

## 5.1.

# Gastrointestinal Hemoraji

*Dr. İsmail Erkan AYDIN  
Dr. Muhammed Raşit ÖZER*

### Vaka Örneği

Acil servise 67 yaşında erkek hasta kanlı kusma ve siyah renkli dışkılama ile başvuruyor. Özgeçmişinde iskemik kalp hastalığı ve kalp yetmezliği öyküsü olduğunu bu sebeple bazı ilaçlar kullandığını fakat asetil salisilik asit dışındaki ilaçlarını eczaneden alamadığı için doktoruna sormadan kestğini belirtiyor. Vital bulgularında Kan basıncı: 150/90 mmHg Nabız: 110 atım/dk. Fizik muayenede bilinci açık, koopere-oryante, batin muayenesinde epigastrik hassasiyet mevcut, rebound/defans yok, rektal muayenesinde melena tespit ediyorsunuz. Bakılan laboratuvar testlerinde Hemoglobin: 12,5 g/dL, üre: 100 mg/dL, kreatinin: 1,4 mg/dL olarak saptanıyor. Gastroenteroloji kliniğine konsülte edilen hastaya endoskopi yapılıyor. Hastanın endoskopi raporunda mide antrumunda 1 adet pıhtılı ülser raporlanıp hasta acil servise geri gönderiliyor. Hastanın Glasgow-Blatchford Skoru nedir ve bundan sonraki tedavisi nasıl olmalıdır? Hastanın Forrest Sınıflaması nedir ve bundan sonra hastanın yönetiminin nasıl yapılması gerekmektedir?

### Genel bilgiler

Gastrointestinal hemoraji (GİH), terminal duodenumda Treitz ligamentine göre tanımlanır, bu nedenle özofagus, mide ve duodenum orijinli kanamalar üst ve diğerleri alt gastrointestinal hemoraji olarak isimlendirilir (1). Akut üst GİH dünyada sık görülen bir hastalıktır ve yıllık insidansı tahmini 40-150/100.000 vakadır (2,3). Üst gastrointestinal hemorajiler sıklıkla hastaneye yatışla sonuçlanır ve özellikle yaşlı popülasyonda artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Üst gastrointestinal kanamada mortalite oranları medikal tedavi, yoğun bakım ünitesinde tedavi, endoskopi ve cerrahideki ilerlemelere rağmen son 2 yılda yaklaşık % 15 oranında sabit kalmıştır (1). Ölüm oranı, büyük olasılıkla komorbid durumlarla ilişkili olarak yaşlı hastalar, sirotik ve varisli

hastalardaki artışa bağlı olarak artmaktadır. Akut üst GİH'nin en sık nedenleri varis ilişkili olmayan kanamalardır. Bu kanama sebepleri içerisinde peptik ülserler % 28 - % 59 (duodenal ülser %17 - % 37 ve gastrik ülser % 11 - % 24); özofagus/mide/duodenum mukozal eroziv hastalığı (% 1 - % 47); Mallory - Weiss sendromu (% 4 - % 7); üst gastrointestinal sistem malignitesi (% 2 - % 4); diğer tanılar (% 2 - % 7) veya kesin bir neden tespit edilemeyenler (% 7 - % 25) bulunur (2,3). Ayrıca, akut üst gastrointestinal kanama vakalarının % 16-20'sinde, endoskopik olarak birden fazla tanı, kanamanın nedeni olarak saptanabilir (4). Alt GİH mortalite oranı yaklaşık % 4'dür. Prediktör faktörler içerisinde; 70 yaşından büyük olmak, intestinal iskemi, komorbid hastalıklar, koagülasyon bozuklukları, eritrosit süspansiyonu transfüzyonu ve erkek cinsiyet bulunur (1).

Hastanın endoskopi sonucuna göre Forrest sınıflaması 2B olup tekrar kanama riskinin yüksek olması nedeniyle endoskopik hemostaz tedavi gerekmektedir ve ayrıca hastanın endoskopi sonrası, hastane yatışı ve IV PPI tedavi alması gerekmektedir. Bu sebeple gastroenteroloji konsültasyonu devam tedavisi ve yatış amacıyla yenilenir.

## Kırmızı bayraklar

- ☞ Glasgow-Blatchford Skoru 0 ve 1'in üzerinde olan hastalar yüksek riskli kabul edilir.
- ☞ GBS skorunda yüksek riskli olan hastaların hastaneye yatış, endoskopi, kan transfüzyonu, cerrahi gibi tedavilere ihtiyacı olabilir.
- ☞ Forrest sınıflamasına göre 2C ve 3 dışındaki hastaların endoskopik tedavi ve hastaneye yatış endikasyonu mevcuttur.
- ☞ GBS skorunun Rockall ve AIMS65 skorlarına göre düşük riskli hastayı belirleme konusunda üstünlüğü mevcuttur.
- ☞ Bu skorlamaların hiçbiri hastanın taburculuk kararını vermede tek başına yeterli değildir. Hastanın genel durumu, komorbiditesi ve skorlamada yer almayan değişkenler de hastanın taburculuk kararında göz önünde bulundurulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Walls RM, Marx JA, Hockberger RS, Adams J, Rosen P. Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice 9th edition. Emergency Medicine. 2017. 242-248 p.
2. Van Leerdam. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008;22(2):209–24.
3. Hearnshaw SA, Logan RFA, Lowe D, Travis SPL, Murphy MF, Palmer KR. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: Patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit. Gut. 2011;60(10):1327–35.
4. Gralnek I, Dumonceau J-M, Kuipers E, Lanas A, Sanders D, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy [Internet]. 2015;47(10):a1–46. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1393172>
5. Wilkins T, Khan N, Nabh A, Al E. Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding. American family physician. 2012.
6. Baradaran R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, Skoczylas L, Wang K, Rivilis S, et al. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. Am J Gastroenterol. 2004;99(4):619–22.
7. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med [Internet]. 2013;368(1):11–21. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1211801%5Cnpapers2://publication/uuid/7791E54C-78FF-450F-9862-70EF39E31B57>
8. McQuilten ZK, Crichton G, Engelbrecht S, Gotmaker R, Brunskill SJ, Murphy MF, et al. Transfusion interventions in critical bleeding requiring massive transfusion: A systematic review. Vol. 29, Transfusion Medicine Reviews. 2015. p. 127–37.
9. Dorward S, Sreedharan A, Leontiadis GI, Howden CW, Moayyedi P, Forman D, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding (Review). Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2012;(7):CD005415. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005415.pub2%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054257>
10. Lanas A, Aabakken L, Fonseca J, Mungan Z, Papatheodoridis G, Piesseaux H, et al. Variability in the management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in Europe: an observational study. Adv Ther. 2012;29(12):1026–36.
11. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. Lancet (London, England). 2000;356(9238):1318–21.
12. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut. 1996;
13. Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. Gastrointest Endosc. 2011;
14. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. New England Journal of Medicine. 1994.
15. Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJC. Endoscopy In Gastrointestinal Bleeding. The Lancet. 1974.

16. Pang SH, Ching JYL, Lau JYW, Sung JY, Graham DY, Chan FKL. Comparing the Blatchford and pre-endoscopic Rockall score in predicting the need for endoscopic therapy in patients with upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc.* 2010;
17. Laursen SB, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. The Glasgow Blatchford score is the most accurate assessment of patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;
18. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R, Piscopo R. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: A randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc.* 2002;
19. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, Vigil H, Azari R, Melnikoff N, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: A randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc.* 1999;
20. De Groot NL, Bosman JH, Siersema PD, Van Oijen MGH. Prediction scores in gastrointestinal bleeding: A systematic review and quantitative appraisal. *Endoscopy.* 2012.
21. Vreeburg EM, Terwee CB, Snel P, Rauws EAJ, Bartelmsman JFW, Vd Meulen JHP, et al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. *Gut.* 1999;
22. Yaka E, Yilmaz S, Özgür Doğan N, Pekdemir M. Comparison of the glasgow-blatchford and AIMS65 scoring systems for risk stratification in upper gastrointestinal bleeding in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2015;
23. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, Ngu JH, Schultz M, Abazi R, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ.* 2017;
24. Lin HJ, Wang K, Perng CL, Lee FY, Lee CH, Lee SD. Natural history of bleeding peptic ulcers with a tightly adherent blood clot: a prospective observation. *Gastrointest Endosc.* 1996;
25. De Groot NL, Van Oijen MGH, Kessels K, Hemmink M, Weusten BLAM, Timmer R, et al. Reassessment of the predictive value of the Forrest classification for peptic ulcer rebleeding and mortality: Can classification be simplified? *Endoscopy.* 2014;

### ■ Kısaltmalar:

GİH	Gastrointestinal hemoraji
BT	Bilgisayarlı tomografi
MR	Magnetik rezonans görüntüleme
PPI	Proton pompa inhibitörü
IV	İntravenöz
GBS	Glasgow-Blatchford skoru
SKB	Sistolik kan basıncı
YBÜ	Yoğun bakım ünitesi
INR	Uluslararası normalleştirilmiş oran
ESGE	Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Derneği
BUN	Kan üre azotu
WBC	Beyaz küre sayısı
AST	Aspartat aminotransferaz
LDH	Laktat dehidrogenaz
IU	Uluslararası birim
AP	Akut pankreatit
SIRS	Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu
SF	Serum fizyolojik
PaO <sub>2</sub>	Arteriyel kanda kısmi oksijen basıncı