

3

Kanlı Kusma

Mustafa KAPLAN
Adem AKSOY

GİRİŞ

Treitz ligamenti (duodenojejunal bileşke) proksimalindeki kanamalar üst, distalindeki kanamalar alt gastrointestinal sistem (GİS) kanamalar olarak sınıflandırılmıştır (1). Hematemez (kanlı kusma) ise treitz ligamenti-nin proksimalinden köken alan kanamalarda karşımıza çıkmaktadır. Kahve telvesi görünümünde (midedeki kanın hidroklorik asidin etkisi ile sindirilmesine bağlı olan ve genelde durmuş kanamayı gösteren kanama), koyu kırmızı (aktif devam eden kanama) veya parlak kırmızı (çok miktarda ve süratli bir kanama) renkte olabilir (1).

Melena ise sindirilmiş kanın rektum yolu ile dışarı atılması sonucu katran veya kömür gibi parlak veya bazen mat siyah renkte dışkılamadır. Hematemeze benzer şekilde %90-95 oranında treitz ligamentinin proksimalinden kaynaklanır ama özellikle ince bağırsak veya sağ kolon kaynaklı kanamalar da melenaya sebep olabilir. Kanama az ise; şekilli, siyah ve az miktarda olur. Kanama fazla ise; parlak siyah, erimiş katran görünümünde, yumuşak ve fazla miktarda olur. Melena görülmesi için 50-100 ml'nin üzerindeki kanamalar yeterlidir. Bu nedenle ağız içi kanama, epistaksis veya hemoptizi gibi durumların da melenaya sebep olabileceği unutulmamalıdır. Melena kanama durduktan sonra 3 gün daha devam eder. Bu bilgi kanamanın endoskopik olarak kontrol altına alındığı durumlar için oldukça kıymetlidir. Azosilin gibi antibiyotikler, demir içeren ilaçlar, bizmut ve organik kömür melena görünümü yapabileceği için mutlaka hastanın hikayesinde sorgulanmalıdır. Yine yakın zamanda yoğun şekilde kırmızı renkli meyve ve sebze yemek yalancı peroksidad aktivitesi nedeniyle gaytada gizli kan pozitifliği yaptığı gibi melena görüntüsüne de sebep olabilir.

ETİYOLOJİ

Hematemez ve dolayısıyla üst GİS kanamasının en sık sebebi peptik ülser hastalığıdır. Peptik ülser hastalığı çoğunlukla bulbus yani duodenum ilk kısımda görülmekle beraber mide, özofagus, anastomoz hattı ve meckel divertikülü gibi organlarda da görülebilir. Çoğu zaman hematemeze sebep

kullanan başka bir skorlama sistemidir, ancak risk altındaki hastaları belirlemek için Blatchford ve Rockall skorlarından daha az duyarlıdır.

TABURCULUK

Yeniden kanamanın çoğu ilk 72 saatte olacağı için bu süreden sonra hasta stabil ise taburcu edilebilir (1). Aşağıdaki durumlara dikkat edilmesi yararlı olacaktır:

1. Komorbidite yoksa
2. Stabil vital bulgulara sahipse
3. Normal bir hemoglobin seviyesine sahipse
4. Riskli grupta değilse (varis kanaması, aktif kanama, dieulafoy lezyonundan kanama veya yüksek riskli ülser kanaması gibi) taburcu olabilir.

SONUÇ

Hematemez üst GİS kanamanın en sık bulgularından olup ayırıcı tanısı ve tedavisinde ayrıntılı hikaye alınması, fizik muayene bulguları ve kan sonuçları oldukça önemlidir. Hematemeze sebep olan durum belirlendikten sonra ise medikal ve endoskopi tedavi oldukça başarılı bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: guideline recommendations from the International consensus group. *Ann Intern Med.* 2019;171(11):805-822.
2. Gralnek IM, Dumonceau 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.
3. Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed?. *JAMA.* 2012;307(10):1072-1079.
4. Cappell MS, Friedel D. Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy. *Med Clin North Am.* 2008;92(3):491-xi.
5. Ernst AA, Haynes ML, Nick TG, Weiss SJ. Usefulness of the blood urea nitrogen/creatinine ratio in gastrointestinal bleeding. *Am J Emerg Med.* 1999;17(1):70-72.
6. Karakostas S, Tzagarakis E, Kalemaki D, Lydakis C, Paspatis G. Nasogastric aspiration/lavage in patients with gastrointestinal bleeding: a review of the evidence. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2018;12(1):63-72.
7. Rockey DC, Ahn C, de Melo SW Jr. Randomized pragmatic trial of nasogastric tube placement in patients with upper gastrointestinal tract bleeding. *J Investig Med.* 2017;65(4):759-764.
8. Hayat U, Lee PJ, Ullah H, Sarvepalli S, Lopez R, Vargo JJ. Association of prophylactic endotracheal intubation in critically ill patients with upper GI bleeding and

- cardiopulmonary unplanned events. *Gastrointest Endosc.* 2017;86(3):500-509.e1.
9. ASGE Standards of Practice Committee, Acosta RD, Abraham NS, et al. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy [published correction appears in *Gastrointest Endosc.* 2016 Mar;83(3):678]. *Gastrointest Endosc.* 2016;83(1):3-16.
 10. Rahman R, Nguyen DL, Sohail U, et al. Pre-endoscopic erythromycin administration in upper gastrointestinal bleeding: an updated meta-analysis and systematic review. *Ann Gastroenterol.* 2016;29(3):312-317.
 11. HALT-IT Trial Collaborators. Effects of a high-dose 24-h infusion of tranexamic acid on death and thromboembolic events in patients with acute gastrointestinal bleeding (HALT-IT): an international randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2020;395(10241):1927-1936.
 12. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet.* 1974;2(7877):394-397.
 13. Balderas V, Bhole R, Lara LF, Spesivtseva J, Rockey DC. The hematocrit level in upper gastrointestinal hemorrhage: safety of endoscopy and outcomes. *Am J Med.* 2011 Oct;124(10):970-6.
 14. 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.
 15. Meltzer AC, Pinchbeck C, Burnett S, et al. Emergency physicians accurately interpret video capsule endoscopy findings in suspected upper gastrointestinal hemorrhage: a video survey. *Acad Emerg Med.* 2013;20(7):711-715.
 16. García-Iglesias P, Villoria A, Suarez D, et al. Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;34(8):888-900.
 17. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ.* 2017;356:i6432.