.8)	0.60	1.16 (0.94–1.44)	.16
ALI	43 (0.5)	0.16	38 (0.4)	0.14	1.13 (0.73–1.75)	.58
VTE	53 (0.6)	0.20	52 (0.6)	0.20	1.01 (0.69–1.49)	.95
<b>Cancer</b>						
All new cancers	429 (4.9)	1.65	435 (4.9)	1.77	0.99 (0.87–1.13)	.87
GI	86 (1.0)	0.33	83 (0.9)	0.31	1.04 (0.77–1.40)	.81
Lung	73 (0.8)	0.28	77 (0.9)	0.29	0.95 (0.69–1.31)	.75
Prostate	65 (0.7)	0.25	73 (0.8)	0.28	0.89 (0.64–1.24)	.50
Skin	73 (0.8)	0.28	70 (0.8)	0.26	1.05 (0.75–1.45)	.79
Breast	9 (0.1)	0.034	18 (0.2)	0.068	0.50 (0.22–1.11)	.08
<b>Hospitalizations</b>						
All	3074 (35.0)	14.51	3000 (34.1)	13.96	1.04 (0.99–1.09)	.14
Cardiovascular	1721 (19.6)	7.26	1644 (18.7)	6.86	1.06 (0.99–1.13)	.10
Non-cardiovascular	1898 (21.6)	8.13	1901 (21.6)	8.10	1.00 (0.94–1.07)	.92

ALI, acute limb ischemia; CHD, coronary heart disease; CI, confidence interval; GI, gastrointestinal; MI, myocardial infarction; od, once daily; VTE, venous thromboembolism.

<sup>a</sup>Defined by the cardiovascular outcomes related to aspirin rivaroxaban arms.<sup>10</sup>

**Table 1.** Baseline Characteristics of Participants

Characteristic	Pantoprazole (n = 8791)	Placebo (n = 8807)
Age, y, mean ± SD	67.6 ± 8.1	67.7 ± 8.1
Median (Q1, Q3)	68 (64, 73)	68 (64, 73)
Female sex, n (%)	1937 (22)	1869 (21)
<b>Race, n (%)</b>		
White European	5265 (60)	5267 (60)
Asian	1363 (15.5)	1384 (16)
Black/African-American	97 (1)	108 (1)
Latin American	2066 (23.5)	2048 (23)
<b>Geographic region, n (%)</b>		
North America	1241 (14)	1243 (14)
South America	2209 (25)	2194 (25)
Western Europe	2187 (25)	2207 (25)
Eastern Europe	1890 (21.5)	1895 (21.5)
Asia Pacific and other	1264 (14)	1268 (14)
Body mass index, kg/m <sup>2</sup> , mean ± SD	28.3 ± 4.7	28.4 ± 4.7
<b>Smoking status, n (%)</b>		
Current	2064 (23.5)	2010 (23)
Former	3764 (43)	3808 (43)
Never	2693 (34)	2989 (34)
Previous MI, n (%)	5403 (61.5)	5404 (61)
Previous stroke, n (%)	350 (4)	366 (4)
Previous cancer, n (%)	450 (5)	491 (6)
Previous peptic ulcer, n (%)	228 (3)	222 (2.5)
<b>Inflammatory bowel disease, n (%)</b>		
Diverticulitis	37 (0.4)	56 (0.6)
Liver disease, n (%)	131 (1.5)	120 (1.4)
Diabetes, n (%)	85 (1)	83 (1)
Heart failure, n (%)	3363 (38)	3369 (38)
Estimated GFR, n (%)		
<30 mL/min	2181 (25)	2138 (24)
30 to <60 mL/min	75 (0.9)	77 (0.9)
≥ 60 mL/min	1878 (21)	1917 (22)
Medication, n (%)	6838 (78)	6810 (77)
NSAIDs	425 (5)	447 (5)
SSRIs	257 (3)	258 (3)
Hypoglycemic agents	2785 (32)	2784 (32)
ACE inhibitor/ARBs	6269 (71)	6286 (71)
β-blockers	6137 (70)	6122 (70)
Calcium channel blockers	2237 (25)	2265 (26)
Lipid-lowering agents	7775 (88)	7823 (89)
Diuretics	2572 (29)	2522 (29)

ACE, angiotensin converting enzyme; ARB, angiotensin receptor blocker; GFR, glomerular filtration rate; MI, myocardial infarction; NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; Q, quartile; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor.

# PPI biztonságosság

## A COMPASS-STUDY TANULSÁGAI



- N=17.598 (40mg PAN vs. PLA), RCT
- Follow-up: 3.02 év (53152 betegév)
- Minimálisan több **enterális infekció** a PAN40 csoportban,
- De nem volt különbség az egyéb adverz eseményekben (C.difficile, pneumonia, vese, csont, demencia, gyomoratrófia, DM)

**Table 3.** Other Prespecified Safety Outcomes

Outcome	Incident events, n (%)		Pantoprazole, 40 mg od, vs placebo	
	Pantoprazole, 40 mg od (n = 8791)	Placebo (n = 8807)	OR (95% CI)	P value
Gastric atrophy	19 (0.2)	26 (0.3)	0.73 (0.40–1.32)	.30
<i>Clostridium difficile</i>	9 (0.1)	4 (<0.1)	2.26 (0.70–7.34)	.18
Other enteric infection	119 (1.4)	90 (1.0)	1.33 (1.01–1.75)	.04
Chronic kidney disease	184 (2.1)	158 (1.8)	1.17 (0.94–1.45)	.15
Dementia	55 (0.6)	46 (0.5)	1.20 (0.81–1.78)	.36
Pneumonia	318 (3.6)	313 (3.6)	1.02 (0.87–1.19)	.82
Fracture	203 (2.3)	211 (2.4)	0.96 (0.79–1.17)	.71
COPD	146 (1.7)	124 (1.4)	1.18 (0.93–1.51)	.17
Diabetes mellitus	513 (5.8)	532 (6.0)	0.96 (0.85–1.09)	.56

COPD, chronic obstructive pulmonary disease; od, once daily.

**Table 4.** Other Prespecified Safety Outcomes Excluding Those That Permanently Discontinued Pantoprazole or Placebo

Outcomes	Incident events, n (%)		Pantoprazole, 40 mg od, vs placebo	
	Pantoprazole, 40 mg od (n = 6947)	Placebo (n = 6868)	OR (95% CI)	P value
Gastric atrophy	10 (0.1)	24 (0.2)	0.71 (0.31–1.59)	.40
<i>Clostridium difficile</i>	5 (<0.1)	2 (<0.1)	2.48 (0.48–12.8)	.28
Other enteric infection	60 (0.9)	42 (0.6)	1.42 (0.95–2.10)	.08
Chronic kidney disease	104 (1.5)	98 (1.4)	1.05 (0.80–1.39)	.73
Dementia	24 (0.3)	22 (0.3)	1.08 (0.60–1.93)	.80
Pneumonia	203 (2.9)	185 (2.7)	1.09 (0.89–1.33)	.41
Fracture	136 (2.0)	150 (2.2)	0.89 (0.71–1.13)	.35
COPD	94 (1.4)	83 (1.2)	1.12 (0.83–1.51)	.45
Diabetes mellitus	393 (5.7)	423 (6.2)	0.91 (0.79–1.05)	.21

COPD, chronic obstructive pulmonary disease; od, once daily.

**Table 1.** Baseline Characteristics of Participants

Characteristic	Pantoprazole (n = 8791)	Placebo (n = 8807)
Age, y, mean ± SD	67.6 ± 8.1	67.7 ± 8.1
Median (Q1, Q3)	68 (64, 73)	68 (64, 73)
Female sex, n (%)	1937 (22)	1869 (21)
Race, n (%)		
White European	5265 (60)	5267 (60)
Asian	1363 (15.5)	1384 (16)
Black/African-American	97 (1)	108 (1)
Latin American	2066 (23.5)	2048 (23)
Geographic region, n (%)		
North America	1241 (14)	1243 (14)
South America	2209 (25)	2194 (25)
Western Europe	2187 (25)	2207 (25)
Eastern Europe	1890 (21.5)	1895 (21.5)
Asia Pacific and other	1264 (14)	1268 (14)
Body mass index, kg/m <sup>2</sup> , mean ± SD	28.3 ± 4.7	28.4 ± 4.7
Smoking status, n (%)		
Current	2064 (23.5)	2010 (23)
Former	3764 (43)	3808 (43)
Never	2693 (34)	2989 (34)
Previous MI, n (%)	5403 (61.5)	5404 (61)
Previous stroke, n (%)	350 (4)	366 (4)
Previous cancer, n (%)	450 (5)	491 (6)
Previous peptic ulcer, n (%)	226 (3)	222 (2.5)
Inflammatory bowel disease, n (%)	37 (0.4)	56 (0.6)
Diverticulitis, n (%)	131 (1.5)	120 (1.4)
Liver disease, n (%)	85 (1)	83 (1)
Diabetes, n (%)	3363 (38)	3369 (38)
Heart failure, n (%)	2181 (25)	2138 (24)
Estimated GFR, n (%)		
<30 mL/min	75 (0.9)	77 (0.9)
30 to <60 mL/min	1878 (21)	1917 (22)
≥ 60 mL/min	6838 (78)	6810 (77)
Medication, n (%)		
NSAIDs	425 (5)	447 (5)
SSRIs	257 (3)	258 (3)
Hypoglycemic agents	2785 (32)	2784 (32)
ACE inhibitor/ARBs	6269 (71)	6286 (71)
β-blockers	6137 (70)	6122 (70)
Calcium channel blockers	2237 (25)	2265 (26)
Lipid-lowering agents	7775 (88)	7823 (89)
Diuretics	2572 (29)	2522 (29)

ACE, angiotensin converting enzyme; ARB, angiotensin receptor blocker; GFR, glomerular filtration rate; MI, myocardial infarction; NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; Q, quartile; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor.



# PPI biztonságosság

## A COMPASS-STUDY TANULSÁGAI



- N=17.598 (40mg PAN vs. PLA), RCT
- Follow-up: 3.02 év (53152 betegév)
- **Összvérvérszám** nem változott (UGI-e mind, amit annak vettek?)
- GU/DU eredetű vérzés kevesebb, de HP-ra nincs adat : (

**Table 2.** Primary Efficacy Outcome of Clinically Significant Upper Gastrointestinal Event

Outcome	Pantoprazole, 40 mg od (n = 8791)		Pantoprazole placebo (n = 8807)		HR (95% CI)	P value
	First events, n (%)	Annual rate, %/y	First events, n (%)	Annual rate, %/y		
Upper GI event <sup>a</sup>	102 (1.2)	0.39	116 (1.3)	0.44	0.88 (0.67–1.15)	.35
Overt bleeding of gastroduodenal origin confirmed by endoscopy or radiography	16 <sup>b</sup> (0.2)	0.060	31 (0.4)	0.12	0.52 (0.28–0.94)	.03
Overt upper GI bleeding of unknown origin	50 (0.6)	0.19	46 (0.5)	0.17	1.09 (0.73–1.63)	.68
Bleeding of presumed occult upper GI tract origin with documented decrease in Hb $\geq$ 2 g/dL	10 (0.1)	0.038	10 (0.1)	0.034	1.00 (0.42–2.40)	.99
Symptomatic gastroduodenal ulcer	8 (<0.1)	0.030	17 (0.2)	0.064	0.47 (0.20–1.09)	.07
GI pain with underlying multiple gastroduodenal erosions	4 (<0.1)	0.015	7 (<0.1)	0.026	0.57 (0.17–1.95)	.37
Upper GI obstruction or perforation	21 (0.2)	0.079	16 (0.2)	0.064	1.32 (0.69–2.52)	.41

Hb, hemaglobin; od, once daily.

<sup>a</sup>Composite of overt bleeding of gastroduodenal origin confirmed by endoscopy or radiography, overt upper GI bleeding of unknown origin, bleeding of presumed occult upper GI tract origin with documented decrease in Hb of 2 g/dL, symptomatic gastroduodenal ulcer, GI pain with underlying multiple gastroduodenal erosions, and upper GI obstruction/perforation.

<sup>b</sup>Includes 1 gastric cancer in the pantoprazole group, no upper GI cancers in the placebo group.

**Table 1.** Baseline Characteristics of Participants

Characteristic	Pantoprazole (n = 8791)	Placebo (n = 8807)
Age, y, mean $\pm$ SD	67.6 $\pm$ 8.1	67.7 $\pm$ 8.1
Median (Q1, Q3)	68 (64, 73)	68 (64, 73)
Female sex, n (%)	1937 (22)	1869 (21)
Race, n (%)		
White European	5265 (60)	5267 (60)
Asian	1363 (15.5)	1384 (16)
Black/African-American	97 (1)	108 (1)
Latin American	2066 (23.5)	2048 (23)
Geographic region, n (%)		
North America	1241 (14)	1243 (14)
South America	2209 (25)	2194 (25)
Western Europe	2187 (25)	2207 (25)
Eastern Europe	1890 (21.5)	1895 (21.5)
Asia Pacific and other	1264 (14)	1268 (14)
Body mass index, kg/m <sup>2</sup> , mean $\pm$ SD	28.3 $\pm$ 4.7	28.4 $\pm$ 4.7
Smoking status, n (%)		
Current	2064 (23.5)	2010 (23)
Former	3764 (43)	3808 (43)
Never	2693 (34)	2989 (34)
Previous MI, n (%)	5403 (61.5)	5404 (61)
Previous stroke, n (%)	350 (4)	366 (4)
Previous cancer, n (%)	450 (5)	491 (6)
Previous peptic ulcer, n (%)	228 (3)	222 (2.5)
Inflammatory bowel disease, n (%)	37 (0.4)	56 (0.6)
Diverticulitis, n (%)	131 (1.5)	120 (1.4)
Liver disease, n (%)	85 (1)	83 (1)
Diabetes, n (%)	3363 (38)	3369 (38)
Heart failure, n (%)	2181 (25)	2138 (24)
Estimated GFR, n (%)		
<30 mL/min	75 (0.9)	77 (0.9)
30 to <60 mL/min	1878 (21)	1917 (22)
$\geq$ 60 mL/min	6838 (78)	6810 (77)
Medication, n (%)		
NSAIDs	425 (5)	447 (5)
SSRIs	257 (3)	258 (3)
Hypoglycemic agents	2785 (32)	2784 (32)
ACE inhibitor/ARBs	6269 (71)	6286 (71)
$\beta$ -blockers	6137 (70)	6122 (70)
Calcium channel blockers	2237 (25)	2265 (26)
Lipid-lowering agents	7775 (88)	7823 (89)
Diuretics	2572 (29)	2522 (29)

ACE, angiotensin converting enzyme; ARB, angiotensin receptor blocker; GFR, glomerular filtration rate; MI, myocardial infarction; NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; Q, quartile; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor.



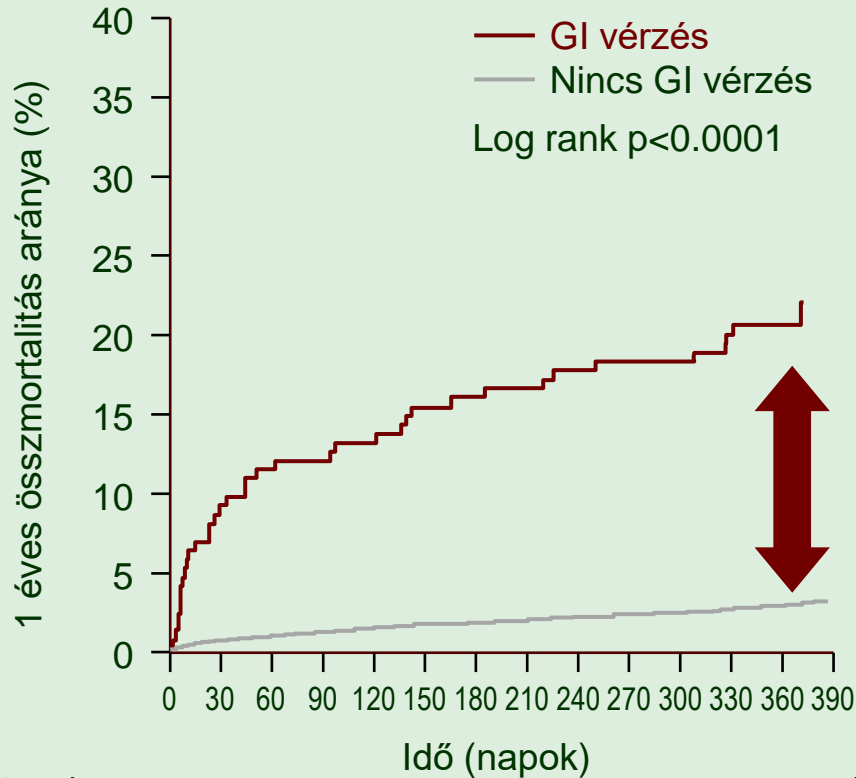
## ➤ ***PRACTICE ADVICE 10:***

- A PPI kezelés felfüggesztését kizárólag az indokolja, ha nincs meg a PPI kezelés indikációja és nem pedig a PPI kezeléshez esetleg társuló adverz események (PAAE) lehetősége.
- A PAAE jelenléte vagy annak korábbi előfordulása egy PPI-vel kezelt betegben nem tekinthető olyan független oknak, ami indokolja a PPI kezelés megszakítását.

# GI vérzés és mortalitás

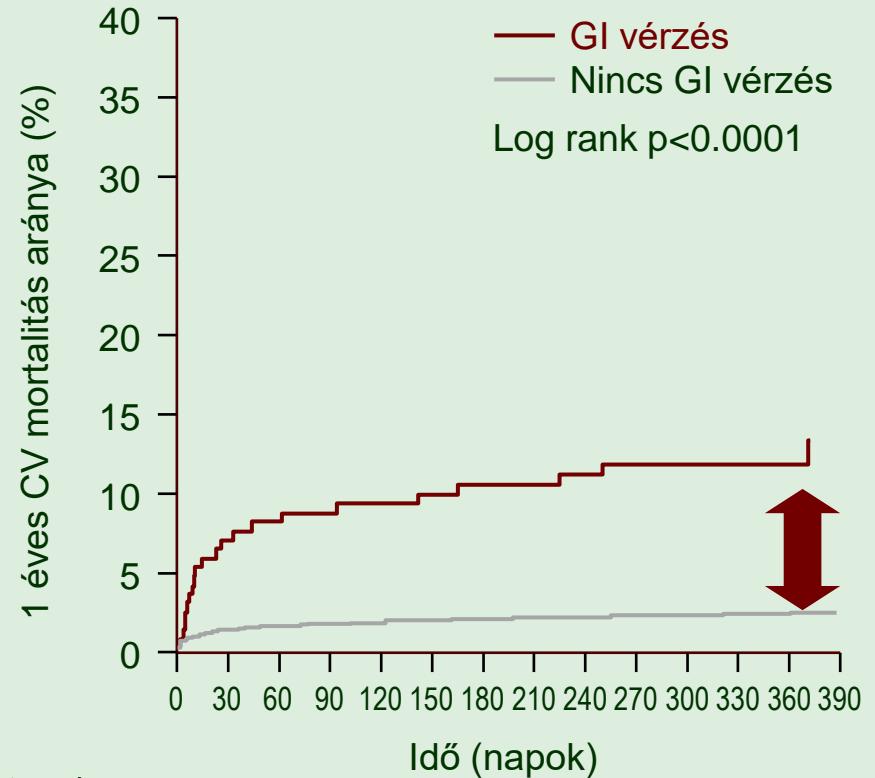


## Összmortalitás 1 év alatt



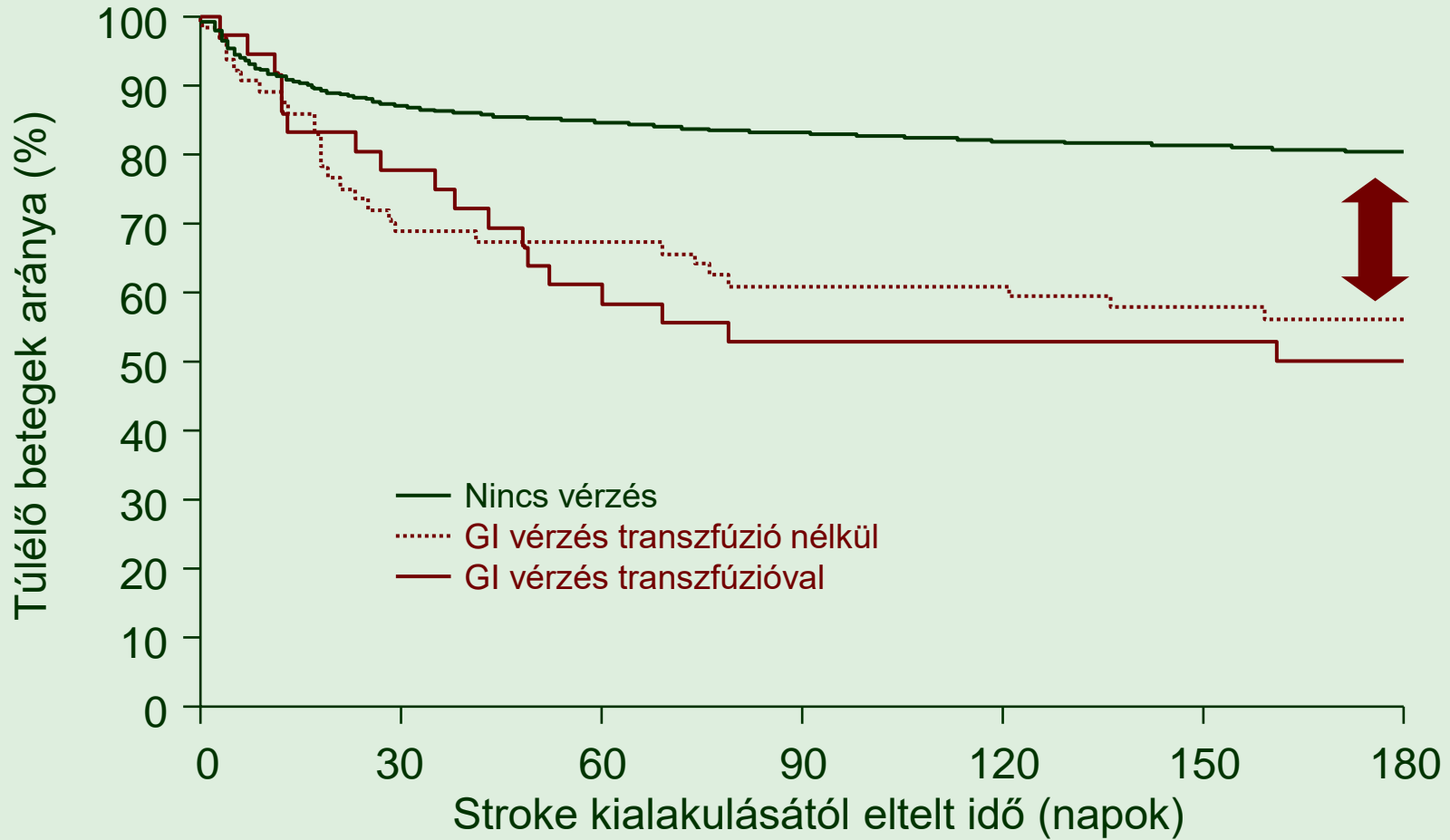
Betegszám					
GI vérzés	178	154	147	142	116
GI vérzés nincs	13641	13047	12945	12862	9577

## Kardiovaszkuláris mortalitás 1 év alatt



Betegszám					
GI vérzés	178	154	148	143	118
GI vérzés nélkül	13641	13049	12955	12880	9596

# GI vérzés és mortalitás





# *De mi történjen, ha bekövetkezik a vérzés?*

## *NEM VARIX EREDETŰ UGI VÉRZÉS - IRÁNYELVEK*



### **Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021**

Ian M. Gralnek<sup>1,2</sup>, Adrian J. Stanley<sup>3</sup>, A. John Morris<sup>3</sup>, Marine Camus<sup>4</sup>, James Lau<sup>5</sup>, Angel Lanas<sup>6</sup>, Stig B. Laursen<sup>7</sup> , Franco Radaelli<sup>8</sup>, Ioannis S. Papanikolaou<sup>9</sup>, Tiago Cúrdia Gonçalves<sup>10,11,12</sup>, Mario Dinis-Ribeiro<sup>13,14</sup>, Halim Awadie<sup>1</sup> , Georg Braun<sup>15</sup>, Nicolette de Groot<sup>16</sup>, Marianne Udd<sup>17</sup>, Andres Sanchez-Yague<sup>18,19</sup>, Ziv Neeman<sup>2,20</sup>, Jeanin E. van Hooft<sup>21</sup>

Endoscopy. 2021;53(3):300-332.

### **ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding**

Loren Laine, MD, FACP<sup>1,2</sup>, Alan N. Barkun, MD, FACP<sup>3</sup>, John R. Saltzman, MD, FACP<sup>4</sup>, Myriam Martel, MSc<sup>2</sup> and Grigorios I. Leontiadis, MD, PhD<sup>5</sup>

Am J Gastroenterol. 2021;116(5):899-917.

# Akut felső gasztrointesztinális vérzések



Az akut emésztőszervi vérzések gyakran súlyos, életet veszélyeztető állapotok

Megjelenési formák: haematemesis (vér, savhaematin), melaena, haematochesia, occult vérzés, anaemia

A felső tápcsatorna a GI vérzések kb. 80%-ért felelős

Felső GI vérzés előfordulása: 48-160/100.000/év;  
mortalitás 10-14%

A felső GI vérzések leggyakoribb oka a pepticus fekélybetegség (~50%); a varix-vérzés gyakorisága ~5-20%.

# *Felső tápcsatornai vérzések*

## *DEFINÍCIÓ, ETIOLÓIA*



A Treitz-szalagtól proximalisan levő tápcsatorna szakasz

- varix eredetű
- nem varix eredetű
  - pepticus fekélyvérzés
  - erosiv lesiók
  - Mallory-Weiss szindróma
  - daganat
  - arterio-venosus malformatio, haemangioma, angiodysplasia
  - vascularis anomalia (Dieulafoy)
  - iatrogén



# Rizikóbecslés

## GLASGOW-BLATCHFORD SCORE

### RECOMMENDATION

ESGE recommends, in patients with acute UGIH, the use of the Glasgow-Blatchford Score (GBS) for pre-endoscopy risk stratification. Patients with GBS  $\leq 1$  are at very low risk of rebleeding, mortality within 30 days, or needing hospital-based intervention and can be safely managed as outpatients with outpatient endoscopy.

Strong recommendation, moderate quality evidence.

A nullánál nagyobb GBS "magas kockázatú" GI-vérzésre utal, amely valószínűleg "orvosi beavatkozást" igényel: transzfúziót, endoszkópiát vagy műtétet.

A magasabb GBS a beavatkozás szükségességének nagyobb valószínűségével is korrelál (a  $\geq 6$ -os pontszámok a beavatkozás szükségességének  $>50\%$ -os kockázatával járnak együtt)

Risk factors at presentation	Threshold	Score
Blood urea nitrogen (mmol/l)	6.5–7.9	2
	8.0–9.9	3
	10.0–24.9	4
	$\geq 25.0$	6
Hemoglobin for men (g/l)	120–130	1
	100–119	3
	$< 100$	6
Hemoglobin for women (g/l)	100–120	1
	$< 100$	6
Systolic blood pressure (mmHg)	100–109	1
	90–99	2
	$< 90$	3
Heart rate (bpm)	$> 100$	1
Melena	Present	1
Syncope	Present	2
Hepatic disease	Present	2
Cardiac failure	Present	2

Total score (0–23). Patients with scores  $> 0$  are considered to be at high risk. Permission obtained from Elsevier Ltd © Blatchford, O. et al. *Lancet* 356, 1318–1321 (2000).



# Rizikóbecslés

## GLASGOW-BLATCHFORD SCORE

### RECOMMENDATION

ESGE recommends, in patients with acute UGIH, the use of the Glasgow-Blatchford Score (GBS) for pre-endoscopy risk stratification. Patients with GBS  $\leq 1$  are at very low risk of rebleeding, mortality within 30 days, or need-

Risk factors at presentation	Threshold	Score
Blood urea nitrogen (mmol/l)	6.5–7.9	2
	8.0–9.9	3
	10.0–24.9	4
	$\geq 25.0$	6
Hemoglobin (g/dl)	100–120	1

**KORAI (<24H) ENDOSZKÓPIA:**  
*stabil, közepes kockázatú betegek (GBS 2–12)*

**SÜRGŐS (<12H) ENDOSZKÓPIA:**  
*resuscitációs kezelés mellett is instabil, magas kockázatú betegek (GBS  $\geq 12$ ) esetén javasolt.*

A magasabb GBS a beavatkozás szükségességének nagyobb valószínűségével is korrelál (a  $\geq 6$ -os pontszámok a beavatkozás szükségességének >50%-os kockázatával járnak együtt)

Syncope	Present	2
Hepatic disease	Present	2
Cardiac failure	Present	2

Total score (0–23). Patients with scores  $>0$  are considered to be at high risk. Permission obtained from Elsevier Ltd © Blatchford, O. et al. *Lancet* **356**, 1318–1321 (2000).

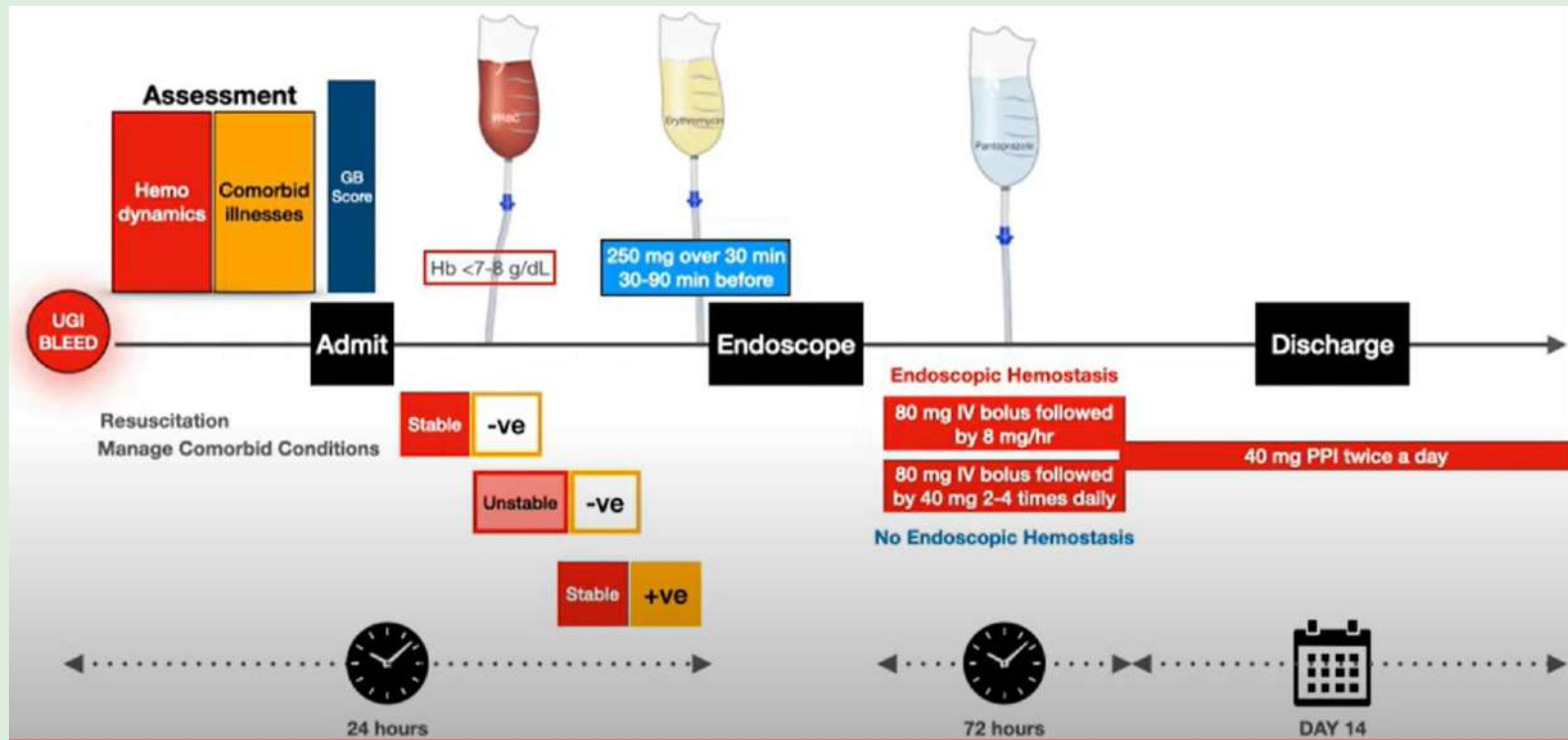


# Akut felső tápcsatornai vérzések

## AZ ELLÁTÁS FOLYAMATA



- ✓ 3 lépcső: endoscopia előtti → endoscopos → endoscopia utáni ellátás
- ✓ Nem azonnal! A megfelelő előkészítés kritikus fontosságú!
- ✓ Az endoscopiával nem ér véget a beteg ellátása!



# Vérzésforrás értékelése

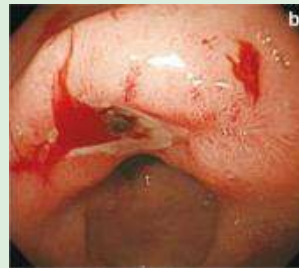
## FORREST - KLASSZIFIKÁCIÓ



**Aktív  
vérzés**



Ia.



Ib.



**Magas  
újra vérzési  
rizikó**

**Újkeletű  
vérzés**



IIa.



IIb.



IIc.

**Nem  
újkeletű  
vérzés**



III.

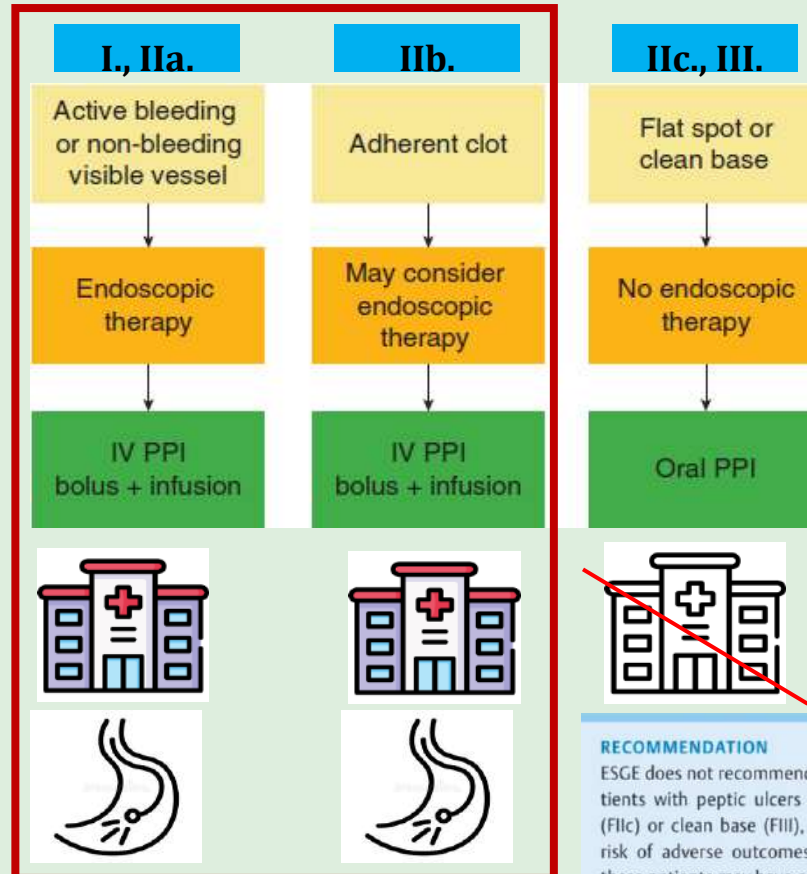
# Pepticus fekélyvérzés SZÖVŐDMÉNYEK ÉS KEZELÉS



**Table 3.** Stigmata of recent hemorrhage and average rates (with ranges) of further bleeding, surgery, and mortality in prospective trials **without endoscopic therapy** (45)

Stigmata	Further bleeding (N=2,994)	Surgery for bleeding (N=1,499)	Mortality (N=1,387)
I. Active bleeding	55% (17-100%)	35% (20-69%)	11% (0-23%)
IIa. Non-bleeding visible vessel	43% (0-81%)	34% (0-56%)	11% (0-21%)
IIb. Adherent clot	22% (14-36%)	10% (5-12%)	7% (0-10%)
IIc. Flat pigmented spot	10% (0-13%)	6% (0-10%)	3% (0-10%)
III. Clean ulcer base	5% (0-10%)	0.5% (0-3%)	2% (0-3%)

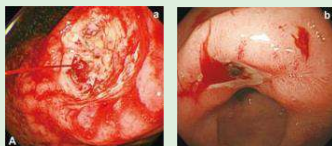
Laine L, Peterson WL. N Engl J Med. 1994;331:717-27.



### RECOMMENDATION

ESGE does not recommend endoscopic hemostasis in patients with peptic ulcers having a flat pigmented spot (IIc) or clean base (III), as these stigmata have a low risk of adverse outcomes. In selected clinical settings these patients may have expedited hospital discharge. Strong recommendation, moderate quality evidence.

# Az endoszkópos vérzéscsillapítás módjai



**Aktív vérzés (Fla, Flb)** esetén együttes epinephrin injektálás **és** egy másik vérzéscsillapítási módszer (mechanikus vagy kontakt termikus) alkalmazása javasolt. (erős ajánlás, magas evidencia)



**Nem vérző ércsonk (FIIa)** esetén mechanikus, termikus (kontakt **vagy** non-kontakt) **vagy** sclerotizáló vérzéscsillapítás **önmagában vagy kombinálva** epinephrin injektálással javasolt. (erős ajánlás, magas evidencia)



**Tapadó coagulum (FIIb)** eltávolítása megfontolandó. Eltávolítást követő aktív vérzés (Fla, Flb) vagy nem vérző ércsonk (FIIa) megfelelő endoszkópos vérzéscsillapítást igényel. (gyenge ajánlás, közepes evidencia)

Epinephrin injektálás önmagában nem javasolt. (erős ajánlás, magas evidencia)

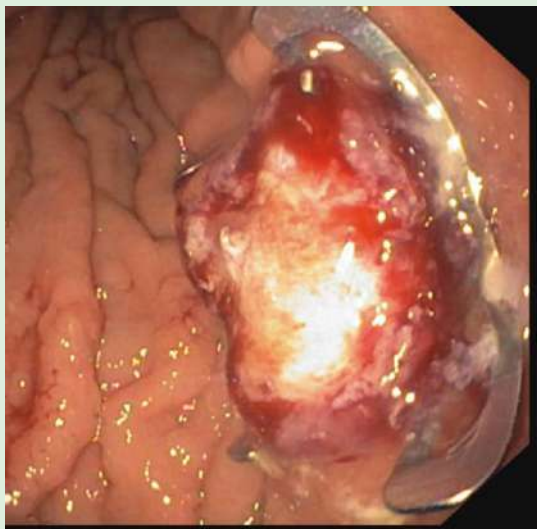


Standard endoszkópos módszerekkel nem uralható, perzisztáló vérzés esetén felületi vérzéscsillapító **spray/por** vagy **cap-re szerelt klipp** alkalmazása megkísérelhető. (gyenge ajánlás, gyenge evidencia)

Semmilyen endoszkópos módszerrel nem uralható, perzisztáló vérzés esetén transzkatéteres angiográfiás embolizáció (TAE), annak hiánya vagy sikertelensége esetén műtét javasolt. (erős ajánlás, közepes evidencia)



# Endoszkópos vérzéscsillapítás speciális helyzetei



Néhány speciális, *aktívan vérző* (Fla, F1b) fekély esetén, ha a fekély mérete nagy (>2 cm), nagy (>2 mm) látható érrel, vagy fokozott kockázatú érellátási területen (pl. a gastroduodenalis, bal gyomor artéria) helyezkedik el, vagy a fekély excavált/fibrotikus, **cap-re szerelt klipp alkalmazása** megfontolandó, mint első vonalbeli vérzéscsillapító módszer. (gyenge ajánlás, gyenge evidencia)

Klinikailag igazolt, visszatérő/ismétlődő vérzés esetén **ismételt endoszkópos vérzéscsillapítás javasolt.**

(erős ajánlás, erős evidencia)

Amennyiben a második endoszkópos vérzéscsillapítási kísérlet sikertelen, **transzkatóteres angiográfiás embolizáció (TAE)** megfontolandó.

TAE hiánya vagy sikertelensége esetén **műtét javasolt.**

(erős ajánlás, erős evidencia)



# Endoszkópos vérzéscsillapító módszerek



MÓDSZER	FEKÉLY	TUMOR	VARIX	EGYÉB
1. Injektálás (adrenalin-fiz. só)	+	-	-	Mallory-Weiss
2. Aetoxysclerol	+	-	+	
3. Cyanoacrylat (Histoacryl)	-	-	+	
4. Szövetragasztó (fibrinogen + thrombin)	+	-	-	
5. Haemoclip	+	-	-	Dieulafoy
6. Gumigyűrű ligatura	-	-	+	GAVE
7. Endo-loop	-	-	+	Polypectomia
8. Over the scope clip (OVESCO)	+	-	-	Perforáció
9. Enteralis fémstent	-	+	+	Stenosis
10. Thermikus-szonda (HPU, Gold Probe)	+	-	-	Angiodysplasia
11. Argon-plasma coagulatio (APC)	+	+	-	Angiodysplasia
12. Haemospray, haemoclot	+	+	-	GAVE

# Hemostaticus porok



Ha a hagyományos endoszkópos kezelésekkel nem állítható el a vérzés.



	TC-325 (Hemospray)	EndoClot	ABS	ui-EWD (NexPowder)	CEGP-003
Manufacturer	Cook Medical Winston-Salem, North Carolina, USA	EndoClot Plus Santa Clara, California, USA	Ankaferd Health Products Istanbul, Turkey	Next Biomedical Incheon, South Korea	CGBio Seong-Nam, South Korea
Material	Inert mineral powder	Polysaccharides from plant starch	Five herbal extracts	Natural polymer	Natural polymer with epidermal growth factor
Mechanism of action	Forms adhesive seal over bleeding site, concentrates platelets and coagulation factors	Forms gelled matrix to seal bleeding site, causes platelet/coagulation factor concentration from rapid absorption of water, and activation of fibroblasts	Forms encapsulated protein matrix, leading to erythrocyte aggregation	Forms mucoadhesive hydrogel to create mechanical barrier on bleeding site	Forms adhesive gel to create mechanical barrier and promote local wound healing pathways
Reported clinical uses	Peptic ulcer disease, malignant GIB, varices, post-intervention, diverticular disease, portal hypertensive gastropathy/colopathy	Peptic ulcer disease, malignant GIB, varices, post-banding ulcers, post-EMR/ESD, radiation injury, lower GI bleeding	Peptic ulcer disease, malignant GIB, varices, GAVE, post-polypectomy, post-sphincterotomy, vascular lesion, radiation colitis, diverticular bleeding	Peptic ulcer, post-intervention, malignant GIB (carcinoma, GIST, lymphoma).	Peptic ulcer, post-EMR, post-ESD

GIB, gastrointestinal bleeding; EMR, endoscopic mucosal resection; ESD, endoscopic submucosal dissection; GAVE, gastric antral vascular ectasia; GIST, gastrointestinal stromal tumor.

# Felület bevonó szerek (coverage agent)



- ✓ **Polyglycocol-sav"takaró" fibrin ragasztóval (PGA-FG):** PGA egy nedvszívó és hidrofil varratszilárdító anyag, amely in vivo hidrolizálódik, és körülbelül 15 hét alatt lebomlik és felszívódik.
- ✓ **Surgicel Fibrillar:** oxidált regenerált cellulóz, amely zselatinos masszává duzzad
- ✓ **PRP (autológ vérelemezkegél):** a beteg saját véréből készül, preklinikai modellekben megerősítette a masszív gyógyulási tulajdonságokat az EMR után a sebek felett.
- ✓ **Purastat:** teljesen szintetikus mátrix-állványzat, amely háromféle aminosavból álló láncból épül fel, amelyek peptidet alkotva kapcsolódnak egymáshoz. A vérrel vagy szöveti folyadékkal érintkezve átlátszó gélt képez, amely nanoszálak hálózatából áll. Extracelluláris mátrixot alkotva fizikai gátat képeznek a vérzés megállítására a vérerek elzárásával.
- ✓ Módosított **cyanoacrylate ragasztó** (N-butyl-2-cyanoacrylate + methacryloxysulfolane-Glubran 2®)

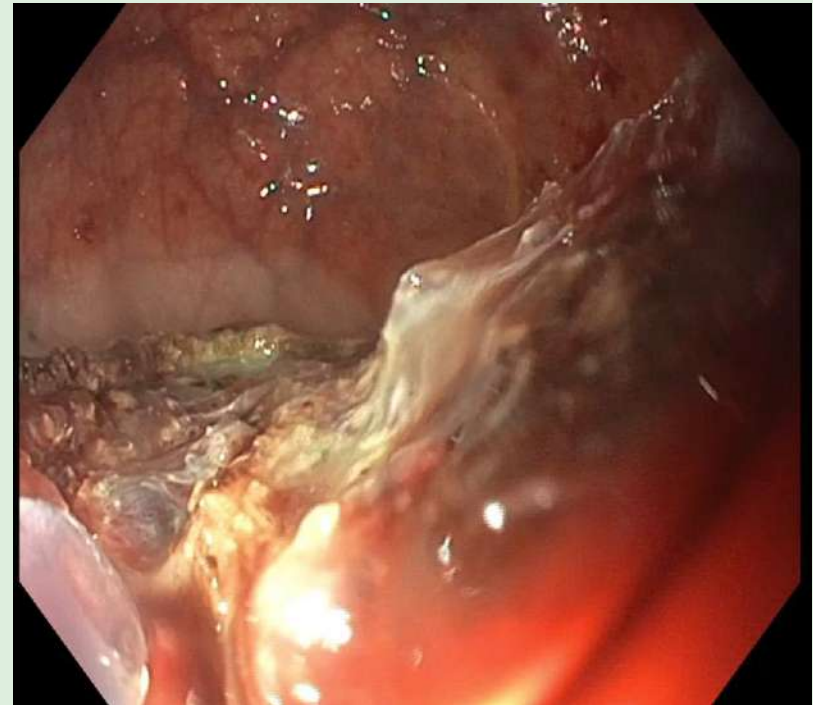
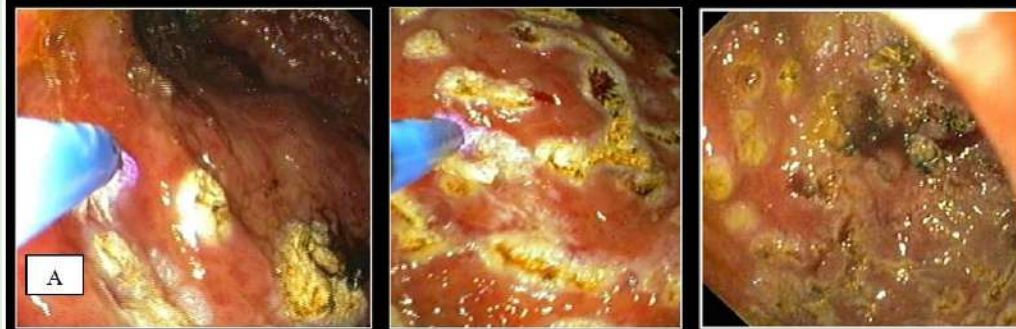


Table 2 Pros and cons of coverage agents based on ideal properties

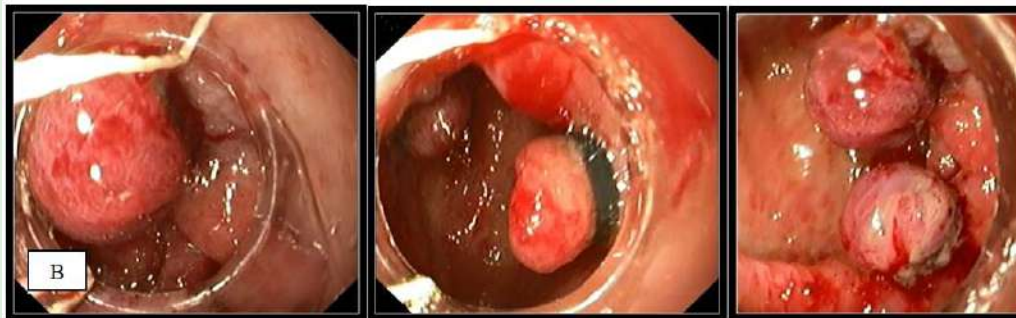
Property	PGA-FG	Surgicel	PRP	Purastat	Cyanoacrylate
Appropriate adhesion capacity	+	+	+	+	+
Absence of special device	-	+	+	-	+
Not time-consuming	-	+	+	+	+
Refractory to bacterial degradation	+	+	-	-	+
Healing activity	+	+	+	+	+
Price range of 1 mL (\$)	20-25	15-20	10-12	100-150	150
Drug-release	-	-	-	-	-

# ***GAVE szindróma kezelési lehetőségek***

## ***SCLERODERMA, CREST***



Argon  
plazma  
koaguláció



Ligáció



# Vékonybél eredetű vérzés



Relatív ritka – GI vérzések ~5%-a

Diagnózis – felső- és alsó GI vérzés kizárása (akár ismételt vizsgálatok)

*Kapszulás video endoszkópia (VCE)* – első választandó (szűkület gyanúja esetén először CT enterográfia)

*Push-enteroscopia* – proximális vérzés gyanúja esetén

*Mély enteroscopia* – diagnózis és terápia lehetőség (VCE után)

*Intra-operatív enteroscopia* – megváltozott anatómia, adhéziók esetén

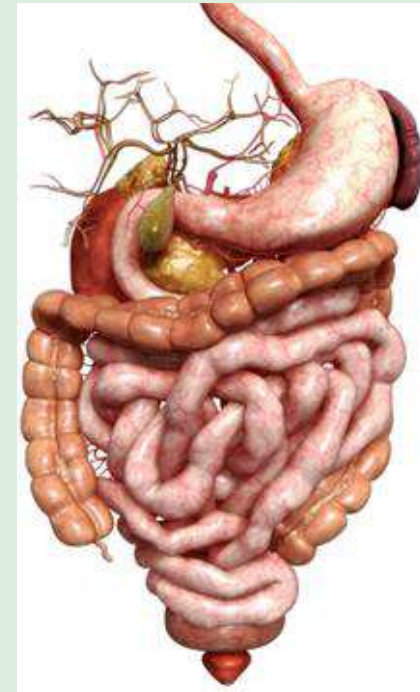
*Radiológiai képalkotók* – *CT enterográfia* (előny: térfoglalás, lokalizáció); *angiográfia* (haemodinamikai instabilitást okozó masszív vérzés esetén); *CT angiográfia*; *vvt szcintigráfia* (0.1-0.2 ml/min); *MR* (CT kontraindikáció, fiatal betegek)

## Terápia

*Endoscopos kezelés* – tartozékok széles palettája –elérhető a vérzés?

*Intervenció radiológiai kezelés* – embolizáció

*Sebészi kezelés* – intra-operatív endoscopia, korábbi endoscopos jelölés



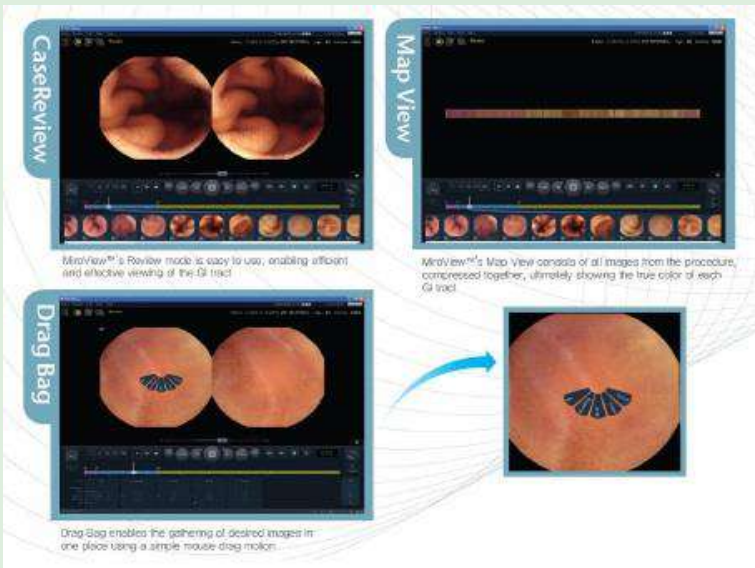
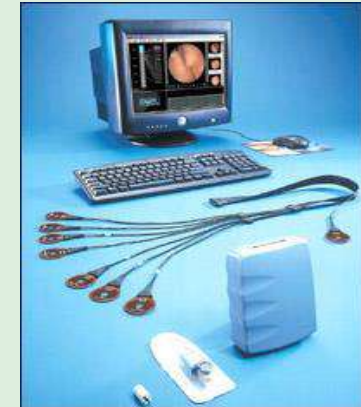
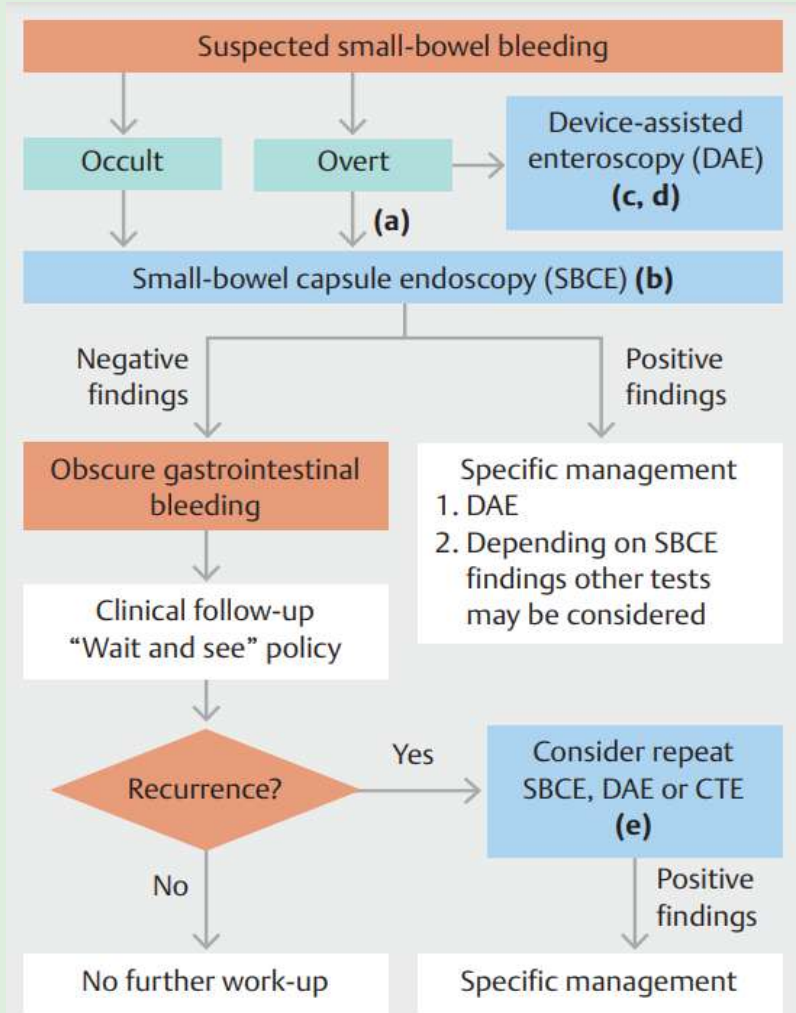
**Felső tápcsatorna**  
nyelőcső,  
gyomor,  
duodenum

**Vékonybél**  
jejunum,  
ileum

**Alsó tápcsatorna**  
colon, sigma,  
rectum



# Vékonybél eredetű vérzés



## Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline

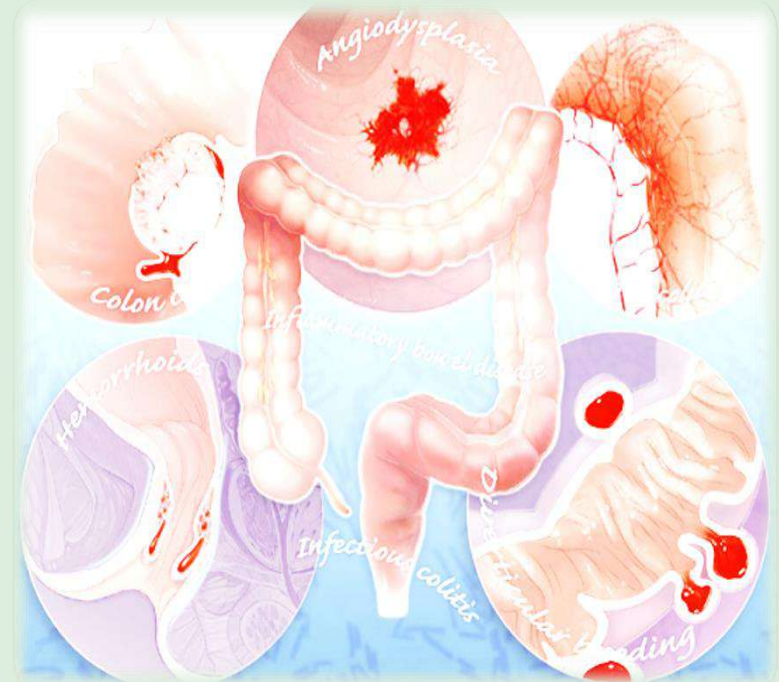


# ***Alsó GI vérzések***

## ***DEFINÍCIÓ, EPIDEMIOLOGIA***



- Az ileocecalis billentyűtől disztálisan elhelyezkedő vérzésforrás beleértve a rectumot is
- **Leggyakoribb klinikai megjelenése a hematochezia, de melena és okkult vérzés formájában is megnyilvánulhat**
- **Az összes tápcsatornai vérzés 20-30%-a származik erről a területről**
- 8-15%-ban származhat a felső GI traktusból
- 36/100.000 évenkénti hospitalizációs ráta
- **70 éves kor felett 200x gyakrabban fordul elő, mint 30 év alatt**
- A betegek átlagéletkora 63-77 éves kor között
- Mérsékelten csökkenő incidenciája és halálozás figyelhető meg
- **Mortalitás: 2-4% (vs. UBG 3-5%)**



# Alsó GI vérzések

## ETIOLÓGIA



Jóindulatú megbetegedések		Rosszindulatú megbetegedések
<b>Divicularis betegség</b>	20-34%	Colorectalis rák Analis cc Metasztatikus léziók
<b>Anorectalis kórképek</b>	Aranyeresség 12-21%	
	Analis fissura	
	Soliter rectum fekély	
	Rectum prolapsus	
	Irradiatios proctitis	
	Trauma	
<b>Vascularis eltérések</b>	Angiectasia	
	Hereditaer hemorrhagiás teleangiectasia	
	Dieulafoy lézió	
	Colon vagy rectum varixok	
<b>Colitis</b>	IBD	
	Ischaemiás colitis	
	Infekt colitis	
	Nem determinált colitis	
<b>Polypok</b>	Adenoma, hamartoma	
<b>Iatrogén</b>	Post-endoszkópos intervenció (polypectomia, ESD, EMR)	
	Posztoperatív	
<b>Krónikus anastomosis fekély</b>		





# Alsó GI vérzések

## ETIOLÓGIA

	megbetegedések	Rosszindulatú megbetegedések
<b>Divicularis</b>		Colorectalis rák
<b>Anorectalis kó</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>12-21%</li> <li>Cruris fissura</li> <li>Soliter rectum fekély</li> <li>Rectum prolapsus</li> <li>Irradiatios proctitis</li> <li>Polypoma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analís cc</li> <li>Metasztázis</li> </ul>
<b>Vas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rectectasia</li> <li>Portaer hemorrhagiás teleangiectasia</li> <li>Angiodysplasia</li> <li>Arteriovenosus láfoy lézió</li> <li>Hemorrhoidok vagy rectum varixok</li> </ul>	
<b>Colitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBD</li> <li>Ischaemiás</li> <li>Infektív</li> <li>Nem infektív</li> </ul>	
<b>Polypok</b>	Adenomatous	
<b>Integrum</b>	Post-operatív (Proctektomia, ESD, EMR)	
	Posztoperatív	
<b>Krónikus anastomosis fekély</b>		



# Alsó GI vérzések

## ETIOLÓGIA



Jóindulatú megbetegedések		Rosszindulatú megbetegedések
Divicularis betegség	20-34%	Colorectalis rák Analis cc Metasztatikus léziók
Anorectalis kórképek	Aranyeresség 12-21%	
Vascularis eltérések		
Colitis		
Polypok	Adenoma, hamartoma	
Iatrogén	Post-endoszkópos intervenció (polypectomia, ESD, EMR) Posztoperatív	
Krónikus anastomosis fekély		

**Az esetek kb.  
negyedében (22,8%)  
ismeretlen marad a  
vérzés oka !!!**

# Diverticularis vérzés

## RIZIKÓFAKTOROK



**Table 1s. Summary of Evidence for Task Force 1 - Questions A**

Author (Year)	Country	Study Design	Diverticular bleeding cases (n)	Comparator cases (n)	Risk factors for bleeding (refers to multivariable analysis)
Jansen (2009)	Germany	Retrospective	30	110 nonbleeding diverticular disease	Steroids use, Hyperuricemia, Calcium channel blockers
Strate (2011)	USA	Prospective	256	NA	Aspirin $\geq$ 2/weeks: RR(95%CI): 1.70 (1.21–2.39); NSAIDs: 1.74; 95% CI, 1.15–2.64
Tsuruoka (2011)	Japan	Case-control	51	102 inpatients with no LGIB	NSAIDs: OR (95%CI): 9.87 (2.05–47.54)
Niikura (2011)	Japan	Retrospective	72	NA	Antiplatelet drugs: HR(95%CI): 2.39 (1.01–5.67); hypertension: 4.16(1.22–14.2)
Okamoto (2012)	Japan	Retrospective	62	124 nonbleeding diverticular disease	Diabetes mellitus: OR(95%CI): 2.40(1.11–5.18); Vascular disease: 4.24 (1.65–11.32); NSAIDs: 3.73 (1.26–11.60)
Suzuki (2012)	Japan	Retrospective	103	103 nonbleeding diverticular disease	Diverticular location (bilateral): OR(95%CI): 3.11 (1.51–6.4)
Nagata (2014)	Japan	Retrospective	427	27765 non diverticular bleeding cases	Age 40-59 years: OR(95%CI): 24.9 (3.47–179.0); age $\geq$ 60: 37.3 (5.23–265.0); male: 1.25 (1.02–1.54)
Yuhara (2014)	NA	Meta-analysis		6 studies	NSAIDs: RR(95%CI): 2.24(1.63–3.09); 5 studies; aspirin 1.73 (1.31–2.30); 3 studies
Nagata (2014)	Japan	Prospective	153	758 nonbleeding diverticular disease	Light drinker: OR(95%CI): 3.4(1.4-8.1); moderate drinker: 3.3(1.3-8.5), smoking index $\geq$ 400: 2.0(1.1-3.6); NSAIDs 4.6(2.7-7.8); low-dose aspirin: 1.9(1.3-3.3); non-aspirin antiplatelet drugs: 2.2(1.2-4.0)
Niikura (2015)	Japan	Retrospective	35	55 non diverticular bleeding cases	Age $\geq$ 70 years: OR(95%CI): 3.70(1.62-8.50); diverticular location (bilateral): 2.4(1.11-5.41)
Sugihara (2016)	Japan	Retrospective	72	149 nonbleeding diverticular disease	NSAIDs: OR(95%CI): 14.70(3.89-55.80); cerebrovascular disease: 8.66(2.33-32.10); hyperuricemia: 15.5(1.74-138.0)
Jalil (2019)	USA	Retrospective	93	152 diverticulitis cases	Cerebrovascular accident, coronary artery disease, diabetes mellitus, obstructive sleep apnea, NSAIDs, use of anti-thrombotics, anticoagulants, calcium channel blockers, bilateral diverticulosis ( <i>only univariate analysis performed</i> )
Taki (2017)	Japan	Case-control	100	200 asymptomatic diverticular disease	Diverticular location (bilateral): OR(95%CI): 3.00(1.77–5.10); nonselective NSAIDs: 3.47(1.33–9.04); low-dose aspirin: 2.23(1.11–4.48); anticoagulants: 3.09(1.35–7.09)



## Vérzés súlyosságának értékelése

### **Anamnézis**

Mikor kezdődött? Első eset? Hematochezia vagy melena?  
Megelőző endoszkópia?

### **Komorbidityások**

Életkor? Transzfúzió igény?

### **Konkomittáns gyógyszerek**

NSAID? TAG? Antikoaguláns?

### **Fizikális vizsgálat**

Tachycardia? Hypotensio? Syncope? RDV?  
Folyamatos vagy rekurrens hematochezia?

### **Laborok**

Hb? Albumin? INR? TCT? UN? Kreatinin?

# Akut alsó GI vérzés

## ELLÁTÁSI STRATÉGIA



### Hemodinamikailag instabil beteg

#### Hemodinamikai reszuszcitáció

#### Diagnózis

- Kezelés előtt CTA
- Gastroscoopia megfontolása amennyiben a CTA nem jelzett egyértelmű forrást
- Sürgős laparotomia lehetőségének fenntartása amennyiben az endoszkópia és a CTA sem tudta lokalizálni a vérzést

#### Kezelés

- 60 percen belüli transzkatóteres embolizáció
- Sebészet megfontolása az endoszkópos és radiológiai úton nem kezelhető esetekben

### Hemodinamikailag stabil beteg

A beteg hazabocsájtható és ambulánsan vizsgálható, amennyiben az Oakland pont  $\leq 8$

Transzfúzió amennyiben a Hb  $\leq 7$  g/dl, cél: 7-9 g/dl KVB nem bíró egyénben

Transzfúzió amennyiben a Hb  $\leq 8$  g/dl társuló KVB-gel, cél: Hb  $\geq 10$  g/dl

#### Diagnózis

- Colonoscopia, mint elsődleges modalitás megfontolása
- Kórházi tartózkodás ideje alatt elvégezhető
- Előkészítés 4-6 liter PEG alapú bélelőkészítővel
- NG szonda és antiemetikum használható szükség esetén

#### Kezelés

- Divicularis betegség: klipp, ovesco, ligatiós gyűrű
- Angiectasia: APC
- Késői post-polypectomiás vérzés:
  - Mechanikai: klip, ovesco, ligatiós gyűrű
  - Termikus
  - Hemostatikus helyi kezelés rescue céljából

# A kedvezőtlen kimenetel PROGNOSZTIKAI FAKTORAI



- Hemodinamikai instabilitás (tachycardia, hypotenzió, syncope)
- Folyamatos, spontán nem szűnő vérzés (RDV poz, visszatérő hematochezia)
- Súlyos komorbiditások
- Idős kor (60 év felett)
- Laboreredmények (induló htk 35% alatt, magas kreatinin, albumin, INR)
- Transzfúziós igény
- Konkommittáns kezelés (NSAID, TAG, antikoaguláns)

Score	Author (year)	External validation population	Population size	Mortality	Rebleeding	RBC transfusion
				Sensitivity Specificity AUROC	Sensitivity Specificity AUROC	Sensitivity Specificity AUROC
BLEED	Oakland (2017)	All cases of LGIB, UK	2336	NR NR 0.68	NR NR 0.63	NR NR 0.63
NOBLADS	Oakland	All cases of LGIB, UK	2336	NR	NR	NR NR 0.66
Strate						
Glasgow Blatchford						
AIMS-65	(2010)					
	Laurсен (2020)	All cases of LGIB with AIMS-65 $\geq$ 2, UK	2336	58 % 81 % 0.75	NR NR NR	NR NR NR
ABC	Laurсен (2020)	All cases of LGIB with ABC $\geq$ 8, UK	2336	22 % 97 % 0.84	NR NR NR	NR NR NR

RBC, red blood cell; AUROC, area under the receiver operating characteristic curve; NR, not reported. Adapted from Oakland K [30].


Egyik rizikóbecslő pontrendszert sem ajánlott önmagában használni az adverz kimenetel és a hospitalizációs igény előrejelzésére






# **Akut alsó GI vérzés**


## **AZ ENDOSZKÓPIA HELYE A DIAGNÓZISBAN ÉS A TERÁPIÁBAN**




Az endoszkópia első diagnosztikus modalitásként hemodinamikailag stabil betegekben javasolt – terápiás lehetőség is. Diagnosztikus pontosság: 42-100%; vérzéscsillapítás 10-63%-ban.




Major alsó GI vérzés esetén a colonoscopiát javasolt a kórházi tartózkodás ideje alatt elvégezni (24-96 óra), mivel nincs egyértelmű evidencia, mely a korai colonoscopya (24 órán belül) előnyét támogatná a kimenetelre nézve.



Nem javasolt az előkészítés nélkül végzett sigmoideoscopia vagy colonoscopya alsó GI vérzés esetén.



Felső endoszkópia elvégzése alsó GI vérzés esetén hemodinamikailag instabil betegekben javasolt kivéve, ha a CTA definitív vérzésforrást igazolt az alsó tápcsatornában (portalis HT, pepticus fekély, tct aggregáció gátló th rizikófaktorok). UN/kreat arány > 30 – felső GI vérzés gyanúja! NG szonda!



4-6 L PEG alapú előkészítő oldat javasolt a bélelőkészítés során (3-4 óra alatt), sz. e NG szondán át, antiemetikummal kiegészítve.

# ***Diverticularis vérzés*** ***A VÉRZÉSCSILLAPÍTÁS LEHETŐSÉGEI***

- ✓ Fájdalmatlan, intermittáló, gyakran nagy volumenű, 70-80%-ban spontán szűnik, újra vérzés rizikó 22-38%.
- ✓ Acut esetben CTA!
- ✓ A relapszus ráta az első vérzéses epizód után kb. 15 – 30%, második után 50% feletti
- ✓ Leggyakrabban nem kapcsolódik diverticulitishoz.
- ✓ Oka: a vasa recta mechanikus sérülése a diverticulum mélyén +(antikoaguláns, TCT aggregáció gátló kezelés)



## **Elsődlegesen mechanikus vérzéscsillapítási eljárás javasolt hemoklip ± hígított epinefrin**

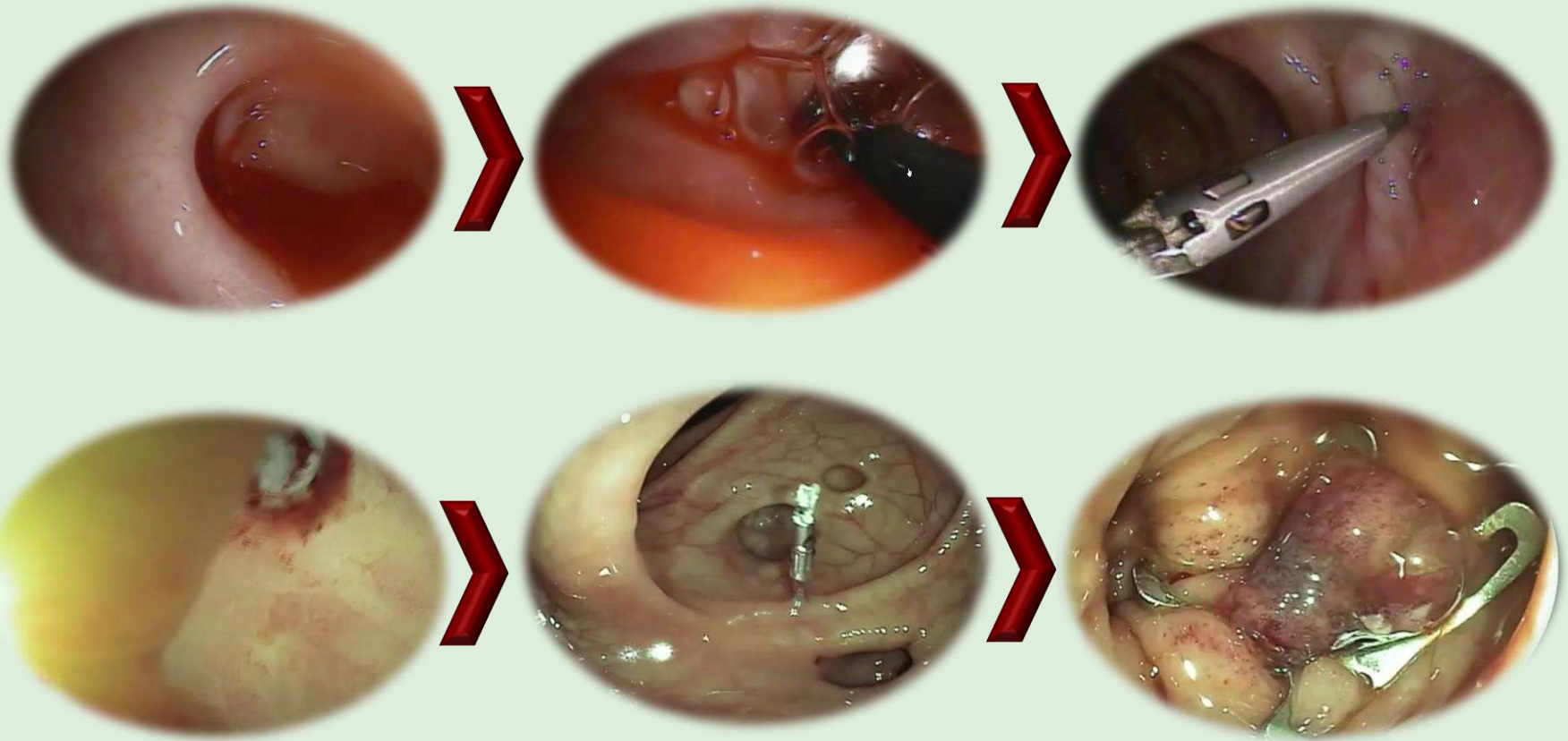
Egyebek:

- Over-the-scope (OVESCO) klip
- Endoszkópos ligáció
- Topikális szerek
- Thermokoaguláció
- Argon plasma koaguláció



# *Diverticularis vérzés*

## *A VÉRZÉSCSILLAPÍTÁS LEHETŐSÉGEI*

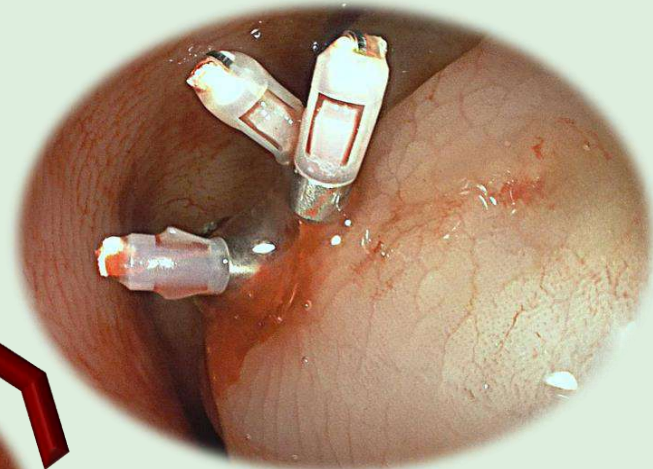
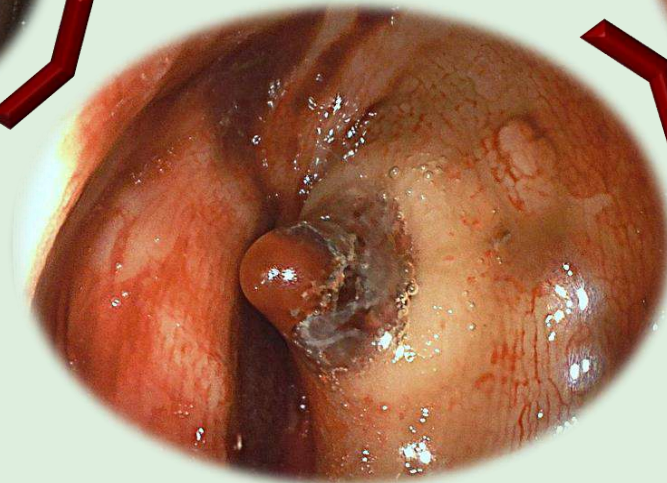
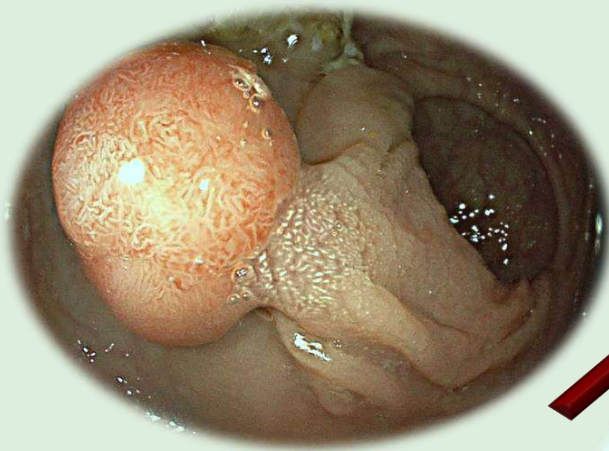


# *Posztpolipektómiás vérzés*



Elsődlegesen

Mechanikai és/vagy kontakt thermokoaguláció alapuló vérzéscsillapítás javasolt

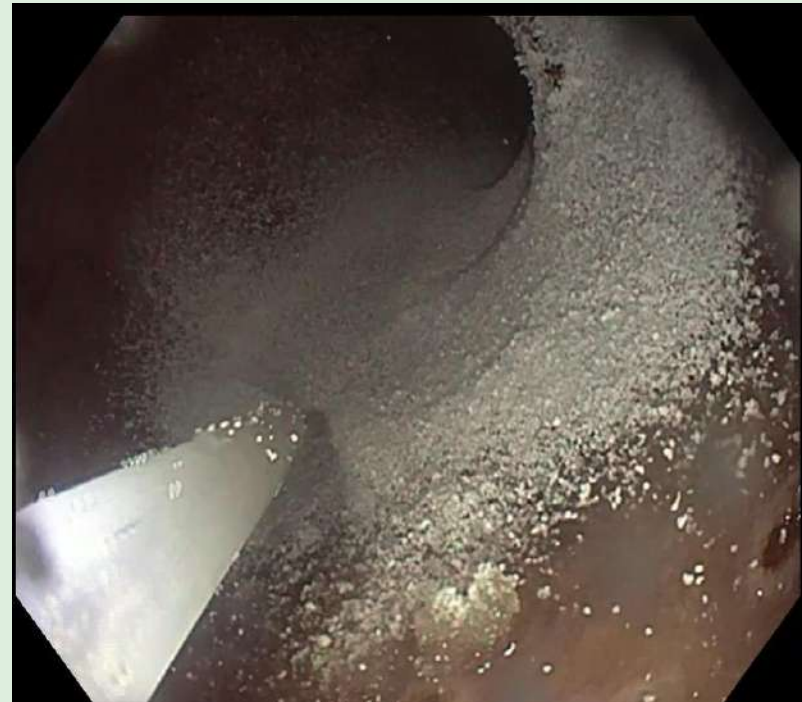
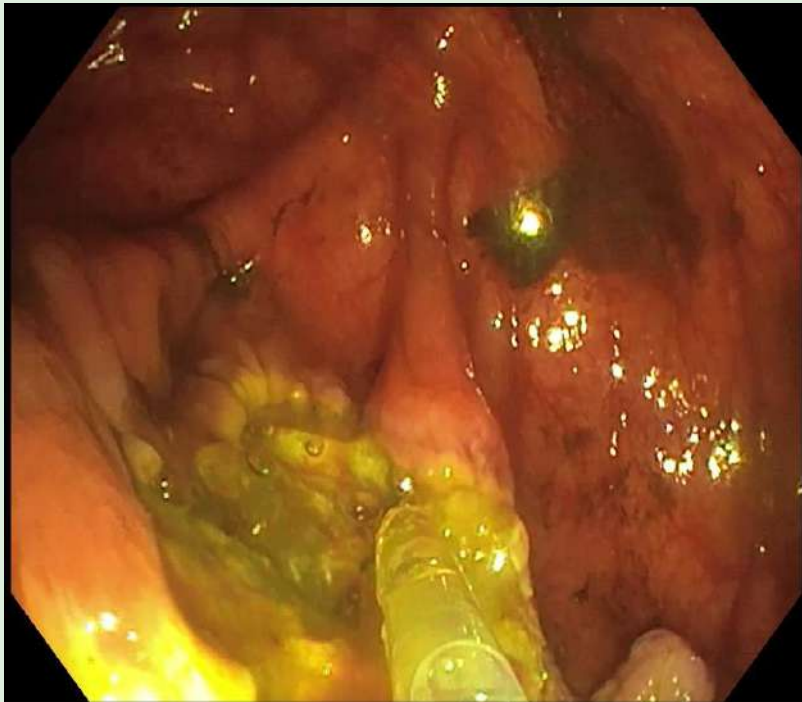




# *Késői posztpolypectomiás vérzés*



Topikus vérzéscsillapítók (hemostatikumok) alkalmazása másodlagos, pl. életmentő helyzetben javasolt



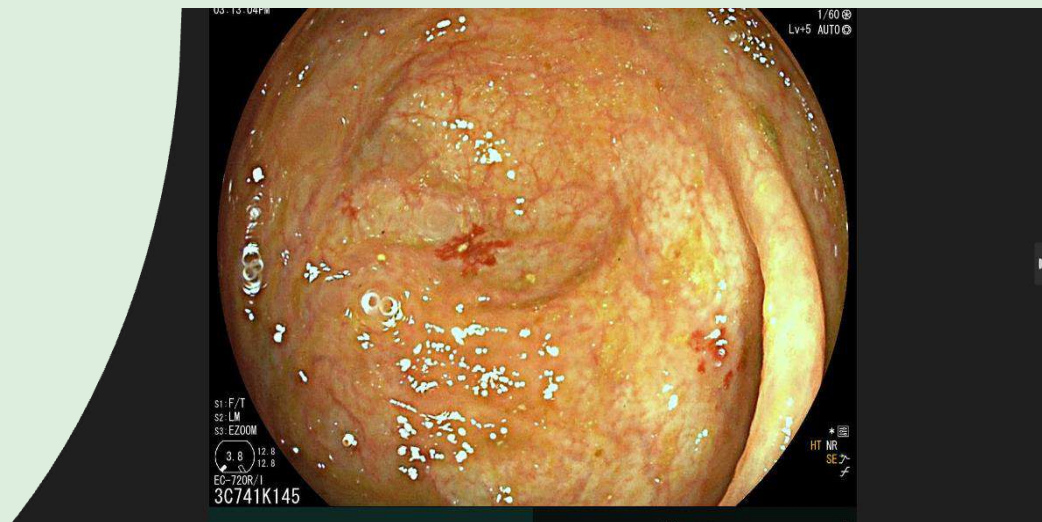
# Colon angiodysplasia



Vérző angiodysplasia  
esetén  
argon plazma koaguláció  
javasolt

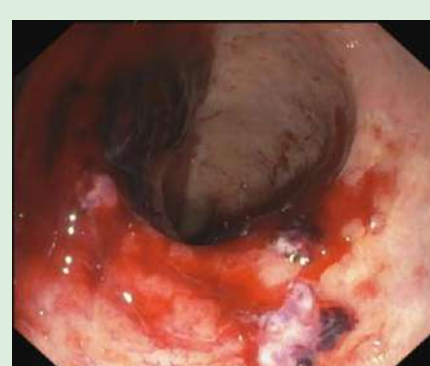
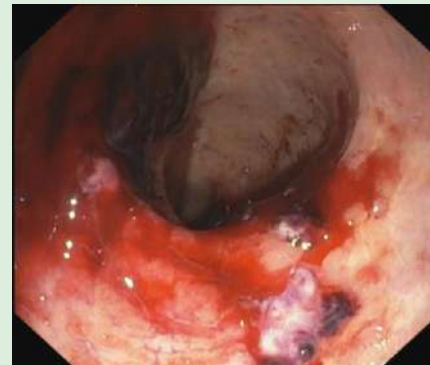


Jobb colonsfélben  
preventív aláoltás!



# *Vérzéscsillapító eljárások*

## *IRRADIÁCIÓS PROCTITIS – APC / LIGATIO*



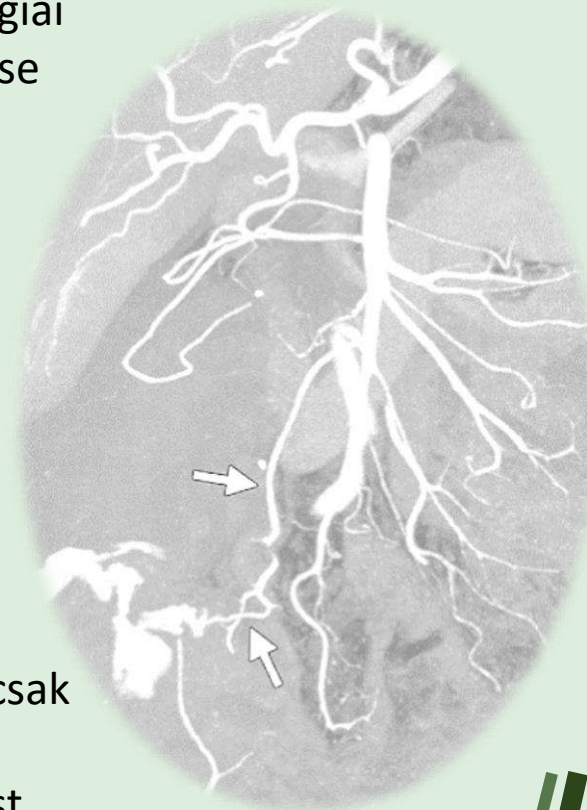


# ***Alsó tápcsatornai vérzések***

## ***INTERVENCIÓS RADIOLÓGUS ÉS SEBÉSZ***



- A hemodinamikai instabilitással járó vagy zajló alsó GI vérzés esetén javasolt CTA elvégzése az endoszkópos vagy radiológiai kezelés megkezdése előtt a vérzés lokalizációjának felmérése érdekében
  - ✓ Vvt scintigráfia nem javasolt alsó GI vérzés esetén a vérzés lokalizációja szempontjából korlátozott diagnosztikai pontossága miatt
- A transzkatéteres artériás embolizáció akut, potenciálisan életet veszélyeztető alsó GI vérzések esetén javasolható, mégpedig
  - ✓ instabil betegben CTA-val igazolt, aktuálisan is zajló, vagy
  - ✓ stabil betegben, de endoszkóposan el nem állítható vérzés esetén
  - ✓ Az embolizációnak a CTA elvégzését követő 60 percen belül javasolt megtörténnie
- Sürgősséggel végzett exploratív laparotomia nem javasolt csak abban az esetben, ha minden endoszkópos és radiológiai próbálkozás ellenére nem sikerült azonosítani a vérzésforrást
  - ✓ Műtéti megoldás akkor javasolt, ha a vérzés háttérben álló patológiai eltérés endoszkópos vagy radiológiai kezelés számára nem elérhető vagy azok sikertelennek bizonyultak





# ***Alsó tápcsatornai vérzések***

## **GYÓGYSZEREK**



- Major alsó GI vérzés esetén a K vitamin antagonistá felfüggesztése javasolt (minor vérzés esetén nem szükséges). Hemodinamikai instabilitás esetén iv. K vitamin, prothrombin komplex koncentrátum vagy FFP adása javasolt, amennyiben az előbbi nem érhető el.
- Magas thrombosis rizikó esetén 72 órán belül, alacsony rizikó esetében 7 nappal a vérzés lezajlását követően javasolt az antikoaguláns kezelés újraindítása.
- Major GI vérzés esetén a direkt orális antikoaguláns kezelés átmeneti felfüggesztése javasolt. Újraindítás 7 nappal a vérzés lezajlását követően javasolt.
- Szekunder kardiovaszkuláris prevenció céljából szedett kis dózisú aszpirin felfüggesztése nem ajánlott, amennyiben felfüggesztésre kerül, újraindítása a vérzés megszűnését követően 5 napon belül javasolt.
- A kettős TAG rutinszerű leállítása kardiológiai konzílium nélkül nem javasolt. Javasolt az aszpirin folytatása, a P2Y12 receptor antagonistá folytatható vagy átmenetileg felfüggeszthető a vérzés mértékétől és az ischaemiás rizikótól függően.



# Mikor engedhető haza a beteg?

OAKLAND PONTRENDSZER -> „mentős” osztályról kb. soha ☹️

## RECOMMENDATION

ESGE recommends that, in patients presenting with a self-limited bleed and no adverse clinical features, an Oakland score of  $\leq 8$  points can be used to guide the clinician decision to discharge the patient for outpatient investigation. Strong recommendation, moderate quality evidence.



Amennyiben az  
összpontszám  
8 vagy az alatti,  
a biztonságos  
hazabocsájtás  
valószínűsége  
95% ...

Paraméter	Pontszám
<b>Életkor (év)</b>	
- < 40	0
- 40-69	1
- > 70	2
<b>Nem</b>	
- Nő	0
- Férfi	1
<b>Korábbi alsó GI vérzés</b>	
- Nem	0
- Igen	1
<b>RDV eredménye</b>	
- Nincs vér	0
- Van vér	1
<b>Pulzus</b>	
- < 70/min	0
- 70-89/min	1
- 90-109/min	2
- >110/min	3
<b>Vérnyomás (Hgmm)</b>	
- 50-89	5
- 90-119	4
- 120-129	3
- 130-159	2
- > 160	0
<b>Hemoglobin</b>	
- 36-69	22
- 70-89	17
- 90-109	13
- 110-129	8
- 130-159	4
- > 160	0



<https://www.mdcalc.com/calc/10042/oakland-score-safe-discharge-lower-gi-bleed>



- A tápcsatornai vérzések a reumatologiai immunologiai betegségek gyakori (sokszor iatrogén) szövődményei.
- Veszélyességüket elsősorban az anémia okozta akár életet veszélyeztető ischaemias (szív, agy, vese) károsodásoknak köszönhetik.
- Fontos a megelőzés, melynek alapját a gyógyszeres kezelési eljárások indikációinak szigorú betartása jelenti.
- A profilaxis céljára alkalmazott savszekréció gátlók hatékonyak és a felső tápcsatorna területén ki tudják védeni a vérzések jelentős részét.
- Vérzések esetén fontos a vérzésforrás biztonságos azonosítása és azután akár endoscopos ellátása, de az ellátás lehetősége és minősége nagyban függ a vizsgálati körülményektől.

---

*Köszönöm Dr. Farkas Klaudia és Dr. Szepes Zoltán munkatársaimnak az előadás összeállításához nyújtott segítséget.*