

Üst Gastrointestinal Sistem Kanamaları (69 Vakanın İncelenmesi)

Dr. Vedat GÖRAL, Dr. Yemliha DOĞAN, Dr. Sami KARTI,
Dr. Vahit YÜKSELEN, Dr. Halil DEĞERTEKİN, Dr. Fikri CANORUÇ

Özet: Üst GIS kanaması nedeniyle kliniğimize yatırılan ve yoğun bakım ünitesinde takibe alınıp, medikal tedavi uygulanan 69 hasta çalışmaya alındı. Endoskopik uygulama hastaların tümünde ilk 24 saat içinde yapıldı. Kanama nedenleri, peptik ülser (% 37.6), özafagus varisi (% 30.4), akut hemorajik gastrit (% 16), duodenit (% 4,3), gastrik kanser (% 2,9), Mallory-Weiss sendromu (%2,9), özafajit (% 1.45), anastomoz ülseri (% 1.45), kronik ITP (% 1.45), nedeni bilinmeyen (% 1.45) olarak saptandı. Buna göre, en fazla üst GIS kanama nedeni peptik ülser ve özafagus varis kanaması idi.

Anahtar kelimeler : Üst gastrointestinal kanamalar.

Üst GIS kanamaları, gastroenterolojide en sık karşılaşılan acil sorunlardan biri olup, etyoloji, morbidite ve mortalite oranları değişik serilerde farklılıklar göstermektedir (1). Genelde, peptik ülser kanaması birinci sırayı alırken bunu, erozif gastritisler, özafagus varisleri, özafajitler, tümörler ve diğer sebeplere bağlı kanamalar takip eder (1-9). Kanamalı olgularda tekrar nüks görülebilmekte, bu da en çok peptik ülserde (özellikle duodenal ülserde) olmaktadır. Genelde son yıllarda, Üst GIS kanamalı olgularda tedavi medikal yolla yapılmakta, yeni ve modern tedavi yöntemleri kullanılmakta, dolayısıyla cerrahi tedavi mümkün olduğu kadar ertelenmektedir.

Biz de bu çalışmada, kliniğimizde yoğun bakıma yatırılan ve medikal tedavi uygulanan vakalar-

Summary: UPPER GASTROINTESTINAL TRACT BLEEDINGS (EVALUATION OF 69 PATIENTS)

Sixty nine patients who were admitted to intensive care unit of gastroenterology department because of upper gastrointestinal bleeding, were investigated in this study. Endoscopic examination was done within the first 24 hours. The main causes of bleeding were; peptic ulcer (37.6 %), esophageal varices (30.4 %), acute hemorrhagic gastritis (16 %), duodenitis (4.4 %), gastric cancer (2.9 %), Mallory-Weiss syndrome (2,9 %), esophagitis (1,45 %), anastomosis ulcer (1.45 %), chronic ITP (1.45 %), unknown (1.45 %). Peptic ulcer and esophageal varices bleeding were most important upper gastrointestinal bleeding reason.

Key words : Uppergastrointestinal bleeding.

daki etyolojik ve klinik özellikleri değerlendirildi.

GEREÇ ve YÖNTEM

1992-1993 yılları arasında Gastroenteroloji Bilim Dalı yoğun bakım ünitesine yatırılan 69 hasta (38 erkek, 31 kadın, ort. yaş 38.1 yıl) çalışmaya alındı. Tüm hastalara stabilizasyon yapılarak damar yolu açıldı, T. A, Nb, Htc, idrar miktarları, barsak sesleri, her saat başı kontrol edildi. Kanama için risk faktörleri ve kaçınıcı kanama olduğu araştırıldı. Nazogastrik sonda, varis kanaması dışındaki olgularda, yutturularak gastrik irrigasyon yapıldı. Hastalara ilk 24 saat içinde acil endoskopik girişim yapıldı ve Pentax FG 32X cihazı kullanıldı. Hematokritin yaşlılarda 30'un altında olması, gençlerde 25'in altında olması ve hemodinaminin bozuk oluşu, kan transfüzyonu endikasyonu olarak kabul

Tablo I : Vakalarımızdaki kanama sebepleri.

	Sayı	%'de
Peptik ülser	26	37.6
Özafagus varis kanaması	21	30.4
Akut hemorajik gastrit	11	16
Duodenit	3	4.3
Gastrik kanser	2	2.9
Mallory-Weiss sendromu	2	2.9
Özafajit	1	1.45
Anastomoz ülseri	1	1.45
Kronik ITP	1	1.45
Sebebi bilinmeyen	1	1.45
Toplam	69	

edildi. Uygulanan tedavi yöntemi ve tedavi süresi not edildi. Nabız sayısının 100/dk'nın üstündeki değerler taşikardi, sistolik kan basıncının 90 mm Hg'nin altındaki değerler hipotansiyon olarak kabul edildi.

SONUÇLAR

69 üst GİS kanamalı hastada kanama sebepleri, Tablo I'de gösterildi. Elde edilen sonuçlar şöyle idi :

1. En sık kanama sebebi, peptik ülser grubu olup, 69 hastanın 26'sında peptik ülser (23 duodenal ülser, 3 gastrik ülser) saptandı. Duodenal ülserde 11 hastada NSAID, 4 hastada stress, 3 hastada diyet değişikliği kanama nedeni iken, gastrik ülserde 2 olguda da NSAID alımını takiben kanama öyküsü vardı. Gastrik ülserde kanama ilk defa idi, duodenal ülser grubunda 13 hastada birinci, 6 hastada 2'nci, 4 hastada 3'ncü kanama idi. Duodenal ülserli grupta 6 hastada hipotansiyon, 17 hastada normal tansiyon, gastrik ülserli 2 vakada da normal tansiyon saptandı. Gastrik ülserde 2 vakada da hematemez ve melena saptanırken, duodenal ülserde 16 vakada melena, 7 vakada hematemez ve melena mevcuttu. Melena süresi gastrik ülserde ort. 1.5 gün iken, duodenal ülserde 3.2 gün idi. Barsak sesleri 8 duodenal ülserde normal, 17 duodenal ülserlide ve gastrik ülserde artmıştı. Gastrik ülserli gruba kan verilmedi. 14 duodenal ülserliye kan transfüzyonu yapıldı. Sippy diyeti, gastrik ülserde ort. 1,5 gün, duodenal ülserde ort. 3.2 gün verildi. İlaveten H₂ reseptör antagonistleri (Ulcuran Amp) ve sıvı antasitler kullanıldı.

2. Özafagus varis kanaması; 21 hastada (% 30.4) saptandı. Kanama sayısı, ort. 2,1 (1-8) idi. 15 vakada normal tansiyon, 6 vakada hipotansiyon saptandı. Htc değerleri % 16-38 (Ort. 25.1) arası değişiyordu. Kanama nedeni olarak 2 vakada NSAID saptanırken, 19 vakada belirlenemedi. Tüm kanamalı hastalara destekleyici tedavi ve o anda aktif kanaması olanlara Sengstaken-Blackmore tüpü yutturuldu ve en geç 48 saat sonra çıkarıldı. 13 vakada barsak sesleri artmış olup, 2 vakada sadece melena, 19 vakada hematemez ve melena mevcuttu. Melena süresi 1-7 gün (ort. 3.1 gün) idi.

3. Akut hemorajik gastrit; 11 vakada (% 16) saptandı. Tüm hastalarda NSAID öyküsü vardı. 8 hastada birinci kanama, 3 hastada 3'ncü kanama şeklinde idi. 5 hastada melena, 6 hastada melena ve hematemez mevcuttu. Melena süresi, ort. 2,4 gün (1-9 gün) idi. Htc değerleri, ort. % 39.2 (% 22-44) düzeyinde olup, 2 hastaya kan transfüzyonu (ort. 3,5 Ü) yapıldı. Barsak sesleri 7 olguda artmıştı. Tedavi olarak sippy diyeti ve H₂ reseptör antagonisti ve sıvı antasitler verildi.

4. Gastrik kanser; 2 hastada (% 3) saptandı. 1 hastada melena, diğerinde hem melena ve hematemez vardı. 2 hastada da birinci kanama idi ve kanamayı presipite eden faktör saptanmadı. Melena süresi 1.5 gün olup, 2 hastaya 2 gün süreyle medikal tedavi uygulanıp, cerrahiye verildi.

5. Diğerleri : Tablo II'de verildi.

TARTIŞMA

Üst GİS kanamaları, çeşitli nedenlere bağlı olarak oluşan, mortalite ve morbidite oranları farklı olan, gastroenterolojide sık karşılaşılan acil sorunlardan biridir (1-9). Mortalite ve morbidite; yaş, kanamanın derecesi, tekrarlayan kanama olması, presipite edici faktör, uygulanan takip ve tedaviye göre değişmektedir. Yaşlılarda tedaviye yanıtın azalması, kanayan lezyondaki damarın aterosklerotik oluşuna bağlı olabilir (10). Bu nedenle bu tür hastalar cerrahiye aday kişilerdir. Kanama sayısının artması da, kişinin cerrahi tedaviye aday olduğunu gös-

Tablo II : Diğer nadir üst GİS kanaması nedenleri.

Tanı	Sayı	T.A	Htc (%)	Nabız	Yatış süresi	Kaçıncı kanama	Risk faktör	Barsak sesleri	Hematemez ve melena	Melena süresi	Kan trans	Medikal tedavi ve süresi
Duodenit	3	N	19-35 ort. 27	N	6.1	Birinci	NSAI	N	3'nde melena	6 gün	+	5 gün sippy diy.
M.W. Send.	2	N	17-28 22.5	≠	4	Birinci	?	≠	1 M. 1 h+m	2 ve 8 gün ort.5	+	Sippy diy. 2 gün
Özafajit	1	N	N	N	3	1	?	N	Melena	3	+	Sippy 3 gün
Kronik İTP	1	Ø	32	≠	4	1	?	≠	Melena	3. gün	+	Hematolojiye sevk edildi
Anastomoz ülseri	1	N	37	≠	4	1	?	≠	Melena	3	+	Sippy 3 gün
Sebebi Bilinmeyen	1	N	24	N	4	1	?	N	Melena	2	+	2 gün

terir. Üst GİS kanaması geçiren hastaların modern gastroenteroloji kliniklerindeki yoğun bakım ünitelerinde takip ve tedavilerinin mükemmel olması nedeniyle, mortalite daha düşük, uygun yoğun bakım ünitesi ve ekibi bulunmayan hastane kliniklerinde mortalite daha yüksektir.

Bizim çalışmamızda, peptik ülser kanaması birinci sırayı almış, ancak ikinci sırayı özafagus varis kanaması almıştır. Bazı serilerde, ikinci sırayı varis kanaması dışı nedenler (akut hemorajik gastrit, özafajitler v.s.) almaktadır (1-4). Bunu, bölgemizde, karaciğer sirozunun sık görülmesi ve en önemli komplikasyonu olması ve ilimizdeki özafagus kanamalı hastaların Fakültemize sevk ile açıklayabiliriz.

En sık kanama nedeni peptik ülser hastalığı olup, genelde % 5-10 mortalite oranına sahiptir. Genelde gastrik ülser kanamalarında mortalite, duodenal ülser kanamasından fazladır. Ülser kanamalarının tedavisinde medikal tedavi olarak İ. V yolla H_2 reseptör antagonistleri, sekretin, vazopressin, somatostatin kullanılmaktadır. Ayrıca, prostaglandinler ve bir antifibrinolitik ajan olan tranexamic asit kullanılmış, değişik sonuçlar alınmıştır (1). Endoskopik yöntemler olarak Nd-YAG tedavisi, heater probe veya BİCAP tedavisi, elektrokoagülasyon, topikal tedavi (doku yapışkanları, pıhtılaşma faktörleri, kollagen gibi). Sklerozan ve vazokonstrikör ajanların enjeksiyon tedavileri yapılmaktadır (1).

Bizim çalışmada, tedavi olarak klasik tedavi yöntemleri kullanılmıştır. Sippy diyeti ile tedavi süresi duodenal ülserde 3,2 gün, gastrik ülserde 1,5 gün olarak bulundu. Klasik tedavi ile kısa sürede yanıt alınmıştır. En sık kanama nedeni literatürde NSAID olup (11), bizim sonuçlarımız da bunu doğrulamaktadır.

Özafagus varis kanamaları, yüksek derecede mortalite oranına sahiptir (1). Mortalite oranı, ilk yatışta % 30, daha sonraki yatışlarda ise daha fazladır. Özafagus varis kanamasındaki mortalite, gastrik varis kanamasından daha fazladır. Hastaların 1/3'ü taburcu edildikten sonra 6 hafta içinde tekrar kanamaktadır. Özafagus varisi olduğu bilinen bir hastada kanama varsa, mutlaka, gerekirse, ilk 12 saatte endoskopi yapılmalıdır. Çünkü, özafagus varisli hastaların 1/3'ünde kanama, varis dışı başka bir neden de olabilir. Tedavi olarak, Sengstaken-Blakemore balon tamponadı, skleroterapi, perkütan transhepatik varis obliterasyonu, somatostatin, endoskopik varis ligasyonu ve cerrahi tedaviler kullanılmaktadır. Tedavi oranı tedavi şekline bağlı olarak değişmektedir. Profilaktif tedavi olarak propranol kullanımı da tavsiye edilmektedir. Biz kendi vakalarımıza ilk 24 saatte endoskopi yapıp, Sengstaken-Blakemore balon tamponadı yerleştirdik. Kanama sayısının ort. 2,1 olması (bir vakada 8), birden fazla kanama gösteren vakalarda, skleroterapi veya cerrahi endikasyonunu doğrulamaktadır. Vaka-

larımız genelde hipotansiyona meyil olduklarından, propranol tedavisinin, normotansif ve seçilmiş vakalara yapılmasından yanayız.

Akut hemorajik gastritler, çoğu kez NSAID alımı ile ortaya çıkarlar. Tedavide, medikal ve cerrahi teknikler kullanılmaktadır. Kendi vakalarımızda, gastrik irrigasyonla beraber, parantal H₂ reseptör antagonistleri ve sippy diyeti uyguladık. İyi sonuçlar alındı ve cerrahi tedavi uygulanmadı. Diğer kanama nedenleri, sıklığı

ve tedavi şekilleri nedeniyle, literatür ile uyumluluk gösterdi. Kronik ITP'li bir hasta dışındaki vakalar, peptik ülser kanaması gibi takip ve tedavi edildi. Kronik ITP'li hastada, primer hastalığa yönelik tedavi yapıldı.

Sonuç olarak, Üst GİS kanamaları sık karşılaşılan bir acil sorun olup, hastaların hemen cerrahiye verilmemesini (12), medikal tedavide ısrar edilmesini savunmaktayız. Özellikle, yeni endoskopik tedavi yöntemlerinin uygulanması, cerrahi tedavi endikasyonunu sonlara itmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sleisenger MH, Fordtran JS, Gastrointestinal bleeding. In : Gastrointestinal Disease. 1989, 397-427.
2. Marshall J : Acute gastrointestinal bleeding. Post Graduate Medicine. 1990, 87 (4), 63-70.
3. Demir A, Onat O, Dönder E, Ayhan O, Alaşehirli A. : Üst gastrointestinal sistem kanaması ile gelen hastaların endoskopik değerlendirilmesi. Gastroenteroloji. 1993, 4 (1), 97-98.
4. Bilgin A, Karaayvaz M, Doğru O, Kama NA. : Üst gastrointestinal sistem kanamaları (38 vakanın incelenmesi). Gastroenteroloji. 1993, 3 (4), 704-707.
5. Özden A, Dönderici Ö, Samur M, Dumlu Ş, Reşit A, Uzunaliçoğlu Ö. : Başvuru sırasında üst gastrointestinal kanama geçirmekte olan ve olmayan 419 peptik ülserli olgunun irdelenmesi. Gastroenteroloji. 1993, 4 (1), 93-96.
6. Fleischer D. : Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology. 1983, 84, 538-542.
7. Schaffner J. : Acute gastrointestinal bleeding. Med Clin of North Am. 1986, 70, 1055-1066.
8. Branicki FS, Boey J, Fok PJ et al. Bleeding duodenal ulcer. Ann Surg. 1990, 211, 411-418.
9. Wana P. : Endoscopic prediction of major rebleeding. A prospective study of stigmata of hemorrhagic in bleeding ulcer. Gastroenterology. 1985, 88, 1209-1213.
10. Antler AS, Pichumon CS, Thomas G et al. : Gastrointestinal bleeding in the elderly, morbidity-mortality and cause. Am J Surg 1981, 142, 271-273.
11. Armstrong CP, Blower AL. : Non-steroidal anti-inflammatory drugs and life threatening complications of peptic ulceration. Gut. 1987, 28, 527-32.
12. Bekada H, Charikhi M, Haicheur R, Yanes Y, Mentouri B. : Bleeding peptic ulcer 10 years experience. Am. J. Surg. 1984, (147), 375-377.