

STRESZCZENIE

Krwawienie z przewodu pokarmowego to jeden z najbardziej istotnych problemów w praktyce gastroenterologicznej. Celem pracy jest analiza przyczyn oraz czynników ryzyka krwawienia z przewodu pokarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem stosowania leków przeciwplatek i przeciwzakrzepowych. Celem jest także ocena zapadalności, nawrotowości i śmiertelności związanych z krwawieniem z przewodu pokarmowego.

Do badania zostało włączonych 411 pacjentów w wieku 20-96 lat, średnia 68,57 lat, hospitalizowanych z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim w Krośnie w latach 2016-2017. Badanie przeprowadzono retrospektywnie, na podstawie dokumentacji medycznej. Scharakteryzowano badaną grupę pacjentów pod względem wieku i płci. Wyliczono wskaźniki zapadalności na krwawienie z przewodu pokarmowego oraz oceniono przyczyny krwawienia z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, także z podziałem na kobiety i mężczyzn oraz grupy wiekowe poniżej i od 65 r.ż. Oceniono występowanie czynników ryzyka, takich jak: stosowanie leków przeciwplatek i antykoagulantów, niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), nadużywanie alkoholu, przebyte krwawienie z przewodu pokarmowego (w wywiadzie), upośledzona funkcja nerek, infekcja *Helicobacter pylori*. Oceniono zależność ciężkości przebiegu krwawienia z przewodu pokarmowego od występowania czynników ryzyka, na podstawie takich parametrów jak: rozpoznanie i stopień nasilenia niedokrwistości, wstrząsu oraz ilość przetoczanej krwi. Przeprowadzono także analizę zgonów w przebiegu krwawienia z przewodu pokarmowego oraz nawrotów krwawienia w dwunastomiesięcznej obserwacji.

Współczynniki zapadalności na krwawienie z przewodu pokarmowego wyniosły (w ilości przypadków na 100 tys. mieszkańców rocznie): 129 ogółem, 75 dla krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego pochodzenia nieżylakowego, 7 dla krwawienia z żyłaków przełyku lub żołądka oraz 47 dla krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W przypadku 63,7% pacjentów rozpoznano krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Najczęstszą przyczyną w tej lokalizacji była choroba wrzodowa: wrzód żołądka u kobiet, wrzód dwunastnicy u mężczyzn i w grupie wiekowej od 65 lat wzwyż. Istotną przyczyną krwawienia było refluksowe zapalenie przełyku, szczególnie w grupie wiekowej poniżej 65 lat oraz w grupie mężczyzn. Najczęstsze przyczyny krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego to uchyłki okrężnicy – przyczyna dominująca w przypadku kobiet oraz pacjentów od 65 r.ż. oraz choroba hemoroidalna – przyczyna dominująca w młodszej grupie wiekowej.

Stosowanie leków zmniejszających krzepnięcie krwi było najbardziej istotnym czynnikiem ryzyka krwawienia z przewodu pokarmowego. Lek przeciwplatek stosowało 22,38%, przeciwzakrzepowy 17,52%, równocześnie lek przeciwzakrzepowy i przeciwplatek 2,92% badanych. Z leków przeciwplatekowych najczęściej stosowany był kwas acetylosalicylowy (ASA), z leków przeciwzakrzepowych doustne antykoagulanty niebędące antagonistami witaminy K (DOAC).

NLPZ stosowało 19,25% pacjentów z nieżylakowym krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz 11,41% pacjentów z krwawieniem z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Przyczyny krwawienia szczególnie związane z tym czynnikiem ryzyka to choroba wrzodowa i zapalenie błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy oraz uchyłki okrężnicy.

Istotnym czynnikiem ryzyka krwawienia było nadużywanie alkoholu (16,55% ogółu badanych, 56,5% pacjentów z krwawieniem z żyłaków przełyku, 22,18% pacjentów z nieżylakowym krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego). Oprócz żyłaków przełyku na tle alkoholowej marskości wątroby przyczyną krwawienia szczególnie związaną z nadużywaniem alkoholu było refluksowe zapalenie przełyku.

Czynniki ryzyka krwawienia z przewodu pokarmowego były także: upośledzona funkcja nerek (21% badanych) oraz przebyte krwawienie z przewodu pokarmowego w wywiadzie (10,71% badanych). Stosowanie leków z grupy SSRI było rzadko występującym czynnikiem ryzyka (1,46% badanych), związanym z równoczesnym występowaniem innych czynników ryzyka. Infekcję *Helicobacter pylori* potwierdzono w przypadku 55% pacjentów, u których wykonano badanie w kierunku tej bakterii, w podgrupie chorych z krwawieniem z wrzodu lub zapalenia błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy.

Nie wykazano statystycznie istotnej zależności polegającej na cięższym przebiegu krwawienia z przewodu pokarmowego w przypadku występowania badanych czynników ryzyka. Stwierdzono jedynie tendencję do występowania bardziej nasilonej

niedokrwistości w przypadku stosowania leczenia przeciwzakrzepowego, równocześnie przeciwzakrzepowego i przeciwpłytkowego oraz w przypadku upośledzenia funkcji nerek.

Nawrót krwawienia z przewodu pokarmowego w obserwacji dwunastomiesięcznej wystąpił w przypadku 44 (10,71%) pacjentów, z czego 32 przypadki to nawrót krwawienia z górnego, a 12 z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Największy odsetek nawrotów odnotowano w przypadku krwawienia z żyłaków przełyku, a w dalszej kolejności w przypadku krwawienia w przebiegu choroby wrzodowej oraz refluksowego zapalenia przełyku. W zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego istotne znaczenie mają nawroty krwawienia z uchyłków. Analiza czynników ryzyka w grupie nawrotów wykazała w 27,27% przypadków nadużywanie alkoholu, w 11,36% przypadków leczenie przeciwpłytkowe, 13,63% przypadków leczenie przeciwzakrzepowe. U 29,55% chorych był to kolejny nawrót krwawienia. Wynik punktacji w skali Rockalla nie był pomocny w przewidywaniu nawrotu krwawienia w perspektywie dwunastomiesięcznej.

Śmiertelność w przebiegu hospitalizacji z powodu krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego wynosiła 9,16%, a w przypadku krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego poniżej 1%. W grupie pacjentów, którzy zmarli, 20% stanowili pacjenci z krwawieniem z żyłaków przełyku lub żołądka z zaawansowaną marskością wątroby. W przypadku pozostałych pacjentów zgony miały bezpośredni związek z ciężkimi chorobami współistniejącymi.

Słowa kluczowe: krwawienie z przewodu pokarmowego, przyczyny, zapadalność, czynniki ryzyka, leki przeciwpłytkowe, antykoagulanty, niesteroidowe leki przeciwzapalne.

ABSTRACT

Bleeding from the gastrointestinal tract is one of the most important problems in gastroenterological practice. The aim of the thesis was to analyze the causes and risk factors of gastrointestinal bleeding with particular emphasis on the use of antiplatelet and anticoagulant drugs. The aim was also to assess the incidence, recurrence and mortality associated with gastrointestinal bleeding.

The study included 411 patients aged 20-96 years, mean age 68.57 years, hospitalized for gastrointestinal bleeding in Podkarpackie Regional Hospital in Krosno in 2016-2017. The study was conducted retrospectively, based on medical records. The study group of patients was characterized in terms of age and gender. The incidence rates of gastrointestinal bleeding were calculated and the causes of upper and lower gastrointestinal bleeding were assessed and also divided into women and men and age groups below and from 65 years. Risk factors such as: use of antiplatelet drugs and anticoagulants, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), alcohol abuse, history of gastrointestinal bleeding, impaired kidney function, *Helicobacter pylori* infection were subjected to evaluation. The dependence of the severity of gastrointestinal bleeding on the occurrence of risk factors was assessed based on such parameters as diagnosis and severity of anaemia, shock and amount of transfusion. Deaths in the course of gastrointestinal bleeding and recurrence of bleeding in a 12-month follow-up were also analysed.

The incidence rates of gastrointestinal bleeding were (in the number of cases per 100 thousand inhabitants per year): 129 total, 75 for non-variceal upper gastrointestinal bleeding, 7 for bleeding from esophageal or gastric varices and 47 for lower gastrointestinal bleeding.

Upper gastrointestinal bleeding was diagnosed in 63.7% of patients. The most common cause in this localization was peptic ulcer disease: gastric ulcer in women, duodenal ulcer in men and in the age group from 65 years. Reflux esophagitis was a significant cause of bleeding, especially in the age group below 65 years and in men. The most common causes of lower gastrointestinal bleeding are diverticulosis - the dominant cause in women and patients aged 65 and over and haemorrhoidal disease - the dominant cause in the younger age group.

The use of drugs reducing blood coagulation was the most important risk factor for gastrointestinal bleeding. Antiplatelet drug was used by 22.38%, anticoagulant 17.52%, and simultaneously anticoagulant and antiplatelet drug 2.92% of patients. Acetylsalicylic acid (ASA) was the most frequently used antiplatelet drug, direct oral anticoagulants (DOAC) not being vitamin K antagonists were most frequent anticoagulant drugs.

NSAIDs were used by 19.25% of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding and 11.41% of patients with lower gastrointestinal bleeding. The causes of bleeding particularly associated with this risk factor were ulcer disease and inflammation of the gastric or duodenal mucosa and the diverticulosis.

An important risk factor for bleeding was alcohol abuse (16.55% of all subjects, 56.5% of patients with bleeding from esophageal varices, 22.18% of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding). Apart from the esophageal varices based on alcoholic cirrhosis, the cause of the bleeding particularly related to alcohol abuse was reflux esophagitis.

The risk factors for gastrointestinal bleeding also included impaired kidney function (21% of subjects) and history of gastrointestinal bleeding (10.71% of subjects). The use of drugs from the SSRI group was a rare risk factor (1.46% of respondents), associated with the simultaneous occurrence of other risk factors.

Helicobacter pylori infection was confirmed in 55% of patients who were tested for this bacterium in a subgroup of patients with ulcer bleeding or gastritis or duodenitis.

There was no statistically significant correlation between the more severe course of gastrointestinal bleeding in case of the risk factors studied. Only a tendency to more severe anaemia was observed in the case of anticoagulant therapy, simultaneously anticoagulant and antiplatelet therapy and in the case of renal impairment.

The recurrence of gastrointestinal bleeding in 12-month follow-up was observed in 44 (10.71%) patients, of which 32 were recurrences of upper and 12 of lower gastrointestinal bleeding. The highest percentage of recurrences was observed in the case of bleeding from esophageal varices, followed by bleeding in the course of peptic ulcer disease and reflux esophagitis. In the lower part of the gastrointestinal tract, the recurrence of diverticula bleeding is significant. The analysis of risk factors in the group of recurrences showed 27.27% of cases of alcohol abuse, 11.36% of cases of antiplatelet treatment, 13.63% of cases of anticoagulation treatment. In 29.55%

of cases it was another recurrence of bleeding. The score on the Rockall scale was not helpful in predicting the recurrence of bleeding in a 12-month perspective.

Mortality during hospitalization due to upper gastrointestinal bleeding was 9.16%, and in the case of lower gastrointestinal bleeding below 1%. In the group of patients who died, 20% were patients with bleeding from esophageal or gastric varices with advanced cirrhosis. In the remaining patients, the deaths were directly related to severe concomitant diseases.

Key words: gastrointestinal hemorrhage, causes, incidence, risk factors, antiplatelet agents, anticoagulant agents, nonsteroidal antiinflammatory agents.