

HEMORAGIILE DIGESTIVE

urgență frecvent întâlnită în patologia copilului.

Amploare variabilă: - câteva striuri de sânge



- vărsături masive sânge proaspăt /digerat.

Hematemeza: eliminarea prin vărsătură de **sânge roșu sau negru** (vărsătură în zaț de cafea), modificat prin acțiunea acidului clorhidric asupra hemoglobinei.

Melena: scaun de sânge negru amestecat sau nu cu materiile fecale. Scaunele melenice sunt abundente, moi, strălucitoare, negre ca păcura și fetide.

Chiar și după încetarea sângerării masive, scaunele melenice mai pot persista 3-4 zile, iar hemoragiile oculte se vor evidenția în laborator încă 2-3 săptămâni, deși hemoragia s-a oprit.

HEMORAGIILE DIGESTIVE DUPA SEDIUL PRODUCERII LOR SE ÎMPART IN SUPERIOARE ȘI INFERIOARE

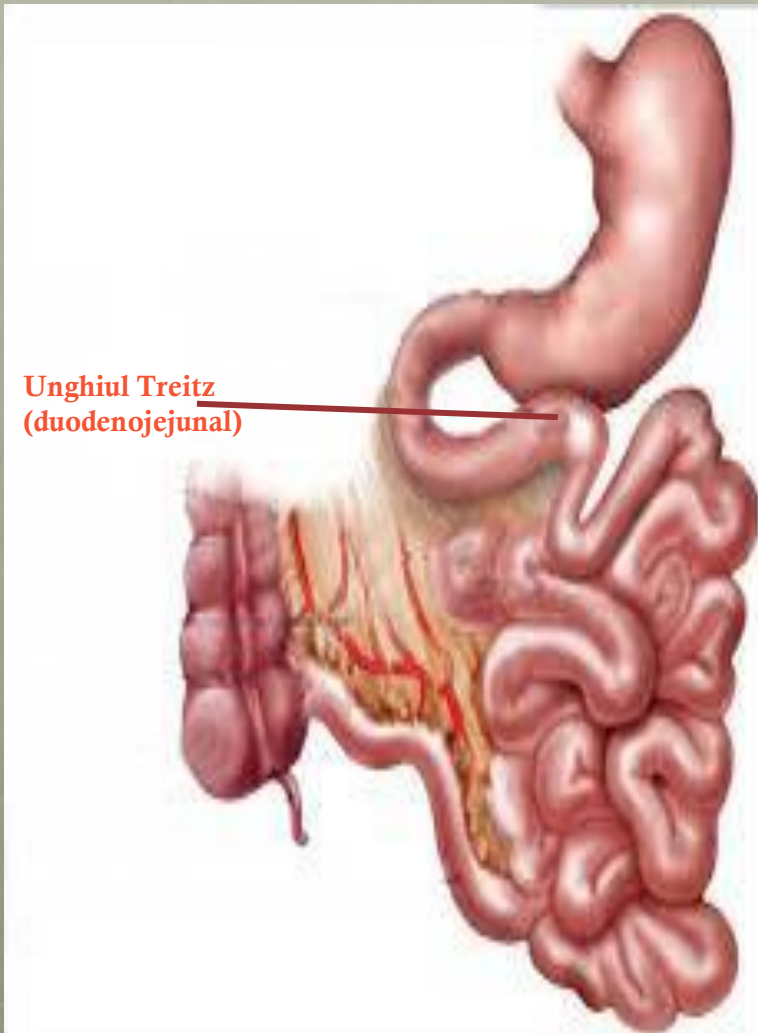
HDS - până la unghiul duodeno-jejunal (unghiul lui Treitz):

⇒ hematemeză

⇒ melenă.

HDI -porțiunea inferioară unghiului lui Treitz (intestin subțire, colon, rect):

⇒ rectoragii cu sânge roșu, proaspăt, amestecat cu materiile fecale, sau suprapunându-se acestora.



HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE

Cauzele

⇒ Esofagiene

- varice esofagiene
- hernii hiatale
- sindrom MALLORY-WEISS (fisuri liniare provocate de efortul de vărsătură)

⇒ Gastrice

- Ulcerul gastric;
- Gastrita acută ulcero-hemoragică post ingestie de caustic;

⇒ Duodenale

- Ulcerul duodenal

HDS

Hemoragiile de cauză esofagiană la vârsta copilăriei sunt generate mai ales de **varicele esofagiene**, (consecință a hipertensiunii portale) prin fisurarea acestora datorită unei creșteri bruște a presiunii venoase printr-un efort, violent de tuse, vărsătură sau doar prin trecerea alimentelor prin esofag.

Hipertensiunea portală este produsă prin **obstacole** prin malformații congenitale ale ramurilor venei porte, compresiei portale, cavernoame ale venei porte.

Hipertensiunea determinată de **obstacole suprahepatice** în Sdr Budd-Chiari sau prin compresia venelor suprahepatice de către un proces tumoral.

În diagnosticul HDS prin varice esofagiene reținem prezența hepato-splenomegaliei.

HDS

Diagnostic diferențial:

- Epistaxis cu înghițirea sângelui;
 - Hemoptizia;
- Sângerări post-traumatice în gură.

HDS - CLINICA

- **Gravitatea hemoragiei** la copil se apreciază:
 - **clinic** (paliditate, tensiune arterială ↓, puls ↑  șoc hemoragic)
 - **paraclinic** (hemoglobina serică scăzută, leucocitoză crescută, glicemie crescută).
- Unele semne clinice – amețeli, lipotimie – anunță existența hemoragiei, iar grețurile, senzația de plenitudine gastrică sau colicile intestinale, traduc prezența sângelui în lumenul digestiv, înainte de exteriorizarea lui

GRAVITATEA HEMORAGIEI	SEMNE CLINICE	INVESTIGATII PARACLINICE
HEMORAGIE MICĂ (USOARĂ)	TA si puls normale Pierdere < 10% din volumul sanguin	Hb = 10 – 12 g% Ht > 35%
HEMORAGIE MIJLOCIE (MODERATĂ)	TA max. > 100 mmHg Puls < 100/min Pierdere 10 – 20 % din volumul sanguin Vasoconstricție periferică (extremități reci, palide, lipotimie în ortostatism)	Hb = 8 – 10 g% Ht = 25 – 35%
HEMORAGIE MARE (GRAVĂ)	TA < 100 mm Hg Puls > 110/min Hematemază și melenă abundente Lipotimii Transpirații reci Tahipnee Oligurie Pierdere a 30 – 40% din volumul sanguin	Hb = 5 – 8 g% Ht < 25%
HEMORAGIE FOARTE GRAVĂ (MORTALĂ)	TA < 70 mm Hg Puls filiform Paloare accentuata Dispnee Agitație psihomotorie Pierdere a peste 50% din volumul sanguin	Indice Algöwer ritm cardiac / presiune arterială sistolică (în mm Hg) >1,5

Aprecierea gravității hemoragiei

TRATAMENTUL HDS

Este în concordanță cu gravitate hemoragiei și presupune măsuri de oprire a hemoragiei precum și refacerea volumului circulant!

- monitorizarea constantelor vitale (TA, puls, respirație)
- cateterizarea unei/a două vene periferice
- recoltarea, de probe de laborator necesare evaluării gravității hemoragiei
- administrarea PEV cu soluții cristaloide și glucozate până la efectuarea testelor de compatibilitate sanguină; în formele cu șoc grav, se administrează sânge O I Rh Negativ, maximum 750 ml
- oxigenoterapie
- montarea unei sonde nazogastrice
- monitorizarea diurezei, (criteriu de apreciere a perfuziei tisulare)

TRATAMENTUL HDS

Se încearcă obținerea hemostazei prin administrarea de:

- vitamina K;
- preparate hemostatice cu acțiune pe factorul vascular arteriolocapilar: Adrenostazin, Etamsilat;
- medicație antisecretorie de tip blocați ai receptorilor histaminici H₂: Zantac și Quamatel.
- inhibitori ai pompei de protoni de tipul: Omeprazol (20 mg/1,73 m², q.i.d.) și Lomeprazol.
- pansamente gastrice (sucralfat, Mallox, etc.)
- spălături gastrice cu lichide reci

TRATAMENTUL HDS

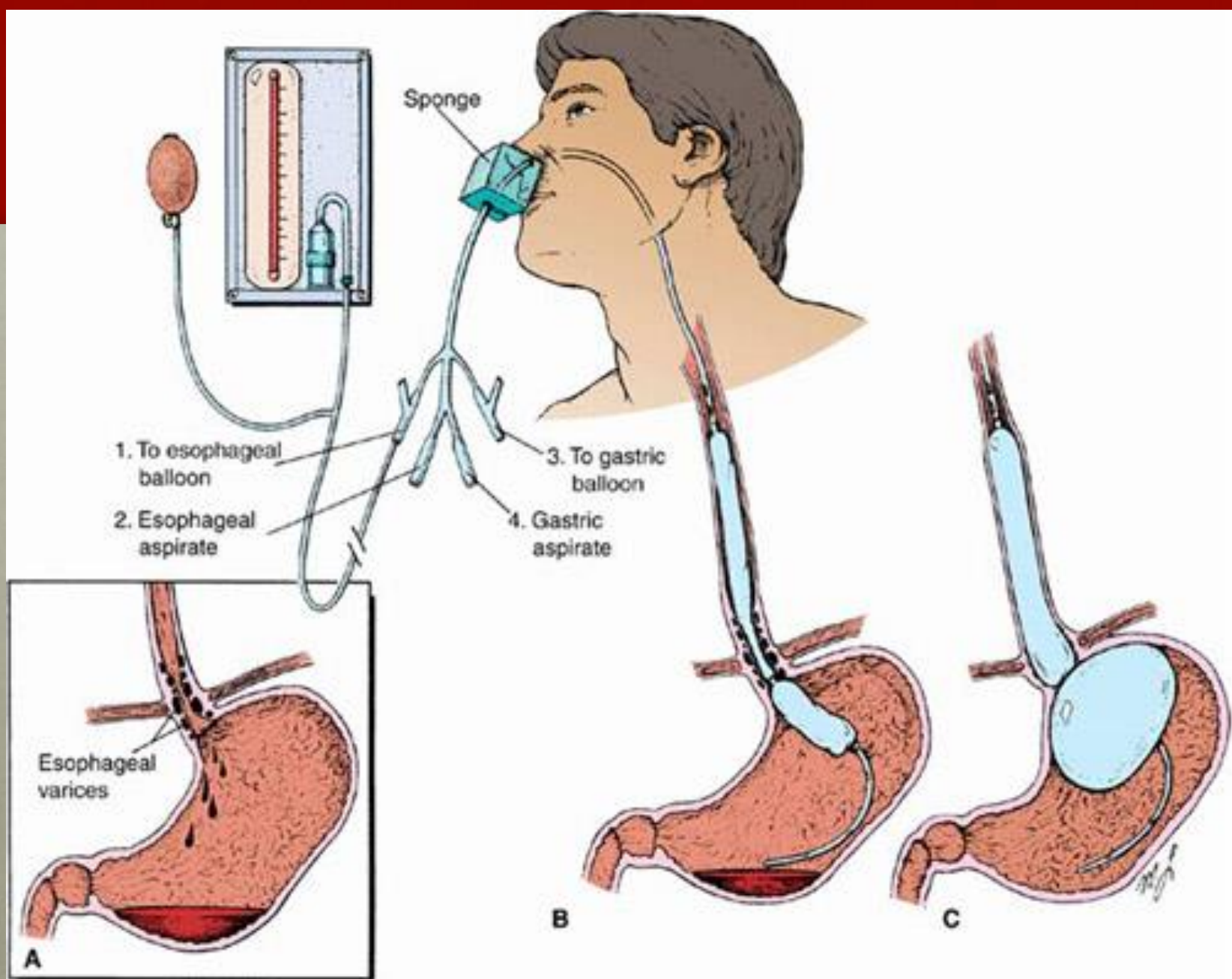
Endoscopia digestivă superioară poate avea atât rol diagnostic, cât și terapeutic – efectuarea hemostazei, prin:

- alcoolizare locală sau injectare de adrenalină + trombină umană
 - termocoagulare
 - electrocoagulare

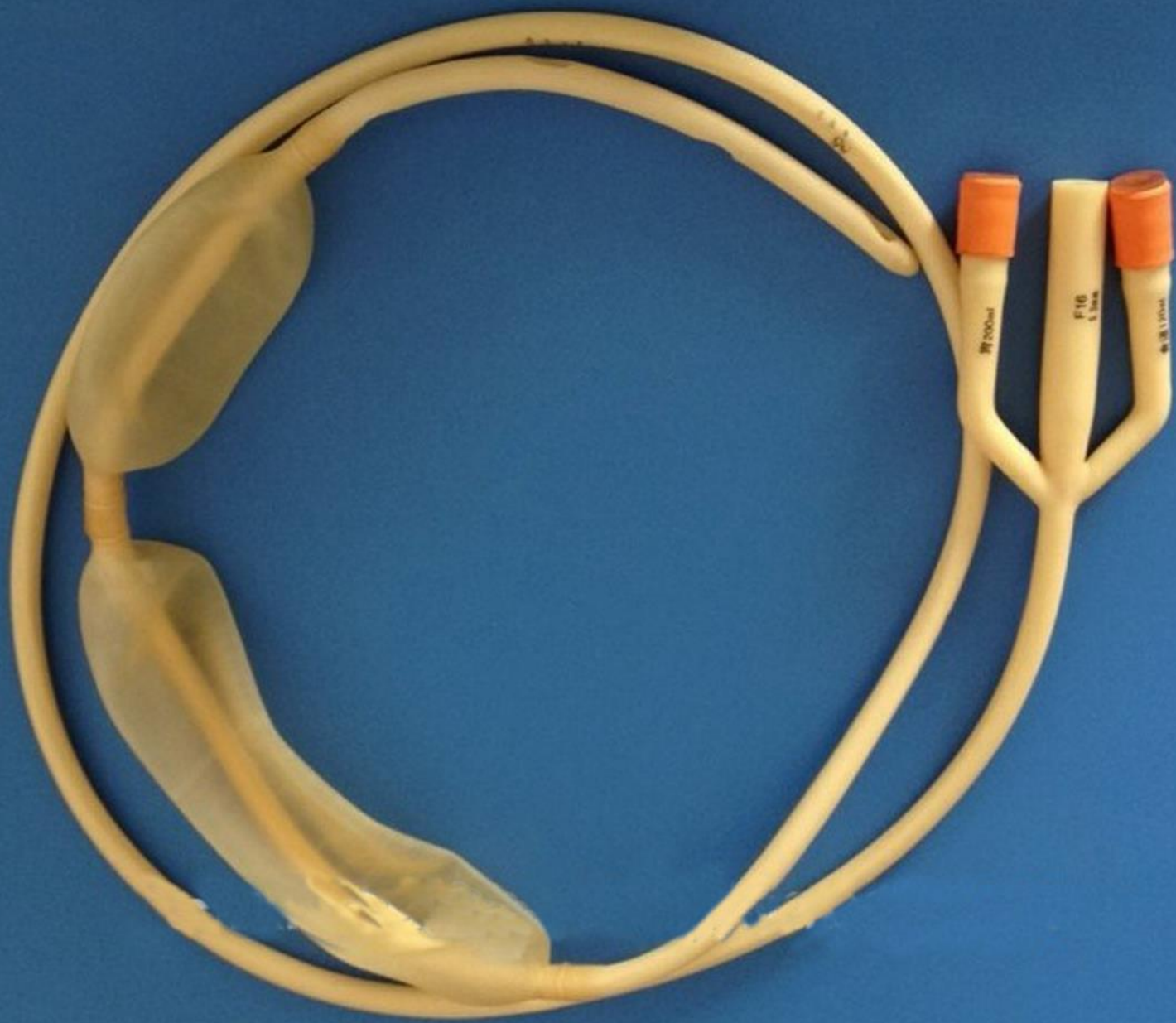
TRATAMENTUL HDS

Criterii de intervenție chirurgicală

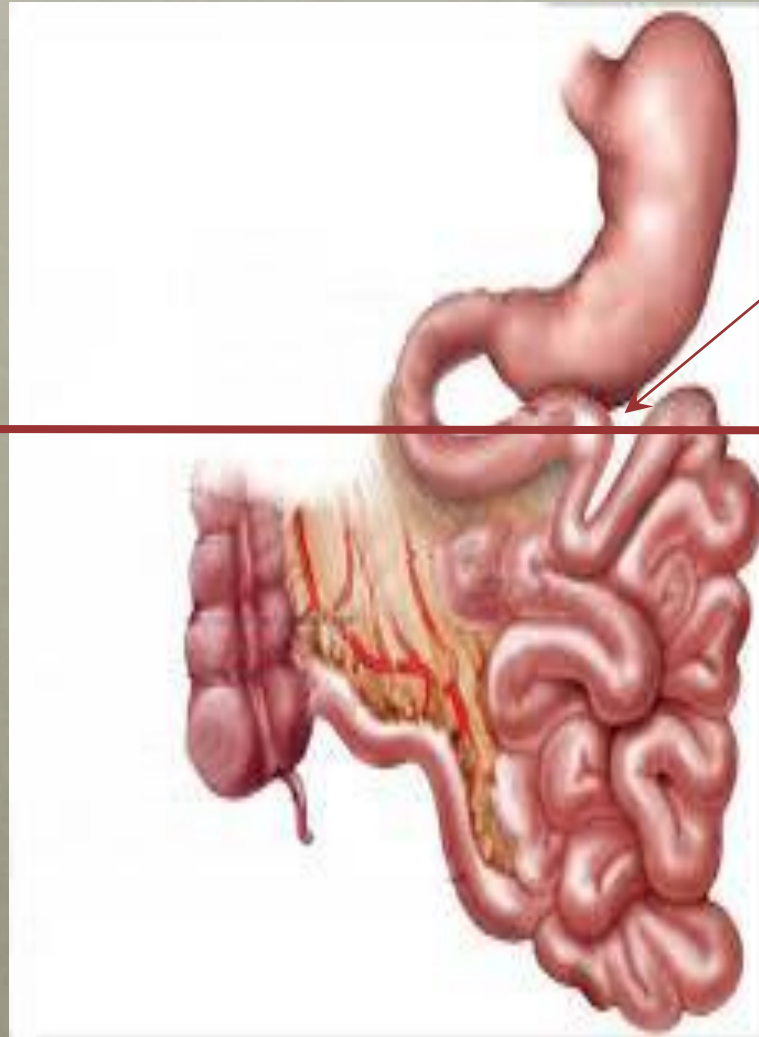
- hemoragia digestivă este severă și/ sau se repetă
- starea hemodinamică și clinică generală a copilului se menține alterată sub tratamentul intensiv și după transfuzie de sânge;
- la sugar și la copilul mic, dacă, în ciuda tratamentului aplicat, scaunele melenice au devenit cu sânge roșu (hematochezie) ceea ce semnalează o HDS rapidă și masivă.



Sonda Blackmore



HEMORAGIILE DIGESTIVE INFERIOARE



Unghiul Treitz
(duodeno-jejunal)



HDI apar la copil sub forme variate atât, cantitativ, cât și calitativ:

- câteva picături de sânge proaspăt suprapus fecalelor;



- sângerare masivă- chiar catastrofală- sau pierderi de sânge modificat sub acțiunea digestiei, îmbrăcând aspectul melenei.

HDI

Cauze medicale:

- Hemofilia, purpura trombocitopenică
- Boala hemoragică a n-n - deficit de protrombină poate da sângerări masive, dar ușor de stăpânit prin adm de vit K.
- Parazitozele intestinale - microsângerări.
- Enterocolita acută -ulcerații superficiale ale canalului ano-rectal, cu sângerări repetate, care cedează o dată cu procesul inflamator intestinal,
- Ingestia de medicamente : Acid salicilic, fenilbutazona, anticoagulante, etc.

HDI

Cauze chirurgicale:

- **Invaginația intestinală**: triada simptomatică : vărsături, dureri abdominale colicative rectoragii. Semnele de ocluzie, palparea tumorii de invaginare și Rx precizează diagnosticul.
- **Diverticulul Meckel** ulcerat - sângerări moderate dar repetate. Sângele este parțial digerat și amestecat cu fecalele, sau sânge roșu,curat.
- **Duplicațiile de intestin** : pot da hemoragii masive, datorită ulcerățiilor mucoasei intestinale, la limita cu insulele de mucoasă ectopică, gastrică.
- **Volvulusul de intestin**: apare la n-n cu mezenter comun si determină sângerări datorate infarctizării ansei angajate . Predomină semnele de ocluzie.
- **Tumorele** intestinului subțire sau gros: Benigne sau maligne
- **Angiomatoza hemoragică congenitală**: Boala Osler-Weber, numită și teleangiectazia hemoragică ereditară, duce la sângerări în orice porțiune a tubului digestiv, mai frecvent HDI.
- **Polipoza recto-colică** (sindromul Peuty-Jegers) / Polipii rectali solitari
- **Fisuri anale**

TRATAMENTUL

Tratamentul depinde de cauză (atunci când o putem preciza), de starea bolnavului, de datele clinice și de laborator.

Se va indica reanimarea bolnavului, refăcând masa circulantă prin transfuzii de sânge sau prin adm de soluții cristaloide,

⇒ intervenție chirurgicală cu scop curativ, când cauza sângerării este cunoscută;

⇒ Intervenție chirurgicală cu scop mixt, adică și diagnostic și curativ atunci când nu este stabilită cauza pre-operator.

În cazurile fără diagnostic sau în recidive, intervenția chirurgicală este singura cale de salvare a micuțului pacient.

În faza chirurgicală, impusă de situația când hemoragia nu încetează și ineficiența tratamentului medical, se va începe cu laparatomia exploratorie, inventarierea leziunilor, și tratamentul propriu fiecărei cauze a sângerării.

TUSEUL RECTAL

Examinarea rectală reprezintă explorarea prin tact digital a regiunii anale și organelor genitale pelvine.

INDICAȚII:

Examenul rectal se indică pentru:

- A. Scop diagnostic.
- B. Scop terapeutic.

Scop Diagnostic:

- Tumori rectale;
- Apendicită sau alte cauze de abdomen acut;
- Evaluarea tonicității sfincterului anal;
- Evaluarea hemoroizilor;
- Examinarea ampulei rectale în constipație;
- La nou-născuți pentru a exclude un anus neperforat sau stenoze anale;
- Ocluzii intestinale;
- Polipi rectali;
- Megacolon congenital;

Scop terapeutic

- Clisme evacuatorii;
- Pregătirea preoperatorie a colonului;
- Evacuarea fecaloamelor rectale.

ANATOMIE

- Tractul g-i se termină printr-un segment scurt = canalul anal;
- Marginea externă este slab delimitată, dar poate fi diferențiată de pielea regiunii perianale prin aspectul său;
- Fiziologic: canalul anal este menținut în poziție închisă prin acțiunea voluntară a sfincterului anal extern și involuntar prin acțiunea celui intern.
- Este demarcat de rect, printr-o joncțiune anorectală care delimitează granița dintre inervația somatică (anus) și cea viscerală (rect).

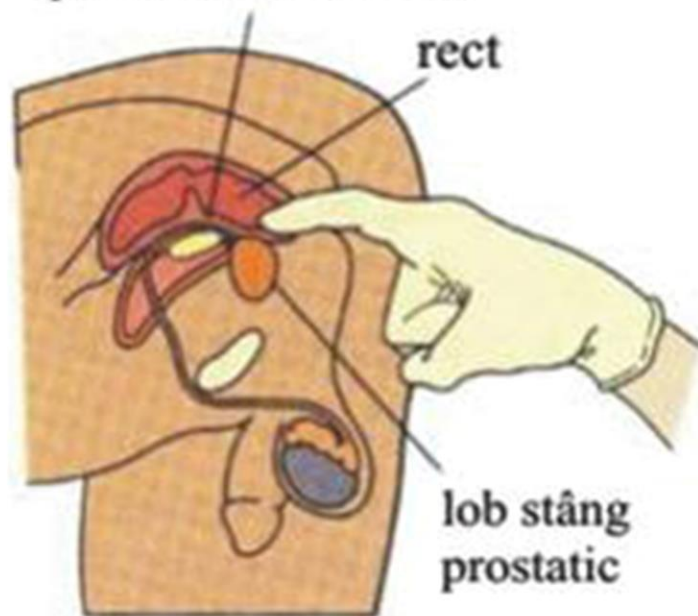
- Superior de joncțiunea anorectală, rectul se dilată și se poziționează înspre posterior.
- La bărbat, prin peretele anterior al rectului se palpează: prostata și veziculele seminale;
- La femeie, prin peretele anterior al rectului se palpează: cervixul uterin și uterul.
- La ambele sexe se palpează fundul de sac Douglas.
- !!! Cea mai mare parte a rectului accesibilă examinatorului nu are porțiune peritoneală, decât peretele anterior, unde se poate decela sensibilitate în caz de :
- Inflamație peritoneală sau tumori abdominale.

TEHNICA DE EXAMINARE

- Se poziționează pacientul în supinație cu genunchii și șoldurile flectate pe abdomen.
- Se face concomitent o palpăre abdominală și rectală.
- Se introduce indexul, lubrefiat în prealabil, după ce s-a obținut o relaxare a sfincterului extern.

perete rectal anterior

rect



simfiză
pubiană

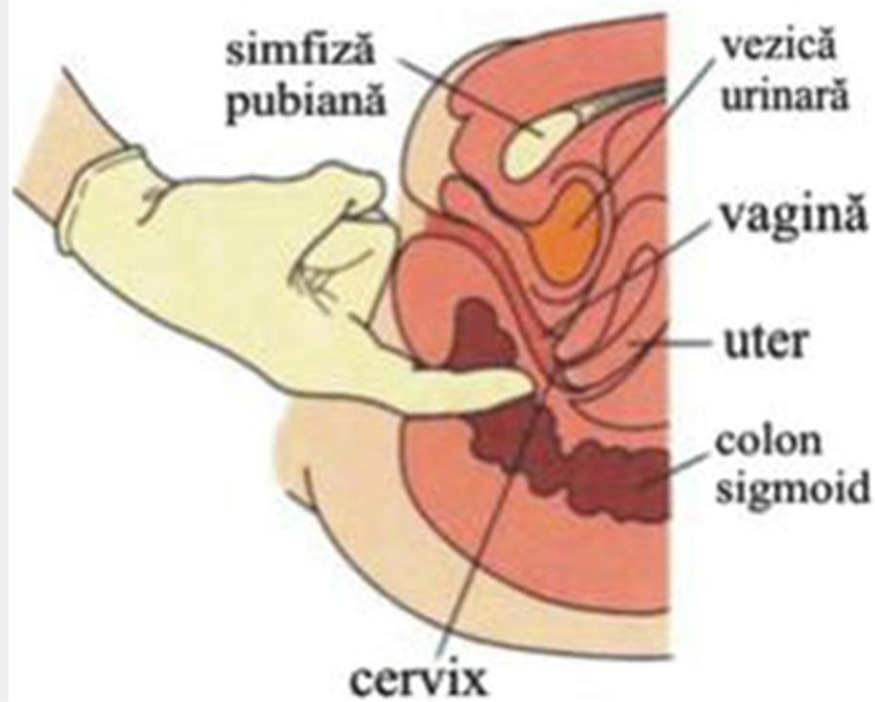
vezică
urinară

vagină

uter

colon
sigmoid

cervix



CE INFORMATII OBTINEM?

- Tonicitatea sfîcterului extern = în mod normal, musculatura sfîcteriană se strînge în jurul degetului examinator;
- Durere și/sau sensibilitate în : fisuri anale, polipi rectali prolabați, hemoroizi;
- Indurare: inflamație, cicatrici, malignități;
- Iregularități sau noduli;
- Sîngerare= fisură a mucoasei rectale, neoplasm, invaginație;
- Starea organelor pelvine.