

6

Kanlı Dışkılama

Ufuk AVCIOĞLU
Beytullah YILDIRIM

GİRİŞ

Kanlı dışkılama ağızdan anüse kadar gastrointestinal kanalın (GİK) herhangi bir yerinden kaynaklanabilir. Yetişkinlerin yaklaşık 1/5'inde görülen yaygın bir klinik durumdur (1). Hastalar utandıklarından veya bu belirtile ilgili konuşmak istemediklerinden doktora başvurmaları gecikebilir. Hastalar basit hematokezyadan şok kliniğine kadar geniş yelpazede karşımıza gelebilir. Kanlı dışkılama kanama miktarına göre masif, orta şiddetli ve gizli olmak üzere üç grupta sınıflandırılabilir. Masif kanama genellikle yaşlı, birçok hastalığı olan, melena, hematokezya veya bordo renkli dışkılama şikâyetiyle başvuran, hemodinamik olarak dengesiz veya şok durumunda gelen, hemoglobin (Hgb) değerleri başvuru esnasında 6 g/dL'nin altında olan hastalar için kullanılan bir tanımdır. Yaşamı tehdit eden bir durumdur. Orta şiddetli kanama ise genellikle hemodinamik olarak stabil, ematokezya veya melena şikâyetiyle başvuran hastaları tariflemekte kullanılır. Diğer bir hasta grubu ise anemi nedeniyle veya kolon kanseri taramaları esnasında gaitada gizli kan pozitifliği saptanan hastalardır. Kanama nedeni yaşamı tehdit eden varis kanamasından klinik olarak önemsiz hemoroidal kanamaya kadar değişebilir. Etiyolojide en sık karşılaşılan neden divertiküler kanamadır. Bunu anorektal hastalıklar ve neoplaziler izler (2). Daha nadir görülen diğer nedenler ise kolitler (inflamatuvar bağırsak hastalığı, enfeksiyöz kolitler, iskemik kolit, radyasyon koliti), kolonik ülserler (postpolipektomi ülser, rektal ülser, anastomotik ülser), anjioektazi, rektal Dieulafoy lezyonu ve üst gastrointestinal (GİS) kaynaklı nedenlerdir. Şiddetli hematokezya ile gelen 80 hastalık bir çalışmada saptanan kanama bölgeleri Şekil 1'de gösterilmiştir (3).

Kanamanın ciddiyetini, olası yerini ve etiyojisini değerlendirmek için hasta başvurusu sırasında alınan ayrıntılı anamnez, dikkatli yapılan fizik muayene kanamanın etiyojisi ve anatomik kaynağı hakkında değerli ipuçları sağlayabilir. Hastalarda tekrarlayan kanama atakları olup olmadığı, kolon divertikülü, anorektal hastalık, inflamatuvar bağırsak hastalığı, kanser, radyoterapi ve kemoterapi öyküsü, antiagregan, antikoagulan ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımı sorgulanmalıdır. Fizik muayene

ti-koagülan (DOAK) kullanan hastaların çoğunda ilacı kesip anti-koagulan etkinin geçmesini beklemek yeterlidir (24). Ancak, hemodinamik olarak stabil olmayan ve kanaması devam eden hastalarda idarucizumab veya andexanet gibi inhibitörlerle tedavi düşünülmelidir (25,26).

Antiagregan, antikoagülan yönetimi ayrı bir bölümde ayrıntılı olarak anlatılacaktır.

■ Kanamanın tekrarı önlenir:

Erken dönemde kanama tekrarlırsa öncelikle tekrar kolonoskopi ve endoskopik hemostaz düşünülmelidir. Özellikle divertikülozis veya anjiyoektaziye sekonder alt Gİ kanaması olan hastalarda aspirin dışı NSAİİ kullanımından kaçınılmalıdır. Primer profilaksi için kullanılan aspirin kesilmelidir. Ancak yüksek riskli kardiyovasküler hastalığı ve kanlı dışkılama öyküsü olan hastalarda, sekonder profilaksi için kullanılan aspirin kesilmemelidir.

Sonuç olarak kanlı dışkılama, nedeni ne olursa olsun ciddiye değerlendirilmesi gereken klinik bir tablodur. Sebebine yönelik değerlendirmeye geçmeden önce mutlaka hastanın hemodinamik dengesi sağlanmalı, sonra nedeni araştırılarak aktif kanama durdurulmalı ve tekrarlaması engellenmeye çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Eslick GD, Kalantar JS, Talley NJ. Rectal bleeding: epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behaviour: a population-based study. *Colorectal Dis.* 2009;11(9):921-926.
2. Gayer C, Chino A, Lucas C, et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in 1,112 patients admitted to an urban emergency medical center. *Surgery.* 2009;146(4):600-607.
3. Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology.* 1988;95(6):1569-1574.
4. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding [published correction appears in *Am J Gastroenterol.* 2016 May;111(5):755]. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(4):459-474.
5. Aoki T, Nagata N, Shimbo T, et al. Development and validation of a risk scoring system for severe acute lower gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14(11):1562-1570.e2.
6. Mortensen PB, Nøhr M, Møller-Petersen JF, Balslev I. The diagnostic value of serum urea/creatinine ratio in distinguishing between upper and lower gastrointestinal bleeding. A prospective study. *Dan Med Bull.* 1994;41(2):237-240.
7. Ghassemi KA, Jensen DM. Lower GI bleeding: epidemiology and management. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013;15(7):333.
8. Longstreth GF, Yao JF. Epidemiology, clinical features, high-risk factors, and outcome of acute large bowel ischemia. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7(10):1075-1023.

9. Pennazio M, Eisen G, Goldfarb N; ICCE. ICCE consensus for obscure gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 2005;37(10):1046-1050.
10. ASGE Standards of Practice Committee, Fisher L, Lee Krinsky M, et al. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2010;72(3):471-479.
11. Cotter TG, Al-Bawardy B, Loftus CG. 58-Year-Old Woman With Melena. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(8):e83-e87.
12. Johnson DA, Barkun AN, Cohen LB, et al. Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: recommendations from the US multi-society task force on colorectal cancer. *Gastroenterology*. 2014;147(4):903-924.
13. Oakland K, Chadwick G, East JE, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut*. 2019;68(5):776-789.
14. Dobritz M, Engels HP, Schneider A, et al. Evaluation of dual-phase multi-detector-row CT for detection of intestinal bleeding using an experimental bowel model. *Eur Radiol*. 2009;19(4):875-881.
15. Kaltenbach T, Watson R, Shah J, et al. Colonoscopy with clipping is useful in the diagnosis and treatment of diverticular bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10(2):131-137.
17. Kwan V, Bourke MJ, Williams SJ, et al. Argon plasma coagulation in the management of symptomatic gastrointestinal vascular lesions: experience in 100 consecutive patients with long-term follow-up. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(1):58-63.
18. Parra-Blanco A, Kaminaga N, Kojima T, Endo Y, Tajiri A, Fujita R. Colonoscopic polypectomy with cutting current: is it safe?. *Gastrointest Endosc*. 2000;51(6):676-681.
19. Khanna A, Ognibene SJ, Koniaris LG. Embolization as first-line therapy for diverticulosis-related massive lower gastrointestinal bleeding: evidence from a meta-analysis. *J Gastrointest Surg*. 2005;9(3):343-352.
20. Keeling D, Tait RC, Watson H; British Committee of Standards for Haematology. Peri-operative management of anticoagulation and antiplatelet therapy. *Br J Haematol*. 2016;175(4):602-613.
21. Jairath V, Kahan BC, Stanworth SJ, et al. Prevalence, management, and outcomes of patients with coagulopathy after acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United Kingdom. *Transfusion*. 2013;53(5):1069-1076.
22. Holcomb JB, Tilley BC, Baraniuk S, et al. Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial. *JAMA*. 2015;313(5):471-482.
23. Eisenberg MJ, Richard PR, Libersan D, Filion KB. Safety of short-term discontinuation of antiplatelet therapy in patients with drug-eluting stents. *Circulation*. 2009;119(12):1634-1642.
24. Oakland K, Desborough MJ, Murphy MF, Schachter M, Jairath V. Rebleeding and mortality after lower gastrointestinal bleeding in patients taking antiplatelets or anticoagulants. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019;17(7):1276-1284.e3.
25. Pollack CV Jr, Reilly PA, van Ryn J, et al. Idarucizumab for dabigatran reversal - full cohort analysis. *N Engl J Med*. 2017;377(5):431-441.
26. Ansell JE, Bakhru SH, Laulicht BE, et al. Use of PER977 to reverse the anticoagulant effect of edoxaban. *N Engl J Med*. 2014;371(22):2141-2142.