

Bölüm 8

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

Ahmet KAYALI¹

GİRİŞ

Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları acil servis başvurularının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Akut üst GİS kanamaları yılda %5-10 oranında bir mortaliteye sahiptir. Mortalite en sık kanayan özefagus varisleri, gastrik ülser, duodenal ülser nedeniyle görülmektedir. Ölümlerin çoğu 60 yaş üzeri yaşlı hastalarda ve ciddi kalp hastalığı, kanser, böbrek yetmezliği gibi ek ağır hastalığı bulunanlarda görülmektedir. Tanım olarak üst gastrointestinal sistem kanamaları; özefagusun üst kısmı ile treitz ligamanı arasında kalan alandan kaynaklanan kanamalar olarak tanımlanır.

Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletlerinde yıllık ölümlerin 20000 kadarının nedeni üst GİS kanamalarıdır. Alt GİS kanamalarına göre çok daha sık görülmektedirler. Erkeklerde kadınlara göre 2 kat fazla üst GİS kanaması görülmekle birlikte mortalite oranları benzerdir.

Üst GİS kanama insidansı yaş ilerledikçe artış göstermektedir. Üst GİS kanaması nedeniyle başvuruların yaklaşık %30 kadarını 65 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır. Üst GİS kanamalarının yaklaşık %80'i, spontan düzelir. En önemli iki prognostik faktör, kanamanın nedeni ile altta yatan başka bir hastalığın bulunup bulunmaması gibi görünmektedir.

Anamnez, Semptom ve Bulgular

Üst GİS kanama şüphesi olan hastalarda detaylı bir klinik öykünün alınması önemlidir. Hastanın yaşı, olası üst GİS kanama için öntanılarımızı değiştirebileceğinden öyküde önemli bir faktördür. Yaşlı hastalarda divertikül, kanser daha sık kanama sebebi iken, gençlerde peptik ülser, ösofajit veya varisler kanama sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha önce geçirilmiş bir kanama öyküsü, bilinen bir GİS hastalığı varlığı, geçirilmiş operasyon öyküsü, ilaç kullanımı öyküsü, karın ağrısı, barsak alışkanlığında değişiklik, kilo kaybı gibi şikayetlerin varlığı, orofaringeal hastalık öyküsü; tanı koymada yardımcı olan diğer unsurlardır.

¹ Uzm.Dr.İzmir Katip Çelebi Üniv. Atatürk EAH Acil Tıp, ahmetkayali@hotmail.com

Anjiyografik Tedavi

Anjiyografik tedavi ülser kanamalı hastalarda nadiren gerekir. Ciddi, persistan kanaması olanlarda, endoskopik tedavinin başarısız olduğu hastalarda, endoskopik tedavi mümkün olmadığında veya cerrahi girişim çok riskli olduğunda kullanılabilir. Bağırsak iskemisi, MI, beyin, böbrek ve diğer uç organ hasarlarına neden olabilir.

Cerrahi Tedavi

Medikal tedbirlerle durdurulamayan kanamalar, cerrahi yöntemlerle tedavi edilir. Operasyonun tipi bulunan patolojiye bağlıdır. Varis kanamalı hastada cerrahi müdahalede mortalite çok yüksektir. Hasta mümkün olduğunca elektif şartlarda cerrahiye verilmelidir.

Şant ameliyatları, portal basıncı düşürerek varis kanamalarının tedavisinde etkili biçimde kullanılmaktadır. Kanaması durmuş olan hastalarda tekrar kanamanın önlenmesi amacıyla da şant ameliyatları uygulanmaktadır.

Tedavi Sonrası Bakım ve İzlem

Düşük riskli hastaların endoskopi sonrası taburcu olabileceği, ancak yüksek riskli hastaların en az 72 saat hastanede kalması gerektiğini belirtilmektedir.

Endoskopik tedavi sonrası takip eden 48-72 saat, yüksek gastrik pH (6 üstü) değerini korumak için asit baskılayıcı tedavi başlanmalıdır. Yüksek bir mide pH'sı yüksek doz intravenöz PPI tedavisi ve sürekli infüzyon ile elde edilebilir.

Endoskopik tedavisi gerekmeyen ve diğer komorbiditeleri olmayan hastaların taburculuğu düşünülmelidir.

İlk endoskopik tedavi suboptimal kabul edilen veya tekrar kanamanın yaşamını tehdit etme olasılığı olan hastalarda ilk 24 saat içinde endoskopinin tekrar etmesi önerilmektedir. Birkaç hafta içinde ülser iyileşmesini değerlendirmek için endoskopi tekrarı önerilir.

KAYNAKLAR

1. Alican F. Abdomen: Genel konular. Alican F (ed). *Cerrahi Dersleri*. 2. baskı. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık; 1998. Cilt 1: 419-491.
2. Alkım H, Şaşmaz N. Akut üst gastrointestinal sistem kanaması. Özden A, Şahin B, Yılmaz U, Soykan İ (ed). *Gastroenteroloji*. 1. baskı. Ankara: Fersa Matbaacılık; 2002. 141- 148.
3. Andrus CH, Ponsky JL. The effect of irrigant temperature in upper gastrointestinal hemorrhage: A requiem for iced saline lavage. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 1062.
4. ASGE Standards of Practice Committee. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(4):497-504.
5. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003; 139(10):843-857.

6. Bennett C, Klingenberg SL, Langholz E, Gluud LL. Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD006640.
7. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. *Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines*. Gut 2002; 51:iv1-iv6.
8. Brullet E, Campo R, Calvet X, et al. A randomized study of the safety of outpatient care for patients with bleeding peptic ulcer treated by endoscopic injection. *Gastrointest Endosc* 2004; 60:15.
9. Cebeci H. Portal Hipertansiyon. Edit: Değerli Ü, Bozfakioğlu Y. *Cerrahi Gastroenteroloji. Nobel Tıp Kitabevleri* 5. baskı 2000: 209-17
10. Edit: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Sleisenger & Fordtran's *Gastrointestinal and Liver Disease: pathophysiology, diagnosis, management*. 7th ed. : 211-243
11. Fleischer D. Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1983; 84: 538.
12. Giday SA, Kim Y, Krishnamurthy DM, et al. Long-term randomized controlled trial of a novel nanopowder hemostatic agent (TC-325) for control of severe arterial upper gastrointestinal bleeding in a porcine model. *Endoscopy*. 2011 Apr. 43(4):296-9.
13. Green FW Jr, Kaplan MM, Curtis LE, Levine PH. Effect of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. A possible contributor prolonged gastroduodenal mucosal hemorrhage. *Gastroenterology*. 1978 Jan;74(1):38-43.
14. Hamoui N, Docherty SD, Crookes PF. Gastrointestinal hemorrhage: is the surgeon obsolete. *Emerg Med Clin North Am* 2003; 21(4):1017-1056.
15. Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology* 1988; 95: 1569.
16. Lau JY, Leung WK, Wu JC, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2007 Apr 19. 356(16):1631-40.
17. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: A randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 755.
18. Memik F. Peptik ülser komplikasyonları. Edit: Memik F. *Klinik Gastroenteroloji. Nobel Tıp Kitabevleri* 2004: 145-49
19. Memişoğlu K. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2005; 1(4):1-6.
20. Moshe Nadler and Rami Eliakim. The role of capsule endoscopy in acute gastrointestinal bleeding. *Ther Adv Gastroenterol* 2014, Vol. 7(2) 87–92
21. Mungan Z. Üst gastrointestinal sistem kanamaları. Edit: Ökten A. *Gastroenterohepatoloji. Nobel Tıp Kitabevleri* 2001: 75-89
22. Oh DS, Pisegna JR. Management of upper gastrointestinal bleeding. *Clin Fam Pract* 2004; 6(3):631-645.
23. Podolsky DK, İsselbacher K. Gastrointestinal sistem hastalıkları. Edit: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. *Harrison iç hastalıkları prensipleri. Nobel Tıp Kitabevleri*. 15. baskı 2004: 1649-65
24. Rosen AM, Fleischer DE. upper GI bleeding in the elderly: *Diagnosis and management. Geriatrics* 1989; 44: 26.
25. Törüner M. Gastrointestinal hastalıkların belirtileri. Geçim İ E (Çeviri ed). *Cerrahinin İlkeleri. 1. baskı. Ankara: Antip; 2004. 1053-1100.*
26. Wolf AT, Wasan SK, Saltzman JR. Impact of anticoagulation on rebleeding following endoscopic therapy for nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:290.