# 

# Gastrointestinal blödning, övre - BARN

# *Inledning*

Blödning i gastrointestinalkanalen (GI-kanalen) proximalt om ligamentum Treitz definieras som övre GI-blödning. Hemodynamiskt stabila patienter utan signifikant anemi handläggs av gastromedicin (”medicinsk blödning”). Hemodynamiskt instabila patienter med anemi handläggs av barnkirurg (”kirurgisk blödning”). Kirurgisk övre GI-blödning är ovanligt hos barn.

# *Orsak*

Etiologin varierar för barn i olika åldersgrupper enligt nedan:

**Neonatalperioden**

**Vanlig orsak:**

Nedsvalt blod (amning)

Kateteriseringstrauma (v-sond)

**Ovanlig orsak:**

Esofagit

Gastrit eller stressulcus

Koagulopati (infektion?)

K-vitaminbrist

Kärlmissbildning

Hemorragisk sjukdom

**Spädbarnsåret**

**Vanlig orsak:**

Nedsvalt blod (amning)

Esofagit (reflux)

Mallory-Weiss rift (kräkning)

**Ovanlig orsak:**

Gastrit eller stressulcus

Varicer (esofagus)

Kärlmissbildning

GI-duplikatur

**Barn och ungdomar**

**Vanlig orsak:**

Esofagit (reflux)

Mallory-Weiss rift

Gastrit eller ulcus (H. Pylori)

**Ovanlig orsak:**

Varicer (esofagus)

Frätskada

Nedsvalt vasst föremål

Vaskulit

Mb Crohn

Hemobili

# *Klinik*

Blodiga kräkningar och/eller melena.

**Anamnes**

Är det blod?

Är barnet tidigare friskt? (längd- och viktutveckling)

Vad har barnet ätit?

Har barnet nyligen haft näsblödning eller tappat tand?

Hur ser avföringen ut? (melena)

Upprepade kräkningar innan blödningen debuterade?

**Status**

Vitalparametrar (puls och blodtryck)

Kapillär återfyllnad (>2sek?)

Hepatosplenomegali? (portahypertension)

# *Utredning*

Blodstatus

Blodgruppering/bastest

F-Hb (om oklart om blod)

Leverstatus

Koagulationsstatus

El-status

Ev. rtg BÖS (om misstanke om främmande kropp eller tarmperforation)

Ev. angiografi

Ev. endoskopi

MR (ej akut)

Ultraljud (ej akut)

(”Blödningsscint” ej användbart på övre GI-blödning)

# *Behandling*

**Behandling av cirkulatoriskt instabil patient med pågående övre gastrointestinal blödning sker på BIVA i nära samarbete med narkosläkare och ”blödningsjouren” (vuxen).**

* + - * Fasta
      * V-sond (öppen)
      * Uppvätskning (Ringer-Acetat 10-20 ml/kg x flera)
      * Ev. blodtransfusion 10 ml/kg (x flera)
      * Ev. behandling av koagulopati, trombocytopeni, hypotermi

**A: Endoskopi** 1. Endoskop med arbetskanal 2,0 mm (för ev. injektionsbehandling)

2. Spola och sug rent från allt blod

3. Spola/tag bort det väggfasta koaglet

4. Är det ett mucosalt ulcus eller blödning från varicer?

**Om mucosalt ulcus Forrest 1** (pågående blödning)

* + - * Utspädd adrenalin/NaCl lösning i kvaddlar runt kärlet (för slemhinnesvullnad och mekanisk kompression av kärlet)
      * Tisseel 2-4 kvaddlar intravasalt eller extravasalt
      * I.v. protonpumpshämmare (exv. Nexium)
      * Behandlingen upprepas efter 12-24h

**Om Forrest 2a** (synlig kärlpipa utan pågående blödning)

* + - * Behandling så som vid Forrest 1

**Om Forrest 2b** (sår utan synlig kärlpipa)

* + - * I.v. protonpumpshämmare

**Om esofagusvaricer/kärlmissbildning**

* + - * Spola bort allt blod (oftast syns ingen pågående blödning då vener kollaberar lätt då esofagus/ventrikeln uppblåses)
      * Aetoxysclerol 10 mg/ml (intravasalt eller extravasalt). Kvaddlar à 1 ml ges i spiralformation från kardia och upp ca 5 cm förbi översta begränsningen på varicerna, max dos 50 mg. Behandlingen bör upprepas/utvärderas efter 24-48h.
      * Somatostatin 1-2 mikrogram/kg/h (underhållsbehandling   
        1 mikrogram/kg/h)
      * Om blödningskontroll ej erhålles fyll på med NaCl kvaddlar för mekanisk kompression
      * Överväg Novoseven (kontakt med koagulationsjour)
      * Överväg gummibandsligering
      * Beredskap för mekanisk kompression (Sengstakensond)

**B Radiologi** Ev. angiografi med samtidig embolisering utföres av ”blödningsjouren” eller ”interventionist” på vuxenröntgen.

**C Kirurgi** Laparotomi med avsikt att omsticka/ligera blödande kärlpipa alternativt devaskulariserande stripping av venösa arkader längs esofagus.

# *Referenser:*

1. Sanjay Chawla et al, Upper Gastrointestinal Bleeding in Children, Clinical Pediatrics 2007
2. Chaibou M et al, Clinical significant upper gastrointestinal bleeding in a pediatric intensive care unit, a prospective study, Pediatrics 1998
3. Cochhran EB et al, Prevalence of, and risk factors for, upper gastrointestinal tract bleeding in critically ill pediatric patients, Critical Care Medicine 1992
4. Söderlund C. Endoscopic therapy for upper GI bleeding, Svensk kirurgi 56, 1998
5. Söderlund C. Övre gastrointestinal blödning, vård PM, Södersjukhuset, 2007

**Författare: Nader Ghaffarpour o Henrik Ehrén**

**Versionshistorik**

Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Datum** | **Förändring och kommentar** | **Ansvarig** |
| 7 | 200513 | Flyttat i strukturen | Marie Nurmi |
| 2 |  | Större revision |  |
|  |  |  |  |