

Conclusions. An unsatisfactory rate of endoscopy diagnoses in primary EDS is found. The JEG review requires adherence to the correct methodological protocol. LC are characteristic of HH type II and type III. LC are characteristic and HHSS are replaceable. LC causes hemorrhage and anemia. Endoscopic hemostasis resolves only the hemorrhage. Prolonged drug acid suppression did not treat gastric ulcer defects after APC. The definitive treatment of LC is the surgical reconstruction of the anatomy in the JEG area.

Keywords. Cameron lesions, anemia, fundaplication

EVALUAREA COAGULĂRII ÎN BOALA HEPATICĂ AVANSATĂ: TROMBOELASTOGRAFIA VS. PROBELE DE COAGULARE STANDARD



Rareș Crăciun^{1,2}

¹ Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie ”Prof. Dr. O. Fodor” Cluj-Napoca, România, ² Universitatea de Medicină și Farmacie ”Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Datele publicate în ultimul deceniu sugerează că evaluarea hemostazei la pacienții cu boală hepatică avansată (BHA) utilizând probele de coagulare standard (timp de protrombină, INR, numărul trombocitelor) nu reflectă fidel statusul coagulării. Deși istoric se presupunea că pacienții cu ciroză hepatică sunt ”anticoagulați spontan”, fapt sugerat de frecvența evenimentelor hemoragice și alterarea coagulogramei standard, s-a constatat de asemenea și o incidență crescută a evenimentelor trombotice, atât în teritoriul splanhnic (tromboza sistemului venos portal), cât și în circulația sistemică. Pornind de la aceste premise, s-a dovedit faptul că pacienții cu BHA au un profil hemostatic reechilibrat, care compensează diminuarea cantitativă a factorilor procoagulanți sintetizați în ficat cu modificări secundare în cascada coagulării.

Dezavantajul major al probelor de coagulare standard este reprezentat de evaluarea exclusivă a deficitului de factori procoagulanți, ilustrând astfel doar una dintre fațetele coagulării la pacienții cu BHA. Metodele viscoelastice de evaluare a coagulării, precum tromboelastografia (TEG) sau tromboelastometria rotațională (ROTEM), permit evaluarea globală a procesului de coagulare, evaluând toate etapele coagulării (de la formarea trombului la fibrinoliză) și analizând atât elementele pro- cât și anticoagulante. Astfel, utilizând TEG, se poate efectua o apreciere adecvată a riscului hemoragic sau protrombotic, evitând administrarea excesivă de preparate sanguine precum plasma proaspătă congelată, crioprecipitat sau masă trombocitară, care au potențialul de a agrava hipertensiunea portală.

REBALANCED HEMOSTASIS IN ADVANCED LIVER DISEASE: THROMBOELASTOGRAPHY VS. STANDARD COAGULATION TESTS

Rareș Crăciun^{1,2}

¹ ”Prof. Dr. O. Fodor” Regional Institute of Gastroenterology and Hepatology, Cluj-Napoca, Romania; ² ”Iuliu Hațieganu” University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Increasing evidence suggests that standard coagulation tests - SCTs (prothrombin time, INR, platelet count) fail to adequately assess hemostasis in patients with advanced liver disease (ALD). According to the prior paradigm, cirrhotic patients were considered ”spontaneously anticoagulated”, an assumption based on the relative frequency of bleeding events and the alteration of SCTs. However, these patients also have a higher incidence of thrombotic events in the splanchnic venous system and systemic circulation. Based on these grounds, research has shown that ALD patients have a rebalanced hemostatic profile, as secondary alterations in the coagulation system compensate for the decrease in liver-derived procoagulant factors.

The major caveat in using SCTs in cirrhosis derives from their failure to assess hemostasis beyond the deficit in procoagulant factors. Viscoelastic tests, such as thromboelastography (TEG) or rotational thromboelastometry (ROTEM), can provide a global assessment of hemostasis, evaluating the entire coagulation process (from clot formation to fibrinolysis) as well as the balance of pro- and anticoagulant factors. Therefore, a TEG-based coagulation assessment can limit unnecessary blood product use (such as fresh frozen plasma, cryoprecipitate, or platelets), thus preserving a scarce resource and limiting the detrimental effects of transfusions.

TRATAMENTUL HEMORAGIEI DIGESTIVE SUPERIOARE LA PACIENTII OPERATI



Dr Cristina Pojoga^{1,2}

¹ Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie prof dr O Fodor Cluj Napoca, ² UBB-Med Universitatea Babeș-Bolyai Cluj Napoca

Hemoragia digestivă superioară este o complicație severă în cazul pacienților operați, crescând mult morbiditatea și mortalitatea acestora. Hemoragiile digestive superioare se clasifică în timpurii și tardive, în funcție de momentul postoperator în care survin.

Tratamentul hemoragiilor digestive la acești pacienți poate fi tratament conservator, endoscopic sau chirurgical.

Având în vedere faptul că pacientul operat este un pacient fragil, la care riscul operator este ridicat, este de preferat ca în aceste situații să se încerce evitarea reintervenției chirurgicale. Momentul efectuării endoscopiei digestive superioare este de asemenea deosebit de important: pacientul trebuie stabilizat anterior procedurii, având în vedere faptul că și endoscopia este o procedură invazivă.

Tratamentul endoscopic la pacientul operat prezintă anumite caracteristici, deoarece este importantă protejerea anastomozelor (în cazul în care este vorba despre o intervenție chirurgicală efectuată la nivelul tubului digestiv superior), tehnica endoscopică trebuind să fie adaptată în concordanță cu acest lucru. Ca urmare, este importantă utilizarea unui endoscop cât mai flexibil, insuflare minimă și tehnici hemostatice care să nu pună în pericol integritatea anastomozelor.

Tehnicile hemostatice sunt cele utilizate în general în cazul hemoragiilor digestive superioare, cu reamintirea faptului că injectarea de adrenalina nu poate fi utilizată ca metoda unică. Există tehnici mai noi, cum ar fi montarea de OVESCO sau aplicarea de Hemospray