

BÖLÜM 32

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

Coşkun ATEŞ¹

GİRİŞ

Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları acile başvuruların önemli nedenlerinden birisidir. Biz de bu bölümümüzde özellikle tanı ve tedavisinden bahsetmeye çalıştık.

EPİDEMİYOLOJİ

Yıllık insidansı 100,000'de 36-172'dir. GİS kanamalarının önemli bir kısmı üst gastrointestinal kanaldan yani Treitz ligamenti üstünden, az bir kısmı ise alt gastrointestinal kanaldan kaynaklanmaktadır¹.

Yaşamı tehdit eden en önemli kanama nedeni peptik ülser kanamasıdır. Üst GİS kanama nedenleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir².

Tablo 1. Üst gastrointestinal kanama nedenleri

Nedenler	%
Peptik ülser	35-50
Malloryweiss	2-5
Duodenit/Gastrit/Erozyon	10-20
Varis	5-12
Özefajit	20-30
Vaskülnedenler	2-3
Tümör	2-5
Aortaduodenal fistül	<1

KLİNİK BULGULAR

Gastrointestinal sistem kanamasının klinik semptom ve bulguları, kanama bölgesine, etiyolojisine ve kanamanın hızına bağlı olarak ortaya çıkar.

Hasta stabil hale geldikten sonra, gastrointestinal kanamanın spesifik belirtilerini ve kanamaya yatkınlık yaratan diğer durumları tanımlamak amacıyla doğru bir öykü alınmalıdır. Gastrointestinal kanamanın en tipik belirtileri hematemez, melena ve hematokezyadır³.

Hastalar daha çok melena, taze kan kusma veya "kahve telvesi şeklinde" kusma (hematemez) ile başvurabilir. Karın ağrısı da olabilir. Majör kanamalarda rektal kanama (hematokezya) da görülebilir⁴.

Hematemez kanlı kusma olarak tanımlanır. Kanamanın trietz ligamının üstünden olduğunu gösterir³.

Kanın midede hidroklorik asit ile teması sonucu oluşur. Temasın uzunluğuna bağlı olarak parlak kırmızı veya kahverengi olabilir³.

Melena (siyah dışkılama), hemoglobinin bağırsak mikrobiyomu ve sindirim enzimleri tarafından hematine dönüşmesi nedeniyle oluşan, karakteristik kokulu siyah renkli dışkılamadır. Melena üst, alt veya orta GİS kanaması durumunda ortaya çıkabilir. Ancak transit zamanı çok uzamışsa (paralitik ileus gibi) distal alt GİS kanamasında da ortaya çıkabilir. He-

¹ Uzm.Dr, İç Hastalıkları Anabilim Dalı /Yoğun Bakım Bilim Dalı, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, drcsknates@gmail.com

Tablo 3. Glasgow Blatchford Skoru

Kan Üre(mg/dl)	
18.2-22.3	2
22.4-27.9	3
28-69.9	4
≥70	6
Hemoglobin erkek(g/dl)	
12-13	1
10-12	3
<10	6
Hemoglobin kadın (g/dl)	
10-12	1
<10	6
Sistolik kan basıncı (mmHg)	
10-11	1
9-10	2
<9	3
Nabız hızı >100	1
Melena	1
Senkop	2
Hepatik hastalık	2
Kardiyak yetmezlik	2

ENDOSKOPİK TEDAVİ

Hastalar hemodinamik olarak stabilize edilmeli ve başvurudan sonraki 24 saat içinde endoskopi yapılmalıdır. Eğer hasta sıvı resüsitasyonuna rağmen hipotansif yada taşikardikse, hastanede hematemizi devam ediyorsa, antikoagülanı kesilemiyorsa o zaman 12 saat içinde endoskopi yapılması önerilmektedir⁶.

Endoskopide yüksek risk belirtileri (aktif kanama, görünür damar, pıhtılar) olan hastalara üç gün boyunca hastanede tedavi edilmelidir. Endoskopiden hemen sonra sıvılarla beslenebilirler. Sıvı gıda, hasta tekrar kanamaya başlarsa, oral alımdan sonraki iki saat içinde sedasyon ve anestezi uygulanabilmesi avantajını sağlar. Temiz tabanlı ülseri olan hastalar taburcu edilebilirler¹⁰.

Kanamayan ülserler endoskopik görünümüne göre Forrest sınıflaması ile değerlendirilir¹¹.

Tablo 4. Forrest Sınıflaması

	Endoskopik Görünüm	Kanama Riski %
1a	Arteriyel fışkırır tarzda kanama	100
1b	Arteriyel sızıntı şeklinde kanam	17-100
2a	Kanamayan görünen damar	8-81
2b	Yapışık pıhtı	14-36
2c	Hematin kaplı ülser	0-13
3	Temiz tabanlı ülser	0-10

KAYNAKLAR

1. Yıldız F, Senneraoglu E., A Retrospective Study of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding Cases Admitting Emergency Service Acta Oncol Tur.. 2018; 51(3): 317-323
2. Palmer K. Management of haematemesis and melena Postgrad Med J 2004;80:399-404. doi: 10.1136/pgmj.2003.017558
3. Federica G., Nicola A., Stefano K., et. Al. Clinical approach to the patient with acute gastrointestinal bleeding Acta Biomed. 2018; 89(Suppl 8): 12-19.
4. Sverdén E., Sheraz R, Agreus L., et.al. Acute upper gastrointestinal bleeding BMJ 2018;363:k4023 doi: 10.1136/bmj.k4023
5. Dinesen L., Benson M., Managing acute upper gastrointestinal bleeding in the acute assessment unit Clinical Medicine 2012, Vol 12, No 6: 589-593
6. Gralnek IM., Dumoncean JM., Kuipers EJ., et.al. Diagnosis and Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Endoscopy 2015; 47(10): a1-a46
7. Monteiro S., Gonçalves TC., Magalhães J., et.al. World J Gastrointest Pathophysiol 2016 February 15; 7(1): 86-96
8. Işık B., Büyükcem F., Ekiz F., et.al. Acil servise üst gastrointestinal kanama ile başvuran hastalarda bazı skorlama istemleri ve ortalama platelet hacminin mortalite öngörüsünde değeri Abant Med J 2014;3(3):242-247
9. Lee BE., Risk Stratification for Patient with Upper Gastrointestinal Bleeding Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res 2018;18:225-230
10. Saleem S., Thomas AL., Management of Upper Gastrointestinal Bleeding by an Internist Cureus 2018 Jun; 10(6): e2878.
11. Ferguson CB, Mitchell RM. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding Ulster Med J 2006;75:32-9