

Varis Dışı Gastrointestinal Sistem Kanamaları

B. İNCE BAĞIRSAK KANAMALARI

Çağdaş ERDOĞAN

Çağdaş KALKAN

GİRİŞ

İnce bağırsak kanamaları nadir görülseler de üst gastrointestinal (GİS) endoskopi, kolonoskopi ve ince bağırsağın radyolojik görüntülemeleri sonucu aydınlatılamamış tekrarlayan veya devam eden gastrointestinal kanamaların çoğundan sorumludur (1). Geçmiş tanımlamalarda eğer endoskopik değerlendirme ile kanamanın kaynağı bulunamazsa bu olgulara “yeri belirsiz (obscure)” kanama denilmekteydi. Ancak günümüzde bu tanımlama yalnızca hastaların ince bağırsak dahil tüm gastrointestinal sistemi endoskopik olarak taranmasına rağmen kanamanın kaynağı bulunamazsa kullanılmaktadır (2). Geçmişte yeri belirsiz kanama olarak değerlendirilen çoğu vaka günümüzde “şüpheli ince bağırsak kanaması olarak” kategorize edilmektedir.

İnce bağırsak kanaması gizli veya aşikâr olabilir. Gizli kanama gaitada gizli kan pozitifliği ile demir eksikliği anemisi eşlik edebilir veya etmeyebilir, görünür kanama olmaması durumunda kullanılan bir terminolojidir. Açık kanama ise hasta veya klinisyen tarafından gözlenmiş hematemez, hematokezya veya melena olarak değerlendirilmektedir.

ETİYOLOJİ

Gastrointestinal kanama ile gelen hastaların %5-10’unda standart endoskopik ve radyolojik tetkiklerle odak gösterilememektedir (2,3). Bu hastaların da yaklaşık %75’inde odak ince bağırsak olarak görülmektedir (4,5,6,7). Geri kalanlar ise üst veya alt Gİ sistemde atlanmış odaklardır. İnce bağırsak kanamalarının birçok nedeni olabilir. 40 yaşından genç hastalarda ön planda inflamatuvar bağırsak hastalıkları, Meckel divertikülü, Dieulafoy lezyonları, gastrointestinal stromal tümör (GİST), lenfoma, karsinoid, adenokarsinom veya polip gibi neoplastik etkenler ön planda görülür. Daha yaşlı hastalarda vasküler lezyonlar, NSAİD’e bağlı ülser ve erozyonlar, 40

Kapsül endoskopi ile odak belirlenemeyen hastalarda tetkik etmeye devam kararı verilirken kan kaybetme hızı, komorbiditeler ve tekrarlayan aşikar kanama veya dirençli demir eksikliği anemisi gibi devam eden kanama bulguları olup olmaması değerlendirmeye alınmalıdır. Önemli komorbiditeleri olup kanama miktarı düşük olan hastalarda daha ileri incelemelere hemen geçmeyip demir replasman tedavileri vermek uygun olabilir. Derin ince bağırsak enteroskopi gibi agresif yöntemler ise devam eden kanaması olup görece sağlıklı olan hastalarda yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pasha SF, Leighton JA, Das A, et al. Double-balloon enteroscopy and capsule endoscopy have comparable diagnostic yield in small-bowel disease: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008;6(6):671-676.
2. Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, Leighton JA. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of small bowel bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(9):1265-1288.
3. Szold A, Katz LB, Lewis BS. Surgical approach to occult gastrointestinal bleeding. *Am J Surg*. 1992;163(1):90-93.
4. Tee HP, Kaffes AJ. Non-small-bowel lesions encountered during double-balloon enteroscopy performed for obscure gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol*. 2010;16(15):1885-1889.
5. Pennazio M, Arrigoni A, Risio M, Spandre M, Rossini FP. Clinical evaluation of push-type enteroscopy. *Endoscopy*. 1995;27(2):164-170.
6. Chong J, Tagle M, Barkin JS, Reiner DK. Small bowel push-type fiberoptic enteroscopy for patients with occult gastrointestinal bleeding or suspected small bowel pathology. *Am J Gastroenterol*. 1994;89(12):2143-2146.
7. Davies GR, Benson MJ, Gertner DJ, Van Someren RM, Rampton DS, Swain CP. Diagnostic and therapeutic push type enteroscopy in clinical use. *Gut*. 1995;37(3):346-352.
8. Raju GS, Gerson L, Das A, Lewis B; American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association (AGA) Institute medical position statement on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*. 2007;133(5):1694-1696.
9. Zaman A, Katon RM. Push enteroscopy for obscure gastrointestinal bleeding yields a high incidence of proximal lesions within reach of a standard endoscope. *Gastrointest Endosc*. 1998;47(5):372-376.
10. Descamps C, Schmit A, Van Gossum A. "Missed" upper gastrointestinal tract lesions may explain "occult" bleeding. *Endoscopy*. 1999;31(6):452-455.
11. Chak A, Cooper GS, Canto MI, Pollack BJ, Sivak MV Jr. Enteroscopy for the initial evaluation of iron deficiency. *Gastrointest Endosc*. 1998;47(2):144-148.
12. Lin S, Branch MS, Shetzline M. The importance of indication in the diagnostic value of push enteroscopy. *Endoscopy*. 2003;35(4):315-321.
13. Vlachogiannakos J, Papaxoinis K, Viazis N, et al. Bleeding lesions within reach of conventional endoscopy in capsule endoscopy examinations for obscure gastrointestinal bleeding: is repeating endoscopy economically feasible?. *Dig Dis Sci*. 2011;56(6):1763-1768.
14. de Leusse A, Vahedi K, Edery J, et al. Capsule endoscopy or push enteroscopy

- for first-line exploration of obscure gastrointestinal bleeding?. *Gastroenterology*. 2007;132(3):855-1165.
15. Laine L, Sahota A, Shah A. Does capsule endoscopy improve outcomes in obscure gastrointestinal bleeding? Randomized trial versus dedicated small bowel radiography. *Gastroenterology*. 2010;138(5):1673-e12.
 16. Hartmann D, Schmidt H, Bolz G, et al. A prospective two-center study comparing wireless capsule endoscopy with intraoperative enteroscopy in patients with obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2005;61(7):826-832.
 17. Pennazio M, Santucci R, Rondonotti E, et al. Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 consecutive cases. *Gastroenterology*. 2004;126(3):643-653.
 18. Goenka MK, Majumder S, Kumar S, Sethy PK, Goenka U. Single center experience of capsule endoscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol*. 2011;17(6):774-778.
 19. Yamada A, Watabe H, Kobayashi Y, Yamaji Y, Yoshida H, Koike K. Timing of capsule endoscopy influences the diagnosis and outcome in obscure-overt gastrointestinal bleeding. *Hepatogastroenterology*. 2012;59(115):676-679.
 20. Han S, Fahed J, Cave DR. Suspected blood indicator to identify active gastrointestinal bleeding: A prospective validation. *Gastroenterology Res*. 2018;11(2):106-111.
 21. Kobayashi Y, Watabe H, Yamada A, et al. Impact of fecal occult blood on obscure gastrointestinal bleeding: observational study. *World J Gastroenterol*. 2015;21(1):326-332.
 22. Svarta S, Segal B, Law J, et al. Diagnostic yield of repeat capsule endoscopy and the effect on subsequent patient management. *Can J Gastroenterol*. 2010;24(7):441-444.
 23. Cave DR, Fleischer DE, Leighton JA, et al. A multicenter randomized comparison of the Endocapsule and the Pillcam SB. *Gastrointest Endosc*. 2008;68(3):487-494.
 24. ASGE TECHNOLOGY COMMITTEE, DiSario JA, Petersen BT, et al. Enteroscopes. *Gastrointest Endosc*. 2007;66(5):872-880.
 25. Benz C, Jakobs R, Riemann JF. Do we need the overtube for push-enteroscopy?. *Endoscopy*. 2001;33(8):658-661.
 26. Shinozaki S, Yamamoto H, Yano T, et al. Long-term outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding investigated by double-balloon endoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8(2):151-158.
 27. Gerson L, Kamal A. Cost-effectiveness analysis of management strategies for obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2008;68(5):920-936.
 28. Jackson CS, Gerson LB. Management of gastrointestinal angiodysplastic lesions (GIADs): a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(4):474-484.
 29. Zaman A, Sheppard B, Katon RM. Total peroral intraoperative enteroscopy for obscure GI bleeding using a dedicated push enteroscope: diagnostic yield and patient outcome. *Gastrointest Endosc*. 1999;50(4):506-510.
 30. Ress AM, Benacci JC, Sarr MG. Efficacy of intraoperative enteroscopy in diagnosis and prevention of recurrent, occult gastrointestinal bleeding. *Am J Surg*. 1992;163(1):94-99.