

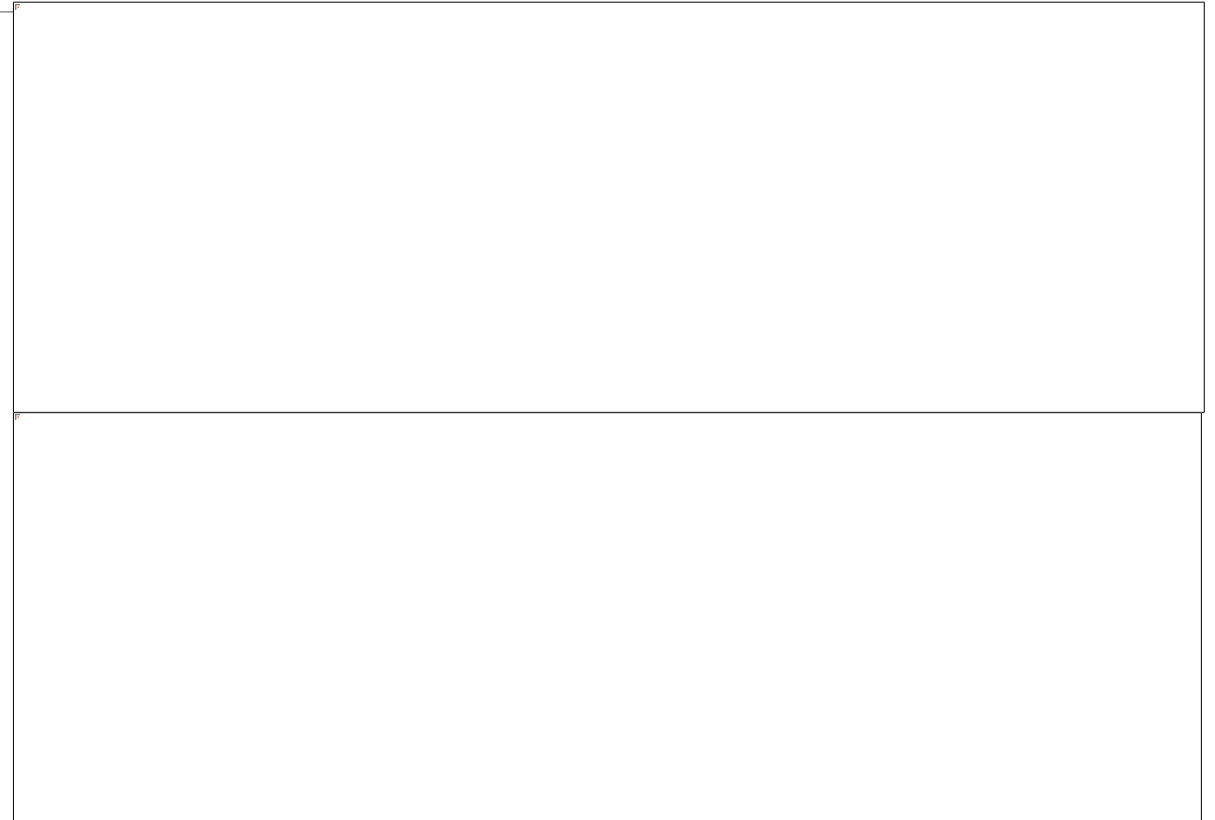
Timing af gastroskopi ved øvre GI-blødning

GENNEMGANG AF UDVALGT LITERATUR

Internationale anbefalinger (ESGE)

ESGE anbefaler skopi i tidsintervallet 12-24 timer (stærk anbefaling, god til moderat kvalitets evidens)

- Ikke ingen bedring af outcomes før 12 timer
- Måske dårligere outcomes før 6 timer



Nationale anbefalinger (DSGH)



Lokale retningslinjer (D4)

Livstruende blødning:

- Hvis ikke patienten responderer på den initiale kredsløbsstabiliserende behandling inden for 1 time, udføres gastroskopi på vital indikation

Den ustabile patient:

- Flyttes til ITA
- Gastroskopi times hurtigst muligt 6 timer fra ankomsttidspunktet. Gastroskopi senest kl. 20.00. Kan det ikke gennemføres, da gastroskopi næste dag indenfor de 24 timer fra ankomst.

Den stabile patient:

- Gastroskopi indenfor 6-24 timer efter ankomst, mest optimalt i dagtid

Baggrund for eksisterende anbefalinger

Internationale retningslinjer refererer til flere artikler.

Disse to fremhæves specifikt og er derfor blevet udvalgt til gennemgang

OBS: der er ikke lavet udtømmende literaturgennemgang



Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

James Y.W. Lau, M.D., Yuanyuan Yu, Ph.D., Raymond S.Y. Tang, M.D., Heyson C.H. Chan, M.B., Ch.B., Hon-Chi Yip, M.B., Ch.B., Shannon M. Chan, M.B., Ch.B., Sally W.Y. Luk, M.B., Ch.B., Sunny H. Wong, Ph.D., Louis H.S. Lau, M.B., Ch.B., Rashid N. Lui, M.B., Ch.B., Ting T. Chan, M.B., Ch.B., Joyce W.Y. Mak, M.B., Ch.B., Francis K.L. Chan, M.D., and Joseph J.Y. Sung, M.D.

Published in 2020 in New England Journal of Medicine (Impact Factor ~ 96)

Hypothesis:

Endoscopy within 6 hours forestall further bleeding and improve outcomes as compared with endoscopy performed between 6 and 24 hours in high-risk patients

Design og metoder

Single-center prospective randomized controlled trial

- Randomiseret 1:1 til hver arm

Inklusionskriterier

- Glasgow-Blatchford Score ≥ 12

Eksklusionskriterier

- < 18 år
- Gravide
- Manglende informeret samtykke
- Terminale/Moribunde
- Hypotensivt shock som ikke responderede på initial behandling

Design og metoder

Interventionsgruppe (<6 timer)

- Endoskopi < 6 timer efter kirurgisk tilsyn

Kontrolgruppe (6-24 timer)

- Tilsyn fra kl 00.00-08.00: Endoskopi samme morgen, dog minimum 6 timer efter
- Tilsyn fra 08.00-23:59: Endoskopi næste morgen

Design og metoder

Præ-endoskopisk behandling:

- Alle: 80 mg PPI i.v. bolus, herefter 8mg/timen kontinuert
- Ved mistænkte varicer: Vasoaktivt stof + antibiotika

Endoskopisk behandling:

- Kontaktkoagulation eller hemoclips
- Med eller uden adrenalin-saltvand
- Varicer behandles med banding/cyanoacrylate

Efter:

- PPI infusion i 72 timer

Design og metoder

Primært end-point

- 30 dages all-cause mortalitet

Sekundære endepunkter

- Behov for endoskopisk behandling
- Vedvarende- eller re-blødning
- LoS
- ITA ophold
- Behov for reskopi, kirurgi eller interventionsradiologi
- Blodtransfusioner
- Adverse events

Resultater

- 4715 patienter screenet
- 598 patienter med GBS ≥ 12
- 516 randomiseret (258 i hver gruppe)

Patientgrupper

Stort set sammenlignelige

Mindre forskel i patienter med

- Systolisk blodtryk <90mmHg
- Uden abnorme fund

Timing

Obs: Timing regnes fra kirurgisk tilsyn

Ca. 8 timers delay fra ankomst i hver gruppe

3 patienter i interventionsgruppe gennemførte ikke endoskopi

- 1 hjertestop (nyligt endovaskulær reparation for AAA)

- 1 pulmonalt ødem

- 1 afslog

5 patienter i kontrolgruppe gennemførte ikke endoskopi

- 4 dødsfald – herunder **2 pga. blødning**, 1 grundet AKS, 1 rumperet

- aorta aneurisme

- 1 afslog

20 patienter i kontrolgruppe fik gennemført haste-gastroskopi pga. nye tegn på blødning

Outcomes →

Ingen forskel i 30-dages mortalitet

Ingen forskel i "videre blødning" (persisterende blødning + reblødning) for 30 dage

Færre patienter med behov for primær endoskopisk behandling i 24-timers gruppe

Ingen signifikant forskel på andre endepunkter

Diskussion og konklusion

- Skopi inden for 6 timer er i sig selv ikke forbundet med bedre outcomes
- De fleste patienter der kan stabiliseres ved initial terapi kan planlægges til skopi den kommende dag i dagstid
- Patienter skal – stadig – observeres og skoperes akut “ved behov”
- Der er ikke evidens for at der vindes noget ved at udskyde gastroskopi på en ustabil patient

Diskussion og konklusion

Flot studie på et område hvor randomisering kan være svært, særligt i større populationer

Forfattere spekulerer over om længere PPI-behandling før skopi gør at færre behandles

Endoskopi inden for 6 timer forbedrede IKKE outcomes, MEN

- En del (20 patienter sv.t. 7%) i 24-timers gruppen måtte haste-endoskoperes
- 2 døde pga. blødning
- Indikationen for haste-skopi er mindre godt beskrevet

Bonus-artikel

--

Overblik

Stort kohorte/registerstudie baseret på data fra DK

Undersøgte sammenhæng mellem tid fra præsentation til endoskopi og mortalitet

Data taget fra DCRES database

- Patienter med melæna og/eller hæmatemese OG senere bekræftet ulcus ved gastroskopi
- >12000 patienter inkluderet
- Data fra 2005-2013

Outcomes

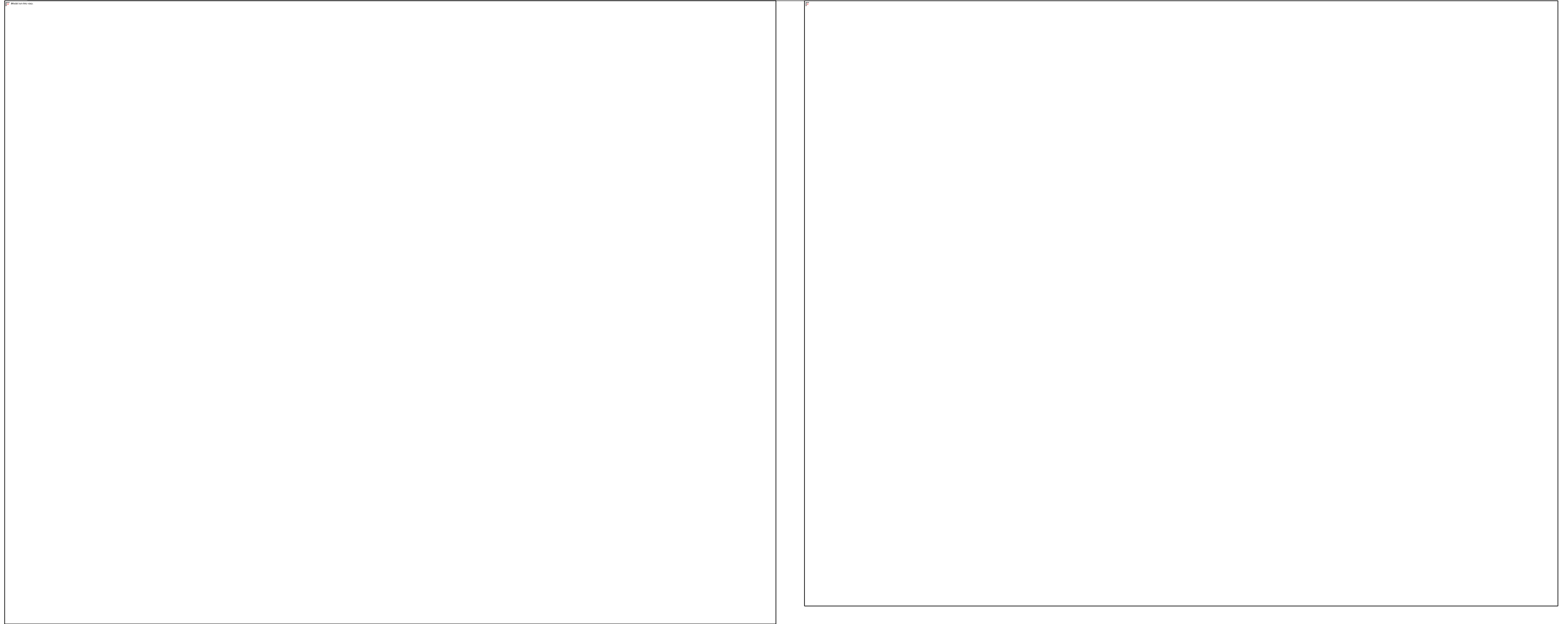
- Primært: mortalitet på hospital
- Sekundær: 30-dages mortalitet

Patienter stratificeret ihht

- Komorbiditet (ASA 1-2 vs ASA 3-5)
- Hæmodynamisk ustabilitet (Systolisk BT < 100 mmHg OG Puls >100 slag/min)

Resultater:

Sammenhæng mellem timing og mortalitet



Undersøgte variable i multivariat model

En lang række parametre registreret

- Tid fra indlæggelse til skopi (eller symptomdebut hos allerede indlagte patienter)
- Alkoholforbrug
- Magnylforbrug
- Indlæggelsestidpunkt (weekend og/eller vagt)
- Tilstedeværelse af high-risk stigmata (Forest I-IIb)
- Rygning (tidligere/nuværende)
- NSAID
- AK-behandling
- Ulcusplacering
- Steroider
- Alder
- Køn
- Hæmoglobin-niveau
- Refraktær blødning
- Blødning under indlæggelse

Logistisk regression

Man undersøger sammenhæng mellem outcome og variable i en multivariat model

Fjerner ikke-betydende variable fra modellen

Resultater

Hæmodynamisk stabile patienter, ASA 1-2:

- Ingen sammenhæng mellem timing 0-24 timer og mortalitet

Hæmodynamisk stabile patienter, ASA 3-5

- Lavere mortalitet i intervallet 12-36 timer: (OR, .48; 95% CI, .34-.67; $P < .001$)

Hæmodynamisk ustabile patienter (alle)

- Lavere mortalitet i intervallet 6-24 timer: (OR, .73; 95% CI, .54-.98; $P = .035$)

Alder og refraktær blødning var de eneste variabler der var signifikante prediktorer for dårligt outcome i alle 3 modeller

Resultater

Tabel 1-3 viser sammenhæng mellem diverse variable og mortalitet

Diskussion

Registerstudie med alle fordele og ulemper der følger med

- Data af suboptimal kvalitet
- Til gengæld mange(!) patienter
- Kan ikke sige noget om kausalitet/korrelation?
 - Meget dårlige patienter som ikke kan stabiliseres vil i sagens natur blive skoperet hurtigt og have dårligere outcomes

Støtter fund fra førømtalte studie: Tidlig skopi er ikke i sig selv en gevinst, særlig hos de hæmodynamisk stabile patienter

Nok svært at argumentere for at det er en gevinst at udskyde skopi på ustabile patienter

OBS: studiet her regner tid FRA ANKOMST til hospital, hvilket betyder mange patienter praksis vil overskride de 6 timer helt af sig selv.

Lokale anbefalinger

Livstruende blødning:

- Hvis ikke patienten responderer på den initiale kredsløbsstabiliserende behandling inden for 1 time, udføres gastroskopi på vital indikation

Den ustabile patient:

- Flyttes til ITA
- Gastroskopi times hurtigst muligt 6 timer fra ankomsttidspunktet. Gastroskopi senest kl. 20.00. Kan det ikke gennemføres, da gastroskopi næste dag indenfor de 24 timer fra ankomst.

Den stabile patient:

- Gastroskopi indenfor 6-24 timer efter ankomst, mest optimalt i dagtid