

KRVAVITVE IZ SPODNJIH PREBAVIL

Rado Janša

Ključne besede: krvavitev iz prebavil, endoskopija, scintigrafija, angiografija, kapsulna endoskopija

Izveček. Krvavitve iz spodnjih prebavil so pogost klinični problem. Vzroke krvavitvam lahko v približno 90 % umestimo v kolonu. V članku je predstavljena etiopatogeneza krvavitev iz spodnjih prebavil. Predlagani so diagnostični algoritem, endoskopski, radiološki, kirurški in terapevtski ukrepi.

Key words: intestinal hemorrhage, endoscopy, scintigraphy, angiography, capsule endoscopy

Abstract. Lower gastrointestinal hemorrhage is a common clinical problem. The colon is responsible for approximately 90 % of lower gastrointestinal hemorrhage. In the present article the most frequent etiopathology of lower gastrointestinal bleeding is discussed. The diagnostic algorithm for therapeutical treatment strategy, including endoscopic, radiographic and surgical management of this pathology is of great importance.

Uvod

Krvavitve iz prebavil so pogost klinični problem, zato je poznavanje diagnostičnega algoritma in terapevtskih ukrepov izjemno pomembno. Krvavitev iz spodnjih prebavil je krvavitev distalno od Treitzovega ligamenta (1). Masivna krvavitev pa je krvavitev, zaradi katere bolnik potrebuje v obdobju 24 ur transfuzijo krvi 3–5 enot (2,3). Osnovni vzrok krvavitvi je širok spekter patologije, ki je najpogosteje umeščena v kolonu ali rektumu. Tovrstne krvavitve opažamo v vseh starostnih kategorijah. Pogostejše so pri starostnikih. Kljub sorazmerno dobremu poznavanju opisane problematike pa sta diagnostika in zdravljenje tovrstnega bolezenskega stanja še vedno predmet številnih kontroverznih razprav. Članek razpravlja o etiopatogenezi krvavitev iz spodnjih prebavil in ponuja možne diagnostične in terapevtske rešitve.

ETIOLOGIJA IN PATOFIZIOLOGIJA

Izraz: "Krvavitve iz spodnjega dela prebavil", v približno v 90 % pomeni, da gre za krvavitve iz kolona in rectuma, v 10 % pa za krvavitve iz ozkega črevesja (3,4). Krvavitve iz spodnjih prebavil so pogostejše pri starejših bolnikih s pridruženimi boleznimi, prav tako pa so prisotne tudi pri drugih starostnih kategorijah. Pri mladostnikih in mlajših bolnikih so najpogostejši vzroki krvavitvam Mecklov divertikel, kronično vnetne črevesne bolezni (KVČB) in polipi. V obdobju med 50. in 60. letom starosti so vzrok krvavitvam divertikuloza, KVČB in neoplazme. Angiodisplazije, divertikuloza črevesja, neoplazme in ishemični kolitis pa so vzročna značilnost krvavitev pri starejših nad 65 let (5,6).

Divertikuloza črevesja

Divertikuloza je najpogostejši vzrok krvavitvam iz spodnjih prebavil pri starostnikih, saj se pojavlja pri 10–30 % bolnikov, ki divertikulozo črevesja imajo (6). Osnova za bolezensko stanje so erozije na sami steni divertikla. Spontane prekinitve krvavitev lahko pričakujemo v 70–80 %. Pogoste pa so ponovne krvavitve, ki se pojavljajo v 25–30 %. V teh primerih je zaustavitev krvavitev manj pogosta in jo lahko pričakujemo v 40–50 % (7,8).

Angiodisplazije

Angiodisplazije, arterijsko-venske malformacije in žilne ektazije so spremembe starejše populacije. Pogosto so vzrok krvavitvam iz spodnjih prebavil, vendar le pri 15–20 % predstavljajo vzrok masivnim krvavitvam. Pogostejše so intermitentne kronične krvavitve, ki v 90 % in več spontano prenehajo. Tovrstne krvavitve se pojavljajo v 25 % (7,8). Angiodisplazije so pridobljene lezije kot posledica kronične intermitentne delne obstrukcije submukoznih ven črevesja (ob stalnih mišičnih kontrakcijah) (9,10). Subumokzne vene so razširjene, pojavi se nesposobnost predkapilarnega sfinktra in posledično razvoj angiodisplazije.

Kronično vnetne črevesne bolezni (KVČB)

Pri KVČB so masivne krvavitve spodnjih prebavil redke in nenavadne. Izvor oziroma vzrok lahko pričakujemo v ozkem črevesju ali kolonu, incidenca pa se giblje med 1–6 %.

Neoplazme

Krvavitve pri neoplazmah so večinoma okultne, zato se pojavi značilna mikrocitna sideropenična anemija. Masivne krvavitve so redke in se pojavijo v 10–25 % starejše populacije s kolorektalnim karcinomom (7,11).

Anorektalne bolezni

Vzrok krvavitvam iz spodnjih prebavil so lahko tudi hemeroidalna bolezen ali analne fisure. Tovrstne krvavitve so običajno intermitentne in blage. Pri anorektalni bolezni so hemodinamske spremembe redke.

Ishemični kolitis

Ishemični kolitis večinoma spremljajo krvava diareja in abdominalne bolečine. Pri tovrstnih krvavitvah v glavnem ne opažamo značilne izgube krvi. Velikokrat so ishemičnemu kolitisu pridružene še druge bolezni (kardio-vaskularne ishemične bolezni).

Druga bolezenska stanja

Redkeje so vzrok krvavitvam iz spodnjih prebavil anorektalne varice in Dieulafojev ulkus kolona, take krvavitve pa so ponavadi masivne (12).

DIAGNOSTIKA

Klinični pregled in stabilizacija bolnika sta pred samim diagnostičnim postopkom bistvena, saj so podatki, ki jih pridobimo, vodilo za hiter in ustrezno izbran diagnostični ukrep. Med potrebne laboratorijske preiskave se poleg osnovne krvne slike uvršča koagulacijski profil.

Diagnostični postopki vključujejo:

- rekto/kolonoskopijo,
- scintigrafijo z označenimi eritrociti,
- selektivno mezenterično angiografijo,
- kapsulno endoskopijo,
- spiralni CT.

Rektoskopija – kolonoskopija

Rektoskopija sodi med prve diagnostične manevre pri bolnikih s hemohezi-jo. Različni avtorji pa poročajo o diagnostični uporabnosti kolonoskopije, vendar jo priporočajo že pri končanih krvavitvah iz spodnjih prebavil. Pri masivnih krvavitvah imajo prednost drugi diagnostični manevri, saj je kolonoskopija lahko kontraindicirana oz. tvegana diagnostična metoda (13).

Scintigrafija z označenimi eritrociti

Večinoma se uporablja metoda označevanja eritrocitov s tehnejem, težava pa je njegova kratka razpolovna doba. Pogoj za uspešno intervencijo s to diagnostično metodo je aktualna krvavitev v času preiskave z minimalno izgubo krvi: 0,1 ml/min (14,15). Test je visoko občutljiv (91–97 %) in visoko specifičen (76–95 %). Prednosti testa so enostavnost in hitra dostopnost in uporabnost pri intermitentnih krvavitvah. Pomanjkljivost je potreba po aktualni krvavitvi in nezmožnost hkratnih terapevtskih ukrepov.

Selektivna mezenterična angiografija

Je invazivna metoda in zahteva bolj izraženo krvavitev: 0,5 ml/min (7). Metoda ponuja specifično diagnozo in možne terapevtske ukrepe (infuzija vazopresina ali embolizacija). Z angiografijo lahko ustavimo 40–80 % krvavitev iz spodnjih prebavil (6,7).

Kapsulna endoskopija

Akutne in ponavljajoče se krvavitve so velik izziv. Velikokrat že opisane diagnostične metode ne omogočajo umestitve krvavitve. V takšnih primerih je kapsulna endoskopija diagnostična metoda izbire (14,15).

Spiralni CT

Trenutno nima klinične aplikacije, vendar se eksperimentalno dokazuje velika diagnostična vrednost tovrstne diagnostike.

TERAPIJA

Sama umestitev izvora krvavitve je že lahko sočasen terapevtski ukrep.

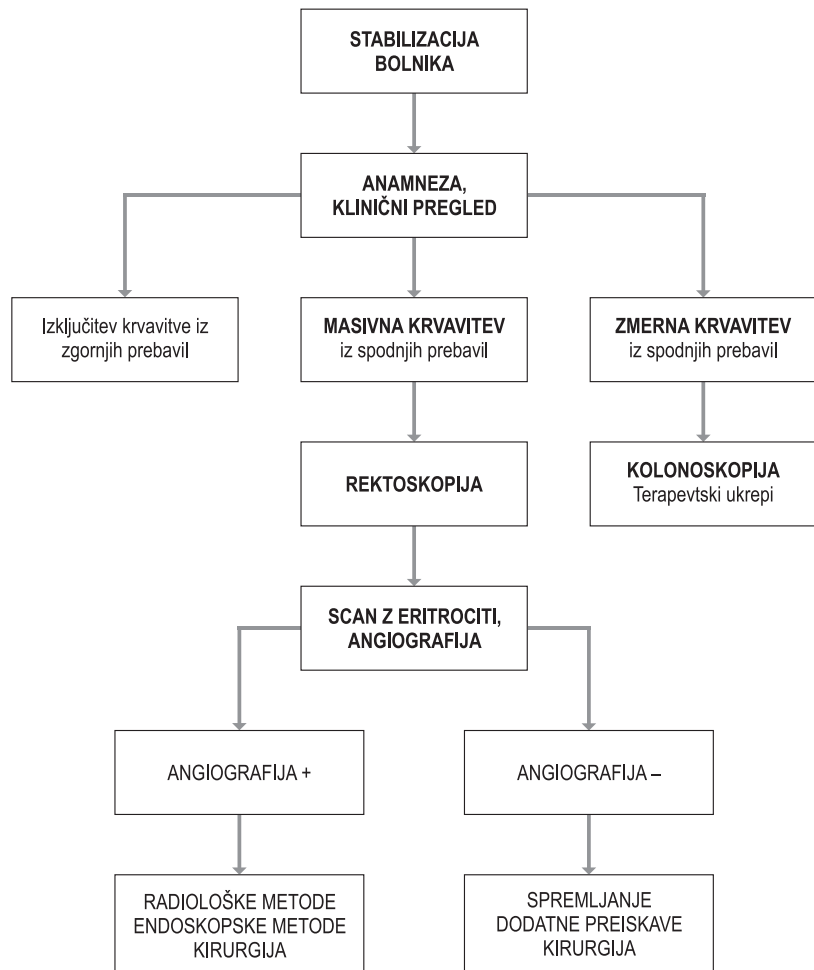
Terapevtske alternative pa so:

- endoskopske metode (medikamentno – koagulacijske metode, laser, polipektomije...),
- angiografske metode (intraarterijska infuzija vazopresina, transkatetrska embolizacija in uporaba drugih mehanskih metod embolizacije),
- kirurške metode (totalna, subtotalna ali segmentna kolektomija).

Zaključki

Krvavitve iz spodnjih prebavil so lahko velik diagnostični izziv in problem, zato je poznavanje diagnostičnega in terapevtskega algoritma zelo pomembno. Prednost imajo predvsem masivne krvavitve, ki zahtevajo takojšnjo in pravilno intervencijo.

Slika 1. Algoritem ukrepov pri krvavitvi iz spodnjih prebavil



LITERATURA

1. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 419–24.
2. Breen E, Murray JJ. Pathophysiology and natural history of lower gastrointestinal bleeding. *Semin Colon Rectal Surg* 1997; 8: 128–38.
3. Wagner HE, Stain SC, Gilg M, Gertsch P. Systemic assessment of massive bleeding of the lower part of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175: 445–9.
4. Farrands PA, Taylor I. Management of acute lower gastrointestinal hemorrhage in a surgical unit over a four-year period. *J R Soc Med* 1987; 80: 79–82.
5. Potter GD, Sellin JH. Lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1998; 17: 341–55.
6. Farrell JJ, Friedman LS. Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 1281–98.
7. Akhtar AJ. Lower gastrointestinal bleeding in elderly patients. *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4: 320–4.
8. Boley SJ, Sammartano R, Adams A, DiBiase A, Kleinhaus S, Sprayregen S. On the nature and etiology of vascular ectasias of the colon. Degenerative lesions of aging. *Gastroenterol* 1997; 72: 650–60.
9. Robert JR, Sachar DB, Greenstein AJ. Severe gastrointestinal hemorrhage in Chron's disease. *Ann Surg* 1991; 159: 550–5.
10. Lingenfelser T, Ell C. Gastrointestinal bleeding in the elderly. *Best Pract res Clin Gastroenterol* 2001; 15: 963–82.
11. Chowla Y, Dilawari DB. Anorectal varices-their frequency in cirrhotic and non.cirrhotic portal hypertension. *Gut* 1991; 32: 301–11.
12. Terdiman JP. Colonoscopic management of lower gastrointestinal hemorrhage. *Curr Gastroenterol Rep* 2001; 15: 963–82.
13. Feingold DL, Caliendo FJ, Chinn BT e tal. Does hemodynamic instability predict positive technetium-labeled red blood cell scintigraphy in patients with acute lower gastrointestinal bleeding? A review of 50 patients. *The America Society of Colon and Rectal Surgeons* 2005.
14. Fireman Z, Kopelman Y. The role of video capsule endoscopy in the evaluation of iron deficiency anaemia. *Dig Liver Dis* 2004; 36: 97–102.
15. King RM, Pluth JR, Giuliani ER. The association of unexplained gastrointestinal bleeding with calcific aortic stenosis. *Ann Thorac Surg* 1987; 44: 514–6