

DALLA PREVENZIONE AL TRATTAMENTO DELLE EMORRAGIE DIGESTIVE: CHE COSA E' CAMBIATO

L'INVIO DA PARTE DEL MMG IN OSPEDALE DEL PZ
CON SOSPETTA EMORRAGIA DIGESTIVA: SI PUO'
MIGLIORARNE L'APPROPRIATEZZA?

Stefano Del Canale
Medico di Famiglia

Glossario

- Il **sanguinamento gastro-intestinale (GI bleeding) del tratto superiore** è quello originato prossimalmente al **legamento di Treitz**:quindi da esofago, stomaco, duodeno
- Il **sanguinamento GI inferiore** origina dal piccolo intestino o dal colon
- **Ematemesi**: vomito ematico dal GI superiore od occasionalmente dopo ingestione di sangue a causa di sanguinamenti del naso-faringe
E' costituita da sangue rosso vivo ed implica una emorragia attiva da esofago, stomaco o duodeno
Costituisce una emergenza medica in quanto può portare a collasso cardio-circolatorio
- **Vomito caffeano** si riferisce ad un pregresso sanguinamento di solito relativamente modesto

Glossario (2)

- **Melena**=emissione di feci picee causate da sanguinamento GI superiore o occasionalmente dal piccolo intestino o colon dx
- **Ematochezia**: emissione di sangue rosso vivo dal retto spesso conseguente a sanguinamento colico o talora dal tratto GI superiore o piccolo intestino

Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding

A Scottish clinical guideline

2008

Il MMG può svolgere una efficace azione di prevenzione

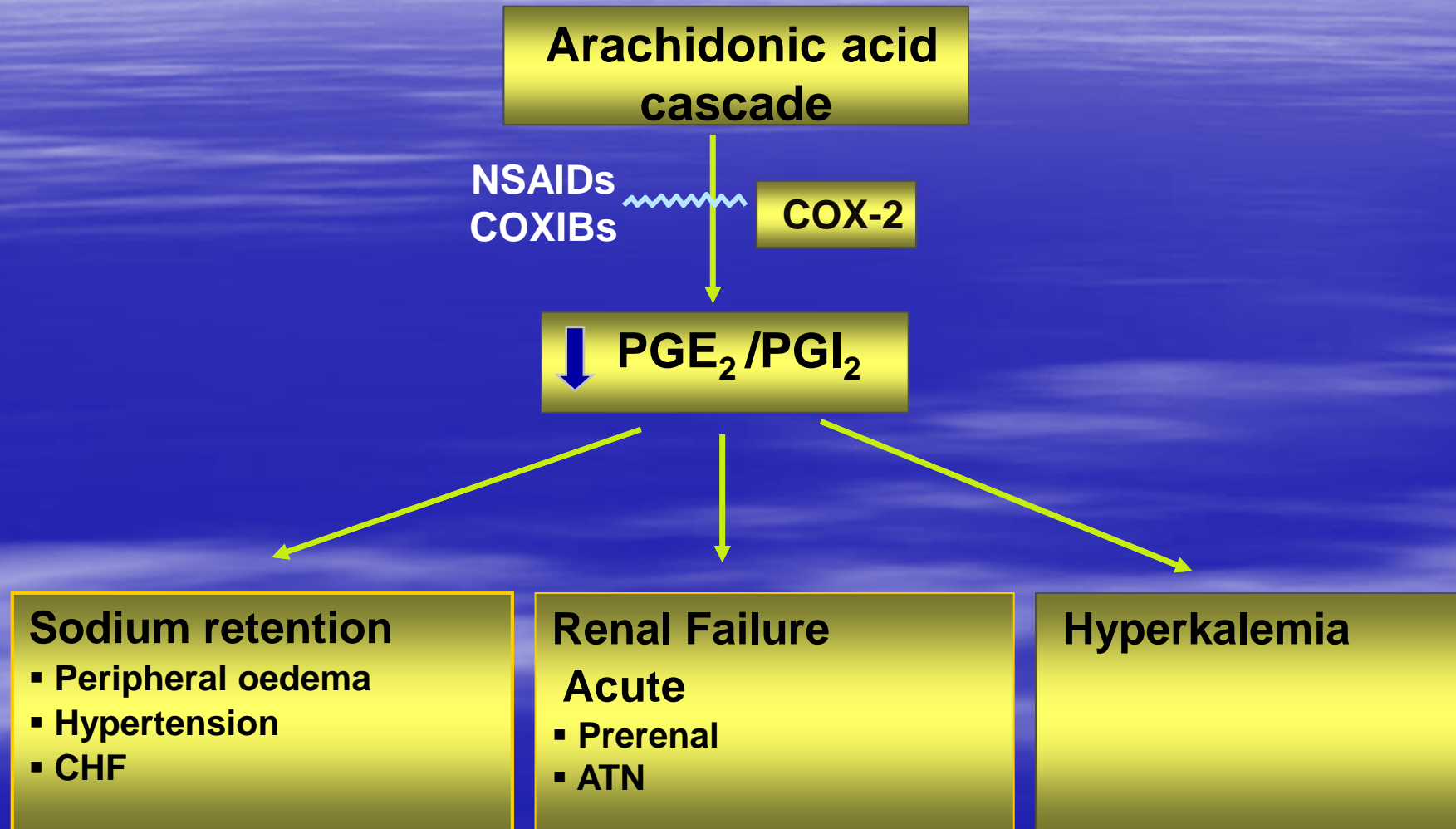
- Considerato che GI bleeding è la **maggiore causa** di ricovero per malattie GI
- Ulcera peptica HP correlata ed abuso di FANS/ASA a piccole dosi** sono le cause più frequenti
- Incidenza 100 casi/100000 pz/anno

Ruolo del MMG in prevenzione

- Eradicazione HP (40-50% popolazione adulta infetta)
- Controllo impiego di FANS
- Stratificazione pz a rischio (abuso di alcool, neoplasie, condizioni familiari disagiate, povertà, pz. anziani con patologie concomitanti, pz. psichiatrici, pz con pregressi episodi di GI bleeding, pz. in TAO)

Barkun AN et al. *Ann Intern Med.* 2010;152:101-113.

Renal and cardiovascular effects of NSAIDs and COX-2 inhibitors



AUSL PR-Jefferson University

Farmaci Potenzialmente Inappropriati - LISTA 2014

| Farmaci da evitare | Farmaci raramente appropriati | Farmaci da usare solo per alcune condizioni | Farmaci non a carico del SSN da evitare |
|--|---|---|--|
| Sistema d'organo o Classe Terapeutica | | | |
| <p><i>Analgesici</i> Pentazocina</p> <p><i>Anti-aggreganti</i> Ticlopidina</p> <p><i>Anti-arritmici</i> Disopiramide</p> <p><i>Anti-infiammatori</i> FANS (>15 giorni) Indometacina Ketorolac iniettabile (max 2 gg)</p> <p><i>Anti-parkinson</i> Orfenadrina cloridrato</p> <p><i>Sistema cardiovascolare</i> Clonidina (compresse) Metildopa Nifedipina a breve durata d'azione Spironolattone >25mg/die</p> <p><i>Sistema endocrino</i> Estrogeni (orali) Metiltestosterone</p> <p><i>Sistema nervoso centrale</i> Amitriptilina Citalopram >20mg/die Clomipramina Clorpropamide Escitalopram >10mg/die Imipramina Nortriptilina Trimipramina</p> | <p><i>Anti-secretivi</i> Inibitori di pompa (≥12 mesi)</p> <p><i>Anti-depressivi</i> Fluoxetina</p> | <p><i>Antiarritmici</i> Amiodarone Didrochinidina Chinidina Dronedarone Flecainide Propafanone Sotalolo</p> <p><i>Antipsicotici atipici</i> Risperidone Quetiapina Olanzapina Clozapina Aripiprazolo Paliperidone Ziprasidone</p> <p><i>Antipsicotici convenzionali</i> Aloperidolo Amisulpiride Clorpromazina Clotiapina Flufenazina Perfenazina Pimozide Promazina Sulpiride Tioridazina Trifluoperazina</p> <p><i>Sistema cardiovascolare</i> Clonidina (cerotti) Digossina Doxazosina</p> | <p><i>Antistaminici</i> Ciproptadina Clorfeniramina Difenidramina Idroxizina</p> <p><i>Benzodiazepine a media-lunga emivita</i> Diazepam Clordiazepossido Clorazepato Flurazepam Meprobamato Clonidinio-Clordiazepossido</p> <p><i>Benzodiazepine a breve media-emivita ai seguenti dosaggi</i> Alprazolam >2 mg/die Lorazepam >3 mg/die Oxazepam >60 mg/die Temazepam >15 mg/die Triazolam >0.25 mg/die</p> <p><i>Lassativi stimolanti</i></p> <p><i>Lassativi di massa</i></p> <p><i>Anti-infettivi</i> Nitrofurantoina</p> <p><i>Anti-emetici</i> Metoclopramide (orale)</p> |

Tutti i pazienti vanno inviati in
P.S.?



Table 5 Glasgow blatchford score

| Variable | Score |
|--------------------------------|--------------|
| Blood urea (mmol/L) | |
| 6.5-8 | 2 |
| 8-10 | 3 |
| 10-25 | 4 |
| > 25 | 6 |
| Hb (g/L) for men | |
| 120-130 | 1 |
| 100-120 | 3 |
| < 100 | 6 |
| Hb (g/L) for women | |
| 100-120 | 1 |
| < 100 | 6 |
| Systolic blood pressure (mmHg) | |
| 100-109 | 1 |
| 90-99 | 2 |
| < 90 | 3 |
| Pulse \geq 100/min | 1 |
| History and comorbidities | |
| Melaena | 1 |
| Syncope | 2 |
| Hepatic disease ¹ | 2 |
| Cardiac failure ² | 2 |

Chi possiamo gestire in ambulatorio?

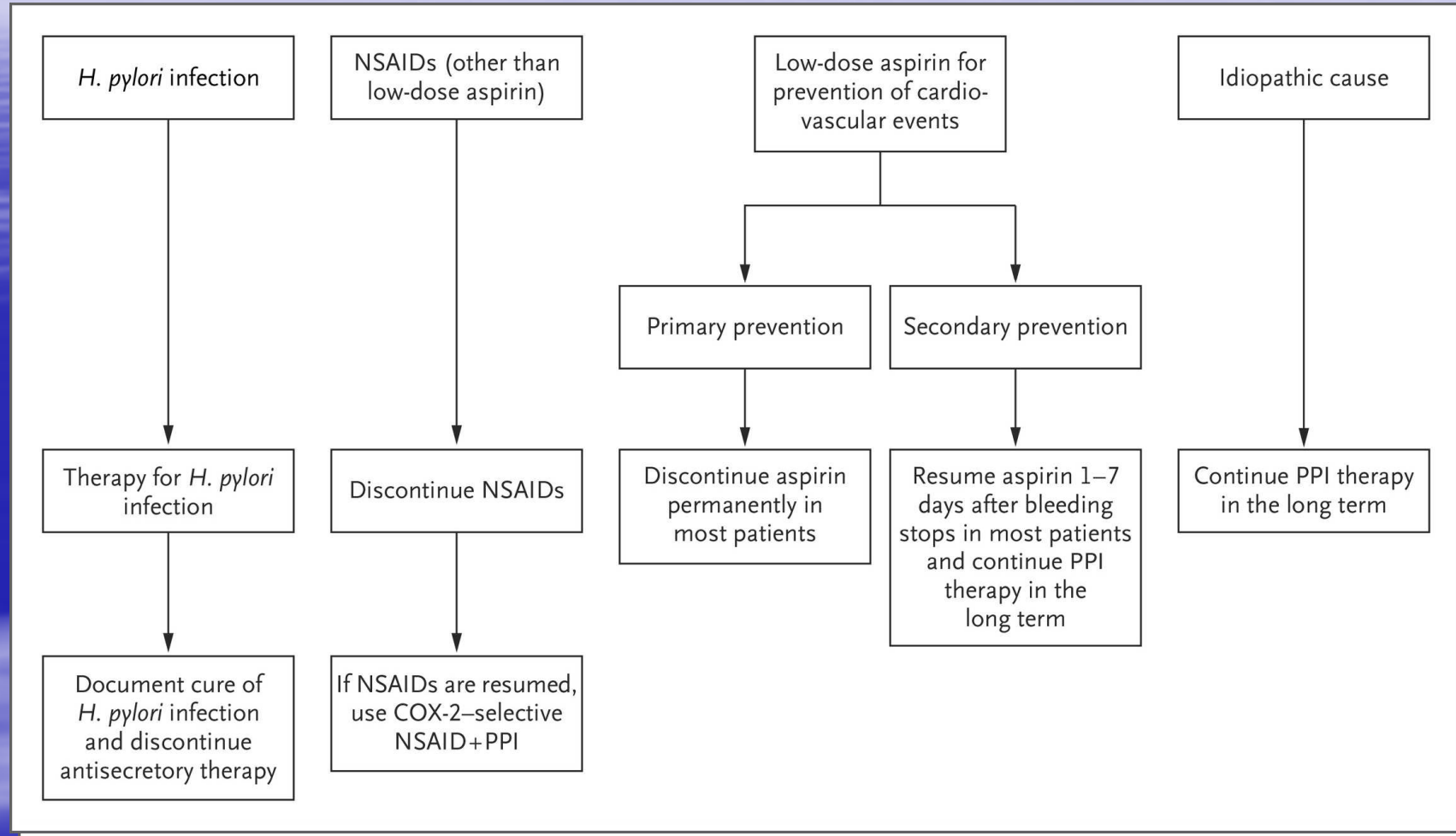
- Pz. che non presenta ematemesi, melena o importante ematochezia
- P.art. sistolica > 100 mmHg e F.C $< 100'$
- Hb > 10 g% (esame in urgenza!)
- non sincope alla presentazione
- nessuna importante comorbidità (epatica, cardiovascolare, neoplastica)

a patto che

- sia possibile concordare un percorso con il gastroenterologo
- endoscopia in urgenza differibile (con tempi certi!)

E dopo?

Terapia a lungo termine in pz con recente GI bleeding



Laine L. N Engl J Med 2016;374:2367-2376



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Nella scelta di riprendere ASA dopo GI bleeding

considerare che ASA in prevenzione primaria ha **NNT=1745**

mentre in prevenzione secondaria **NNT= 67**

Grazie per l'attenzione!

Glasgow-Blatchford Score

Table 1 Admission risk markers and associated score component values

| Admission risk marker | Score component value |
|---------------------------------|-----------------------|
| Blood urea (mmol/l) | |
| ≥ 6.5 – < 8.0 | 2 |
| ≥ 8.0 – < 10.0 | 3 |
| ≥ 10.0 – < 25.0 | 4 |
| > 25 | 6 |
| Haemoglobin (g/l) for men | |
| ≥ 120 – < 130 | 1 |
| ≥ 100 – < 120 | 3 |
| < 100 | 6 |
| Haemoglobin (g/l) for women | |
| ≥ 100 – < 120 | 1 |
| < 100 | 6 |
| Systolic blood pressure (mm Hg) | |
| 100–109 | 1 |
| 90–99 | 2 |
| < 90 | 3 |
| Other markers | |
| Pulse ≥ 100 (per min) | 1 |
| Presentation with melaena | 1 |
| Presentation with syncope | 2 |
| Hepatic disease | 2 |
| Cardiac failure | 2 |

From Blatchford *et al.*² A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage.

GI bleeding come maggiore causa di ospedalizzazione per malattie GI

Ulcera peptica (HP correlata ed uso di FANS le cause principali)

Cause di upper GI nella pratica ambulatoriale extra- Ospedaliera

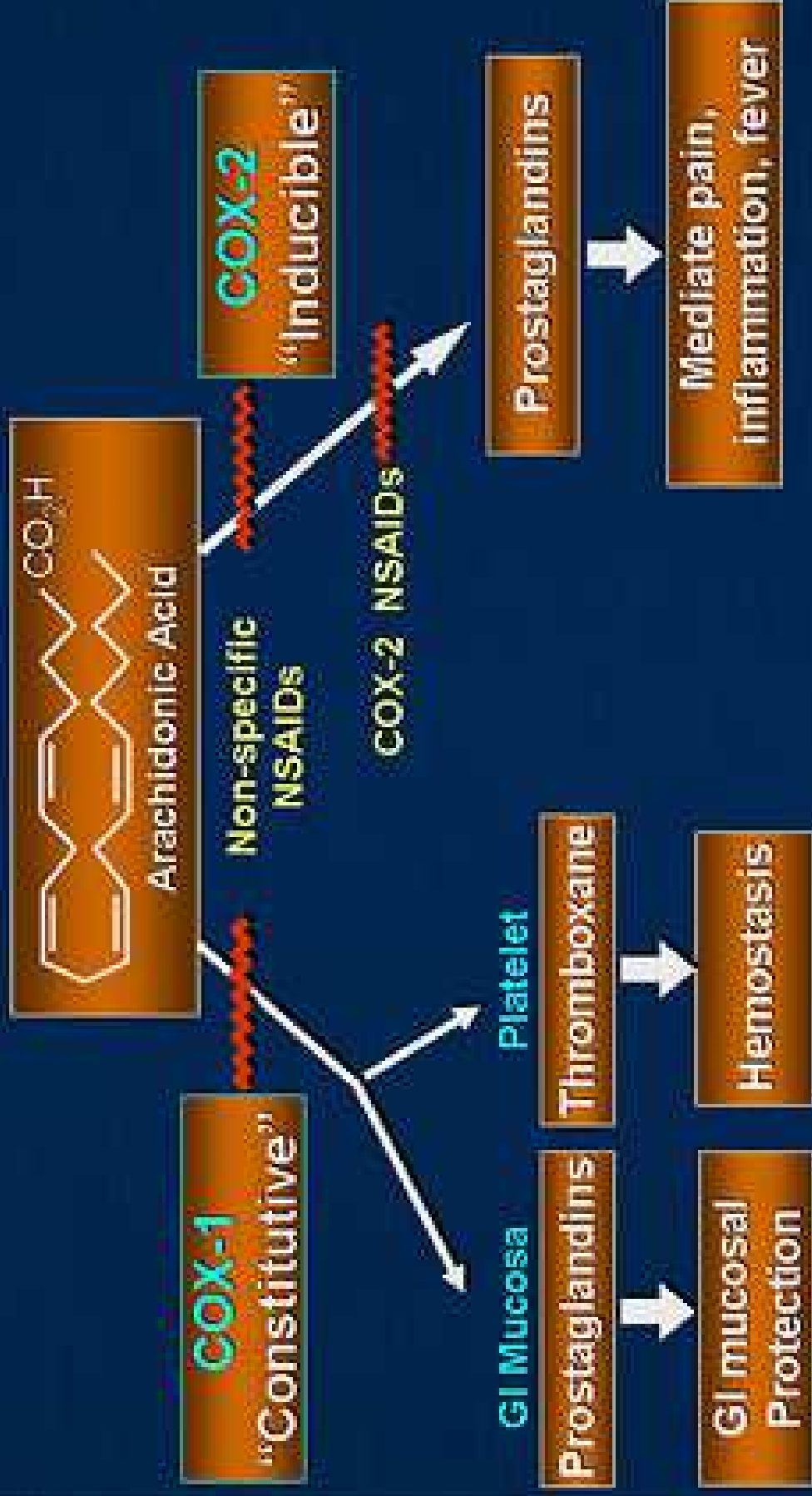
40-160 casi/100000/anno

Negli ultimi anni < incidenza di upper GI e > di lower GI

Sesso maschile ed uso di FANS i maggiori fattori di rischio

Ruolo prevalente FANS e low-dose ASA REF

Mechanism of Action of NSAIDs



Gastro-Intestinal bleeding:

Esophagitis

Gastritis

Ulcers

NSAID/ASA treatment

Cancer/Polyps

Ulcerative colitis

Crohn's disease

Vascular disease:

Angiodysplasia

Varices

Portal hypertensive gastropathy

Gastric vascular ectasia

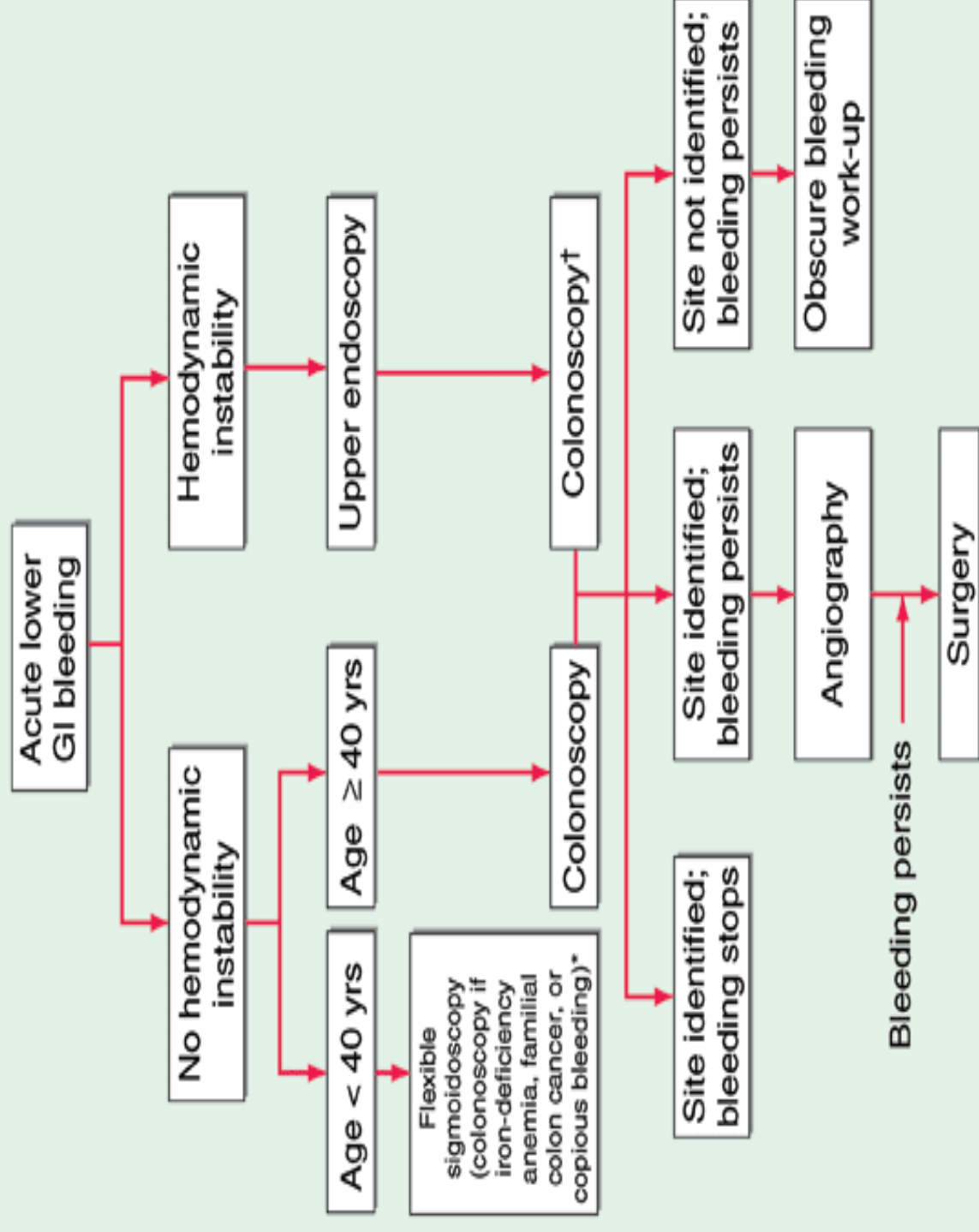
Hereditary angiodysplasia

Hemorrhoids

Diverticular disease

Parasitic infection

- **Cause of upper GI - Relative frequency**
- *(% of those in whom any abnormality was identified at endoscopy)*
- Peptic ulcer 44
- Oesophagitis 28
- Gastritis/erosions 26
- Erosive duodenitis 15
- Varices 13
- Portal hypertensive gastropathy 7
- Malignancy 5
- Mallory Weiss tear 5
- Vascular malformation 3
- *NB. In*



Source: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18th Edition: www.accessmedicine.com
 Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

- **Major causes of colonic bleeding**
- diverticular disease
- vascular malformations (angiodysplasia)
- ischaemic colitis
- haemorrhoids
- inflammatory bowel disease (eg ulcerative proctitis, Crohn's disease)
- neoplasia (carcinoma or polyps)
- radiation enteropathy