

Gastrointestinal Kanamalar

Dr. Öğr. Üyesi İlhan TAŞDÖVEN

Ana Konular

- ▶ Klinik Bulgular ve Kanamanın Özellikleri
- ▶ Gastrointestinal Kanamalı Hastanın Değerlendirmesi
- ▶ Üst Gastrointestinal Kanamalar
- ▶ Alt Gastrointestinal Kanamalar
- ▶ Belirsiz Bir Kaynaktan Olan Akut Gastrointestinal Kanama

Gastrointestinal (GI) kanamalar; özofagusun üst ucundan, mide, ince bağırsaklar, kolon ve anüse kadar olan gastrointestinal traktan kaynaklanan kanamalardır. Gelişen tanı ve tedavi yöntemlerine rağmen mortalitesi %6-10 olan ciddi klinik tablolarıdır. Gastrointestinal kanamaların % 85'i minimal müdahale ile spontan dururken; %15'lik kısmı agresif müdahale gerektirir. Kanama; demir eksikliği anemisine neden olan gizli kanamadan, mortalitesi yüksek çok ciddi akut kanamaya kadar değişen problemlere neden olabilir.

Gastrointestinal kanamalar Treitz ligamanına göre üst ve alt gastrointestinal kaynaklı olarak iki başlık altında incelenir. Üst GI kanamalar özofagusun üst kısmı ile Treitz ligamanı proksimali arasında herhangi bir yerinden lümen içine olan kanamaları, alt GI kanamalar ise Treitz ligamanı distalinden anüse kadar olan kanamaları da alt GI kanamaları tanımlar. Akut GI kanamaların %85'ini üst GI, %15'ini alt GI kanamaları oluşturur. Gastrointestinal kanamalar üst ve alt ayrımı yapmaksızın yaşlı popülasyonda ve erkek cinsiyette daha sık görülmektedir. Üst GI kanama insidansı 100/100.000 iken alt GI kanama insidansı 20/100.000'dir.

KLİNİK BULGULAR VE KANAMANIN ÖZELLİKLERİ

Akut GI kanamalar; kanama bölgesinin yerine ve kanama hızına göre hematemez, melana ya da hemotokezya şeklinde görülebilir. Akut kanamaların en yaygın bulgularıdır.

Hematemez (Kanlı Kusma)

Ağızdan parlak kırmızı renkli taze kanama şeklinde veya mide asidi ile temas etmiş yavaş bir kanama ise kahve telvesi şeklinde olabilir. Pıhtıların bulunması daha agresif bir kanamayı gösterir. Treitz ligamanının proksimalinden üst GI'dan kaynaklandığını gösterir.

Melena

Rektumdan cıvık, kötü kokulu, koyu siyah, katran renginde dışkılama şeklindedir. Üst GI kanama sonrası gastrik asitle etkisiyle hemoglobinin hematine dönüşmesi sonrasında kolon bakterileri etkisiyle gaita siyah kadran rengini alır. Melena olabilmesi için 50-100 ml kadar kan yeterlidir. Demir, bizmut,

Kaynaklar

- Townsend, C. M, Beauchamp, R. D, Evers, B. M. ve Mattox, K. L. (2017). *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice*, 20th Edition. Philadelphia: Elsevier.
- Shiotani A, Graham DY. Pathogenesis and therapy of gastric and duodenal ulcer disease. *Med Clin N Am* 2002; 1447-46.
- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al (2010). International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 152:101–113.
- Nguyen DC, Jackson CS: The Dieulafoy's lesion (2015). An update on evaluation, diagnosis, and management. *J Clin Gastroenterol* 49:541–549.
- Hsu YC, Chung CS, Tseng CH, et al. (2009). Delayed endoscopy as a risk factor for in-hospital mortality in cirrhotic patients with acute variceal hemorrhage. *J Gastroenterol Hepatol* 24:1294–1299.
- Dechene A, El Fouly AH, Bechmann LP, et al (2012). Acute management of refractory variceal bleeding in liver cirrhosis by self-expanding metal stents. *Digestion* 85:185–191
- Ghassemi KA, Jensen DM (2013). Lower GI bleeding: Epidemiology and management. *Curr Gastroenterol Rep* 15:333.
- Rockey DC (2003). Occult gastrointestinal bleeding. In: *Current Diagnosis and Treatment*. Lange New York ,83- 96.
- Lipof T, Sardella WV, Bartus CM, et al (2008). The efficacy and durability of super-selective embolization in the treatment of lower gastrointestinal bleeding. *Dis Colon Rectum* 51:301– 305.
- Shinozaki S, Yamamoto H, Yano T, et al (2010). Long-term outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding investigated by double-balloon endoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 8:151–158.
- Çubukçu, A. (2011). Genel Cerrahi, Yan Dal Uzmanlık Sınavına Hazırlık Serisi, Cilt 2. İstanbul: Klinisyen Tıp Kitabevleri.