

ENDOSCOPIA NAS VARIZES ESÔFAGO-GÁSTRICAS

OBJETIVOS DA ENDOSCOPIA

- **Prevenção do 1º sangramento varicoso**
- **Tratar o sangramento varicoso agudo**
- **Prevenir sangramento recorrente**

TRATAMENTO DAS VARIZES ESÔFAGO-GÁSTRICAS

International Consensus Workshops

- Baveno IV Consensus Workshops.

J. Hepatol 2005; 43:167

- AASLD/ACG Practice Guideline.

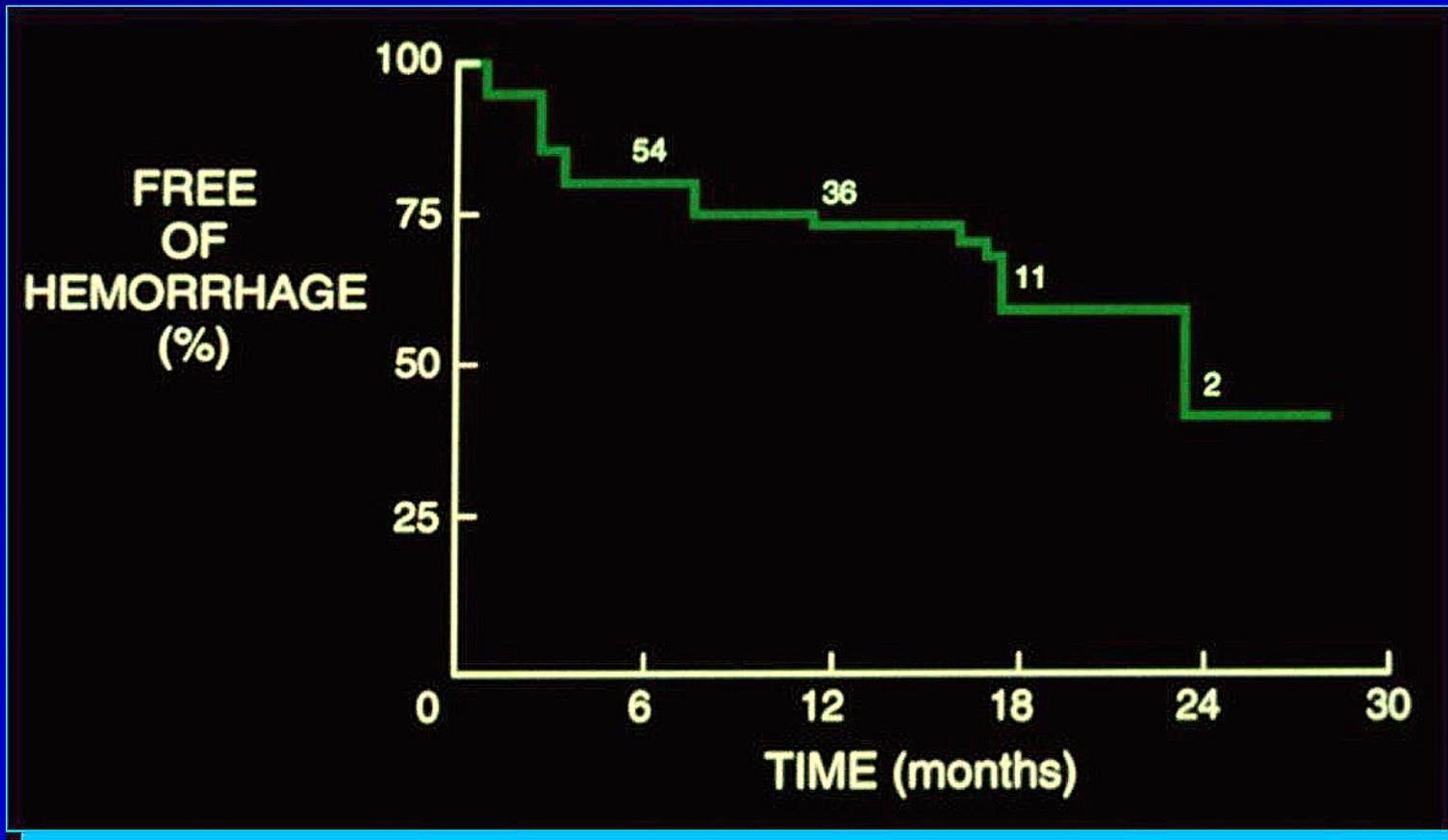
Hepatology 2007; 46:922

- AASLD and European Association for the study of the liver – Single Topic Conference

Hepatology 2008; 47:1764

PROFILAXIA PRIMÁRIA

APROXIMADAMENTE **UM TERÇO** DOS PACIENTES
COM VARIZES DE ESÔFAGO APRESENTARÃO **HEMORRAGIA EM UM ANO**



Mortalidade no primeiro episódio \cong 50%

RUPTURA DE VARIZES

Fatores preditivos

- Manchas vermelhas –
“red spots”
“cherry red spot”
- Calibre das varizes
- Pressão intravaricosa
- Função hepática



PROFILAXIA PRIMÁRIA

CONDUTAS

- **Diagnóstico de cirrose: endoscopia**
- **Ausência de varizes: seguimento a cada 2-3 anos**
- **Varizes de fino calibre: seguimento 1-2 anos**

PROFILAXIA PRIMÁRIA

CONDUTAS

- Varizes de fino calibre: BBNS

“red spots”

“Child C”

- Varizes de médio/grosso calibre: BBNS ou ligadura

elástica

- **Ligadura elástica + BBNS: não recomendado**

Meta-análise: Ligadura elástica na profilaxia primária de varizes hemorrágicas

- Comparado com controle não tratados, ligadura reduz o risco de sangramento varicoso e mortalidade.

(5 trials, 601 subjects)

- Comparado com β -bloqueadores, profilaxia primária com ligadura reduz o risco do primeiro sangramento, mas sem efeito na mortalidade.

(4 trials, 283 subjects)

PROFILAXIA PRIMÁRIA

TRATAMENTO	N.	SANGRAMENTO
Propranolol	66	19,4%
Isossorbide Mononitrato	62	27,7%
Ligadura elástica	44	6,2%

} p < 0,05

efeitos colaterais drogas: 42 - 45%

Profilaxia primária em varizes de alto risco

Propranolol vs. Ligadura elástica

U.S. Multicenter randomized study
(3 tertiary care referral medical centers)

	<i>Propranolol</i> n=31	<i>Ligadura</i> n=31
Falha	6/31 (19.4%) (4 bleed; 2 severe adverse event)	0/31
Sangramento varicoso	4/31 (12.9%)	0/31
Mortalidade	4/31 (12.9%)	0/31

Este estudo foi interrompido após análise dos resultados

Jutabha R et al. *Gastroenterol* 2005;128:870-81

PROFILAXIA PRIMÁRIA

Mulheres grávidas com esquistossomose

1982 - 1991

26 Pacientes

15

Escleroterapia
após episódio de sangramento

11

Escleroterapia profilática

Ressangramento: 4 (27%)

Sem eventos
hemorrágicos

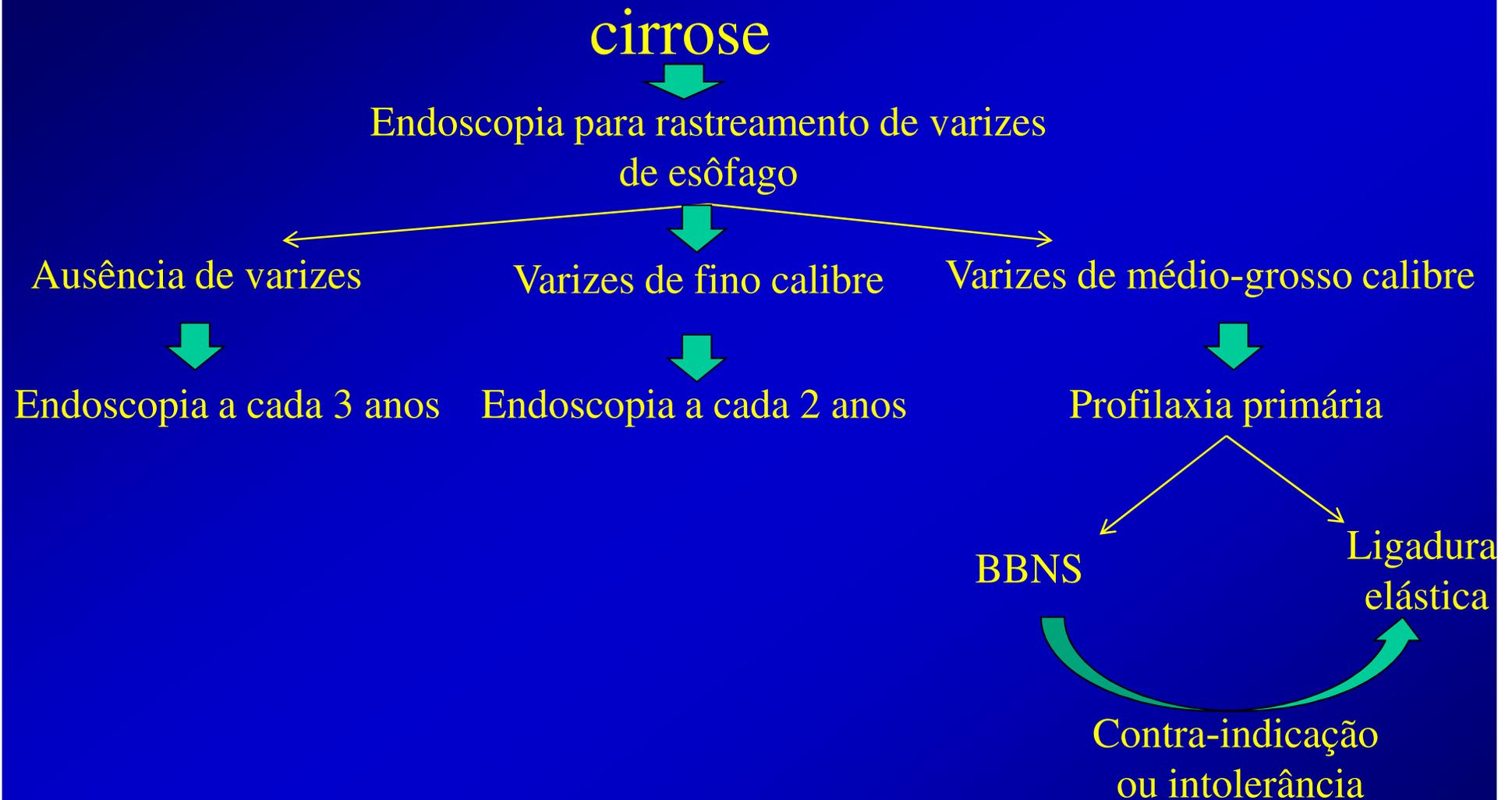
Óbitos: 4 fetos
1 mãe

1992 - 2002

Profilaxia primária com ligadura elástica
9 pacientes → sem eventos hemorrágicos

PROFILAXIA PRIMÁRIA

- Beta-Bloqueadores não seletivos reduzem o risco do primeiro episódio da HDA em pacientes com varizes de médio e grosso calibre: **1A**
- Ligadura elástica é mais efetiva que beta-bloqueadores na profilaxia primária, porém, não melhora a sobrevida: **1A**
- Ligadura deve ser indicada em pacientes com varizes de médio e grosso calibre com contra indicação ou intolerância ao beta-bloqueadores: **1A**
- Escleroterapia, cirurgia de derivação e TIPS não tem indicação na profilaxia primária
- Profilaxia primária de varizes gástricas: **Não há consenso**



Algoritmo profilaxia primária

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

- 1as medidas na sala emergência ou UHD
 - Oferta O₂
 - Acessos venosos calibrosos
 - Infusão cristalóide / CH / PFC

3.3. Treatment of acute bleeding from varices

Blood volume restitution

- Blood volume restitution should be done cautiously and conservatively, using plasma expanders to maintain haemodynamic stability and PRBC to maintain the haemoglobin at approximately 8 g/dL, depending on other factors such as patients' comorbidities, age, haemodynamic status, and presence of ongoing bleeding clinically (1b;A).
- Recommendations regarding management of coagulopathy and thrombocytopenia cannot be made on the basis of currently available data (5;D).

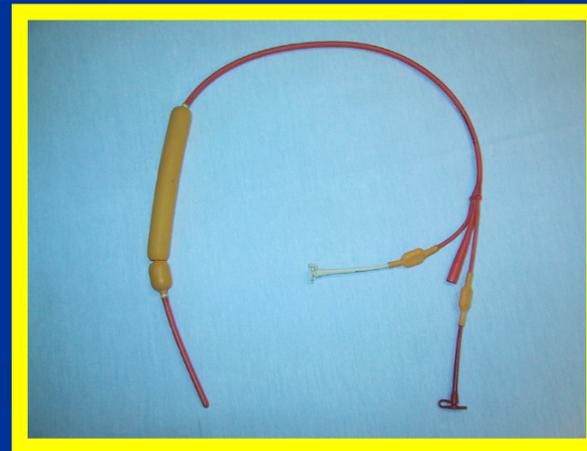


HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

- 1as medidas na sala emergência / UHD
 - Balão esofágico

Use of balloon tamponade

- Balloon tamponade should only be used in massive bleeding as a temporary ‘bridge’ until definitive treatment can be instituted. (For a maximum of 24 h, preferably in an intensive care facility) (5;D).



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

■ Uso de drogas

■ Drogas vasoativas

- Terlipressina (4mg IV + 2mg 4/4h IV)
- Octreotide (50µg IV + 50µg/h IV)
- Somatostatina (250µg IV + 250µ/h IV)

Pharmacological treatment

- In suspected variceal bleeding, vasoactive drugs should be started as soon as possible—before diagnostic endoscopy (1b;A).
- Vasoactive drug therapy (terlipressin, somatostatin, vapreotide, octreotide) should be maintained in patients with oesophageal variceal bleeding for 2–5 days (1a;A).

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

- Uso de drogas
 - Antibiótico
 - Quinolonas (Levofloxacin, Norfloxacin, Ofloxacin, Ciprofloxacin, Gatifloxacin)

*Use of antibiotics for preventing bacterial infections/
spontaneous bacterial peritonitis*

- Antibiotic prophylaxis is an integral part of therapy for patients presenting with variceal bleeding and should be instituted from admission (1a;A)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

- Sedação em hepatopata e HDA
 - Risco alto aspiração
 - Encefalopatia
 - Ascite
 - IOT



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

- Quando se deve executar a EGD ?
 - O mais precoce possível nas primeiras 12 h



Timing of endoscopy

- Endoscopy should be performed as soon as possible after admission (within 12 h), especially in patients with clinically significant bleeding or in patients with features suggesting cirrhosis (5;D).

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

- Terapêutica endoscópica

Endoscopic treatment

- Endoscopic therapy is recommended in any patient who presents with documented upper GI bleeding and in whom esophageal varices are the cause of bleeding (1a;A).
- Ligation is the recommended form of endoscopic therapy for acute esophageal variceal bleeding although sclerotherapy may be used in the acute setting if ligation is technically difficult (1b;A).
- Endoscopic therapy with tissue adhesive (e.g. *N*-butylcyanoacrylate) is recommended for acute gastric variceal bleeding (1b;A).
- Endoscopic treatments are best used in association with pharmacological therapy, which preferably should be started before endoscopy (1a;A).

1º opção



2º opção



Sangramento ativo

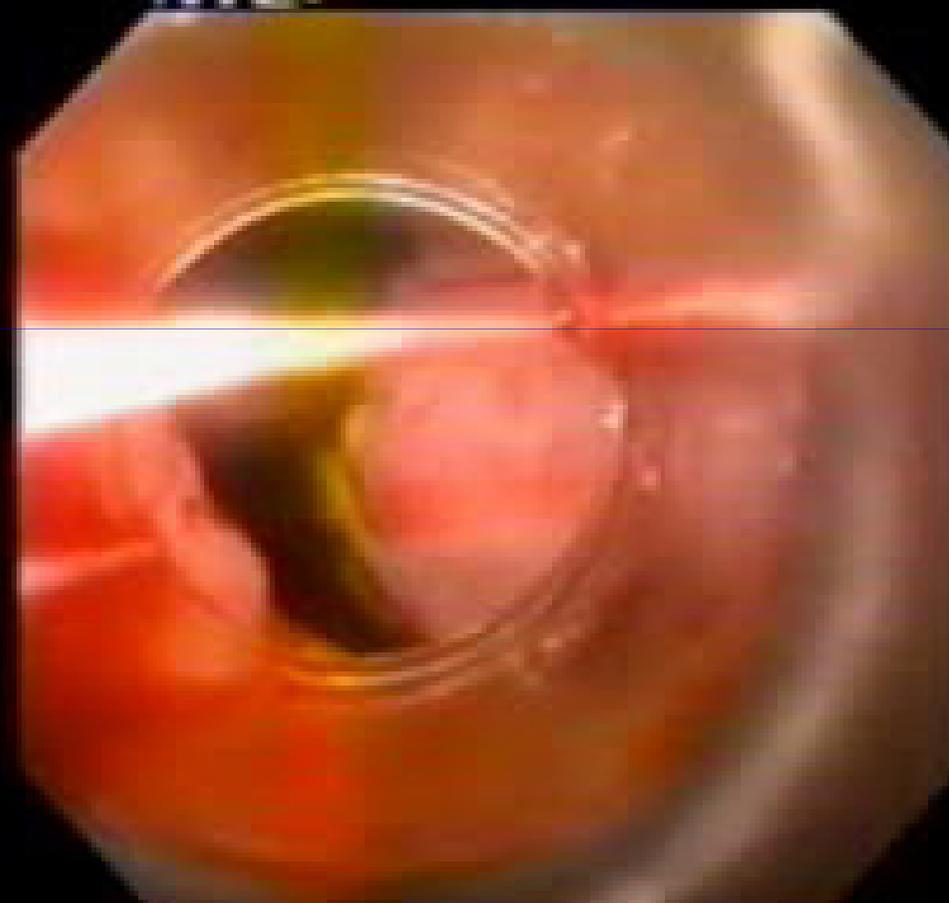
Ligadura elástica

ID. NO:
SEX: AGE:
D. O. BIRTH:

06/24/99
01:27:17

UTR

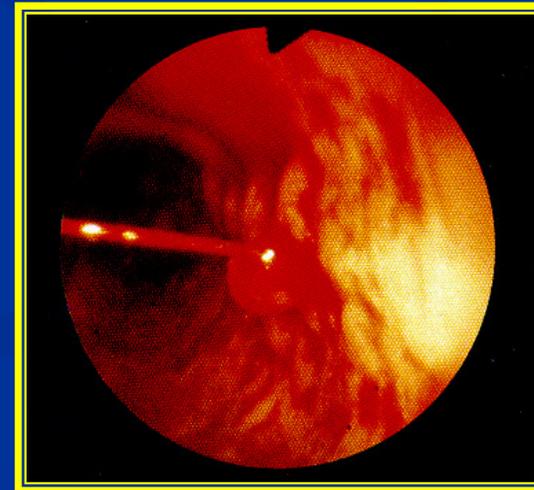
NAME:



COMMENT:

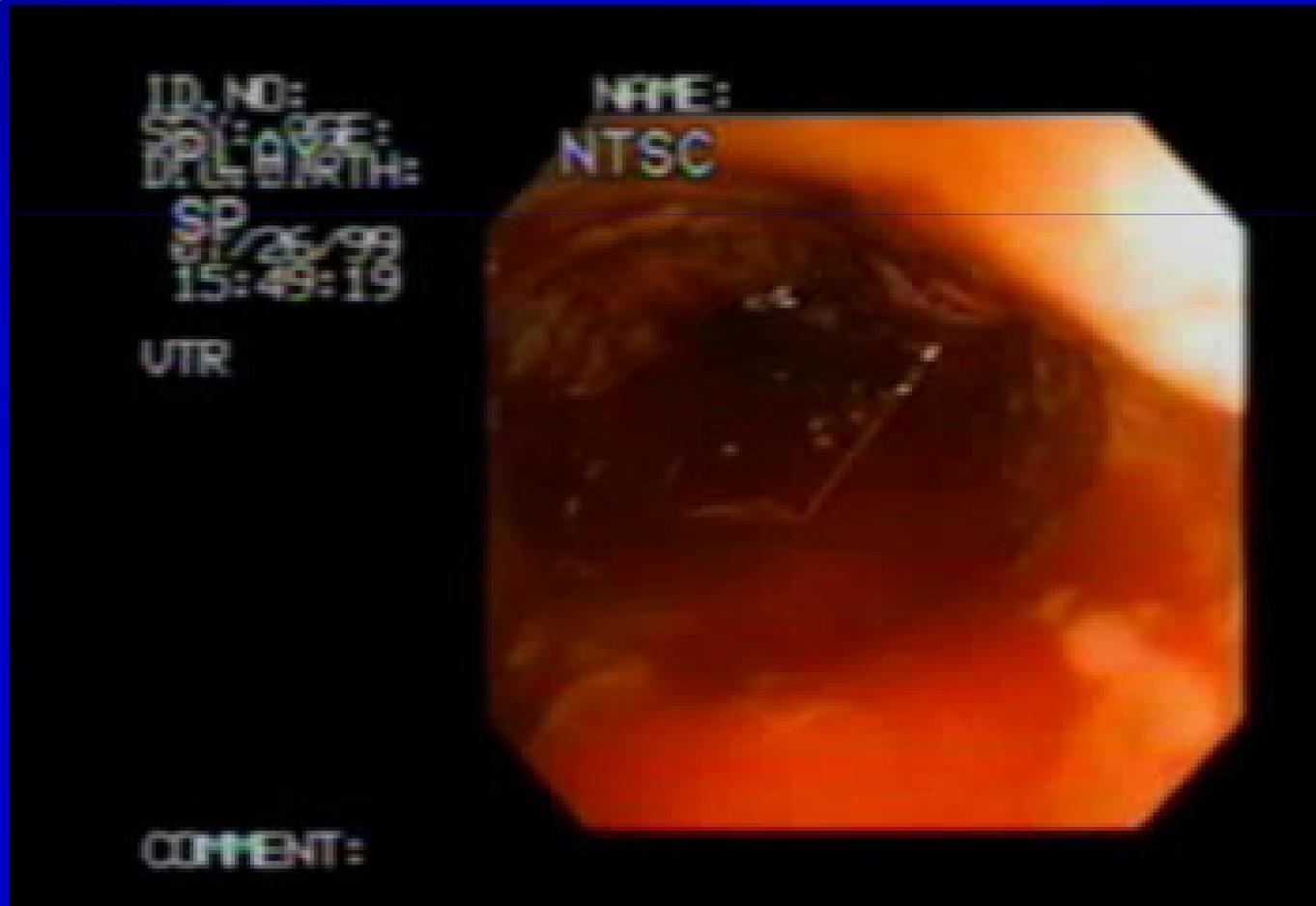
TRATAMENTO DO SANGRAMENTO VARICOSO AGUDO

- Drogas vasoativas (terlipressina, octreotide ou somatostatina) na admissão.
- Antibioticoterapia
- Endoscopia nas primeiras 12 horas– Ligadura elástica / Escleroterapia
- Ressangramento / Falha → Novo tratamento endoscópico
- HVPG > 20 mmHg → TIPS



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

- Terapêutica em hepatopata
 - Cianoacrilato em varizes esofágicas em hepatopata grave - *Fauze Maluf F. , 1996*



TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE VARIZES HEMORRÁGICAS EM PACIENTES CIRRÓTICOS CHILD C

	ESCLEROSE Ethanolamina (n. 18)	OBLITERAÇÃO N-Butyl-2-cyanoacrylato (n. 18)
Hemostasia	57,1%	100%
Recorrência	50%	14,2%
Mortalidade	75%	35,7%
Sobrevida	74,1d	200,1 d

(Maluf F, Sakai P. Endoscopy 2001; 33: 421-427)

VARIZES DE FUNDO GÁSTRICO



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA

- Terapêutica endoscópica
 - Cianoacrilato em varizes gástricas

Endoscopic treatment

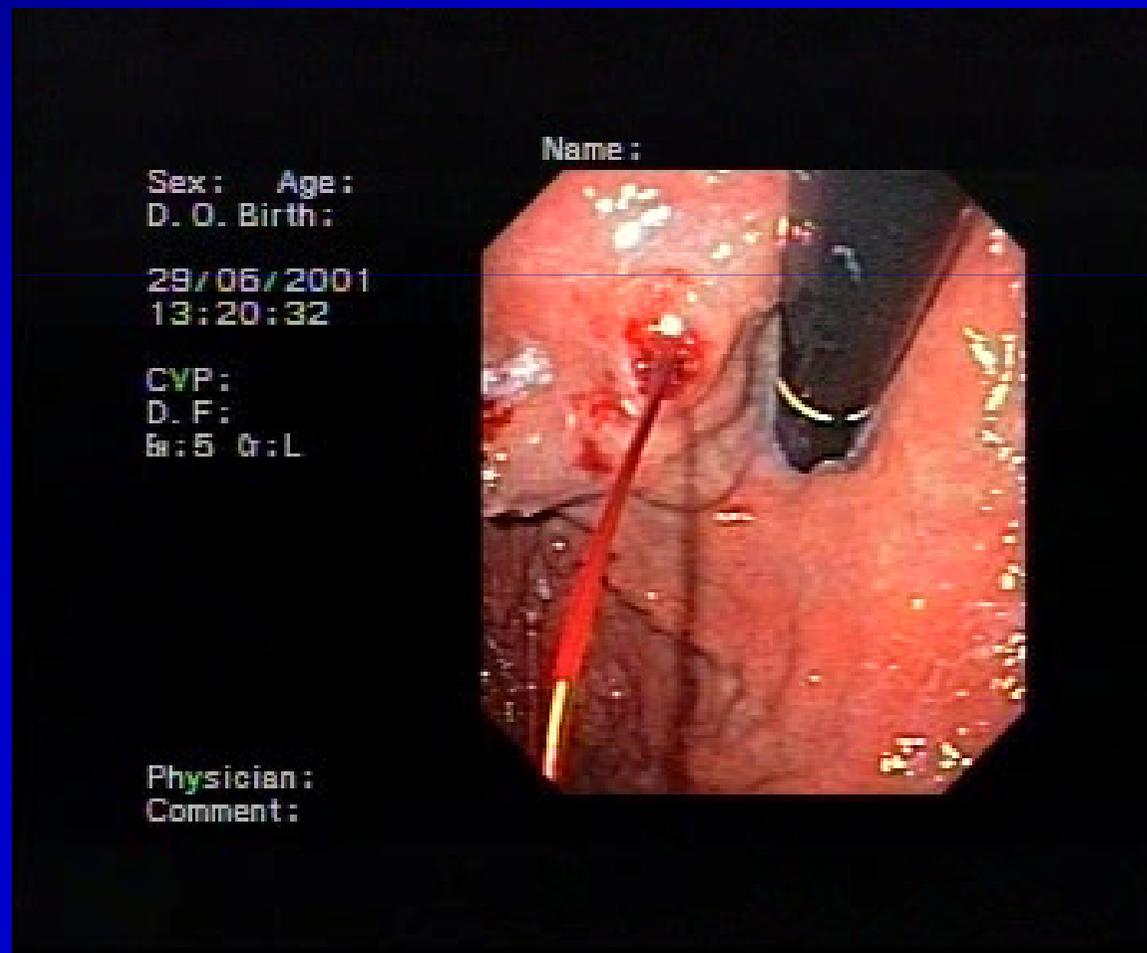
- Endoscopic therapy is recommended in any patient who presents with documented upper GI bleeding and in whom esophageal varices are the cause of bleeding (1a;A).
- Ligation is the recommended form of endoscopic therapy for acute esophageal variceal bleeding although sclerotherapy may be used in the acute setting if ligation is technically difficult (1b;A).
- Endoscopic therapy with tissue adhesive (e.g. *N*-butyl-cyanoacrylate) is recommended for acute gastric variceal bleeding (1b;A).
- Endoscopic treatments are best used in association with pharmacological therapy, which preferably should be started before endoscopy (1a;A).



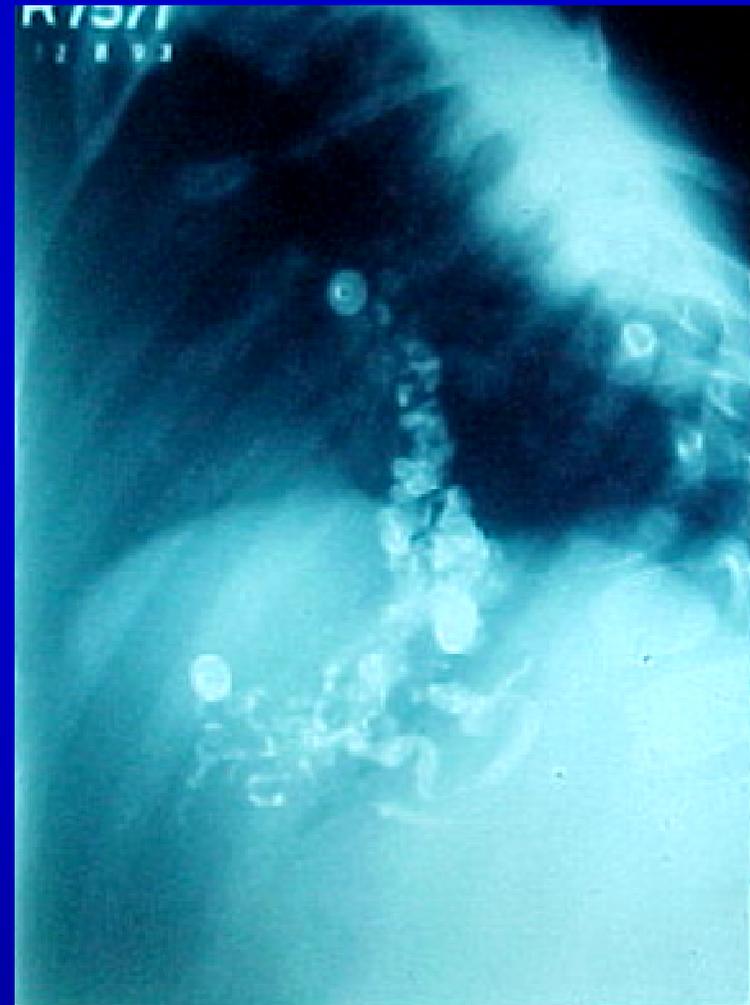
VARIZ DE FUNDO GÁSTRICO

Sangramento ativo

Injeção de cianoacrilato

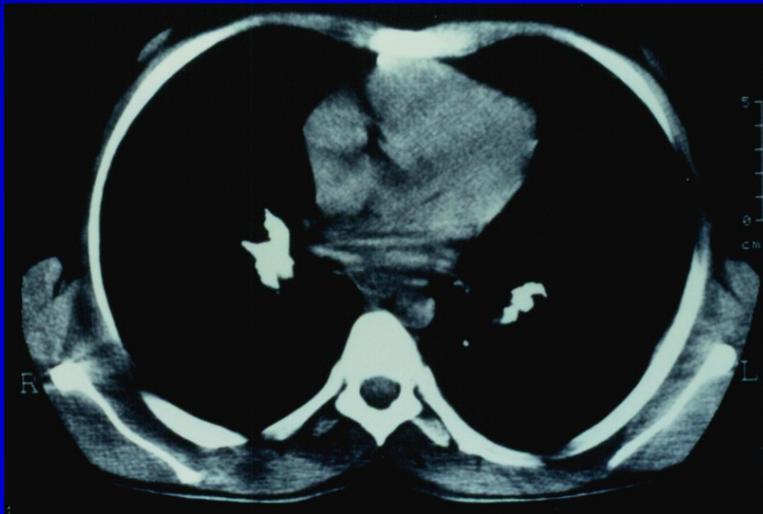
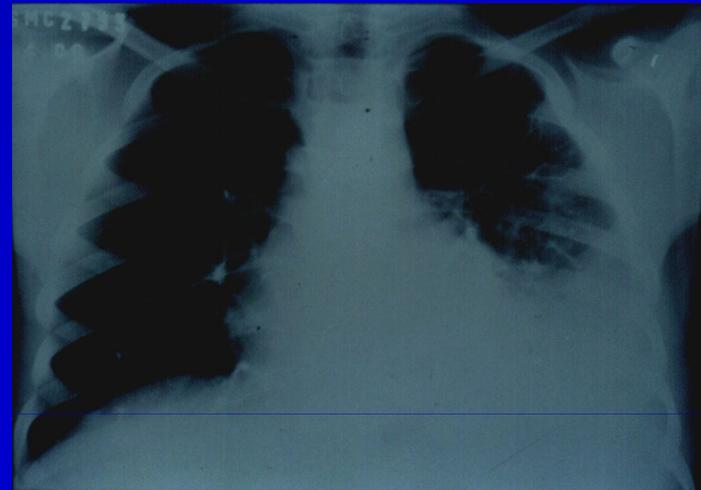
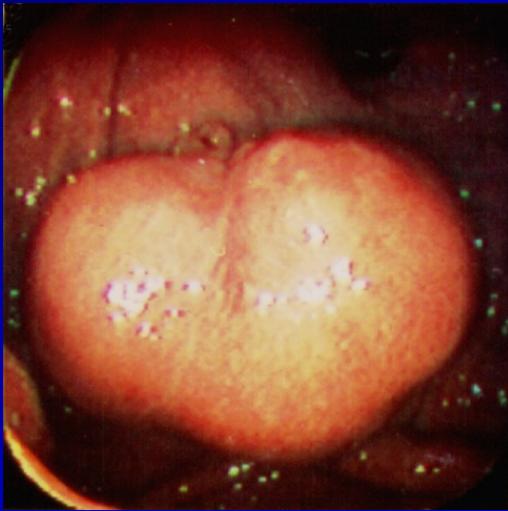


INJEÇÃO INTRAVARICOSA DE CIANOACRILATO + LIPIODOL®

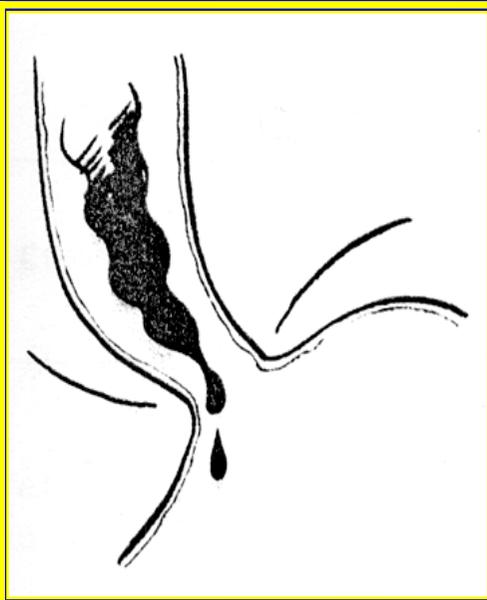
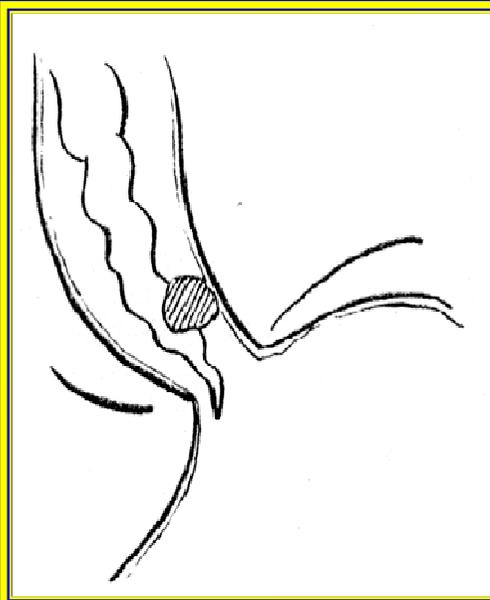
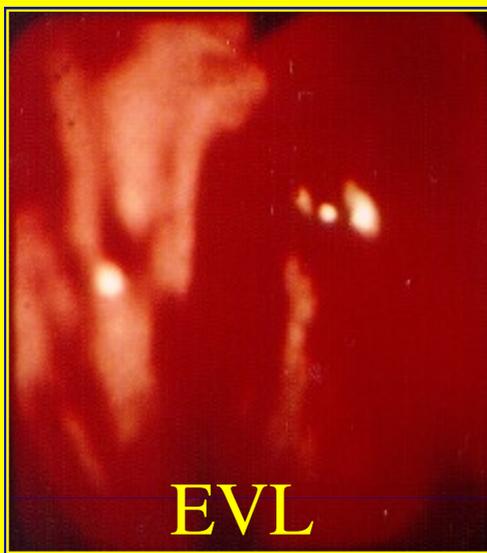
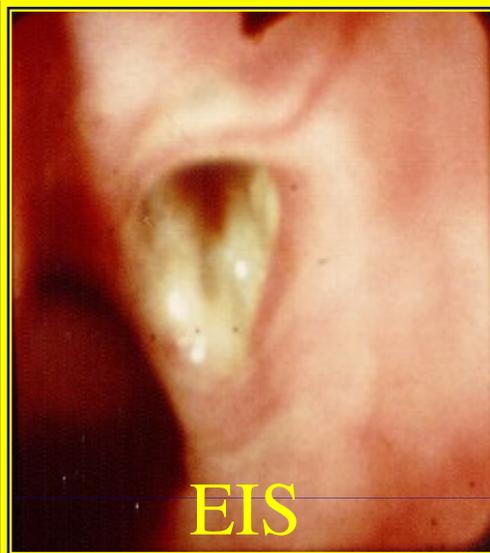


EMBOLISMO PULMONAR

CIANOACRILATO EM VARIZ DE FUNDO GÁSTRICO

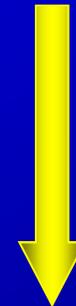


ÚLCERA HEMORRÁGICA PÓS LIGADURA / ESCLEROSE



OPÇÕES TERAPÊUTICAS

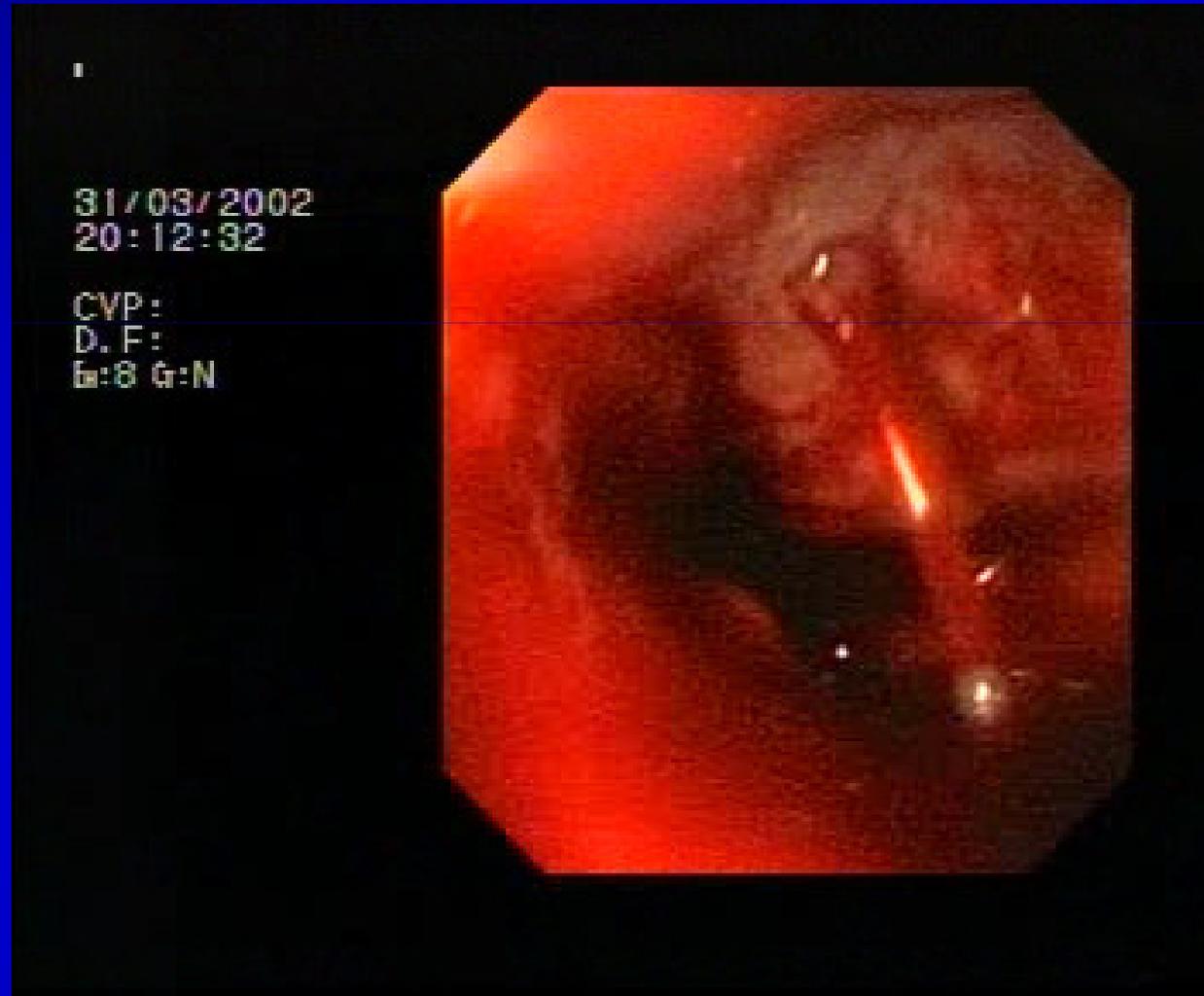
- **ESCLEROTERAPIA**
- **CIANOACRILATO**
- **COLA DE FIBRINA**



Balão esofágico
TIPS
Cirurgia

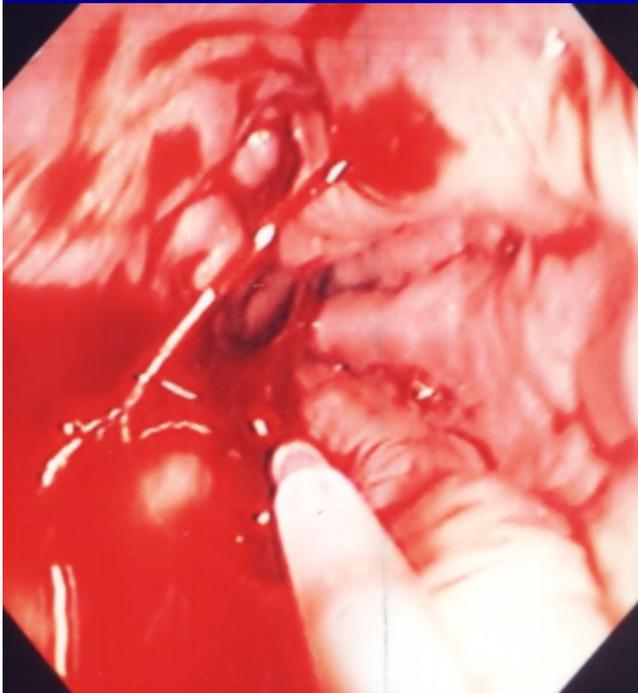
Sangramento pós ligadura elástica

Injeção de cianoacrilato

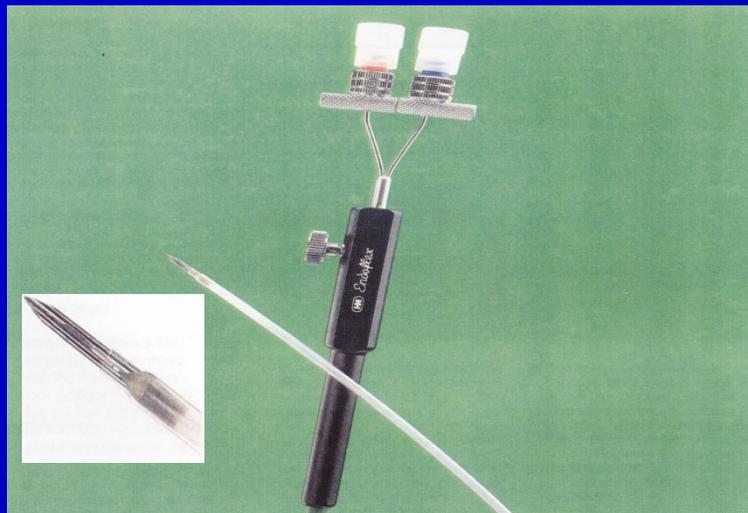


ÚLCERA HEMORRÁGICA PÓS LIGADURA

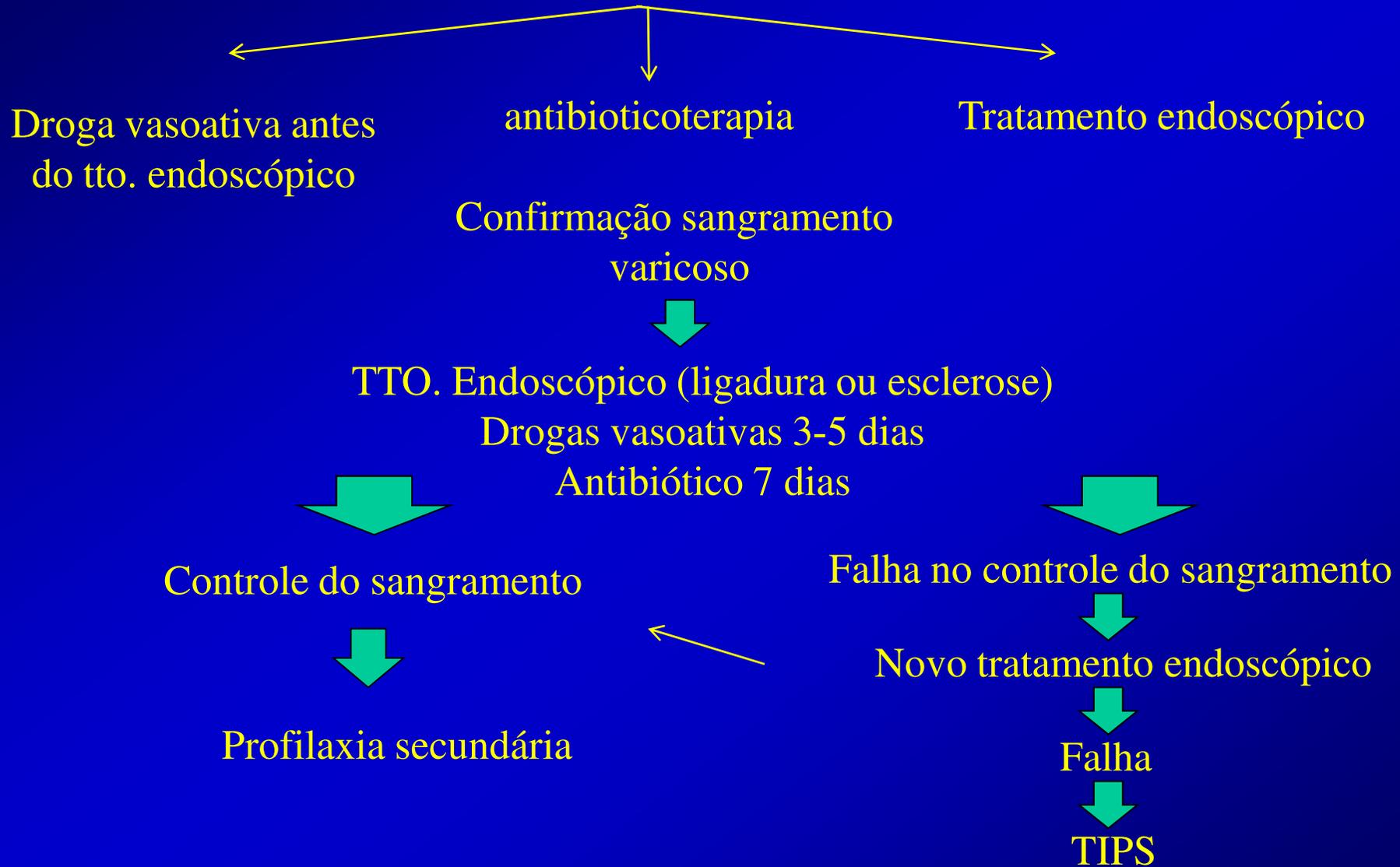
Injeção de cola de fibrina



Cola de fibrina



Suspeita sangramento varicoso

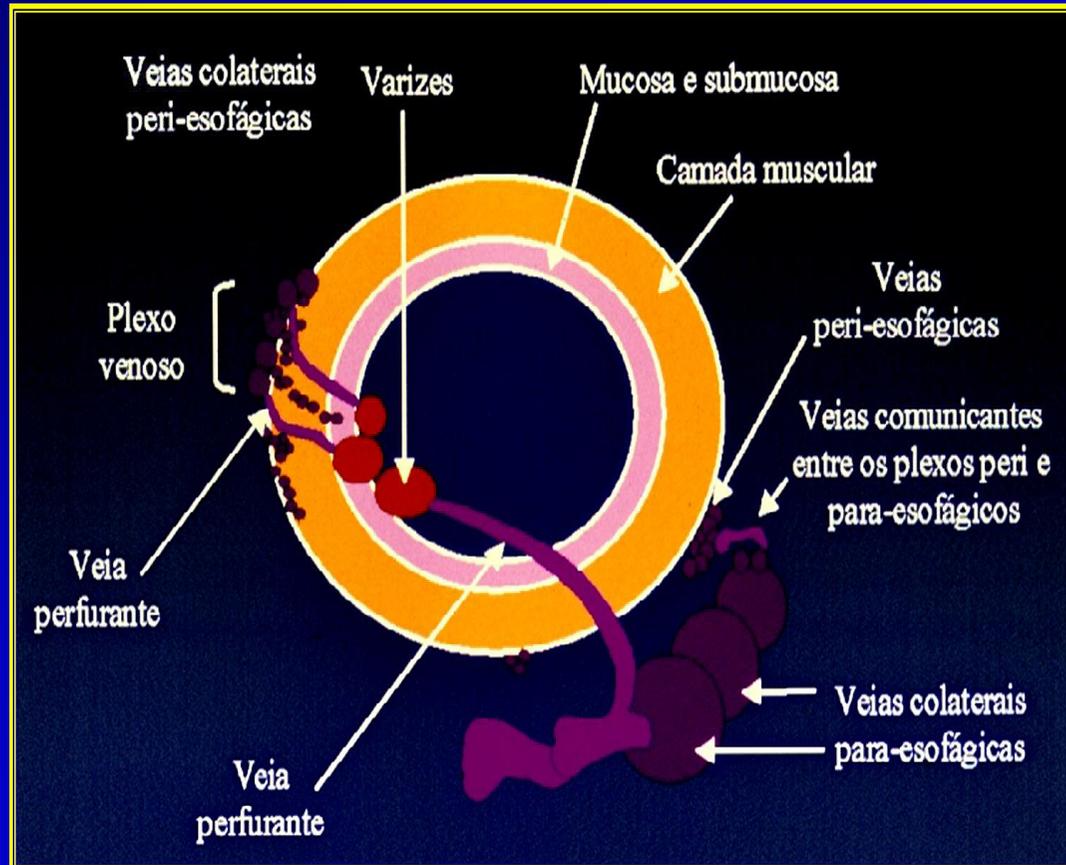


Algoritmo para fase aguda do sangramento

Prevenção do sangramento varicoso recorrente (PROFILAXIA SECUNDÁRIA)

- β -bloqueador não seletivo (BBNS) + Ligadura elástica (LE)
- BBNS devem ser iniciado quando estabilidade hemodinâmica
- LE sessões devem ser iniciadas 2 semanas após episódio de sangramento com intervalos de 3 semanas até erradicação.
- Seguimento: 1-3 meses após erradicação e 6-12 meses.

ERRADICAÇÃO DAS VARIZES ESOFÁGICAS



LE isolada



Recorrência de varizes

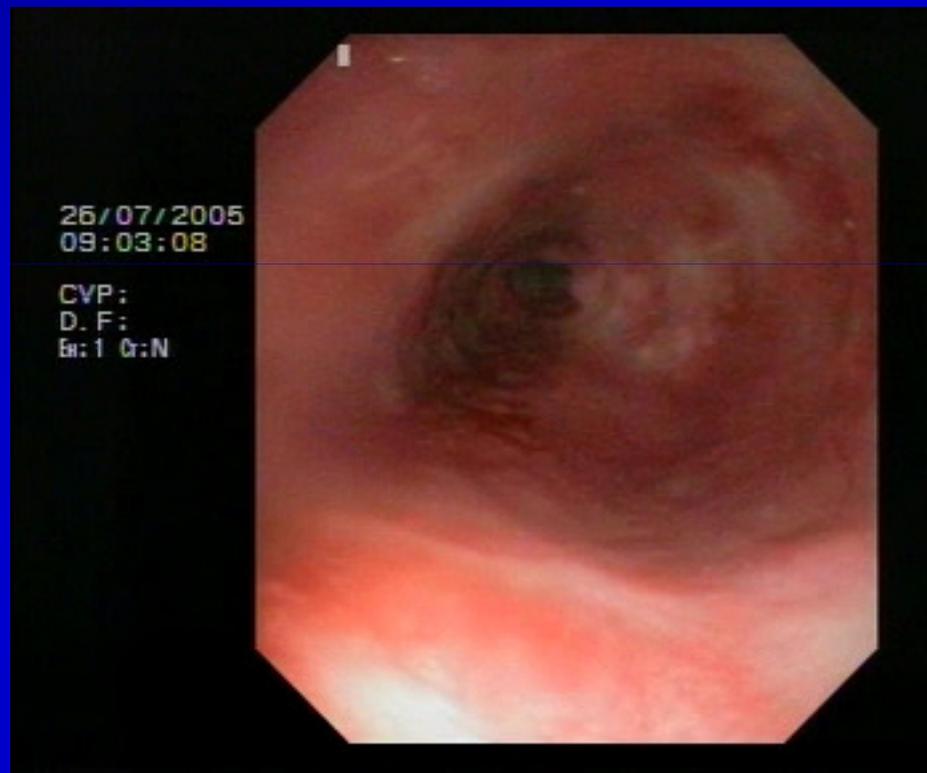
LE + Esclerose

LE + argônio

Ligadura elástica + Escleroterapia(Ethanolamine)



Completa erradicação das varizes esofágicas



VARIZES DE ESÔFAGO COM SANGRAMENTO PRÉVIO



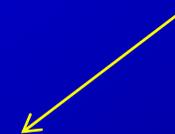
BBNS (Uso
contínuo)



Ligadura elástica em intervalos
de 3 semanas



Varizes erradicadas



Seguimento após erradicação:
EDA após 3 meses e anualmente após

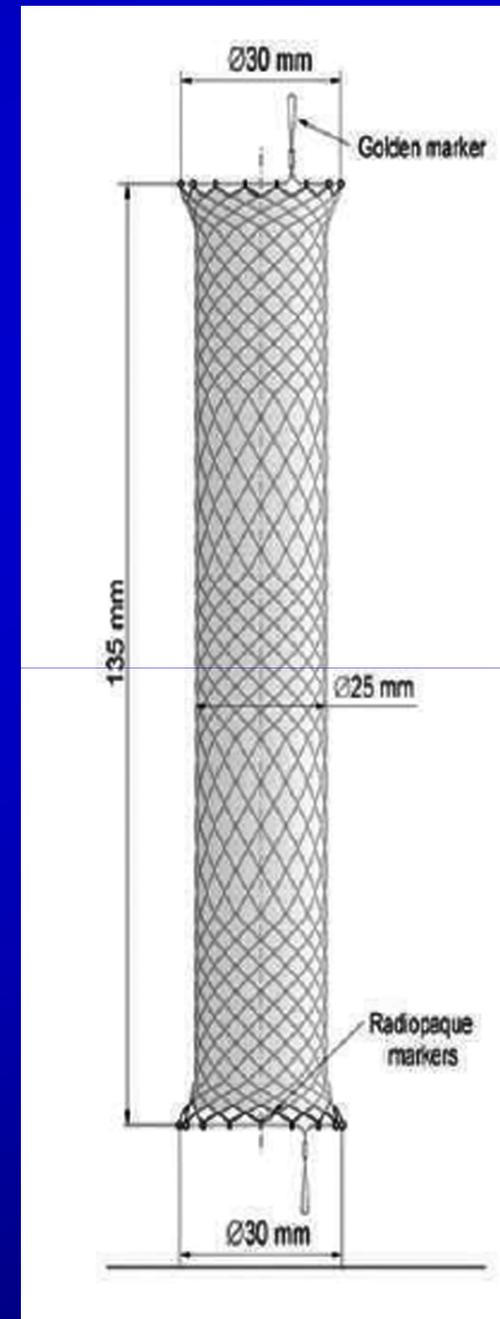
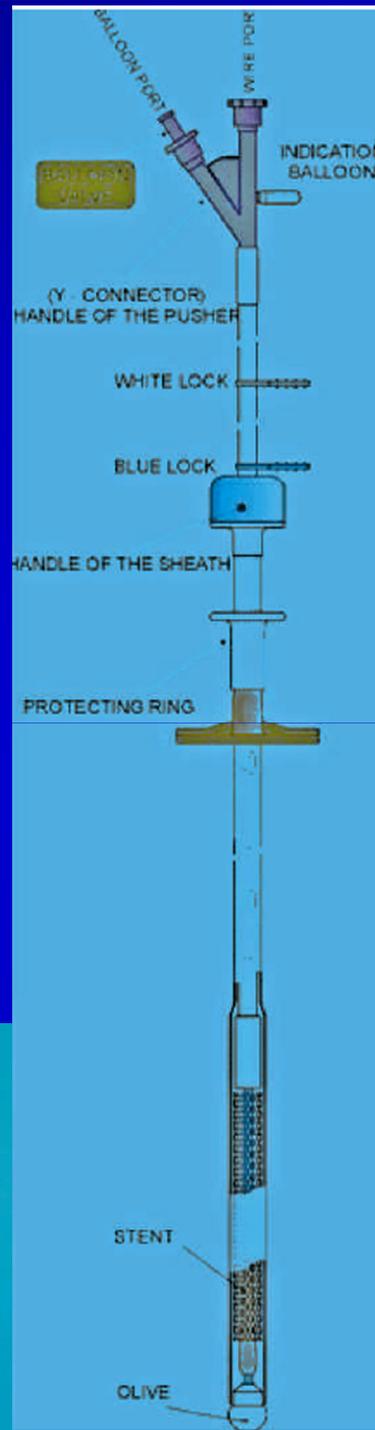
Algoritmo profilaxia secundária

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DAS VARIZES ESÔFAGO-GÁSTRICAS

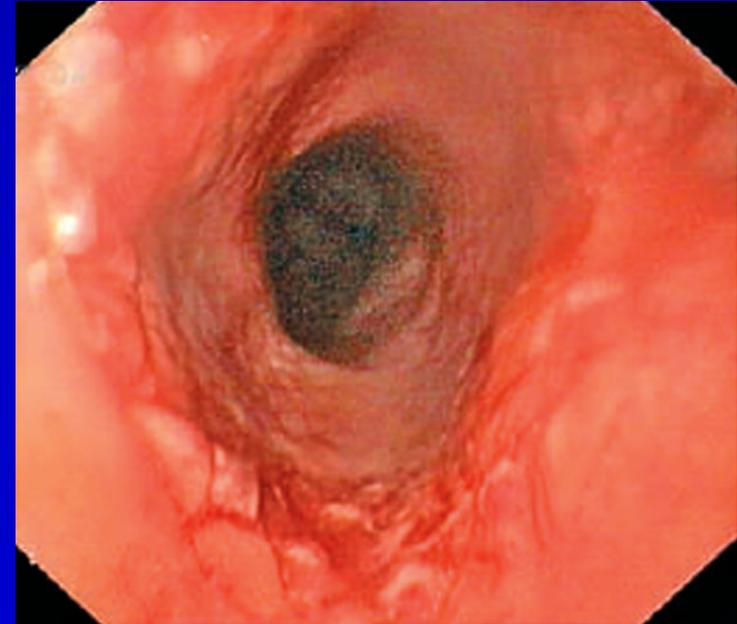
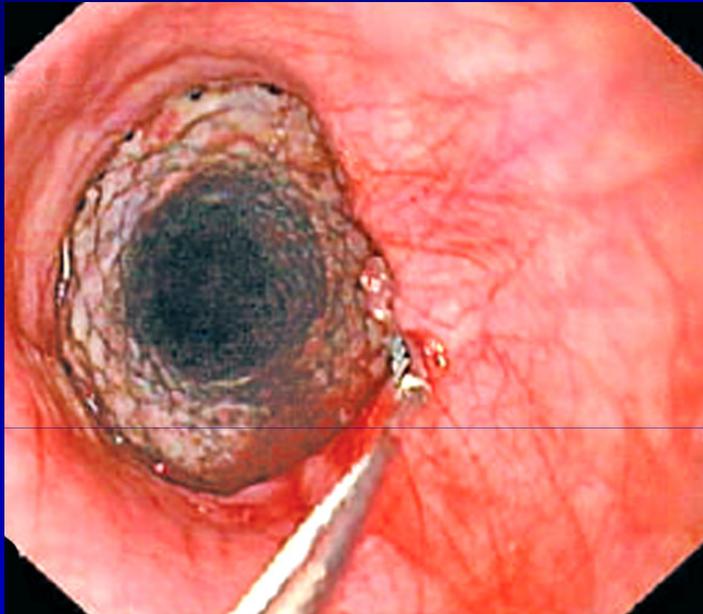
- 1939 – Craaford C & Frenckner P
 - Sclerotherapy with rigid endoscope
 - 1973 – Kapp-Buess
 - Sclerotherapy with flexible scope
 - 1986 – Soehendra et al.
 - Obliteration with N-butyl-cyanoacrylate
 - 1986 Stiegmann et al
 - Band ligation
 - 1995 – Saeed et al
 - Multiple band ligation
- 2009 – SEMS (Stent)

PRÓTESE AUTOEXPANSIVEL PARA COMPRESSÃO DE VARIZES ESOFÁGICAS

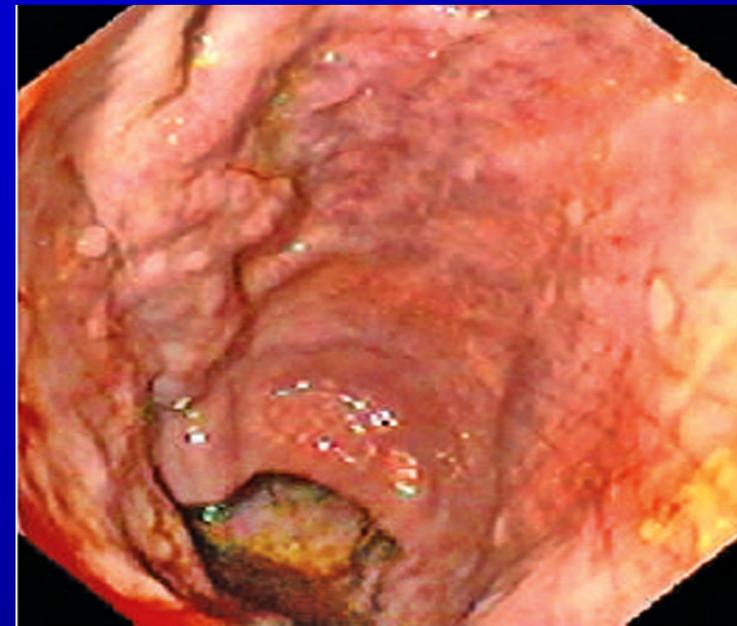
*Hubmann R et al.
Endoscopy 2006; 38:896*



PRÓTESE



PÓS-REMOÇÃO DE PRÓTESE



CONCLUSÃO

- Em pacientes cirróticos a disfunção hepática progressiva é o principal fator de mortalidade
- Todas as medidas para prevenir ou erradicar as varizes esofágicas, são apenas uma ponte para o tratamento definitivo:



TRANSPLANTE HEPÁTICO