

HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE RARE

Bazeliuc Iurii, Bour Alin, Covalciuc Dmitri

Catedra chirurgie nr.5, USMF „Nicolae Testemițanu”

Autor corespondent: Bazeliuc Iurii, e-mail: iurii.bazeliuc@usmf.md

Rezumat

Scopul articolului a fost de a analiza informația din sursele existente în literatură, cu privire la hemoragiile digestive superioare rare. Au fost studiate 62 publicații științifice ce conțin informații referitoare la epidemiologia, particularitățile tabloului clinic, de diagnostic instrumental și de tratament ale hemoragiilor digestive rare și cazuistice. În calitate de surse au fost utilizate publicații internaționale prin intermediul platformelor online Google Scholar și PubMed. Cuvintele cheie folosite la căutare au fost: «rare upper gastrointestinal bleeding», «rare bleeding with a point of origin in the esophagus, stomach, duodenum», «treatment of rare gastrointestinal bleeding». Au fost identificate 62 publicații științifice ce relevă informații actuale referitor la epidemiologia, particularitățile tabloului clinic, de diagnostic instrumental și de tratament ale hemoragiilor digestive rare și cazuistice. Deoarece frecvența hemoragiilor descrise în articol este mică, fiecare caz elucidat în literatura de specialitate reprezintă un punct de reper ce ne poate ajuta în stabilirea diagnosticului clinic, și a tacticii de tratament în cazuri similare. În hemoragiile din papila duodenală mare angiografia CT permite nu numai de a stabili diagnosticul corect, dar la necesitate efectuarea hemostazei prin embolizare vasculară. La pacienții cu hipertensiune portală, în cazul lipsei hemoragiei din varicele joncțiunii esogastrice, din ulcerul gastroduodenal este necesar de exclus hemoragia din varicele atipic duodenal sau intestinal. În cazurile când sursele frecvente ale hemoragiei digestive superioare lipsesc în timpul examenului endoscopic este necesar de efectuat o examinarea minuțioasă a mucoasei stomacului și duodenului, pentru a exclude leziunea Dieulafoy, ectopia vasculară gastrică antrală, fistula aortoduodenală, diverticolii gastroduodenali, tumorile stromale a stomacului. Colectarea datelor cu referire la compartimentul anamneza vieții pacientului ne va permite să stabilim prezența hemoragiei digestive determinată de telangiectazia hemoragică ereditară, sau de prezența dereglărilor de coagulare.

Cuvinte cheie: „hemoragii digestive superioare rare”, „hemoragii rare cu origine din esofag, stomac, duoden”, „tratamentul hemoragiilor digestive superioare rare”

Summary

Rare upper gastrointestinal bleeding

The purpose of the article was to analyze information from existing literature sources about rare upper gastrointestinal bleeding. A number of scientific publications have been studied that present information on the epidemiology, clinical picture, instrumental diagnosis and treatment of rare and case-induced digestive bleeding. International publications through the online platforms Google Scholar and PubMed have been used as sources. 62 scientific publications were identified that reveal current information regarding the epidemiology, the peculiarities of the clinical picture, instrumental diagnosis and treatment of rare and case-induced digestive hemorrhages. Because the frequency of bleeding described in the article is low, each case elucidated in the literature is a benchmark that can help us to establish clinical diagnosis and treatment tactics in similar cases. In hemorrhages from papilla duodenum major, CT angiography allows not only to establish the correct diagnosis, but if necessary to perform hemostasis by vascular embolization. In patients with portal hypertension, in the absence of hemorrhage from varices of the esogastric junction, gastroduodenal ulcer is necessary to exclude hemorrhage from atypical duodenal or intestinal varices. In cases where frequent sources of upper gastrointestinal bleeding are absent during endoscopic examination, a thorough examination of the mucous membranes of the stomach and duodenum is necessary to exclude Dieulafoy lesion, antral gastric vascular ectopia, aortoduodenal fistula, gastroduodenal diverticulum, stromal tumor of the stomach and duodenum. The patient's life history will allow us to establish the presence of digestive hemorrhage caused by hereditary hemorrhagic telangiectasia, or the presence of coagulation disorders.

Keywords: “rare upper gastrointestinal bleeding”, “rare bleeding with a point of origin in the esophagus, stomach, duodenum”, “treatment of rare gastrointestinal bleeding”

Резюме

Редкие кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

Целью статьи был анализ информации из существующих литературных источников относительно редких кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Изучено 62 научных публикаций, в которых представлены сведения об эпидемиологии, особенностях клинической картины, инструментальной диагностике и лечения редких и очень редких случаев желудочно-кишечных кровотечений. В качестве источников использовались

международные публикации через онлайн-платформы Google Scholar и PubMed. При поиске использовались ключевые слова: «редкие кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта», «редкие кровотечения с очагом возникновения в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке», «лечение редких желудочно-кишечных кровотечений». Выявлено 62 научных публикации, раскрывающих современные сведения об эпидемиологии, особенностях клинической картины, инструментальной диагностике и лечении редких и единичных желудочно-кишечных кровотечений. Поскольку частота описанных в статье кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта невелика, каждый случай, освещенный в специальной литературе, представляет собой ориентир, который может помочь нам установить клинический диагноз и лечебную тактику в подобных обстоятельствах. При кровотечениях из большого дуоденального сосочка КТ-ангиография позволяет не только установить правильный диагноз, но и при необходимости провести гемостаз путем эмболизации сосудов. У больных с портальной гипертензией при отсутствии кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, или из гастродуоденальной язвы необходимо исключить кровотечение из атипично расположенных варикозно расширенных вен двенадцатиперстной кишки или тонкого кишечника. В случаях, когда при эндоскопическом исследовании отсутствуют частые источники верхних желудочно-кишечных кровотечений, необходимо провести тщательное исследование слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, чтобы исключить наличия поражения Дьюлафуа, антральных сосудистых эктопий, аортодуоденальных свищей, гастродуоденальных дивертикулов, стромальных опухолей желудка. Тщательно собранный анамнез жизни больного позволит установить наличие пищеварительных кровотечений, определяемых наследственными геморрагическими телеангиэктазиями, или наличие нарушений свертывания крови.

Ключевые слова: «редкие кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта», «редкие кровотечения с очагом возникновения в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке», «лечение редких желудочно-кишечных кровотечений»

Introducere. Rata hemoragiilor digestive superioare în SUA constituie 67 la 100000 de locuitori. Cauza principală a hemoragiilor digestive superioare este hemoragia de origine ulceroasă (50%), urmată de gastropatiile erozive (25-30%), Sindromul Mallory – Weiss (15%), mai rar se întâlnesc hemoragiile din tumorile gastrice (1-5%) și esofagite (3%), și foarte rar hemoragiile cu punct de origine din ulcerul Dieulafoy (1-2%), fistula aorto-intestinală (1%) și hemobilia (1%). (Gidirim Gh., Cicala E., Guțu E., Rojnovanu Gh., 2009). (1) Conform datelor oferite de Ивашкин В.Т și coautorii s-a determinat următoarea rată a hemoragiilor digestive superioare: ulcerul gastric și duodenal – 46-56%, eroziunile hepatoduodenale – 9-12%, varice esofagiene – 16-20%, esofagită erozivă și ulcerul peptic esofagian – 4-7%, sindromul Mallory – Weiss – 4-4,5%, tumorile esofagului și stomacului – 3-5%, alte cauze – 4-5%. (2) Степанов Ю.В. și coautorii (2013) menționează rata hemoragiilor frecvente fiind de 85%, iar celor rare și cazuistice de 15% și 1%. (3)

La fiecare al cincilea pacient cu tablou clinic de hemoragie digestivă nu poate fi stabilită sursa cu ajutorul fibrogastroduodenoscopiei sau colonoscopiei. În literatura engleză hemoragia digestivă neidentificată sau obscură este numită: «obscure gastrointestinal bleeding». Procesul de diagnostic poate dura de la luni până la ani. (4,5.) Aceasta se explică prin raritatea unor patologii ce se pot manifesta prin apariția sindromului hemoragic și prin imposibilitatea utilizării metodelor endoscopice clasice în depistarea lor.

Scopul publicării: studierea datelor literaturii de specialitate referitor la particularitățile clinice și de tratament ale hemoragiilor digestive rare și utilizarea rezultatelor studiului în chirurgia de urgență.

Material și metode. Au fost studiate 62 de publicații științifice ce prezintă informații referitoare la epidemiologia, particularitățile tabloului clinic, de diagnostic instrumental și de tratament ale hemoragiilor digestive rare și cazuistice. În calitate de surse au fost utilizate publicații internaționale prin intermediul platformelor online Google Scholar și PubMed. Cuvintele cheie folosite la căutare au fost: «rare upper gastrointestinal bleeding», «rare bleeding with a point of origin in the esophagus, stomach, duodenum», «treatment of rare gastrointestinal bleeding».

Rezultate și discuții. Hemoragii rare pancreatobiliare. Hemosuccus pancreatic (wirsungorrhaghia) reprezintă o hemoragie digestivă superioară, rar întâlnită, și se manifestă prin eliminări de sânge din papila duodenală mare, sursa de hemoragie fiind situată în ductul Wirsung (ulcere, malformații pancreatice) sau poate fi provocată de o erupere a unui pseudoanevrism peripancreatic în ducturile pancreatice. (6,7.) Pseudoanevrismul pancreatic apare ca rezultat al destrucției enzimatice ale vaselor, în caz de pancreatită acută. În 45% cazuri pseudoanevrismul provine din artera splenică, în 17% din artera gastroduodenală, 11% cazuri din artera pancreatoduodenală inferioară și în 5% cazuri din artera pancreatoduodenală superioară, iar în 22% cazuri din alte vase. (8.) Tabloul clinic se manifestă prin hematemeză și instabilitate hemodinamică, iar examenul endoscopic relevă prezența unui cheag în regiunea papilei duodenale mari. Tomografia computerizată poate fi utilă prin depistarea pseudochisturilor pancreatice, iar angiografia poate identifica prezența pseudoanevrismelor din vasele pancreatice și hemoragia în interiorul pseudochistului pancreatic. (9.)

Deoarece hemosuccusul pancreatic se întâlnește rar, nu există o tactică chirurgicală bine determinată în literatura de specialitate. La pacienții hemodinamici stabili se va efectua angiografia cu scop diagnostic, care poate fi completată cu embolizarea vasului purtător de anevrism.(10.) Ligaturarea arteriei care servește punct de origine a pseudochistului pancreatic, pancreatctomia parțială, splenectomia cu rezecția porțiunii distale a pancreasului reprezintă variante de tratament chirurgical al pseudoanevrismului peripancreatic. În caz de erupere a anevrismului în stomac sau colon se va efectua rezecția gastrică sau hemicolecctomia (6,11.)

Hemobilia reprezintă o hemoragie cu punct de origine din căile biliare și se întâlnește la 5% din toate cazurile de hemoragie digestivă. Termenul de hemobilie a fost folosit pentru prima dată în anul 1948 de către Philip Sandbrom. Hemobilia poate fi de origine traumatică, neoplazmică, inflamatorie, infecțioasă, din cauza prezenței litiazei biliare sau a malformațiilor anatomice al tractului biliar sau de origine iatrogenă. Hemobilia iatrogenă se întâlnește în diferite proceduri percutanate, endoscopice sau chirurgicale. (12,13.)

Tabloul clinic al hemobiliei depinde de intensitatea hemoragiei. În cazul hemoragiei masive din căile biliare, tabloul clinic se manifestă prin melena sau hematemeză, iar în hemoragiile biliare minore, cheagurile obturează lumenul căilor biliare, și se manifestă clinic prin icter, cu oportunitatea de formare a calculilor biliari. Triada Quincke se întâlnește la 1/3 din toți pacienții cu biliragie și se manifestă prin: dureri în etajul superior al abdomenului, semne clinice de hemoragie digestivă și icter.(14,15.)

Angiogramia CT este considerată standartul de aur în diagnosticul hemobiliei, deoarece permite depistarea leziunilor vasculare și planificarea măsurilor curative. Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă în hemobilia asociată cu icter obstructiv denotă prezența hemoragiei din papilla Water și permite evacuarea cheagurilor care produc obstrucția. (13.)

Tratamentul bilioragiei se bazează pe efectuarea angiografiei cu embolizarea vasului lezat, și utilizarea stentului vascular la necesitate. (16.) Chirurgia deschisă a căilor biliare în hemobilii va fi folosită în cazul eșecului hemostazei endovasculare și constă în ligaturarea vaselor arteriale, rezecția pseudoanevrismelor, colecistectomie când este vorba despre un pseudoanevrism a arterei cistică.(17.)

Hemoragii rare venoase. *Varicele ectopice* apar într-o zonă al tractului digestiv diferită de regiunea gastroesofagiană și se determină mai des în regiunea postbulbară a duodenului și în jejun, mai rar în ileon și foarte rar în colon și rect. Hemoragiile din varicele ectopice reprezintă 25–33% din toate hemoragiile ectopice. Frecvența hemoragiei din varicele ectopice duodenale descrește în porțiunea distală a duode-

nului, deoarece aici varicele se află mai profund în tunica seroasă, pe când varicele esofagiene sînt situate în tunica submucoasă și mai ușor pot fi lezate. Tabloul clinic ale varicelor ectopice se manifestă prin hematemeză, hematochezie sau pot avea un tablou clinic obscur. (18.)

Tratamentul endoscopic al varicelor ectopice presupune efectuarea ligaturii (endoscopic band ligation), utilizarea scleroterapiei sau cliparea lor.(19,20.) Tratamentul chirurgical se va utiliza în caz de nereușită a hemostazei endoscopice și radiologice.(21,22.)

Hemoragiile digestive cu punct de origine din malformații vasculare. *Leziunea Dieulafoy*, descrisă în anul 1898 de către Georges Dieulafoy se manifestă histologic prin prezența unei artere vizual normale, dar care are un diametru relativ larg (1-3 mm.), și penerează în lumenul stomacului, mai rar al duodenului printr-un defect de 2-5 mm al submucoasei. Această leziune este remarcabilă prin faptul, că mucoasa din jur nu are semne de proces inflamator sau ulceratii. Leziunea Dieulafoy se întâlnește de la 0,9 pînă la 5,8 % din pacienții cu hemoragii digestive superioare, preponderant la bărbații adulți și rar se întâlnește în copilărie. Majoritatea leziunilor sînt situate în apropierea jonțiunii gastroesofagiene, mai frecvent pe curbatura mica, doar 5% din leziunile Dieulafoy au o poziție extragastrică. (23.)

Leziunea Dieulafoy reprezintă o malformație congenitală vasculară și se manifestă clinic prin hemoragii digestive acute de volum mare sau hemoragii digestive recidivante, care apar fără vome sau dureri abdominale antecedente și în lipsa factorilor gastrici nocivi. Diagnosticul final al leziunii Dieulafoy este confirmat endoscopic prin depistarea unei hemoragii active pulsative de origine arterială dintr-un defect mic al mucoasei, mucoasa din vecinătate avînd aspect normal, sau prin prezența unui cheag cu o zonă de fixație îngustă de un defect de mucoasă mic sau chiar de mucoasa aparent sănătoasă.(24.)

Tratamentul endoscopic al leziunii Dieulafoy prevede aplicarea clipselelor hemostatice,(23.) ligaturării endoscopice a vasului cu hemoragie,(24.) electrocoagularea, coagularea cu plasmă argon, scleroterapie, embolizarea vasului lezat. Terapia endoscopică este considerată opțiunea de bază în tratamentul leziunii Dieulafoy, iar tratamentul chirurgical sau embolizarea selectivă arterială (25.) se va efectua în caz de insucces a hemostazei endoscopice. Esența tratamentului chirurgical constă în excizia locală sau rezecția în pană a porțiunii afectate a stomacului.(26.)

Ectopia vasculară gastrică antrală este descrisă în anul 1953 de către J. Rider. Etiologia acestei boli nu este cunoscută. Histologic se determină hiperplazia plastei proprii a mucoasei stomacului cu ectasia și tromboza capilarelor stratului submucos. Desenul microscopic ale plicilor longitudinale, afectate de

staza regiunii antrale a stomacului amintește desenul coajei pepenului verde, în limba engleză «watermelon stomach». Această patologie se întâlnește mai des la vârsta de 60-80 de ani, manifestându-se clinic prin hemoragii digestive cronice. (27,28.)

Telangiectazia hemoragică ereditară (sindromul Osler-Weber-Rendu). *Sindromul Rendu Osler Weber* reprezintă o patologie genetică autosomal dominantă, care presupune o conexiune patologică între sistemul arterial și venos, sângele din arteriole pătrunde direct în venule în lipsa intermediară a capilarelor. Presiunea în venule este crescută, ceea ce de rând cu schimbările de structură în peretele vascular (diminuarea stratului muscular, a fibrelor colagene) contribuie la apariția anevrismelor. (29) Tabloul clinic al bolii constă din prezența hemoragiilor nazale, gasrointestinale, pulmonare, hepatice, lienale, spinale, cerebrale, conjunctivale, hemoragii în trunchi și membre. Are importanță prezența teleangiectaziilor tegumentare și a istoricului de teleangiectazie hemoragică ereditară. Hemoragiile în sindromul Rendu Osler Weber sînt de intensitate mică, recidivante, indolore, dar la 25% de pacienți pot fi înregistrate și hemoragii profuze. Afectarea tractului gastrointestinal este multiplă. Mai des se determină hemoragie concomitent în stomac și duoden. (30,31.)

Tratamentul hemoragiilor digestive, determinate de malformații vasculare, inclusiv teleangiectazia hemoragică ereditară, constă în utilizarea largă a metodelor de hemostază endoscopică (electrocoagularea, terapia sclerozantă). Rezultate pozitive sînt înregistrate după tratamentul cu sandostatină sau ocrestatin. În caz de recidivă a hemoragiei gastrice este indicată rezecția porțiunii afectate a stomacului. (32,33.)

Hemoragie din diverticuli gastrici. Diverticuli gastrici se întâlnesc extrem de rar și constituie 0,04% din studiile imagistice și 0.01–0.11% din esofagogastroduodenoscopia. Diverticuli gastrici obținuți în timpul vieții (falși) sînt expuși unui risc mai mare de complicații, care include hemoragia, perforația, malignizarea ultimului. (34.) Hemoragia diverticulară gastrică este determinată de ulcerale diverticulare, care apar pe fon de stază ale alimentelor în lumenul diverticulului, și mărirea hipersecreției gastrice. (35)

Tratamentul chirurgical al diverticulului este indicat: în diverticuli largi, simptomatici sau complicați cu hemoragie, perforație ori malignizare. Rezecția diverticulului poate fi efectuată pe cale laparoscopică sau deschisă. (36.) Unii autori au făcut hemostază prin embolizarea vasului cu hemoragie a diverticulului gastric. (37.)

Fistula aortoduodenală. *Fistula aortoduodenală* reprezintă o cazuistică în chirurgia de urgență, reprezintă greutate în stabilirea diagnosticului clinic și spre regret în marea majoritate este depistată în timpul autopsiei. Anevrișmul aortei abdominale se întâlnește la 0,16- 1,06% de autopsii și la 1,4-8,2

% pacienți cu vîrsta între 50 și 79 de ani. Eruperea anevrișmului aortei abdominale are loc în 65-85% în spațiul retroperitoneal, în 26% în duoden, și în 14-23% în cavitatea peritoneală liberă. (38.) Letalitatea în caz de erupere a anevrișmului aortei abdominale este între 40 și 90%. Eruperea anevrișmului aortei abdominale are loc mai frecvent în duoden, cu toate că sînt descrise cazuri de erupere în stomac, jejun și ileon. (39.) Simptomul tipic al erupției anevrișmului aortei în tractul digestiv este durerea acută abdominală, care o diferențiază de celelalte entități patologice care servesc drept sursă a hemoragiei digestive. Durerea iradiază în spate, regiunea inghinală, membrele inferioare. (39.) La pacient se determină o formațiune pulsatilă dureroasă a cavității peritoneale, la auscultația formațiunii se determine un suflu sistolic. În unele cazuri, prima manifestare a patologiei este tabloul clinic al ocluziei intestinale, determinată de tamponada lumenului intestinal cu chiaguri, iar semnele clinice ale hemoragiei digestive apar mai tîrziu. În caz de prezență a unei fistule înguste între anevrișm și duoden lumenul acesteia se poate tromba temporar și nu întotdeauna prima hemoragie poate fi letală. În diagnosticul instrumental al anevrișmului de aorta este utilizată tomografia computerizată cu angiografie și USG cavității abdominale. (40.)

Problema principală în tratamentul rupturii de anevrișm a aortei este hemostaza, care poate fi atinsă prin următoarele manevre: compresia aortei mai sus de porțiunea ce conține anevrișmul, sub arteriile renale, sub diafragm sau prin introducerea în aortă prin arterele axilare sau femurale a unui balon – obturator. (41.)

Tratamentul edovascular (EVAR – Endo Vascular Aneurysm Repair) presupune implantarea în lumenul aortei a unui stent – graft sau endograft, care reprezintă o asociere a stentului edovascular și a protezei vasculare. (42.)

Esogagul Barrett. *Esogagul Barrett* reprezintă prezența de țesut ectopic al mucoasei stomacului în esofag. Ulcerația esofagului este situată în apropierea joncțiunii esofagogastrice și are o incidență mare de hemoragie digestivă. (43.) În timpul examenului endoscopic al esofagului se determină ascensiunea epiteliului columnar proximal de joncțiunea esofagogastrică și prezența pliurilor mucoasei gastrice în această regiune, care are aspect de “limbi de flacari”. (44.) Tratamentul hemoragiei digestive în esogagul Barrett necesită înlăturarea substratului anatomic al mucoasei esofagului cu grad mic de displazie prin rezecție endoscopică sau ablație prin radiofrecvență. (45.) Rezeția de esofag este indicată în cazurile de displazie severă sau când a fost depistat cancerul de esofag. (46.)

Endometrioza stomacului. *Endometrioza* reprezintă o stare de prezență a endometriului ute-

rin în afara cavității uterului și se întâlnește la 10% de femei. Hemoragia determinată de endometrioza stomacului reprezintă o cauză extrem de rară a hemoragiilor digestive, în literatura de specialitate fiind elucidate cazuri unice. Cauza exactă a dezvoltării endometriozei stomacului nu se cunoaște, dar o cale posibilă de răspândire a țesutului endometrial poate fi implantarea în stomac al unui embol endometrial.(47)

Endometrioza gastrointestinală decurge de obicei asimptomatic, dar se poate uneori manifesta clinic prin: dureri abdominale sau pelviene, constipații, invaginații etc. Endometrioza afectează mai des intestinul sigmoid și rectul, mult mai rar intestinul subțire, iar afectarea stomacului reprezintă o cazuistică. În timpul FGDS se determină o tumoră submucoasă cu marginile netede. Ultrasonografia endoscopică (EUS) denotă prezența unei formațiuni heterogene sau hipoecogene în formă de semilună. EUS cu aspirația sau biopsia țesutului colectat permite de a determina prezența endometriozei în timpul examinării histologice.(48.)

Rezecția stomacului la distanța mai mare de 1 cm, de la marginile tumefacției este metoda de elecție în tratamentul endometriozei stomacului și a hemoragiei determinată de prezența endometriozei.(49.)

Tumorile rare ale stomacului. *Angiolipomul stomacului* este o tumoră rară benignă, care este formată din țesut adipos și vase proliferate, se întâlnește, de regulă, în țesutul adipos al trunchiului sau extremităților. Localizarea gastrică a angiolipomului se întâlnește extrem de rar. Angiolipomul reprezintă o tumoră încapsulată, de regulă cu dimensiunea până la 2 cm, situată mai des în regiunea antrală.(50.) La examenul endoscopic al stomacului se determină o masă sub formă de polip situată în stratul submucos, de culoare galbuie sau roșie, în funcție care element prevalează, lipoic sau vascular. Pacienții sunt asimptomatici sau au hemoragii cronice și anemie. Tratamentul este chirurgical și constă în ablația completă a tumorii, pentru a preveni recidiva.(52,53.)

Hemangiomul gastric. *Hemangiomul gastric* reprezintă o afecțiune vasculară benignă gastrică asociată cu proliferarea endoteliului, se întâlnește în 1,7% din totalitatea tumorilor benigne gastrice sau la 0,05% din toate tumorile tractului gastrointestinal. Din punct de vedere histologic hemangiomele se divizează în: capilare, cavernoase și mixte. (53)

Hemangiomul gastric deseori decurge asimptomatic și poate fi depistat ocazional în timpul unei examinări endoscopice a stomacului. Hemangiomul gastric simptomatic se manifestă prin dureri epigastrice și hemoragie digestivă. Hemoragia digestivă la asemenea pacienți este de obicei de intensitate mică sau ocultă din tumora de tip capilar, poate avea un debut brusc și grav în caz de hemoragie din hemangiome de tip cavernos. Pacienții prezintă vomă cu sînge sau zaț de cafea și melenă.(53,54.)

În timpul FGDS se depistează o masă vasculară submucoasă de culoare albastră întunecată sau roșu aprinsă, care poate să conțină și calcificate. Cu scop de apreciere a extinderii hemangiomului cavernos poate fi utilizată ultrasonografia endoscopică a stomacului.(54.) Tratamentul chirurgical, rezecția gastrică este considerată metoda de elecție în tratamentul hemangiomului gastric. În funcție de dimensiunile și localizarea hemangiomului gastric, poate fi utilizată rezecția în clin, subtotală sau totală a stomacului. Coagularea cu plasmă de argon este utilizată în tratamentul hemangiomelor la copii.(53,55.)

Tumorile stromale a stomacului. În literatura de limbă engleză mai este numită: soft tissue sarcoma. Tumorile stromale se dezvoltă din celulele interstițiale ale tractului gastrointestinal, care formează „scheletul” acestor organe, se întîlnesc de la esofag pînă la rect, dar se pot depista și în alte organe: prostată, splină, pancreas, spațiul retroperitoneal, mediastin, regiunea vulvovaginală. Tumorile stromale constituie 0.1–3% din toate tumorile tractului digestiv și 0,1-1% din tumorile stomacului. Localizarea mai frecventă a tumorilor stromale a tractului digestiv este stomacul (60%).(56.) Tabloul clinic al tumorilor stromale a stomacului se manifestă prin dureri abdominale sau prin hemoragie digestivă. Hemoragia se întîlnește în 30% din tumorile stromale ale tractului intestinal, manifestînduse prin hemoragie digestivă (hematemeză, melenă) sau hemoperitoneum. (57.) CT și IRM sînt utile pentru determinarea localizării și extinderii procesului tumoral. Diagnosticul poate fi confirmat în urma biopsiei efectuate în timpul FGDS și examinării histologice ulterioare.(58, 59.)

Hemoragia poate fi stopată pe cale endoscopică: injectarea la baza ulceracției a soluției de adrenalina sau etanol sau prin aplicarea de clipse hemostatice. Rezecția tumorii, la distanță nu mai mică de 1 cm de la marginea ei este metoda radicală de tratament al acestei patologii.(60.)

Hemoragiile gastroduodenale determinate de dereglări de coagulare. *Hemoragii digestive* persistente pot apărea ca rezultat al dereglărilor în sistemul de coagulare a sîngelui, care pot fi atît congenitale, cît și dobîndite în timpul vieții pacientului. În declanșarea hemoragiilor digestive ca factor etiologic congenital poate fi deficitul diferitor factori ai coagulării: factorului VIII (în caz de hemofilie A), factorul IX (în hemofilia B). Patologiile preexistente declanșării hemoragiilor digestive sînt: sindromul CID, coagulopatii pe fond de deficit ai factorilor II, VII, X, V, care se pot dezvolta la pacienții cu afecțiuni hepatice, disbacterioză, supradozaj de anticoagulante. (61) Diatezele hemoragice pot fi induse de trombocitopenii sau trombocitopatii. Trombocitopeniile apar în caz de formare a anticorpilor trombocitari sau în caz de distrugere a trombocitelor în urma unor infecții sau după utilizarea unor medicamente. Tromboci-

topeniile se pot manifesta prin prezanța hemoragiilor în tegumente, prin hemoragii nazale, în organele interne și în tractul digestiv.(62.)

Concluzii. Deoarece frecvența hemoragiilor descrise în articol este mică, fiecare caz elucidat în literatura de specialitate reprezintă un punct de reper ce ne poate ajuta în stabilirea diagnosticului clinic, și a tacticii de tratament în cazuri similare. În hemoragiile din papila duodenală mare angiografia CT permite nu numai de a stabili diagnosticul corect, dar la necesitate efectuarea hemostazei prin embolizare vasculară. La pacienții cu hipertensiune portală, în cazul lipsei hemoragiei din varicele joncțiunii esogastrice, din ulcerul gastroduodenal este necesar de exclus hemoragia din varicele atipice duodenale sau intestinale. În cazurile când sursele frecvente ale hemoragiei digestive superioare lipsesc în timpul examenului endoscopic este necesar de efectuat o examinare minuțioasă a mucoasei stomacului și duodenului, pentru a exclude leziunea Dieulafoy, ectopia vasculară gastrică antrală, fistula aortoduodenală, diverticuli gastroduodenali, tumorile stromale a stomacului. Colectarea datelor cu referire la compartimentul anamneza vieții pacientului ne va permite de a stabili prezența hemoragiei digestive determinată de telangiectazia hemoragică ereditară, sau de prezența dereglărilor de coagulare.

Bibliografie

- Ghidirim Gh., Cicala E., Guțu E., Rojnovani Gh., Dolghii A. Hemoragiile digestive superioare non-variceale. Ch.: Tipogr. AȘM, Chișinău, 2009. 464 p.
- Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Научно-практическое издание, 2008. стр 364-372.
- Степанов Ю.В., Залевский В.И., Косинский А.В. - Желудочно-кишечные кровотечения -г. Днепропетровск, 2011 — 270 с.
- Leighton J.A., Goldstein J., et al. Obscure gastrointestinal bleeding // *Gastrointestinal Endoscopy*. – 2003. – Vol. 58, № 5. – P. 650-651
- Raju G.S., Gerson L., et al. AGA Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding // *Gastroenterology*. – 2007. – Vol. 133, № 5. – P. 1697-1699.
- Куликовский В.Ф., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Ярош А.Л., С.Б. Николаев Клинические случаи редких кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.// Научные ведомости. Серия: Медицина. Фармация. 2017. № 19 (268), выпуск 39.
- Ferreira J., Tavares A. B., Costa E., and Maciel J., "Hemosuccus pancreaticus: a rare complication of chronic pancreatitis," *BMJ Case Reports*, 2015.
- Han B., Song Z.-F., Sun B., "Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding," *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*, 2012, vol. 11, no. 5, pp. 479–488.
- Sonanis S, Layton B, Nicholson O, et al Splenic artery pseudoaneurysm and resultant haemosuccus pancreaticus *BMJ Case Reports CP* 2021;14:e239485.
- Regina de Oliveira R. S., Leopoldino da Silva G., Reis L.F. , et al Embolisation of branches of the superior mesenteric artery in the treatment of haemosuccus pancreaticus *BMJ Case Reports CP* 2019;12:e229110.
- Lermite E., Regenet N., Tuech J. et al., "Diagnosis and treatment of hemosuccus pancreaticus: development of endovascular management," *Pancreas*, 2007, vol. 34, no. 2, pp. 229–232.
- Cathcart S., Birk J. W., Tadros M., and Schuster M., "Hemobilia," *Journal of Clinical Gastroenterology*, vol. 51, no. 9, pp. 796–804, 2017.
- Zhou H.-B., "Hemobilia and other complications caused by percutaneous ultrasound-guided liver biopsy," *World Journal of Gastroenterology*, 2014, vol. 20, no. 13, pp. 3712–3715.
- Murugesan SD, Sathyanesan J, Lakshmanan A, Ramaswami S, Perumal S, Perumal SU, et al. Massive hemobilia: a diagnostic and therapeutic challenge. *World J Surg*. 2014;38(7):1755-62.
- Ramírez M, Restrepo-Castrillón J. Hemobilia, a rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2021;36(2):263-266
- Feng W., Yue D., ZaiMing L. et al., "Iatrogenic hemobilia: imaging features and management with transcatheter arterial embolization in 30 patients," *Diagnostic and Interventional Radiology*, 2016, vol. 22, no. 4, pp. 371–377.
- Kim K. H. and Kim T. N., "Etiology, clinical features, and endoscopic management of hemobilia: a retrospective analysis of 37 cases," *The Korean Journal of Gastroenterology*, 2012, vol. 59, no. 4, pp. 296–302.
- Saad W, Lipper A, Saad N, et al. Ectopic varices: anatomical classification, hemodynamic classification, and hemodynamic-based management. *Tech Vasc Interv*. 2013;16:108–125.g.
- Park S, et al. Successful treatment of duodenal variceal bleeding by endoscopic clipping. *Clin Endosc*. 2013;46:403–406.
- Lienhart I., Lesne A., Couchonnal E., Rivory J., Sosa-Valencia L., Ponchon T. Massive duodenal variceal bleed: endoscopic ultrasonography of ruptured varix and successful endoscopic clipping treatment. *Endoscopy*. 2016;48(Suppl 1):E80–E81. doi: 10.1055/s-0042-102959. UCTN
- Elsebaey M.A., Tawfik M.A., Ezzat S., Selim A., Elashry H., Abd-El salam S. Endoscopic injection sclerotherapy versus N-Butyl-2 Cyanoacrylate injection in the management of actively bleeding esophageal varices: a randomized controlled trial. *BMC Gastroenterol*. 2019;19:23. doi: 10.1186/s12876-019-0940-1.
- McAvoy N.C., Plevris J.N., Hayes P.C. Human thrombin for the treatment of gastric and ectopic varices. *World J.Gastroenterol*.2012; 18 (41): 5912—7
- Заговеньев И.Г., Заговеньева С.Н. и др. Язва Дьюлафуа в практике хирургов больницы скорой медицинской помощи // Эндоскопическая хирургия. – 2013. – № 1. – С. 36-37
- Baxter M. Dieulafoys lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010;92(7):548–554
- Karahmet Fatih, Kilincalp S, Coskun. The efficiency of endoclips in maintaining the gastrointestinal bleeding-related Dieulafoys lesion. 2015;9.
- Barakat M, Hamed A, Shady A, Homsy M, Eskaros S. Endoscopic band ligation versus endoscopic hemoclip placement for Dieulafoy's lesion: a meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2018 Sep;30(9):995–6.
- Alomari A, Fox V, Kamin D. Embolization of a bleeding Dieulafoy lesion of the duodenum in a child. *Case*

- report and review of the Literature. *Journal of Pediatric Surgery*. 2013; 48(1):e39-41.
26. Orlando, G., Luppino, I., Gervasi, R. et al. Surgery for a gastric Dieulafoy's lesion reveals an occult bleeding jejunal diverticulum. A case report. *BMC Surg* 12, S29 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2482-12-S1-S29>.
 27. Ульянов Д.В., Канарейцева Т.Д., Ким Д.О. Артериовенозные мальформации желудка как причина рецидивирующих желудочно-кишечных кровотечений // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 11. – С. 107, 109-110.
 28. Naidu H., Huang Q., Mashimo H. Gastric antral vascular ectasia: the evolution of therapeutic modalities // *Endoscopy International Open*. – 2014. – № 2. – P. 67-68.
 29. Sabba C, Pasculli G, Rendu-Osler-Weber disease: experience with 56 patients. *Ann Ital MedInt*. 2002 Jul-Sep;17(3):173-9.
 30. Kjeldsen AD, Kjeldsen J. Gastrointestinal bleeding in patients with hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:415.31.
 31. Brinjikji W, Iyer VN, Yamaki V, et al. Neurovascular Manifestations of Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia: A Consecutive Series of 376 Patients during 15 Years. *AJNR Am J Neuroradiol* 2016; 37:1479.32.
 32. Govani FS, Shovlin CL. Hereditary haemorrhagic telangiectasia: a clinical and scientific review. *Eur J Hum Genet* 2009; 17:860.
 33. Li S., Wang S.J., Zhao Y.Q. Clinical features and treatment of hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97: e11687.
 34. Lhewa T, Zhang Z, Rozelle C, Terry A. Gastric antral diverticulum with heterotopic pancreas in a teenage patient. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011 Nov;53(5):471. doi: 10.1097/MPG.0b013e31821b0cd3. PMID: 22020538.
 35. Chen J, Su W, Chang C, Lin H: Bleeding from gastric diverticulum. *J Gastroenterol Hepatol*. 2008, 23: 336-10.1111/j.1440-1746.2007.05301.x.
 36. Schiller AH, Roggendorf B, Delker-Wegener S, et al: Laparoscopic resection of gastric diverticula: two case reports. *Zentralbl Chir*. 2007, 132: 251- 255.
 37. Weng CL, Ku JW, Tseng YC, et al. Duodenal diverticular bleeding successfully treated using transcatheter arterial embolization: A case report. *J Radiol Sci* 2015; 40:71-4.
 38. Затевахин И.И. Матюшкин А.В. Осложненные аневризмы абдоминальной аорты. – М., 2010. – 208 с.
 39. Евдокимов А.Г., Тополянский В.Д. Болезни артерий и вен. М Академия 2006; 93-102.
 40. Убайдуллаева В.У., Магруппов Б.А. Случай нетипичного прорыва аневризмы брюшной аорты. *Вестник экстренной медицины*. – 2013. – №2. – С. 69-71.
 41. Национальные рекомендации по ведению пациентов с аневризмами брюшной аорты (Российский согласительный документ). – М., 2013. – 74 с.
 42. Management of abdominal aortic aneurysms. Clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* – 2011. – Vol. 41, Suppl. 1. – P. S1-S58.
 43. Murphy PP, Ballinger PJ, Massey BT, Shaker R, Hogan WJ. Discrete ulcers in Barrett's esophagus: relationship to acute gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 1998 May;30(4):367-70. doi: 10.1055/s-2007-1001284.
 44. Petrakis IE, Sciacca V, Iacone C. Diagnosis and treatment of Barrett's oesophagus. A general survey. *Acta Chir Belg*. 2001 Mar-Apr;101(2):53-8.
 45. Bergman J, di Pietro M. Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2017;49(2):191-198. doi: 10.1055/s-0042-122140
 46. Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Gerson LB; American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. *Am. J. Gastroenterol*. 2016;111(1):30-50. doi: 10.1038/ajg.2015.322
 47. Kashyap P, Medeiros F, Levy M, Larson M. Unusual submucosal tumor in the stomach. Diagnosis: endometriosis. *Gastroenterology*. 2011;140:e7-e8.
 48. Mekky MA, Yamao K, Sawaki A, et al. Diagnostic utility of EUS-guided FNA in patients with gastric submucosal tumors. *Gastrointest Endosc*. 2010;71:913-919.
 49. Nishida T, Kawai N, Yamaguchi S, Nishida Y. Submucosal tumors: comprehensive guide for the diagnosis and therapy of gastrointestinal submucosal tumors. *Dig Endosc*. 2013;25:479-489.
 50. Yong-Jun Liu, MD, PhD; Dipti M. Karamchandani, MD. Gastric Angiolipoma: A Rare Entity *Arch Pathol Lab Med* (2017) 141 (6): 862-866. <https://doi.org/10.5858/arpa.2016-0239-RS>
 51. DeRidder P.H., Levine A.J., Katta J.J., Catto J.A. Angiolipoma of the stomach as a cause of chronic upper gastrointestinal bleeding. *Surg Endosc*. 1989;3(2):106-108.
 52. Nam Y.H., Park S.C., Kim H.J., et al. Angiolipoma of the stomach presenting with anaemia. *Prz Gastroenterol* 2014;9(6):371-374.
 53. Zong L, Chen P, Shi GH, Wang L. Gastric cavernous hemangioma: a rare case with upper gastrointestinal bleeding. *Oncol Lett*. 2011;2(6):1073-5.
 54. Hu J, Sao H, Sun S. Role of endoscopic ultrasound for the diagnosis of isolated gastric cavernous haemangioma. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(9):XD03-4.
 55. Lee YA, Chun P, Hwang EH, Lee YJ, Kim CW, Park JH. Gastric hemangioma treated with argon plasma coagulation in a newborn infant. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2017;20(2):134-7.
 56. Parabol M., DeRogatis M.J., Boaz A.M, Grasso S.A., Is-sack P.S., Duarte D.A, et al. Gastrointestinal stromal tumors: a comprehensive review *J. Gastrointest. Oncol.*, 10 (1) (2018), pp. 144-154.
 57. Seya T., Tanaka N., Yokoi K., Shinji S., Oaki Y., Tajiri T. – Life-threatening bleeding from gastrointestinal stromal tumour of the stomach; *J Nippon Med Sch* (2008); 75: 5.
 58. Huang Y., Zhao R., Cui Y., Wang Y., Xia L., Chen Y., Zhou Y., Wu X. – Effect of gastrointestinal bleeding on gastrointestinal stromal tumour patients: a retrospective cohort study; *Med Sci Monit* (2018); 24: 363-369.
 59. Liu Q, Li Y, Dong M, Kong F, Dong Q. Gastrointestinal bleeding is an independent risk factor for poor prognosis in GIST patients. *Biomed Res Int*. 2017;2017:7152406.
 60. Lanke G, Lee JH. How best to manage gastrointestinal stromal tumor. *World J Clin Oncol*. 2017;8:135-144.
 61. Qiao Z, Chen Y, Shi W, Yang J, Song Y, Shen J. Glanzmann's thrombasthenia with spontaneous upper gastrointestinal bleeding: a case report. *J Int Med Res*. 2020 Mar;48(3):300060520904849. doi: 10.1177/0300060520904849.
 62. Gadó K, Domján G. Thrombocytopenia. *Orv Hetil*. 2014 Feb 23;155(8):291-303. doi: 10.1556/OH.2014.29822.