

Gastrointestinal Hemoraji (Üst ve Alt)

Pari Shah, MD, MSCE

Çeviri: Uz. Dr. Firdevs Tuğba Bozkurt, Prof. Dr. Seval İzdeş

Gastrointestinal (GI) kanama, her yıl hastaneye yatışların önemli bir miktarından sorumlu olmakta, ortalama 4 gün hastanede kalış ve %30'dan fazla hasta, yoğun bakım ünitesi (ICU) gereksinimi duymaktadır. Nedenin erken tanısı ve zamanında

müdahalesi, ICU ihtiyacını ve hastaneye yatışları önemli ölçüde azaltıp ve morbidite ve mortaliteyi düzeltebilir. Bu bölümde üst ve alt GI kanama ayırıcı tanısı ve tedavi prensipleri tartışılacaktır.

ÜST GI KANAMA

ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1 Üst GI kanamanın (UGIB) tedavisinde ilk adım, hemodinamik durumu değerlendirmek ve herhangi bir instabilite durumunda resüsitasyon yapmaktır. Kısıtlı transfüzyon stratejileri (hemogloblin [Hb] <7 için transfüzyon) agresif transfüzyon stratejilerinden daha iyi sonuç verir.
- 2 Hastalar klinik ön göstergelere ve endoskopik bulgulara dayanarak, tekrar kanama ve mortalite riski için sınıflara ayrılmalıdır.
- 3 UGIB için erken endoskopi (24 saat içinde) sonuçları ve hastanede kalış süresini düzeltir; yüksek riskli lezyonlar (aktif kanayan damar, sızdıran damar, görünür damar) için endoskopik tedavi gerekir. Endoskopik tedavisi başarısız olan hastalar için, anjiyografi ile embolizasyon kurtarıcı tedavi olarak kullanılabilir.
- 4 Varisten kanama şüphesi olan hastalara erken endoskopi gerekir ve kanama işaretleri olan varislerin tedavisi için bant ligasyonu yapılmalıdır; endoskopik tedavisi başarısız olan hastalar için, transjugular intrahepatik portosistemik şant yerleştirme (TIPS) kurtarma tedavisi olarak uygulanabilir.
- 5 Endoskopik tedavi ile birlikte uygulanan farmakolojik tedavi, yeniden kanama oranlarını ve hayatta kalmayı iyileştirebilir.

GİRİŞ

UGIB'in görülme sıklığı, her yıl 100.000 yetişkinde 48 ile 160 olgudur. Üst GI kaynaklı kanama, kanamanın belirgin bulguları olan melena, hematemez veya bazen hematokezya ile tanınır ve kanama lezyo-

nun yeri özofagus, mide veya duodenum dur. UGIB, alt GI kanamasından (LGIB) 5-6 kat daha yaygındır. UGIB'nin klinik ortaya çıkışı, klinik olarak önemsiz kanamadan, hayatı tehdit eden kanamaya kadar değişiklik gösterebilir. UGIB' den ölüm oranı genellikle



ŞEKİL 36-2 LGIB'nin Yönetimi.

yonu gibi aynı yöntemler kullanılarak endoskopik olarak tedavi edilebilir.

Kanayan bölgenin lokalize edilemediği ve divertikül kanaması konusunda yüksek klinik şüphe olan hastalar, devam eden kanamanın değerlendirilmesi için yakın takip ile geleneksel bir biçimde yönetilebilirler. Eğer aşırı kanama varsa, klinik kötüleşme mevcut ise veya devam eden kanamadan şüpheleniliyor ise, hasta, CT anjiyogram, standart anjiyografi veya işaretlenmiş alyuvar hücresi görüntülemesi gibi çok sayıda radyolojik testten biri ile yapılan değerlendirmeden faydalanabilir.

CT anjiyografinin yaygın ulaşılabilirliği, bu testi kanama bölgesini lokalize etmek için yaygın kullanılan bir ilk test haline getirmiştir. Çok sayıda çalışma; CT anjiyografinin, aktif kan ekstrevasiyonunun saptanmasıyla ya da yeni kanamayla uyumlu olarak intraluminal içeriğin lokalizasyonu, yüksek doğruluk oranına sahip olduğunu göstermektedir. CT anjiyografinin avantajı, bu değerlendirmeyi hızlı bir

şekilde büyük ölçüde yapabilme kabiliyetindedir. Eğer lokalizasyon başarılı olursa, hastalar IR'ye yönelik perkütan embolizasyon için ya da cerrahi rezeksiyon için uygun hale gelirler. IR'ye yönelik embolizasyon, LGIB tedavisinde son derece etkilidir ve klinik olarak anlamlı GI kanamalı hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır. İşaretli alyuvar görüntülemesi de LGIB'nin lokalizasyonunda yardımcı olabilir ancak, değerlendirmeyi yapmak için gereken zaman ve kesin kanama kaynağının lokalize edilememesi/yapısal görüntüleme eksikliği nedeniyle, CT anjiyogramdan daha az tercih edilmektedir.

LGIB'de hangi lokalizasyon yönteminin en uygun olduğunun belirlenmesi, devam eden bir tartışma olarak kalmıştır ve bu gastroenterologlar, radyologlar ve cerrahlar arasında hastanın klinik stabilitesi ve kolonoskopi için gerekli hazırlık süresi hesaba katılarak, çok disiplinli bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

SONUÇLAR

LGIB, tedavi için UGIB ile benzer ilkeleri izlemektedir; değerlendirme hematokezyanın doğrulanması ve muhtemel UGIB'nin değerlendirilmesi ile başlar. Kan kaybı değerlendirilmesi ve resüsitasyon tedavideki ilk adımdır. Klinik olarak stabil olan hastaların, lokalizasyon ve olası kanama lezyonlarının tedavisi için kolonoskopi öncesinde hazırlanması önerilmektedir; hemodinamik instabilitesi olan veya devam eden GI kan kaybı olan hastalarda ise kanama alanının lokalizasyonu amacıyla CT anjiyogramı uygulanması, ardından konvansiyonel anjiyografi ve kanayan damarının embolizasyonu veya kesin tedavi için cerrahiye alınması önerilmektedir.

REFERANSLAR

1. Kim JJ, Sheibani S, Park S, Buxbaum J, Laine L. Causes of bleeding and outcomes in patients hospitalized with upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol.* 2014;48(2):113-118.
2. Greenspoon J, Barkun A, Bardou M, et al. Management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10(3):234-239.
3. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on

- the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010;152(2):101-113.
4. Lanas A, Wu P, Medin J, Mills EJ. Low doses of acetylsalicylic acid increase risk of gastrointestinal bleeding in a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011;9(9):762-768.e6.
 5. Holster IL, Valkhoff VE, Kuipers EJ, Tjwa ET. New oral anticoagulants increase risk for gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology.* 2013;145(1):105-112.e15.
 6. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med.* 2013;368(1):11-21.
 7. Wolf AT, Wasan SK, Saltzman JR. Impact of anticoagulation on rebleeding following endoscopic therapy for nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol.* 2007;102(2):290-296.
 8. Lau JY, Leung WK, Wu JC, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med.* 2007;356(16):1631-1640.
 9. 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;74(1):38-43.
 10. Banares R, et al. Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology.* 2002;35(3):609-615.
 11. Seo YS, Park SY, Kim MY, et al. Lack of difference among terlipressin, somatostatin, and octreotide in the control of acute gastroesophageal variceal hemorrhage. *Hepatology.* 2014;60(3):954-963.
 12. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, et al. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology.* 2007;46(3):922-938.
 13. Puente A, Hernandez-Gea V, Graupera I, et al. Drugs plus ligation to prevent rebleeding in cirrhosis: an updated systemic review. *Liver Int.* 2014 Jul;34(6):823-833.
 14. Reverter E, Tandon P, Augustin S, et al. A MELD-based model to determine risk of mortality among patients with acute variceal bleeding. *Gastroenterology.* 2014;146(2):412-419.e3.
 15. Laine L, McQuaid KR. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: an evidence-based approach based on meta-analyses of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7(1):33-47; quiz 1-2.
 16. Bhatt DL, Cryer BL, Contant CF, et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. *N Engl J Med.* 2010;363(20):1909-1917.
 17. Monescillo A, Martínez-Lagares F, Ruiz-del-Arbol L, et al. Influence of portal hypertension and its early decompression by TIPS placement on the outcome of variceal bleeding. *Hepatology.* 2004;40(4):793-801.
 18. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, et al. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology.* 2007;46(3):922-938.
 19. Davila RE, Rajan E, Adler DG, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2005;62(5):656-660.