

13

Varis Dışı Gastrointestinal Sistem Kanamaları

A. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

Süleyman DOLU
Ayhan Hilmi ÇEKİN

GİRİŞ

Üst Gastrointestinal sistem (GİS) kanaması Treitz ligamentinin proksimalinden kaynaklanan kanamalardır. Bu hastalar hematemez, melenaya da hematokezya şikayetiyle başvurabilirler (1,2). Üst GİS kanamalar varis kanaması ya da varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması olarak sınıflandırılabilir (3). Varis kanaması dışlandıktan sonra, üst gastrointestinal sistem kanama şikayetiyle başvuran hasta grubu varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması (VDÜGİK) olarak değerlendirilmelidir. Hikaye (hepatit öyküsü, alkol alımı, yağlı karaciğer öyküsü vs), fizik muayane bulguları (dalak büyüklüğü, asit vs) ve laboratuvar bulguları (trombosit düşüklüğü, transaminaz yüksekliği, kolestaz, INR gibi karaciğer sentez fonksiyon bozukluğunun göstergeleri) gözden geçirilerek bu iki grubu birbirinden ayırmak önemlidir (4).

Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamaları acil servise başvuran hastalar içerisinde sık bir hastalık grubu olup acil müdahale ve takip gerektirmektedir. GİS kanama ile başvuran hastalarda öncelikli olarak hemodinamik durum değerlendirilmeli, medikal destek sağlanmalı ve kısa sürede endoskopik görüntüleme yapılmalıdır. Bu hastaların önemli bir kısmında hospitalizasyon gerekmektedir. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamaları son yıllardaki tedavideki gelişmelere rağmen hala önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

EPİDEMİYOLOJİ

VDÜGİK; Üst GİS kanamalarının %80-90'nı oluşturmakta olup her yıl 100.000 kişi başına 44 ila 99'u etkileyen yaygın bir acil durumdur (1,5). Yıllık %3,5 ila %10'luk bir ölüm oranı ile 300.000'den fazla hastane başvurusu olmaktadır. Erkeklerde ve yaşlılarda insidansı daha fazladır (2). Üst GİS kanamalarının büyük çoğunluğunu oluşturan hastane başvuruları ve hos-

daha etkin olduğu için Histamin-2 reseptör antagonistleri (H_2RA) artık önerilmemektedir (5,8). PPI'ların peptik ülser kanaması olan hastalarda H_2RA veya plasebo ile karşılaştırıldığında yeniden kanamay ve acil cerrahi ihtiyacını azalttığı gösterilmiştir (5). Tüm kılavuz, peptik ülser kanaması olan hastalarda PPI kullanma önerileri konusunda hemfikir (8,9,11). Bununla birlikte, PPI'lerin optimal dozu ve uygulama yolu konusunda kılavuzlar arasında bir fikir birliği bulunmamaktadır (5). American College of Gastroenterology (ACG), endoskopik tedavi gerektiren yüksek riskli lezyonları olan hastaların 72 saat boyunca yüksek doz IV PPI tedavisi (80 mg IV bolus ve ardından sürekli 8 mg/saat IV infüzyonu) almasını önermektedir (8,11). Düşük riskli lezyonları (pigmentli düz lekeler veya temiz tabanı olan ülserler) olan hastalarda, kılavuzlar PPI tedavisinin dozunu ve verilış yolunun seçimini klinisyenlere bırakmakla birlikte, ACG bu hasta grubunda oral PPI tedavisini önermektedir (8). Hastalara yatışı esnasında tekrar kanaması olmadığı sürece rutin olarak tekrar endoskopi önerilmemektedir (5).

İzlem sırasında tekrar kanayan hastalara ikinci kez başarısız endoskopik müdahale ile hemostaz denemesi sonrasında, cerrahi veya radyolojik müdahale gibi alternatif hemostaz önlemlerinin uygulanması gerekir. Endoskopide lezyon tespit edilen hastalar anti-sekretuar bir ajan ile taburcu edilmeli ve en az 1 ay kullanmaları önerilmelidir. PPI'lar bu konuda H_2RA 'ya tercih edilir. Hastalar endoskopik biyopsi ile *Helicobacter pylori* (Hp) için test edilmeli, Hp tanısı alan hastalara eradikasyon tedavileri önerilmelidir (5). Malignite riski olması nedeniyle gastrik ülserlerde mutlaka ve darlık ve/veya tıkanmaya yol açma potansiyelleri nedeniyle büyük duodenal ülserlerde endoskopistin kararına göre, tedavi sonrası (6-8 hafta sonra) kontrol endoskopi önerilmesi uygundur.

KAYNAKLAR

1. Alzoubaidi D, Lovat LB, Haidry R. Management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: where are we in 2018?. *Frontline Gastroenterol.* 2019;10(1):35-42.
2. Mujtaba S, Chawla S, Massaad JF. Diagnosis and management of non-variceal gastrointestinal hemorrhage: A Review of Current Guidelines and Future Perspectives. *J Clin Med.* 2020;9(2):402.
3. Naseer M, Lambert K, Hamed A, Ali E. Endoscopic advances in the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: A review. *World J Gastrointest Endosc.* 2020;12(1):1-16.
4. Fujishiro M, Iguchi M, Kakushima N, et al. Guidelines for endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Endosc.* 2016;28(4):363-378.
5. Sheasgreen C, Leontiadis GI. Recent advances on the management of patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Gastroenterol.* 2013;26(3):191-197.
6. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet.* 2000;356(9238):1318-1321.

7. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Variation in outcome after acute upper gastrointestinal haemorrhage. The national audit of acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 1995;346(8971):346-350.
8. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152(2):101-113.
9. Dworzynski K, Pollit V, Kelsey A, Higgins B, Palmer K; Guideline Development Group. Management of acute upper gastrointestinal bleeding: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2012;344:e3412.
10. 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.
11. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(3):345-361.
12. Chaimoff C, Creter D, Djaldetti M. The effect of pH on platelet and coagulation factor activities. *Am J Surg*. 1978;136(2):257-259.
13. Barkun AN, Bardou M, Martel M, Gralnek IM, Sung JJ. Prokinetics in acute upper GI bleeding: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2010;72(6):1138-1145.
14. 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.
15. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet*. 1974;2(7877):394-397.
16. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(3):345-361.
17. Llach J, Bordas JM, Salmerón JM, et al. A prospective randomized trial of heater probe thermocoagulation versus injection therapy in peptic ulcer hemorrhage. *Gastrointest Endosc*. 1996;43(2 Pt 1):117-120.
18. Smith LA, Morris AJ, Stanley AJ. The use of hemospray in portal hypertensive bleeding: a case series. *J Hepatol*. 2014;60(2):457-460.
19. Hagel AF, Albrecht H, Nägel A, et al. The application of hemospray in gastrointestinal bleeding during emergency endoscopy. *Gastroenterol Res Pract*. 2017;2017:3083481.