

54

Yoğun Bakım Hastalarında
Gastrointestinal KomplikasyonlarDerya ARI
Hale GÖKCAN

GİRİŞ

Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalarda gastrointestinal (Gİ) hastalıkların teşhisinde zorluklar yaşanmaktadır. Sedasyon, steroidler ve eşlik eden diğer hastalıklar Gİ semptomları maskeleyebilir. Gİ hastalıklar, tek başına taşikardi, ajitasyon, hipotansiyon, ateş veya beklenmedik ilerleyici renal, hepatik, kardiyak ve solunum yetmezliği ile kendini gösterebilir (1). Gİ hastalıklar, cerrahi ve cerrahi dışı olarak başlıca iki grupta incelenebilir (Tablo 1).

Çalışmalar, yoğun bakım hastalarının %62'sinin yatışları sırasında en az bir gün boyunca, en az bir gastrointestinal semptom yaşadığını ve üç veya daha fazla gastrointestinal semptomu olan hastaların daha yüksek mortaliteye sahip olduğunu göstermiştir. Gastrik rezidüel hacminde artış (>500 mL), karın içi basıncında artış (>12 mmHg), Gİ kanama, kusma, bağırsak seslerinin olmaması ve ishal (>3 kez/gün) mortalite için bağımsız risk faktörleridir (1,2).

Tablo 1. Yoğun Bakım Hastalarında Görülen Gastrointestinal Hastalıklar

| | |
|-----------------------|--|
| Cerrahi dışı nedenler | İshal (enfeksiyöz/enfeksiyöz olmayan) Kabızlık Motilite problemleri Malabsorbsiyon Hepatit Karaciğer Yetmezliği |
| Cerrahi nedenler | İleus İskemi Perforasyon Gastrointestinal kanama İntra-abdominal Kompartman Sendromu Pankreatit Kolesistit |

kimyasal maddelerin detoksifikasyonundan sorumludur. Yoğun bakım hastalarında hipoksi, toksik ve enflamatuar hastalıklar karaciğer sentez fonksiyonlarını bozarak koagülopati, enfeksiyon, hipoglisemi ve akut böbrek hasarı gibi sistemik komplikasyonlara yol açabilmektedir. YBÜ’de karaciğer enzimlerindeki artışın artmış mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (15).

Hipoksik hepatitde; kardiyovasküler hastalıklara bağlı gelişen akut dolaşım yetmezliğinde karaciğer transaminazlarda ani geçici yükselmeler görülebilir. Kandaki yetersiz oksijen (hipoksemik hipoksi), yetersiz kan akışı (iskemik hipoksi) veya taşıma kapasitesinin olmaması (anemik hipoksi) hipoksik hepatite neden olabilir. YBÜ hastalarında, hipoksik hepatit prevalansı %1-12 arasında değişmektedir (16). Hipoksik hepatitin en sık nedenleri; kalp yetmezliği, hipovolemik veya septik şok ve hipoksidir. Septik şoklu hastalar yüksek mortaliteye sahiptir (%80) (17). Sepsiste karaciğer hasarının en önemli iki nedeni hipoksik hepatit ve sepsisle ilişkili kolestazdır. Septik şokun ilk aşamasında, karaciğerde perfüzyon azalarak hipoksik hepatite neden olur, hepatoselüler hasarla sonuçlanır. Sepsiste intestinal geçirgenlik artar ve intestinal lümenen portal dolaşıma translokasyon gerçekleşir.

İlaça bağlı hepatotoksiteden iki ana mekanizma sorumludur: doza bağlı ilaç toksisitesi ve idiosenkratik ilaç reaksiyonları. YBÜ’de hepatotoksosite riski, farmakolojik ajanların çoklu kullanımı ve ilaç etkileşimleri nedeniyle artar (18).

YBÜ’de karaciğer hasarının yönetiminde ilk basamak, erken tanı ve etiyojinin tespitidir. Önleyici tedbir olarak; yeterli hemodinamik stabilizasyon, sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması, hepatotoksik ilaçlardan kaçınılması, enfeksiyon durumunda tanının erken dönemde konulup uygun antibiyotik tedavisine başlanması yer alır.

KAYNAKLAR

1. Reintam Blaser A, Poeze M, Malbrain ML, et al. Gastrointestinal symptoms during the first week of intensive care are associated with poor outcome: a prospective multicentre study. *Intensive Care Med.* 2013;39(5):899-909.
2. Reintam Blaser A, Malbrain ML, Starkopf J, et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems. *Intensive Care Med.* 2012;38(3):384-394.
3. Gould CV, McDonald LC. Bench-to-bedside review: Clostridium difficile colitis. *Crit Care.* 2008;12(1):203.
4. De Waele JJ, De Laet I, Kirkpatrick AW, Hoste E. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. *Am J Kidney Dis.* 2011;57(1):159-169.
5. Ameloot K, Gillebert C, Desie N, Malbrain ML. Hypoperfusion, shock states, and abdominal compartment syndrome (ACS). *Surg Clin North Am.* 2012;92(2):207-vii.
6. Terdiman JP: Gastrointestinal complications in the intensive care unit. In Mic-

hael A, Matthay DES (eds): *Complications in the Intensive Care Unit*. New York, Chapman and Hall, 1996, pp 152-193

7. Ponc R, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med*. 1999;341(3):137-141.
8. Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, et al. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med*. 1994;330(6):377-381.
9. Spirt MJ, Stanley S. Update on stress ulcer prophylaxis in critically ill patients. *Crit Care Nurse*. 2006;26(1):18-29.
10. Stollman N, Metz DC. Pathophysiology and prophylaxis of stress ulcer in intensive care unit patients. *J Crit Care*. 2005;20(1):35-45.
11. Marik PE, Vasu T, Hirani A, Pachinburavan M. Stress ulcer prophylaxis in the new millennium: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2010;38(11):2222-2228.
12. Alhazzani W, Alenezi F, Jaeschke RZ, Moayyedi P, Cook DJ. Proton pump inhibitors versus histamine 2 receptor antagonists for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2013;41(3):693-705.
13. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding [published correction appears in *N Engl J Med*. 2013 Jun 13;368(24):2341]. *N Engl J Med*. 2013;368(1):11-21.
14. Huffman JL, Schenker S. Acute acalculous cholecystitis: a review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8(1):15-22.
15. Thomson SJ, Cowan ML, Johnston I, Musa S, Grounds M, Rahman TM. 'Liver function tests' on the intensive care unit: a prospective, observational study. *Intensive Care Med*. 2009;35(8):1406-1411.
16. Henrion J, Schapira M, Luwaert R, Colin L, Delannoy A, Heller FR. Hypoxic hepatitis: clinical and hemodynamic study in 142 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)*. 2003;82(6):392-406.
17. Fuhrmann V, Kneidinger N, Herkner H, et al. Impact of hypoxic hepatitis on mortality in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2011;37(8):1302-1310.
18. Lat I, Foster DR, Erstad B. Drug-induced acute liver failure and gastrointestinal complications. *Crit Care Med*. 2010;38(6 Suppl):S175-S187.