Un punteggio per le emorragie gastrointestinali superiori

Data 04 agosto 2009
Categoria gastroenterologia

Lo score di Glasgow-Blatchford risulta superiore allo score di Rockall nella velutazione iniziale del paziente con sanguinamento del tratto digestivo superiore.

In questo studio sono stati reclutati 676 pazienti che si erano presentati ad un Pronto Soccorso in alcuni ospedali inglesi per un sanguinamento gastrointestinale superiore. I pazienti sono stati valutati secondo lo score Glasgow-Blatchford (GBS), confrontato con lo score di Rockall.
L'area sotto la curva ROC dello score GBS per predire la necessità di intervento o il decesso fu di 0,90 (95%CI 0,88-0,93) mentre fu di 0,81 (0,77-0,84) per lo score di Rockall completo e di 0,70 (0,65-0,75) per il Rockall pre-endoscopico. L'applicazione dello score GBS ha permesso di identificare 123 pazienti (22%) a basso rischio, dei quali 84 (68%) non furono ricoverati, senza che per questo si verificassero effetti avversi. Anche la proporzione di soggetti che furono ricoverati si ridusse rispetto allo score di Rockall passando dal 96% al 71% ($p < 0,00001$).
Lo score GBS si basa su due parametri di laboratorio (azotemia < 6,5 mmol/L ed emoglobina > 130 g/L nell'uomo e 120 g/L nella donna) e su alcuni parametri clinici (pressione sistolica > 110 mmHg, frequenza cardiaca < 100 bpm e presenza di ematemesi o melena). I pazienti con questi parametri negativi e senza sincope, malattia epatica o scompenso cardiaco possono essere considerati a basso rischio e gestiti ambulatorialmente. Nello studio nessuno dei pazienti classificati a basso rischio necessitò di intervento per emorargia o morte ad un follow-up di sei mesi.
Gli autori concludono che usando lo score GBS si riducono, rispetto allo score di Rockall, i ricoveri per sanguinamenti del tratto gastrintestinale superiore.

Fonte:

Stanley AJ et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. Lancet 2009 Jan 3; 373:42-47.

Commento di Renato Rossi

Lo score di Rockall, il più frequentemente usato per valutare in PS un paziente con emorragia del tratto GI superiore, prevede uno score pre-endoscopico ed uno successivo endoscopico.
La tabella sottostante riassume lo score di Rockall.

[b]SCORE PRE-ENDOSCOPICO[/b]
[b]Età:[/b]
inferiore a 60 anni: 0 punti
60-79 anni: 1 punto
>= 80 anni: 2 punti
[b]Shock:[/b]
pressione sistolica superiore a 100 mmHg e frequenza cardiaca inferiore a 100 bpm: 0 punti
pressione sistolica superiore a 100 mmHg e frequenza cardiaca superiore a 100 bpm: 1 punto
pressione sistolica inferiore a 100 mmHG. 2 punti
[b]Comorbidità:[/b]
No comorbidità: 0 punti
Scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, altre comorbidità: 2 punti
Insufficienza renale o epatica, neoplasia diffusa: 3 punti

[b]SCORE ENDOSCOPICO[/b]
Mallory Weiss tear, non lesioni e non segni di emorragia recente: 0 punti
Altre diagnosi: 1 punto
Tumore del tratto gastrointestinale superiore: 2 punti
Non segni di emorragia recente oppure coaguli duri: 0 punti
Sangue visibile, coaguli adesi oppure vaso visibile: 2 punti

Lo score di Rockall è stato elaborato per calcolare il rischio di mortalità. Uno score pre-endoscopico di zero punti identifica un rischio molto basso (circa 0,2%) per cui si ritiene che il paziente possa essere dimesso ed eseguire un esame endoscopico in regime ambulatoriale. Uno score pre-endoscopico di 1 punto è correlato ad una mortalità del

2,4%, mentre quello di 2 punti indica una mortalità del 5,6%. Pertanto con un punteggio di 1 o superiori è necessario ricorrere all'esame endoscopico. Lo score GBS, rispetto al Rockall, ha il vantaggio di ottenere una performance superiore, almeno secondo lo studio recensito in questa pillola, tanto da ridurre il numero di ricoveri. Gli autori però notano, nelle loro conclusioni, che lo studio è stato effettuato nella popolazione inglese, quindi auspicano altri lavori in popolazioni diverse per determinare l'effettiva praticabilità generale del GBS. Un editorialista nota che già studi precedenti, di piccole dimensioni, ne avevano dimostrato la bontà.

Secondo le linee guida SIGN un approccio semplificato decisionale potrebbe essere quello schematizzato nel riquadro sottostante.

A) I pazienti con meno di 60 anni che soddisfano tutti i criteri seguenti possono essere dimessi precocemente dal Pronto Soccorso e invitati ad eseguire una esofagogastroscopia in regime ambulatoriale: pressione sistolica > 100 mmHg, frequenza cardiaca inferiore a 100 bpm, non evidenza di gravi patologie concomitanti (malattie epatiche e/o varici esofagee, malattie cardiache, neoplasie), paziente non ricoverato, non presenza di ematemesi, melena o ematochezia vista da un testimone.
B) Negli altri casi è opportuno tenere il paziente in Pronto Soccorso ed eseguire un esame endoscopico.

Questo schema, a cui si può aggiungere l'assenza di sincope, è di facile applicazione anche per il Medico di Medicina Generale e può servire per valutare l'urgenza di inviare il paziente in ospedale. Tuttavia si ritiene che l'invio in PS possa comunque essere giustificato anche nei soggetti a rischio basso, se non altro per l'esecuzione dei semplici esami ematochimici previsti dal GBS, con lo scopo di migliorare la stratificazione diagnostica.

RenatoRossi

Referenze

1. SIGN n. 105. Management of acte upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline. Sito Internet: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/105/index.html. Accesso del 16 dicembre 2008.