

Bölüm 20

ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMALAR VE AĞRI

Ömer ÖZDUMAN²²

GİRİŞ

Üst gastrointestinal kanama genel olarak sindirim sisteminde Treitz ligamanının proksimalinden kaynaklanan kanamaları ifade eder. Hastalar mide özefagus veya duodenumdan kaynaklı kanamalara bağlı farklı klinik tablolarla başvurur. En sık başvuru şekli hematemez (taze kan veya kahve telvesi şeklinde kusma) veya melena (siyah katran renginde gayta) (1). Ancak hematokrezyası olan ve hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda da üst gastrointestinal kanama düşünülmelidir. Üst gastrointestinal kanama şüphesi olan bir hastanın ilk değerlendirmesi hemodinamik durum değerlendirmesi, potansiyel risk faktörlerinin belirlenmesi ile başlar. İlk resüsitasyondan sonra, kanama kaynağını teşhis etmek ve potansiyel olarak tedavi etmek için endoskopik değerlendirme yapılmalıdır. İlk müdahaleyle kanama kontrol altına alındıktan sonra rekürren kanamaya eğilim yaratacak risk faktörleri gözden geçirilmelidir.

EPİDEMİYOLOJİ

Üst gastrointestinal kanama, dünya genelinde 100.000 nüfus başına yıllık ortalama 40-150 vaka insidansı olan, sıklıkla hastaneye yatışa neden olan ve özellikle yaşlılarda önemli derecede morbidite ve mortalite gösteren, yaygın bir durumdur (2). Hastanede yatış insidansı genellikle yaşla artar ve erkeklerde kadınlardan daha sık görülür (3). Üst gastrointestinal kanamanın en yaygın üç nedeni, peptik ülser hastalığı (PÜH), özofagogastrik varisler ve eroziv özofajittir (1). Akut kanamanın en sık nedenleri varis dışı kanamalardır(4). Bunlar peptik ülserler % 28 -59 (% 17 - 37 duodenal ülser ve % 11-24 gastrik ülser) ; özofagus / mide / duodenumun mukozal eroziv hastalığı % 1-47; Mallory – Weiss sendromu % 4 -7; üst sindirim sistem malignitesi % 2- 4; veya kesin sebep bulunamayanlar % 7-25 şeklindedir (5) (6). Hasta öyküsü ve fizik muayene sıklıkla kanamanın spesifik etiyojisi hakkında ipuçları sağlayabilir.

²² Operatör Doktor, Hopa Devlet Hastanesi, omer_ozduman@yahoo.com

rilir (33). Rutin olarak malignensi şüphesi dışında kontrol endoskopiye gerek yoktur (33). İki kez endoskopik girişime rağmen tekrar kanama olan hastalarda cerrahi ve radyolojik embolizasyon gerektirir (33). Nonstereoid antiinflamatuvar ilaçlar kesilmeli veya cox-2 seçici inhibitörleri ile değiştirilmelidir. Peptik ülserle bağlı kanaması olan hastalarda H.pylori varlığı araştırılmalı eğer pozitifse antibiyotik tedavisi başlanarak eradike edilmelidir. Bu sayede peptik ülserle bağlı tekrar kanama oranlarının azaldığı gösterilmiştir (35).

SONUÇ

Üst gastrointestinal kanamalı hastalar hematemez melena ve nadir olarak da hematoketzya ile başvururlar. Etiyolojide en sık olarak peptik ülser özefagogastrik varisler ve özefajitler yer alır. Üst gastrointestinal kanamalı hastalar başvuru anından itibaren hemodinamik olarak değerlendirilerek iv kristalloid transfüzyon ihtiyacı ve endoskopi zamanlaması belirlenmelidir. İlk resüsitasyondan sonra endoskopi ile terapötik ve tanısal girişim yapılmalıdır. Tekrar kanama açısından risk faktörleri belirlenerek gerekli medikal önlemler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL, editors. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. Mayo Clinic Proceedings; 2019: Elsevier.
2. Kopylov U, Ron Y, Avni-Biron I, Koslowsky B, Waterman M, Daher S, et al. Efficacy and safety of vedolizumab for induction of remission in inflammatory bowel disease—the Israeli real-world experience. Inflammatory bowel diseases. 2017;23(3):404-8.
3. Longstreth GF. Epidemiology of Hospitalization for Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage: A Population--Based Study. American Journal of Gastroenterology. 1995;90(2).
4. Gralnek IM, Dumonceau J-M, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015;47(10):a1-a46.
5. Van Leerdam M. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Best practice & research Clinical gastroenterology. 2008;22(2):209-24.
6. Hearnshaw SA, Logan RE, Lowe D, Travis SP, 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.
7. Ali T, Harty RE. Stress-induced ulcer bleeding in critically ill patients. Gastroenterology Clinics. 2009;38(2):245-65.
8. Lu C-L, Chang S-S, Wang S-S, Chang F-Y, Lee S-D. Silent peptic ulcer disease: frequency, factors leading to “silence,” and implications regarding the pathogenesis of visceral symptoms. Gastrointestinal endoscopy. 2004;60(1):34-8.
9. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W, Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases tPPCotACoG. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Hepatology. 2007;46(3):922-38.
10. Turcotte JG, Child III CG. Portal Hypertension: Pathogenesis, Management and Prognosis. Postgraduate medicine. 1967;41(1):93-102.

11. Pugh R, Murray-Lyon I, Dawson J, Pietroni M, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *British Journal of Surgery*. 1973;60(8):646-9.
12. Grossi L, Ciccaglione AF, Marzio L. Esophagitis and its causes: Who is “guilty” when acid is found “not guilty”? *World journal of gastroenterology*. 2017;23(17):3011.
13. Guntipalli P, Chason R, Elliott A, Rockey DC. Upper gastrointestinal bleeding caused by severe esophagitis: a unique clinical syndrome. *Digestive diseases and sciences*. 2014;59(12):2997-3003.
14. Mullin GE, Matarese LE, Palmer M. *Gastrointestinal and liver disease nutrition desk reference*: CRC Press; 2011.
15. Antinori C, Andrew C, Santaspirt JS, Villanueva D, Kuchler J, DeLeon M, et al. The many faces of aortoenteric fistulas. *The American Surgeon*. 1996;62(5):344-9.
16. Cendan JC, Thomas IV JB, Seeger JM, Richardson JD. Twenty-one Cases of Aortoenteric Fistula: Lessons for the General Surgeon/DISCUSSION. *The American Surgeon*. 2004;70(7):583.
17. Gutierrez G, Reines H, Wulf-Gutierrez ME. Clinical review: hemorrhagic shock. *Critical care*. 2004;8(5):373.
18. Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *Jama*. 2012;307(10):1072-9.
19. 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. *The American journal of gastroenterology*. 2004;99(4):619.
20. Kwan I, Bunn F, Chinnock P, Roberts I. Timing and volume of fluid administration for patients with bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(3).
21. Spahn DR, Bouillon B, Cerny V, Coats TJ, Duranteau J, Fernández-Mondéjar E, et al. Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: an updated European guideline. *Critical care*. 2013;17(2):R76.
22. Annane D, Siami S, Jaber S, Martin C, Elatrous S, Declère AD, et al. Effects of fluid resuscitation with colloids vs crystalloids on mortality in critically ill patients presenting with hypovolemic shock: the CRISTAL randomized trial. *Jama*. 2013;310(17):1809-17.
23. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Concepción M, Hernandez-Gea V, Aracil C, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(1):11-21.
24. Rockall T, Logan R, Devlin H, Northfield T. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996;38(3):316-21.
25. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *The Lancet*. 2000;356(9238):1318-21.
26. Koch DG, Arguedas MR, Fallon MB. Risk of aspiration pneumonia in suspected variceal hemorrhage: the value of prophylactic endotracheal intubation prior to endoscopy. *Digestive diseases and sciences*. 2007;52(9):2225-8.
27. Acosta RD, Abraham NS, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Early DS, Eloubeidi MA, et al. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*. 2016;83(1):3-16.
28. Sreedharan A, Martin J, Leontiadis GI, Dorward S, Howden CW, Forman D, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(7).
29. Raptis S, Dollinger H, Von Berger L, Schlegel W, Schröder K, Pfeiffer E. Effects of somatostatin on gastric secretion and gastrin release in man. *Digestion*. 1975;13(1-2):15-26.
30. Bañares R, Albillos An, Rincón D, Alonso S, González M, Ruiz-del-Arbol L, et al. Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology*. 2002;35(3):609-15.
31. Lee YY, Tee H-P, Mahadeva S. Role of prophylactic antibiotics in cirrhotic patients with variceal bleeding. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2014;20(7):1790.

32. Kanwal F, Barkun A, Gralnek IM, Asch SM, Kuipers EJ, Bardou M, et al. Measuring quality of care in patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: development of an explicit quality indicator set. *The American journal of gastroenterology*. 2010;105(8):1710.
33. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *The American journal of gastroenterology*. 2012;107(3):345.
34. Forrest JH, Finlayson N, Shearman D. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *The Lancet*. 1974;304(7877):394-7.
35. Gastrointestinalbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo F, Bujanda L, Calvet X, et al. IV Spanish Consensus Conference on Helicobacter pylori infection treatment. *Gastroenterología y Hepatología (English Edition)*. 2016;39(10):697-721.