

magali ponownego zaopatrzenia. Badacze odnotowali poprawę kliniczną po powtórnym zabiegu u 58% [30].

W kontekście powyższych doniesień leczenie ogólnoustrojowe wydaje się grać dodatkową, a nawet kluczową rolę [31]. Najlepiej poznanymi czynnikami farmakologicznymi są estrogen i progesteron, jednak stosowanie ich w leczeniu angiodysplazji wciąż pozostaje kontrowersyjne. W hiszpańskim wieloośrodkowym randomizowanym badaniu kontrolowanym oceniano skuteczność przynajmniej rocznej terapii etynyloestradiolem (0,01 mg) z noretysteronem (2 mg) w porównaniu z placebo. Nie stwierdzono żadnej znamiennej statystycznie różnicy w częstości występowania krwawień ani zapotrzebowania na transfuzję krwi pomiędzy obiema grupami [32].

Innymi potencjalnie skutecznymi lekami są analogi somatostatyny, takie jak oktreotydy. W niedawno przeprowadzonej metaanalizie uwzględniającej 62 pacjentów z 3 badań odnotowano korzystny wpływ oktreotydu na zmniejszenie zapotrzebowania na transfuzję krwi u pacjentów ze zmianami angiodysplastycznymi [33]. Zapotrzebowanie na przetoczenie krwi na początku terapii w porównaniu z okresem po zastosowaniu oktreotydu znacznie spadło (średnia ważona różnic, $-2,2$, 95% CI, od $-3,9$ do $-0,5$). Mimo że talidomidowi poświęcono mniej badań, lek ten wydaje się obiecujący, gdy inne metody postępowania okazują się nieskuteczne w hamowaniu krwawienia [34, 35]. W badaniu pilotażowym talidomid podawano 7 pacjentom z przewlekłym krwawieniem ze zmianami angiodysplastycznymi, w początkowej dawce 50 mg/dobę. W przypadku dobrej tolerancji leku zwiększano dawkę o 50 mg co 1 tydzień, aż do maksymalnej dawki 200 mg/dobę. Terapię kontynuowano przez 6 miesięcy. U 4 pacjentów zdecydowano o przerwaniu kuracji w pierwszych 3–8 tygodniach z powodu skutków ubocznych; wymagali oni takiej samej ilości przetaczanej krwi jak przed eksperymentem. Natomiast pozostałych 3 pacjentów nie wymagało żadnej transfuzji w trakcie 6-miesięcznej terapii talidomidem [36].

Zmiany Dieulafoya

Terminem tym określa się poszerzoną tętnicę o krętym przebiegu, o średnicy nie większej niż 3 mm, przebijającą się przez błonę śluzową (ryc. 8.4). Zmiany te najczęściej występują w bliższej części żołądka, wzdłuż krzywizny mniejszej; czasem spotykane są również w przetyku [37] oraz jelicie cienkim i grubym [38]. Zmiany Dieulafoya mogą spowodować masywny krwotok do przewodu pokarmowego, jeśli dojdzie do przerwania ściany tętnicy; dzieje się tak w ok. 1–6% przypadków ostrych krwawień nieżylakowych z GOPP. Pęknięcie naczynia następuje zazwyczaj wskutek kombinacji kilku czynników, takich jak napięcie ściany przewodu pokarmowego podczas ruchów perystaltycznych, zmiany morfologiczne tętnicy i procesy trawienne [39, 40]. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na uszkodzenie