

# GERİATRİ VE ODAK BELİRSİZ GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

Nuretdin SUNA<sup>1</sup>  
Nurettin TUNÇ<sup>2</sup>  
Alper MACİF<sup>3</sup>

## GİRİŞ

Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları ağızdan rektum veya anüse kadar olan herhangi bir lokalizasyondan köken alabilmektedir. GİS kanamalarının aşikar klinik manifestasyonları ise hematemez, melena ve/veya hematokezya şeklinde olabilir. Kanama epizodlarının yaklaşık %50'si üst gastrointestinal trakt (Treitz Ligamanı proksimali) kökenli iken; %40'ı alt gastrointesitnal trakt (kolon-rektum) kökenlidir. Kanamaların yaklaşık %10'u ise ince barsak kaynaklıdır. İnce barsak kanamaları ise Treitz Ligamanı ile ileoçekal valv arasındaki herhangi bir lokalizasyondan kaynaklanabilmektedir (1,2).

Odak belirsiz gastrointestinal kanamalar; negatif özofagogastroduodenoskopi ve terminal ileumun da değerlendirildiği ileokolonoskopi bulgularının olduğu ince barsak kanamaları olarak tanımlanmaktadır. İnce barsak kanamaları; okült olabileceği gibi aşikar kanama ile de prezente olabilir (2).

Anemi; ileri yaş popülasyondaki en yaygın hematolojik problemdir. Ayrıca demir eksikliği anemisi oldukça yaygın olup genellikle kaynaklı kronik okült kanamadan kaynaklandığı için

araştırılması ve tedavi edilmesi gerekmektedir (3). GİS kanamalarının insidansı 80 yaş üzerinde yüksektir ve her yıl 100.000 kişide 350 oranında görüldüğü düşünülmektedir (4). Ayrıca; yaşlı popülasyonun yaklaşık %20'si negatif üst ve alt GİS endoskopi bulgularına sahip olup bunların üçte ikisi ince barsak lezyonuna sahiptir (5). Bu nedenle; odak belirsiz GİS kanamalarının doğru tanı ve tedavi ile yönetimi oldukça önemlidir.

**2. Odak Belirsiz Gastrointestinal Sistem Kanamalarının Nedenleri :** Odak belirsiz GİS kanamalarının ayırıcı tanısı hastanın yaşı temel alınarak yapılmaktadır. Örneğin; 40 yaşından genç hastalarda sebep genellikle malignite (ör: lenfoma), polipozis sendromları, Meckel divertikülü, inflamatuvar barsak hastalıkları veya Dieulafoy lezyonları olmakta iken; ileri yaşta sebep genellikle anjiyoektazi veya nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımı ilişkili ülserlerdir (2).

**2.1. Anjiyoektazi:** Anjiyoektazi; ileri yaşta veya siroz, kronik renal hastalık, romatolojik hastalıklar veya şiddetli kardiyovasküler hastalıklar gibi komorbid hastalıkları bulunan kişilerde görülebilen; gastrointestinal traktusta oluşmuş aberran damarlardır. Bu lezyonlar; okült kanamaya neden olabileceği gibi aşikar kanamaya da sebep

<sup>1</sup> Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD., Gastroenteroloji BD., nurettinsuna.44@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-6234-7788

<sup>2</sup> Doç. Dr., Memorial Diyarbakır Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, nurettin@frat.edu.tr, ORCID iD: 0000-0002-9723-4510

<sup>3</sup> Uzm. Dr., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, macifalper05@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-4998-056X

- Amato2, G Silecchia3, A Puzziello4\* From XXV National Congress of the Italian Society of Geriatric Surgery Padova, Italy. 10-11 May 201
4. Lanas A, García-Rodríguez LA, Polo-Tomás M, Ponce M, Alonso-Abreu I, Perez-Aisa MA, Perez-Gisbert J, Bujanda L, Castro M, Muñoz M, Rodrigo L, Calvet X, Del-Pino D, Garcia S: Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. *Am J Gastroenterol* 2009, 104:1633-4
  5. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000, 118:197-200
  6. Endoscopic classification of vascular lesions of the small intestine (with videos) Tomonori Yano, MD, Hironori Yamamoto, MD, Keijiro Sunada, MD, Tomohiko Miyata, MD, Michiko Iwamoto, MD, Yoshikazu Hayashi, MD, Masayuki Arashiro, MD, Kentaro Sugano, MD
  7. Evaluation of occult gastrointestinal bleeding. Bull-Henry K, Al-Kawas FH *Am Fam Physician*. 2013 Mar;87(6):430-6.
  8. Recurrent gastrointestinal bleeding of obscure origin: report of 17 cases and a guide to logical management. Spiller RC, Parkins RA *Br J Surg*. 1983;70(8):489.
  9. Capsule endoscopy in patients with cardiac pacemakers, implantable cardioverter defibrillators, and left heart devices: a review of the current literature. Bandorski D, Keuchel M, Brück M, Hoeltgen R, Wieczorek M, Jakobs R *Diagn Ther Endosc*. 2011;2011:376053. Epub 2011 Apr 27.
  10. Capsule endoscopy or push enteroscopy for first-line exploration of obscure gastrointestinal bleeding? de Leusse A, Vahedi K, Edery J, Tiah D, Fery-Lemonnier E, Cellier C, Bouhnik Y, Jian R *Gastroenterology*. 2007;132(3):855
  11. Does capsule endoscopy improve outcomes in obscure gastrointestinal bleeding? Randomized trial versus dedicated small bowel radiography. Laine L, Sahota A, Shah A *Gastroenterology*. 2010;138(5):1673. Epub 2010 Feb 2.
  12. Impact of fecal occult blood on obscure gastrointestinal bleeding: observational study. Kobayashi Y, Watabe H, Yamada A, Suzuki H, Hirata Y, Yamaji Y, Yoshida H, Koike K *World J Gastroenterol*. 2015 Jan;21(1):326-32.
  13. Long-term outcome of capsule endoscopy in obscure gastrointestinal bleeding: a nationwide analysis. Min YW, Kim JS, Jeon SW, Jeon YT, Im JP, Cheung DY, Choi MG, Kim JO, Lee KJ, Ye BD, Shim KN, Moon JS, Kim JH, Hong SP, Chang DK *Endoscopy*. 2014;46(1):59.
  14. Enteroscopes. ASGE TECHNOLOGY COMMITTEE, DiSario JA, Petersen BT, Tierney WM, Adler DG, Chand B, Conway JD, Coffie JM, Mishkin DS, Shah RJ, Somogyi L, Wong Kee Song LM *Gastrointest Endosc*. 2007 Nov;66(5):872-80. Epub 2007 Sep 27.
  15. Do we need the overtube for push-enteroscopy? Benz C, Jakobs R, Riemann JF *Endoscopy*. 2001;33(8):658.
  16. Push-enteroscopy for diagnosis of patients with gastrointestinal bleeding of obscure origin. Foutch PG, Sawyer R, Sanowski RA *Gastrointest Endosc*. 1990;36(4):337.
  17. Long-term outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding investigated by double-balloon endoscopy. Shinozaki S, Yamamoto H, Yano T, Sunada K, Miyata T, Hayashi Y, Arashiro M, Sugano K *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8(2):151
  18. Cost-effectiveness analysis of management strategies for obscure GI bleeding. Gerson L, Kamal A *Gastrointest Endosc*. 2008;68(5):920.
  19. Total peroral intraoperative enteroscopy for obscure GI bleeding using a dedicated push enteroscope: diagnostic yield and patient outcome. Zaman A, Sheppard B, Katon RM *Gastrointest Endosc*. 1999;50(4):506.
  20. Efficacy of intraoperative enteroscopy in diagnosis and prevention of recurrent, occult gastrointestinal bleeding. Ress AM, Benacci JC, Sarr MG *Am J Surg*. 1992;163(1):94.
  21. A prospective two-center study comparing wireless capsule endoscopy with intraoperative enteroscopy in patients with obscure GI bleeding. Hartmann D, Schmidt H, Bolz G, Schilling D, Kinzel F, Eickhoff A, Huschner W, Möller K, Jakobs R, Reitzig P, Weickert U, Gellert K, Schultz H, Guenther K, Hollerbuhl H, Schonenleben K, Schulz HJ, Riemann JF *Gastrointest Endosc*. 2005;61(7):826.
  22. CT enterography in obscure gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. Wang Z, Chen JQ, Liu JL, Qin XG, Huang Y J *Med Imaging Radiat Oncol*. 2013 Jun;57(3):263-73. Epub 2013 Jan 18.
  23. Obscure gastrointestinal bleeding: diagnostic performance of multidetector CT enterography. Lee SS, Oh TS, Kim HJ, Chung JW, Park SH, Kim AY, Ha HK *Radiology*. 2011 Jun;259(3):739-48. Epub 2011 Apr 1.