

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ACİL TIP KLİNİĞİ

**NON VARİSİYEL ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM
KANAMASI İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARDA
PREENDOSKOPIK ROCKALL SKORU İLE KLİNİK SEYİR
İLİŞKİSİ**

Dr. İbrahim Özgür ŞAHİN

ACİL TIP UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Salim SATAR

ADANA-2016

TEŞEKKÜR

Bugüne kadar eğitimimde emeği geçen tım öğretmenlerime, her Őeyimi borçlu olduğum anneme ve babama, kardeŐime, sevgili eŐim Pınar'a ve biricik kızım Bedia İrem'e; tıpta uzmanlık eğitimim sũresince ve bu tezin hazırlanmasında desteğini esirgemeyen, sadece bilgisiyle değil liderlik vasfı ve ekip ruhuna olan inancıyla acil tıp camiasında ekol olan çok değerli eğitim sorumlumuz ve tez danıŐmanım sayın Doç.Dr. Salim SATAR'a, yoğun temposuna karşın bilgisi ve anlayıŐıyla yardımcı olan sayın Doç.Dr. Banu KARA'ya; baŐasistanlarımız Uzm.Dr. Akkan AVCI ve Uzm.Dr. Mũge GũLEN'e, dört yıl boyunca birlikte çalıŐtıđım çok değerli acil uzmanları ve asistan arkadaşlarıma, hemŐire ve sağlık memuru arkadaşlarıma ve diğer tım Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği çalıŐanlarına teŐekkũr ederim.

Dr. İbrahim zgũr ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ

ŞEKİL LİSTESİ

KISALTMA LİSTESİ

ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER

ABSTRACT - KEYWORDS

1. GİRİŞ VE AMAÇ
2. GENEL BİLGİLER
3. MATERYAL VE METOD
4. BULGULAR
5. TARTIŞMA
6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKLAR

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

TABLO LİSTESİ

Tablo no

Sayfa no

Tablo 1. Üst GİS kanamalarında etiyolojik sınıflama

Tablo 2. Forrest sınıflamasına göre ülserlerin prevelansı ve tekrar kanama riski

Tablo 3. Rockall skorlama sistemi

Tablo 4. Hastaların yaşa göre dağılımı

Tablo 5. Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Tablo 6. Hastaların ilaç kullanım durumu

Tablo 7. Hastaların GİS kanama öyküsü

Tablo 8. Başvuruda melena varlığı

Tablo 9. Hastaların şok bulgusu

Tablo 10. Hastalarda komorbid hastalık varlığı

Tablo 11. Hastaların endoskopi sonuçları

Tablo 12. Hastaların hesaplanan Rockall skorları

Tablo 13. Preendoskopik Rockall skorlarının dağılımı

Tablo 14. Postendoskopik Rockall skorlarının dağılımı

Tablo 15. Ülser tespit edilen hastalarda endoskopik Forrest sınıflamasına göre dağılım

Tablo 16. Hastaların acil serviste sonuçlandırılması

Tablo 17. İlk 24 saatteki kan transfuzyonu sayısı

Tablo 18. Hastalarda tekrar GİS kanama gelişmesi

Tablo 19. Hastalarda cerrahi geçirme

Tablo no

Sayfa no

Tablo 20. Hastaların yatış süresi ve sonucu

Tablo 21. Hastaların ilk başvuru sırasındaki kan sonuçları

Tablo 22. PreRS ile endoskopik Forrest arasındaki ilişki

Tablo 23. PreRS ile hastaların yoğun bakıma yatış, yatış sonucu, yatış süresi ve cerrahi geçirme arasındaki ilişki

Tablo 24. PreRS ile kan transfüzyonu ve tekrar kanama arası ilişki



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil no

Sayfa no

Şekil 1. Hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı

Şekil 2. Hastaların ilaç kullanım durumu

Şekil 3. Hastaların GİS kanama öyküsü ve başvuruda melena varlığı

Şekil 4. Hastaların şok bulgusu

Şekil 5. Preendoskopik Rockall skorlarının dağılımı

Şekil 6. Postendoskopik Rockall skorlarının dağılımı

Şekil 7. Ülser tespit edilen hastalarda endoskopik Forrest sınıflamasına göre dağılım

Şekil 8. Hastaların acil serviste sonuçlandırılması

Şekil 9. Hastalarda tekrar kanama ve cerrahi geçirme oranı

Şekil 10. Hastaların yatış sonucu

KISALTMA LİSTESİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ALT : Alanin amino transferaz

aPTT : Aktive parsiyel tromboplastin zamanı

ASA : Asetilsalisilik asit

AST : Aspartat amino transferaz

BT : Bilgisayarlı tomografi

ES : Eritrosit suspansiyonu

GİS : Gastrointestinal sistem

H2RA : Histaminerjik 2 reseptör antagonisti

INR : Uluslararası düzeltme oranı

IV : intravenöz

Mak : Maksimum

MCV : Ortalama eritrosit hacmi

Med : Medyan

Min : Minimum

n : Sayı

NG : Nazogastrik

NSAİİ : Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar

NVÜGK : Nonvarisiyel üst gastrointestinal sistem kanama

Ort : Ortalama

PPI : Proton pompa inhibitörleri

PreRS : Preendoskopik (klinik) Rockall skoru

PTZ : Protrombin zamanı

RS : Rockal skoru

s.s. : Standart sapma

TRS : Tam (postendoskopik) Rockall skoru

Tc99 : Teknesyum 99

ÖZET

Amaç: Akut nonvarisiyel üst gastrointestinal sistem kanamaları ciddi morbidite, mortalite ve ekonomik yükü beraberinde getiren önemli bir acil servis başvuru nedenidir. Gastrointestinal sistem kanamalarında mortalite ve cerrahiye gidecek hastaların belirlenmesinde birçok skorlama sistemi kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı acil servise başvuran akut nonvarisiyel üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların preendoskopik Rockall skoru (PreRS) ile klinik seyri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metod: Ağustos 2014 ve Temmuz 2015 arası acil servisimize başvuran 18 yaş üstü nonvarisiyel üst gastrointestinal sistem kanaması tanısı alan hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmaya toplam 368 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı $63,03 \pm 17,43$ idi. PreRS'na göre hastaların 56'sı (% 15,2) düşük riskli, 312'si (% 84,8) yüksek riskli gruptaydı. PreRS yüksek riskli olan grupta endoskopik Forrest IIc ve III olan hasta oranı PreRS düşük riskli olan gruptan anlamlı ($p < 0,05$) olarak düşük bulundu. Hastaların yoğun bakım yatışı ve acilde exitus oranı PreRS yüksek riskli olan grupta PreRS düşük risk olan gruptan anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha yüksek bulundu. PreRS yüksek risk olan grupta kan transfüzyon yapılma oranı ve sayısı PreRS düşük risk olan gruptan anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha yüksek bulundu. PreRS düşük ve yüksek olan grupta cerrahi geçirme, tekrar kanama, yatışta exitus oranları ve yatış süresi anlamlı ($p > 0,05$) farklılık göstermemiştir.

Sonuç: Çeşitli kısıtlılıkları olmasına karşın acil servise başvuran NVÜGK'lı hastaların risk sınıflamasının yapılmasında PreRS faydalı olmakta ama klinik seyrin öngörülmesinde çok yardımcı olmamaktadır.

Anahtar sözcükler: acil servis, nonvarisiyel üst gastrointestinal kanama, klinik seyir, preendoskopik Rockall skoru

ABSTRACT

Aim : Acute nonvariceal upper gastrointestinal system bleeding is among the most important reason of the emergency department admissions which brings significant morbidity, mortality, and economic burden with it. There are several scoring systems used for determining the mortality and surgery need among the patients with gastrointestinal bleeding. Aim of this study is to evaluate the relationship between the preendoscopic Rockall score (PreRS) and clinical outcome of the patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding admitted to emergency department.

Material and Method : Patients over 18 years of age who admitted to our emergency department due to the nonvariceal upper gastrointestinal bleeding between August 2014 and July 2015 were included in this retrospective study.

Results : A total of 368 patients were included in this study. The mean age of the patients was $63,03 \pm 17,43$ years of age. According to the calculated PreRS 56 (15,2%) of the patients were at low risk group whereas 312 (84,8%) of patients were at high risk group. The ratio of the patients with endoscopic Forrest IIc and III ulcers in the high risk PreRS group was significantly lower than the low risk PreRS group ($p < 0,05$). The ratio of the patients who were accepted to intensive care unit or died at the emergency department in the high risk PreRS group was significantly higher than the low risk PreRS group ($p < 0,05$). The ratio and number of the blood transfusion in the high risk PreRS group was significantly higher than the low risk PreRS group ($p < 0,05$). The ratios of the patients with surgery need, rebleeding, mortality during hospitalization and the length of hospital stay were not significantly different in both low and high risk PreRS groups ($p > 0,05$).

Conclusion: Despite various restrictions, PreRS is helpful for risk stratification of the patients admitted to the emergency department with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding but gives little help in predicting the clinical outcome of these patients.

Keywords : emergency department, nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, clinical outcome, preendoscopic Rockall score

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda yaklaşık bir milyonun üzerinde hastaneye yatışa yol açmakta ve ciddi morbidite, mortalite ve ekonomik yükü beraberinde getirmektedir (1). GİS kanamaları geleneksel olarak kanamanın kaynağına göre üst ve alt gastrointestinal sistem kanamaları olarak ikiye ayrılmaktadır. Terminal ileumdaki Treitz ligamanının proksimalindeki kanamalar üst GİS kanamaları, distalindeki kanamalar ise alt GİS kanamaları olarak sınıflandırılmaktadır. Üst GİS kanamaları ABD'de her yıl yaklaşık 500.000'den fazla hastaneye yatışa yol açmaktadır ve yaklaşık olarak 100.000 hastada 165 insidansa sahiptir. ABD'de alt GİS kanamalarının insidansı ise yaklaşık olarak 100.000 hastada 20,5 ve mortalitesi % 4'tür (2). Üst GİS kanamaları, özofagusun üst kısmı ile Treitz ligamanı arası herhangi bir yerden kaynaklanan lümen içine olan kanamalardır ve genellikle tüm GİS kanamalarının % 85'i üst GİS kaynaklıdır. Bu kanamaların da % 70-80'i kendiliğinden durur (3,4,5). 1957'de fleksibl endoskopinin kullanıma girmesi, üst gastrointestinal sistem kanamalarında tanı ve tedavi yaklaşımlarını köklü bir değişikliğe uğratmıştır. Endoskopinin tanı ve tedavide kullanımından önceki dönemlerde körlemesine yapılan cerrahi girişimler artık geride kalmıştır. Üst GİS kanamalarında mortalite ve cerrahiye gidecek hastaları önceden belirleyen birçok skorlama sistemleri vardır.

Bu çalışmada nonvarisiyel üst gastrointestinal sistem kanamalı (NVÜGK) hastalarda demografik ve klinik özelliklerin Rockall skorlama (RS) yöntemi kullanılarak değerlendirilmesi ve preendoskopik Rockall skoru ile klinik seyir arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarının Tanımı

Üst GİS kanamaları, özofagusun üst kısmı ile Treitz ligamanı arası herhangi bir yerden kaynaklanan ve lümen içine olan kanamalardır. Hastaların acilen doktora başvurmasını gerektiren hematemez, melena, hematokezya veya kan kaybına ve buna ikincil doku oksijenizasyonu bozukluğuna bağlı bulgu ve belirtilerle kendini gösterir (6). Üst GİS kanaması olan hastalar önemsiz kanamalar ile istenmeyen klinik sonuçlara neden olabilecek şiddette kanamalar gibi geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilir (7).

Üst GİS kanamalarını varisiyel ve nonvarisiyel kanamalar olmak üzere etiyolojik olarak iki kısımda inceleyebiliriz. Varisiyel üst GİS kanamaları portal hipertansiyonun çok ciddi bir komplikasyonu olarak, özofagus varisi olan siroz hastalarının yaklaşık 3'te 1'inde gözlenmektedir (8). NVÜGK'ları ise büyük oranda peptik ülserle ilgili ortaya çıkmakla birlikte Mallory Weiss yırtığı, tümörler, erozyonlar, Dieulafoy lezyonu gibi birçok etiyolojik neden mevcuttur (5).

2.2. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarında Etiyoloji ve Epidemiyoloji

Üst GİS kanama insidansı yılda 100.000 yetişkinde 48-160 ve mortalitesi % 10-% 14 arasında olan yaygın bir acildir (9). Üst GİS kanama insidansı erkeklerde kadınlardan iki kat fazla görülmekte ve yaşla birlikte artmaktadır, 65 yaş ve üzeri hastalar vakaların % 30'dan fazlasını oluşturur (10). Üst GİS kanamalı hastaların yaklaşık % 25'ini seksen yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktayken yaklaşık % 33'ü ise yatan hastalarda meydana gelmektedir (5).

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve yoğun bakım şartlarındaki ilerlemelere karşın mortalite oranlarında belirgin bir düzelme olmamıştır. İlaç tedavisi, endoskopik ve cerrahi müdahalelere rağmen mortalite oranı % 5-10 arasında seyretmektedir (9, 11). Üst GİS kanamalı hastaların % 80'inde kanama kendiliğinden durmaktadır, kanamaya devam eden veya tekrarlayan geri kalan kısımda mortalite oranı % 30-40 arasındadır (12, 13). İnatçı ve tekrar eden kanamaların % 15-30'unda cerrahi müdahale gerekmektedir (14).

Şiddetli üst GİS kanamanın en yaygın nedeni vakaların yaklaşık % 40'ını oluşturan peptik ülserdir (11). NVÜGK'ları, Helikobakter pylori eradikasyonu ve asit baskılayıcı tedavideki gelişmelerle birlikte, her ne kadar insidansında azalma olsa da önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir (15). Üst GİS kanamalarının en sık nedeni peptik ülser olmakla beraber Mallory Weiss yırtığı, erozyonlar, maligniteler ve vasküler malformasyonlar gibi daha nadir nedenler de mevcuttur (16, 17). Üst GİS kanama nedenleri ve sıklıkları Tablo 1'de gösterilmiştir (16).

Tablo 1. Üst GİS kanamalarında etiyolojik sınıflama (16)

Tanı	Sıklık (%)
Duodenal ülser	24,3
Gastrik erozyon	23,4
Gastrik ülser	21,3
Özofagus varis	10,3
Mallory Weiss	7,2
Özofajit	6,3
Eroziv duodenit	5,8
Neoplazm	2,9
Stomal ülser	1,8
Özofagus ülseri	1,7
Diğer	6,8

2.3. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarında Klinik

Üst GİS kanama ile başvuran bir hastanın değerlendirilmesinde öykü ve fizik bakı kritik öneme sahip olup buradan elde edilen bilgiler vasıtasıyla ayırıcı tanı yapıp kesin tanıya ulaşılabilir. Hastanın non steroid antiinflamatuar (NSAİİ) veya aspirin (ASA), kumadin gibi antiplatelet veya antikoagulan ilaç kullanım öyküsü, peptik ülser hastalığı olup olmadığı, alkol kullanımını, kronik karaciğer hastalığı varlığı sorgulanmalıdır. Üst GİS kanama ile başvuran

hastaların yaklaşık % 44'ünde herhangi bir ilaç kullanımının olmadığı rapor edildiği halde ayrıntılı bir öykü alındığında bu hastaların ASA veya NSAİİ kullandığı bulunmuştur (18, 19). İleri yaş gastrointestinal malignitelerde artışa neden olduğundan, bu hastalarda malignitenin kanamanın olası nedenleri arasında bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. GİS kanama nedeni olarak yaşlı hastalarda divertikül ve kanser daha sık görünürken gençlerde peptik ülser, ösofajit veya varisler sıklıkla görünür (6).

Hastanın fizik bakışında kronik karaciğer hastalığının palmar eritem, spider anjiom, Dupuytren kontraktürü gibi periferik bulgularının ve splenomegali, asit gibi portal hipertansiyon bulgularının tespit edilmesi durumunda, özellikle de kanama hematemez şeklinde ve bol miktardaysa özofagus varis kanaması akla getirilmelidir. Özofagus varis kanamasının mortalitesi ve tekrarlama riski yüksek olup üst GİS kanamalı bir hastada varis kanamasını düşündürecek bahsi geçen bulguların varlığı durumunda aksi ispat edilene kadar hasta özofagus varis kanaması olarak kabul edilmeli ve tedavisi başlanmalıdır (20).

GİS kanamalı hastalar kanamanın yerine, etiyolojisine ve kanama hızına bağlı olarak farklı klinik, belirti ve bulgular ile karşımıza çıkabilir. Üst GİS kanamalarında en sık görülen bulgular hematemez ve melena iken alt GİS kanamalarında en çok hematokezya gözlenir, fakat ciddi üst GİS kanamaları da hematokezya ile bulgu verebilir (21, 22).

Hematemez kanlı kusma olarak tanımlanabilir ve ağız yoluyla gelen üst GİS kökenli kırmızı renkli taze kan veya kahve telvesi şeklinde olabilir. Kanamanın hemen daima Treitz ligamentinin proksimalinden olduğunu gösterir. Kan mide asidi ile temas ettiği takdirde hemoglobin hematine dönüşür ve koyu kahverengi renk oluşur. Lezyonun yerine, özelliğine ve kanamanın şiddetine bağlı olarak miktarı değişebilir (6).

Melena ise pis kokulu, siyah renkli katran gibi dışkılamadır (16). Kanın hidroklorik asit, barsak bakterileri ve enzimlerin etkisiyle sindirilip hematin ve diğer hemokromlara parçalanması sonucu oluşan siyah, pis kokulu, katran gibi cıvık ve yapışkan karakterdeki gaitayı tanımlar. Melena genellikle üst GİS kanamalarında ve en az 50 ml kanama olması durumunda gözlenir, duodenal ülser kanamalarında 8 saat içerisinde gaita melena şekline gelir ve kanama dursa bile 1 ila 3 gün arası melena şeklinde dışkılama ve 7 – 10 gün kadar da gaitada gizli kan pozitifliği devam eder. Aktif kömür, demir preparatları veya bizmut içeren ilaçların alımından sonra da siyah renkli gaita olabilir fakat bu durumlarda melenanın diğer

özellikleri mevcut değildir. Hematokezya ise rektumdan gaita ile karışık veya tek başına taze, parlak kırmızı renkte veya vişne çürüğü tarzında kanama olmasıdır. Genellikle alt GİS kanamalarda, ileoçekal valftan distaldeki kanamalarda gözlenir fakat masif üst GİS kanamalarında kanın sindirilmeden rektuma ulaştığı durumlarda da karşımıza çıkabilir.

Gizli kanamalar gaitada gizli kan pozitifliği şeklinde belirti veren hafif ve sinsi kanamalar olup bu hastalarda solukluk, dispne, efor kapasitesinde azalma ve göğüs ağrısı gibi anemiye bağlı semptomlar ön planda görülür.

Kanamanın üst veya alt GİS kaynaklı olduğunun belirlenmesinde sıklıkla kullanılan bir yöntem olan nazogastrik lavaj sonucu gelen kanlı aspirat kanamanın üst GİS kaynaklı olduğunu doğrularken nazogastrik travmaya ikincil yanlış pozitif sonuçlar da elde edilebilmektedir. Aktif kanamanın belirlenmesinde nazogastrik (NG) lavaj % 79 duyarlılığa ve % 55 özgüllüğe sahip olup diğer tanısal araçlar ve vital bulgularla beraber değerlendirmeye alındığında daha etkili olmaktadır çünkü kan içermeyen bir aspirat her ne kadar kanamanın üst GİS dışından kaynaklandığını düşündürse de üst GİS kanamaların % 25'inde NG aspirat negatif sonuç verebilir (6). Pratikte kullanılmamasına karşın, özellikle kahve telvesi görünümlü yiyecek varlığında NG aspiratta gizli kan bakmak yardımcı olabilir.

Üst GİS kanamalı bir hastanın ilk başvurusunda hemodinamik değerlendirme çok önemlidir. Hastanın kan basıncı ve nabız sayısı, ortostatik hipotansiyon varlığı ve idrar çıkışının olup olmadığı değerlendirilmelidir. Vital bulgular belirgin hipotansiyon ve taşikardi gösterebilir veya azalmış nabız basıncı ve taşipne gibi daha sinsi bulgulara yol açabilir. Bazı hastalar önemli miktarda kan hacmi kaybını tolere ederek vital bulgularda çok az değişikliğe neden olabilir veya hiç değiştirmeden paradoksal bradikardi ciddi hipovolemide bile görülebilir. Üst GİS kanamasıyla gelen hastalarda kan kaybına ikincil hipovolemi nedeniyle terleme, soluk, soğuk ve nemli deri, çarpıntı, halsizlik, hipotansiyon, taşikardi, senkop ve şok gibi belirti ve bulgular görülebilir. Hipotansiyon (sistolik kan basıncının 90 veya 100 mmHg'dan düşük olması) ve taşikardi (nabızın dakikada 100 veya 120'den fazla olması) orta dereceli bir hipovolemiyi belirterek yaklaşmakta olan bir şok tablosunun erken belirtisi olabilir (2). İntravasküler hacim kaybının % 10'dan az olduğu kanamalarda kan basıncı ve nabız değerlerinde değişiklik gözlenmeyebilir fakat kayıp % 10'u aştığında hipotansiyon gözlenir, % 20'yi aştığında ise artık hasta hipovolemik şok tablosundadır ve bu durum kötü prognoz

göstergesidir. Ancak bu kriterler özellikle yaşlı hastaların değerlendirilmesinde doğru sonuç vermeyebilir (21, 23).

2.4. Non varisiyel üst gastrointestinal sistem kanaması nedenleri

2.4.1. Peptik ülser

Peptik ülser hastalığı agresif faktörlerle (asit, pepsin, ASA, NSAİİ, kortikostreoidler, sigara, alkol, stres, safra asitleri, duodenal içerik) mukozal savunma mekanizmaları (aside dirençli mukoza yüzeyi, mukus ve bikarbonat bariyer, mukozanın hızlı rejenerasyonu, mukozal bağışıklık, mukozal kan dolaşımı, prostaglandinler, epidermal büyüme faktörü) arasındaki dengesizlik sonucu GİS mukozasında oluşan fokal defektlerdir. Doku kaybı muskularis mukozayı geçerek bazen serozaya kadar ilerler. Erozyonda ise mukozada yüzeysel doku hasarı vardır ve muskularis mukozaya kadar ilerlemez. Peptik ülser vakalarının yaklaşık % 98'inden fazlası duodenum birinci kısım (bulbus) ve midede görülür (6). Duodenal ülser patofizyolojisinde hiperasidite ön plandayken, gastrik ülser patofizyolojisinde mukozal savunma mekanizmalarındaki bozulma ön plandadır (24).

Peptik ülser kanaması, insidansında bir azalma eğilimi olmasına karşın sık görülen tıbbi bir acil durum olup NVÜGK'larının önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (15). Üst GİS kanamalarının en sık nedeni peptik ülser hastalığı olup peptik ülserin en sık nedeni *Helikobakter pylori* enfeksiyonudur. *Helikobakter pylori* enfeksiyonu olan hastalarda peptik ülser görülme sıklığı 6-10 kat daha fazladır. ASA ve NSAİİ kullanımı, yanık ve ağır operasyonlar gibi ciddi travmalar (stres ülseri), Zollinger Ellison sendromu, mastositoz, antral G hücre hiperplazisi diğer peptik ülser nedenleridir. Ülser gelişiminde genetik yatkınlık olduğu da düşünülmektedir, sıfır kan grubuna sahip insanlarda ülser görülme sıklığının artması da peptik ülser patogenezinde genetiğin önemli bir rolü olduğunu destekler (25).

2.4.2. Gastrik mukozal lezyonlar

Gastropatiler birçok mekanizma ile ortaya çıkabilen ve endoskopik olarak mukozal kanama, eritem veya erozyonlar olarak görülen lezyonlardır. Ülserin aksine erozyon muskularis mukozayı geçmeyen 5mm'den daha küçük çapta mukozal hasardır. Mide mukozasının inflamasyonu gastrit olarak tanımlanır ve histolojik bir tanıdır. İnfiltrasyon nötrofil hücreler içeriyorsa akut, mononükleer hücreleri de içeriyorsa kronik gastrit olarak

adlandırılır. İnflamasyon geri planda fakat epitelyum veya endotel hasarı ve rejenerasyon ön planda ise bu durum gastropati olarak adlandırılır. Enfeksiyöz ajanlar, ilaçlar, otoimmünite ve aşırı duyarlılık reaksiyonları gastrite yol açar. NSAİİ, alkol, safra gibi kimyasal etkenler, stres, hipovolemi ve kronik rejenerasyon ise gastropati yapar (26). Majör cerrahi ve ağır yanıklar (Curling ülseri), kafa travması veya ciddi intrakraniyal hastalıklar (Cushing ülseri), solunum yetmezliği nedeniyle mekanik ventilatöre bağlı hastalar, akut böbrek yetmezliği, peritonit, sarılık ve şok en sık karşılaşıldığı durumlardır ve neden olan hastalığın şiddeti arttıkça kanama riski de artar.

2.4.3. Özofajit

Eroziv özofajitli hastalar hematemez veya melena ile gelebilir fakat akut kan kaybından çok gizli kan kaybına yol açmaktadır. Fransa’da yapılan bir çalışma sonucu üst GİS kanamalı hastaların %8’inde neden eroziv özofajit olarak tespit edilmiştir (27).

2.4.4. Mallory Weiss sendromu

Aşırı kusma, öğürme ve hıçkırığa bağlı oluşan ve masif kanamaya yol açabilen üst GİS kanama olgularının yaklaşık % 5-10’undan sorumlu önemli bir nedendir (3). Tekrarlayan yoğun kusmalara bağlı nadiren özofagus perforasyonu olduğunda Boerhaave Sendromu denir. Hastaların % 80-90’ında kanama spontan olarak durur (28).

2.4.5. Duodenit

Üst GİS kanama nedenleri arasında yer almasına karşın nadiren akut kanamaya yol açar, kanadığı takdirde kendi kendini sınırlar ve nadiren müdahale gerektirir (6).

2.4.6. Dieulafoy lezyonu

Dieulafoy lezyonu, GİS kanalında herhangi bir yerde bulunabilmesine karşın sıklıkla midenin proksimalinde, küçük kurvatürde özofagogastrik bileşkenin yakınında bulunan dilate submukozal damarların ülserle ilişkili olmayan submukozal bir lezyonudur ve lümene açılarak masif kanamaya yol açabilir. Submukozal arter mide duvarındaki seyri sırasında

normal dallanma göstermemekte ve bunun sonucunda damarın çapı normal mukozal kapiller çapının yaklaşık 10 katına kadar çıkabilmektedir.

Üst GİS kanamalarının yaklaşık % 1,2-1,9'undan sorumlu olup üzerlerinde küçük bir erozyon dışında hiçbir şey bulunmadığından aktif kanamaya yol açmadıkları sürece endoskopik olarak bulgulanmaları kolay değildir (16, 23).

2.4.7. Üst gastrointestinal sistem tümörleri

Üst GİS yerleşimli benign veya malign tümörler üst GİS kanamalarının yaklaşık % 3'üne yol açmakta olup kanama yavaş veya masif olabilir. Üst GİS malignitelerinin yaklaşık yarısına GİS kanama nedeniyle yapılan endoskopi sırasında tanı konulmaktadır, çoğunluğu mide kaynaklı olup genellikle adenokanserdir. GİS tümörlerinde akut kanama geç dönem bulgusu olup tümörün büyümesi sonrası beslenme problemleri sonucu tümör yüzeyinde ülser gelişmesiyle ortaya çıkar. Tümör yüzeyindeki ülserler genellikle kırılgen yapıda olup kenarları nodüler ve ortası derindir, sızıntı şeklinde veya pulsatil arteriyel kanama gözlenebilir (29, 30).

Gastrik polipler nadiren kanamaya yol açarken adenomatöz, büyük ve saplı olan polipler masif kanama ile karşımıza çıkabilir. Leiomyom ve leiomyosarkom nadir görülen ama masif üst GİS kanamasına yol açan nedenler arasındadır. GİS lenfomaları da aynı şekilde üst GİS kanaması ile karşımıza çıkabilir.(23). Özofagus, mide veya duodenum tümörleri büyük ve ülser kitleler olarak karşımıza çıkabilir ve tedavilerinde lazer, enjeksiyon tedavisi veya hemoklips kullanılarak akut kanamaya endoskopik olarak müdahale edilebilir (31).

2.4.8. Aortoenterik fistül

GİS kanalının herhangi bir bölümü ile bu bölgeye komşu olan aort arasında fistül gelişmesine aortaenterik fistül adı verilir. Yaklaşık % 75'i duodenum geri kalan kısmı ise jejunum ve ileum yerleşimlidir (32). Etiyolojisinde aort anevrizması, radyasyon tedavisi, enfeksiyonlar (sifilis, tüberküloz), travma, tümör invazyonu ve abdominal aort cerrahisi yer almakta olup erken tanı konulup müdahale edilmediğinde çoğunlukla ölümlü sonuçlanan masif kanamalara yol açan bir durumdur (23).

Yüksek mortalite ile ilişkili olduğundan nadir görülmesine karşın gerçek bir tıbbi acildir. Hastaların çoğunda hematemez ve/veya hematokezya şeklinde bir “haberci kanama” gözlenir takiben masif kanama ve kan kaybı olur. Fistülü kapatan bir pıhtı olduğunda intermittan kanama gözlenebilir. Diğer belirti ve bulgular arasında abdominal veya sırt ağrısı, ateş, sepsis bulguları ve nadiren de olsa palpabl bir abdominal kitle veya abdominal üfürüm yer almaktadır (33). Her ne kadar klasik prezentasyonu masif GİS kanama, pulsatil abdominal kitle ve abdominal (veya sırt) ağrısı olsa da yapılan bir çalışmada bu triadın 81 hastanın sadece 11’inde gözlendiği bulgulanmıştır (34). Endoskopi diğer GİS kanama nedenlerinin dışlanması için kullanılırken aortoenterik fistul tanısının konulmasında en iyi yöntem abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesidir. Neden ne olursa olsun tedavisi cerrahidir (35).

2.4.9. Vasküler malformasyonlar

Vasküler malformasyonlar nadir olmakla beraber üst GİS kanamalarının önemli nedenlerinden biridir ve arteriyel veya venöz orijinli olabilirler. Bunlar arasında vasküler ektazi, anjiyodisplazi ve telenjiyektaziler yer alır. En sık görüleni vasküler ektazilerdir, sıklıkla mide ve duodenumda bulunur ve özellikle 6. dekattan sonra pik yaparlar (36). Tedavileri öncelikle endoskopiktir, termal koagülasyon ve argon plazma koagülasyon uygulanır fakat endoskopik tedavinin başarısız olduğu durumlarda anjiyografi ve cerrahi tedavi tercih edilir (6, 23).

2.4.10. Hemobili

Hemobili, safra yollarından kaynaklanan kanamalar olup hastalar kanama bulgularıyla birlikte biliyer kolik ve sarılık ile başvururlar. Etiyolojisinde karaciğer ve safra yollarının travması veya tümörleri, safra taşları ve kolesistit yer alır. Yapılan endoskopide ampulladan kan geldiğinin görülmesiyle tanı konulur (37).

2.4.11. Kameron lezyonu

Kameron lezyonu bir hiyatal herni kesesi içerisinde oluşan erozyonlar veya ülserler olup hiyatal hernisi olan hastaların yaklaşık % 5’inin endoskopisinde tespit edilmektedir.

Genellikle insidental olarak tespit edilirler fakat nadiren masif veya akut üst GİS kanamaya yol açarlar. Kronik kanamaya ikincil demir eksikliği anemisine de yol açabilirler (38, 39).

2.4.12. Hemosuccus pancreaticus

Hemosuccus pancreaticus, bir başka değişle pankreatik kanaldan olan kanama nadir üst GİS kanama nedenleri arasında yer alır. Çoğunlukla pankreatik psödokist, kronik pankreatit veya pankreas kanseri olan hastalarda gözlenir. Kanama genellikle masiftir ve hayatı tehdit eder. Tanı genellikle abdominal BT veya manyetik rezonans kolanjiopankreatografi gibi yöntemlerle doğrulanır, tedavisinde mezenterik arteriografi ile coil embolizasyon veya cerrahi uygulanabilir (33).

2.4.13. Diğer travmatik veya iyatrojenik nedenler

Üst GİS kanamanın diğer iyatrojenik ve travmatik nedenleri arasında yabancı cisim yutulması, cerrahi sonrası gastroenterik veya enteroenterik anastomozlardaki marjinal ülser kaynaklı kanamalar, polipektomi sonrası kanama ve sfinkterotomi sonrası kanama sıralanabilir (33).

2.5. Üst gastrointestinal sistem kanamalarında laboratuvar bulguları

Üst GİS kanaması ile başvuran her hastadan tam kan sayımı, biyokimya, koagülasyon testleri ve kan grubunun belirlenmesi için kan gönderilmelidir. Özellikle miyokard enfarktüsü açısından risk altında olan ve göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi semptomlarla başvuran yada koroner arter hastalığı olan hastalarda elektrokardiyografi çekilmeli ve kardiyak enzim için kan alınmalıdır (40). İlk başvuru sırasındaki hematokrit ve hemoglobin değeri hastadaki kanamanın derecesini tam olarak göstermez fakat üst GİS kanaması ile gelen hastaların takibinde prognozun belirlenip tedavinin yönlendirilmesinde hastanın başvuru anındaki hemoglobin değeri önemlidir (14). Düşük hematokrit değeri mikrositer eritrosit morfolojisiyle beraber ise daha çok kronik bir kanamanın işaretidir, akut kanamaya bağlı anemide eritrositler genellikle normositerdir (41, 42).

Portal hipertansiyona bağlı hipersplenizm olan hastalarda trombositopeni ve lökopeni, kronik karaciğer hastalığı olan hastalarda trombositopeni, protrombin zamanında uzama ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik tespit edilebilir. Fazla miktarda üst GİS kanaması olan hastalarda barsakta açığa çıkan protein elemanlarının emilmesi ve hipovolemi nedeniyle kan üre değerinde yükselme gözlenir (43). Üst GİS kanamalı hastalarda kan üre nitrojeni düzeyindeki artış ile kreatinin artışı paralellik göstermemekte eğer kreatinin yüksekliği de varsa mevcut tabloya böbrek yetmezliği eşlik etmiş demektir (21).

2.6. Üst gastrointestinal sistem kanamalarında tanı yöntemleri

2.6.1. Endoskopi

İlk olarak 1881 yılında gastroskopi kullanılarak mide mukozası ve pilor görüntülenmiş olup uygun endoskoplara 1910 yılında üretilmiş, 1932 yılında yarı esnek endoskoplara kullanıma girmesiyle özofagus perforasyonu riski azalmıştır. 1960'lerden itibaren duodenum görüntülenmeye başlanmış olup 1970'lerin ortasından sonra GİS'deki kanayan lezyonların endoskopik tedavisi yapılmaya başlanmıştır (44).

Üst GİS kanaması ile başvuran her hastada hemodinamik stabilite sağlanır sağlanmaz endoskopi yapılmalıdır. Kanaması devam eden ve tekrarlayan, karaciğer sirozu ve portal hipertansiyonu olan yada aortoenterik fistül düşünölen hastalarda ise en kısa sürede endoskopi yapılmalıdır. Endoskopi üst GİS kanamalı hastaların hem tanı hem de tedavisinde altın standart olup cerrahi uygulanacak hastalarda da yol gösterici bir yöntemdir. Kanaması duran ve hemodinamisi stabil olan hastalarda endoskopi elektif şartlarda yapılabilir (45, 46). Her ne kadar erken endoskopi için zaman belirsiz de olsa endoskopinin ilk 24 saat içerisinde yapılması endoskopik bulgularla hastalardaki yeniden kanama riskini güvenilir bir şekilde belirlememizi sağladığından büyük önem taşır çünkü tekrar kanamaların % 94'ü ilk 72 saat, % 98'i ise ilk 96 saatte gerçekleşir (37).

İlk 24 saat içerisinde yapılan endoskopinin hastaların hastanede kalış süresini azalttığı gösterilmiştir. Erken endoskopi sayesinde yüksek riskli hastalarda hemostazın sağlanması kolaylaştırılır ve düşük riskli hastalarda hastanede kalış süresi kısalmır. Hemodinamisi stabil olmayan masif üst GİS kanamalı hastalara resusitasyon sonrası hemen endoskopi yapılması önerilirken diğer, yatışı yapılan hastalara ilk 24 saat içerisinde endoskopi yapılması

önerilmektedir (47). Bilinç kaybı olan veya kardiyopulmoner arrest yada GİS perforasyonu kuşkusu olan hastalarda ise endoskopi kontrendikedir (21).

Akut ülser kanamalarının kontrolünde endoskopi en etkin yöntem olarak kabul görmektedir ve yapılan çalışmalarda endoskopik tedavinin hem tekrar kanamayı hem de mortaliteyi önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir (14). Peptik ülser sonucu akut üst GİS kanaması gelişen hastalarda endoskopik olarak ülserin görünümü hastanın takip ve tedavisinde yönlendiricidir. Endoskopik olarak ülserler Forrest sınıflamasına göre Tablo 2’de gösterildiği şekilde aktif kanamasının varlığına, kanama bulgusu olup olmadığına bakılarak temel olarak 3 grupta sınıflandırılmaktadır (15, 16, 23).

Tablo 2. Forrest sınıflamasına göre ülserlerin prevalansı ve tekrar kanama riski (23)

Forrest sınıflaması	Tanım	Tekrar kanama riski (%)	Prevelans (%)
Ia	Aktif kanama (fişkirir tarzda)	55-90	10
Ib	Aktif kanama (sızıntı tarzında)	40-50	25
IIa	Kanamayan görünür damar	20-35	10
IIb	Yapışık pıhtı	10-25	10
IIc	Siyah zemin (kahverengi leke)	<10	10
III	Kanama bulgusu yok (temiz tabanlı ülser)	<5	35

Peptik ülserle bağlı üst GİS kanamasının yönetiminde Forrest sınıflaması büyük önem taşır. Endoskopi sonucunda tespit edilen ülserin Forrest Ia, Ib ve IIa olması durumunda endoskopik tedavi yapılırken, IIb olan hastalara ise hastanın durumunu kötüleştiren veya

devam eden kanamayı düşündüren bulgular olduğunda endoskopik tedavi önerilmektedir. Forrest IIc ve III ülserlerde ise endoskopik tedavi gerekmez (49,50).

2.6.2. Diğer Yöntemler: Sintigrafi, Anjiyografi, Kapsül Endoskopi ve Kolonoskopi

Üst GİS kanamanın çok şiddetli olması veya hemobili gibi etiyolojik olarak kanama odağını endoskopide görüntülemenin mümkün olmadığı durumlarda sintigrafi ve anjiyografiden faydalanılabilir. Sintigrafide Tc99 sülfür koloidi ve Tc99 permektenat ile işaretlenmiş eritrositler kullanılarak kanama debisi dakikada 0,5 ml'den fazla olan GİS kanamaları tespit edilebilmektedir (51). Endoskopik tedaviye yanıtız ve tekrarlayan kanaması olan hastalarda anjiyografi ile embolizasyon uygulanabilir (52). Kapsül endoskopi ise endoskopi ile yeri saptanamayan, devam eden ve tekrarlayan GİS kanamalarının tanısında kullanışlı bir yöntemdir (53). İnvaziv bir yöntem olmaması ve hastanede yatış gerektirmemesi kapsül endoskopinin en önemli avantajıyken, biyopsi alınamaması ve tedavi imkanı olmaması başlıca dezavantajıdır (54, 55). Hematokezya ile başvuran üst endoskopisi normal ama alternatif bir kanama odağı bulunamayan hastalarda kolonoskopi yapılabilir. Melena ile başvuran ama endoskopisi normal olan hastalarda ise sıklıkla melena ile prezente olabilen olası bir sağ kolon kaynaklı patolojiyi dışlamak için kolonoskopi genellikle gerekir (40).

2.7. Üst gastrointestinal sistem kanamalarının yönetimi

Üst GİS kanama ile acil servise başvuran hastaların ilk değerlendirilmesinde öncelikle hastaların hemodinamik stabilitesi sağlanmalı ve gerekli olduğu takdirde resusitasyon uygulanmalıdır. Takiben öyküsü alınıp fizik bakısı ve gerektiği takdirde nazogastrik lavaj yapılmalı, laboratuvar testleri gönderilmeli, sonrasında endoskopi hem tanısal hem de tedavi amaçlı olarak uygulanmalıdır. İlk değerlendirmede amaç kanamanın şiddetinin ve olası nedenin tespit edilip tedavinin buna göre yönlendirilmesidir. Bu amaçla hastanın klinik, laboratuvar ve endoskopi bulguları değerlendirilerek elde edilen veriler hastaların risk sınıflamasının yapılmasında yardımcı olabilir (40). Hastalar hemodinamik açıdan stabil hale getirildikten sonra detaylı bir anamnez alınarak kanamanın olası nedeni hakkında fikir sahibi olunabilir. Üst GİS kanaması olan hastaların neredeyse % 60'ında aynı lezyon yerinden

tekrar kanama gözlemlendiğinden GİS kanama öyküsünün varlığı sorgulanmalıdır. Hastaların öyküsünde peptik ülser, kronik karaciğer hastalığı, malignite, geçirilmiş GİS cerrahisi ve sigara, alkol, ilaç kullanımı gibi GİS kanama ile ilişkili olabilecek ve bizi ayırıcı tanıya yönlendirecek bilgiler sorgulanmalıdır (40). ASA, NSAİİ ve oral antikoagulanlar üst GİS kanamalar için en önemli predispozan faktörler arasında yer almaktadır. NSAİİ kullanımına bağlı peptik ülser gelişme riski kullanmayanlara göre 5-10 kat daha yüksektir ve bu nedenle hastaneye yatırılanlarda mortalite oranı % 5-10 civarındadır (14, 56).

GİS kanama ile acil servise başvuran hastalara öncelikle triaj uygulanarak vital bulguları ve aktif kanama durumları değerlendirilmeli, hemodinamik olarak stabil olmayan (şok, ortostatik hipotansiyon) veya aktif kanama bulgusu olan (hematemez, NG lavajda kan bulunması veya hematokezya) hastalar kritik bakım ünitesine alınarak resusitasyona başlanmalı ve puls oksimetre, elektrokardiyogram ve kan basınçları yakından takip edilmelidir. Hastalara nazal kanül ile oksijen desteği verilmeli ve oral alım yasaklanmalıdır. En az iki tane 16 gauge veya daha geniş periferik damar yolu veya santral venöz kateter açılıp laboratuvar testleri için kan örnekleri gönderilmelidir. Hematemezi aktif olarak devam eden ve beraberinde bilinç ve solunum problemi görülen hastalarda aspirasyon riskine karşın elektif entubasyon düşünülebilir (40). Endoskopi öncesi tedaviyle ilişkili komplikasyonları en aza indirebilmek için yeterli bir resusitasyon ve hemodinamik stabilizasyonun yapılması elzemdir (57). Aktif kanaması olan hastalara öncelikle kolloid infüzyonu (serum fizyolojik veya ringer laktat) ve şok durumuna göre kan replasmanı yapılmalıdır. Hasta şok tablosunda veya kalp yada böbrek yetmezliği varsa idrar çıkışının takip edilmesi için mesaneye foley kateter takılmalıdır (58). Kalp yada böbrek yetmezliği gibi sıvı kısıtlaması gerektirebilecek durumlarda sıvı resusitasyonu santral venöz basınç takip edilerek uygulanmalıdır.

Kan transfüzyonu hastanın hemodinamik durumuna ve komorbid hastalıkları göz önünde bulundurularak başlatılmalı ve genel yaklaşım transfüzyonun hemoglobin değeri <7 g/dL olduğunda başlanması yönünde olmalıdır. Hemoglobin değeri ≥ 7 g/dL olacak şekilde kan transfüzyonu yapılmalı fakat koroner arter hastalığı gibi belirgin anemi sonucu istenmeyen sonuçların olası olduğu hastalarda hemoglobin değeri ≥ 9 g/dL düzeyinde tutulmalıdır. Aktif kanaması olan ve trombosit sayısı düşük (<50.000 /mikroL) yada koagulopatisi olan (INR >1.5) hastalara sırasıyla trombosit veya taze donmuş plazma replasmanı yapılmalıdır. Eritrosit suspansiyonları koagülasyon faktörleri ihtiva etmediğinden her dört ünite eritrosit suspansiyonuna karşılık bir ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapılmalıdır (40).

2.8. Üst gastrointestinal sistem kanamalarında tedavi

2.8.1. Tıbbi tedavi

Üst GİS kanaması ile başvuran hastaların % 50'den fazlasında etiyojide peptik ülser olduğundan aktif kanayan peptik ülser tedavisinde uygulanan proton pompa inhibitörleri (PPI), histaminergic 2 reseptör antagonistleri (H2RA), somatostatin analogları ve prostaglandinler arasından en etkili olan PPI tedavide kullanılmaktadır. H2RA'nin peptik ülserle ilgili üst GİS kanamalarında kanamayı anlamlı olarak azalttığı gösterilememiştir (59). PPI özellikle yüksek dozlarda anlamlı şekilde asit azaltıcı etkiye sahip olduğundan yüksek riskli hastalarda ülser kanamasını önlemede etkilidirler (6).

Peptik ülser kanamalarında PPI grubu ilaçlar mide pH'sını yükselterek pepsin aktivitesinde azalma, pıhtı erimesinde gecikme ve trombosit agregasyonunda artışa neden olmaktadır (21). Bu nedenlerle üst GİS kanaması ile başvuran hastalara ampirik olarak intravenöz (IV) PPI tedavisi (örneğin, omeprazol 40mg IV günde iki kez) başlanması önerilmektedir (40). Yapılan bir çalışmada omeprazolün aktif kanamalı veya görünür damarı olan kanamasız hastalarda endoskopi sonrası 80 mg IV ve takibinde 72 saatte 8mg/saat IV infuzyon uygulandığında plaseboya kıyasla yeniden kanama riskini azalttığı gösterilmiştir (60). PPI'nin peptik ülser kanaması dışındaki nedenlere bağlı üst GİS kanamalarında da hemostazın sağlanmasında faydalı olduğu ve bunu gastrik asit nötralizasyonu ile pıhtı stabilizasyonunu sağlamaıyla gerçekleştirdiği düşünülmektedir (61).

Eritromisin ve metoklopramid gibi prokinetik ajanların kullanımı da akut üst GİS kanamalı hastalarda çalışılmıştır. Prokinetik ajan kullanımındaki amaç endoskopi öncesi midenin kan, pıhtı ve gıda artıklarından temizlenmesini sağlayıp iyi bir endoskopik görüntülemenin sağlanmasıdır. Bu ilaçlardan eritromisinin kullanımı önerilmektedir. Eritromisin motilin reseptörleri üzerinde agonist etkiyle gastrik boşalmayı hızlandırmaktadır. Endoskopiden yaklaşık 30-90 dakika önce eritromisin 3mg/kg IV dozda yaklaşık 20-30 dakikada gidecek şekilde uygulandığında özellikle masif kanaması olan ve midesi kan ile dolu hastalarda görüntüleme kalitesini artırabilir (40). Eritromisinin endoskopik görüntüleme üzerindeki olumlu etkisi en az dört bilimsel çalışmada ele alınmış ve bunların sonucunda

endoskopiden 20-120 dakika önce uygulanan tek doz eritromisinin görüntü kalitesini arttırdığı, endoskopi süresini kısalttığı ve tekrar endoskopi yapılması ihtiyacını azalttığı gösterilmiştir (62, 63, 64, 65).

Somatostatin ve analogu olan oktreotid varis kanamalarının tedavisinde kullanılmakla birlikte nonvarisiyel üst GİS kanamalarının tedavisinde de faydalı olduğu gösterilmiştir (66). Akut NVÜGK'larda oktreotid kullanımı rutinde önerilmeyip daha çok endoskopinin yapılamayacağı ve kesin tedavi öncesi hastaların stabilizasyonunda adjuvan bir tedavi olarak kullanılmasıyla sınırlıdır (40).

2.8.2. Endoskopik tedavi

Endoskopi NVÜGK ile başvuran hastalarda özellikle de akut ülser kanamalarının kontrolünde en etkili yöntem olarak kabul görmektedir (6). Deneyimli eller tarafından yapılan bir endoskopi ile kanama odağı % 95'in üstünde tespit edilebilir ve hastaların prognozu hakkında bilgi verir. Peptik ülserle bağlı üst GİS kanaması olan hastalarda endoskopik olarak ülserin görünümü temel yol göstericidir. Aktif kanaması, görünen damarı, yapışık pıhtı olan ülserlerde tekrar kanama, cerrahi gereksinim ve mortalite yüksek olduğundan bu hastalarda endoskopik hemostatik tedavi uygulanmalıdır (67, 68). Ülser tabanı temiz olan hastalar ve düz pigment lekesi (Forrest III ve IIc) olan hastalarda endoskopik tedavi gerekmez, bu hastalar endoskopi sonrası evlerine gönderilebilirler (49, 50).

Endoskopik tedavi çeşitli şekillerde uygulanabilmektedir: termal koagulasyon, enjeksiyon terapisi, hemostatik klips, fibrin dolgu veya yapıştırıcı, argon plazma koagulasyonu ve kombinasyon tedavisi. Termal koagulasyon ile ülser tabanındaki arter koagüle edilerek akut hemostaz sağlanır ve tekrar kanama engellenir (69). Termal metodlar arasında lazer, monopolar elektrokoagulasyon, bipolar veya multipolar elektrokoagulasyon, heater probe yer alır. Enjeksiyon tedavisinde ise en çok kullanılan, güvenilir ve ucuz yöntem kanayan ülserin üzerine % 0,9 serum fizyolojik ile sulandırılmış 1/10000 adrenalin enjeksiyonudur. Adrenalin vazokonstriksiyon oluşturur, intrensek koagulasyon kaskadını aktive eder ve pıhtılaşmayı kolaylaştırır (5, 70). Kanamayı durdurmak için kullanılan yeni tedaviler arasında yer alan hemoklipslerin kullanılmasıyla tekrarlayan kanama oranı, hastanede kalış süresi ve transfüzyon ihtiyacının daha düşük olduğu saptanmıştır (6).

2.8.3. Cerrahi tedavi

İnatçı ve tekrarlayan üst GİS kanamalı hastaların % 15-30'unda cerrahi gerekmede ve acil cerrahi tedavi alan bu hastalarda mortalite % 30-40'a varabilmektedir (44). Acil cerrahi tedavi elektif cerrahiye kıyasla daha yüksek mortaliteye sahip olduğundan üst GİS kanamalı hastalarda farmakolojik ve endoskopik tedavi başarısız olduğu takdirde düşünölmelidir (56). Endoskopik tedavideki gelişmeler günümüzde NVÜGK'lı hastalarda cerrahi girişim gereksinimini oldukça azaltmıştır (21).

2.9. Üst gastrointestinal sistem kanamalarında risk analizi ve Rockall skorlama sistemi

Üst GİS kanaması ile acil servise başvuran hastaların risk analizinin yapılmasında klinik, endoskopik ve laboratuvar bulgular yardımcı olmakta ve hastaların gerekli bakım seviyelerinin belirlenmesinde triyaj önemli rol almaktadır. Endoskopi öncesi düşük ve yüksek riskli hastaların belirlenmesi ile triyaj daha da kolaylaşır. Üst GİS kanaması ile başvuran hastalara acil endoskopi yapılması ve buna dayanarak triyaj yapılmasının her ne kadar yatış maliyetini ve süresini azalttığı gösterilmiş olsa da bu durum her zaman mümkün olmamaktadır (71).

Üst GİS kanaması ile başvuran hastalarda tekrar kanama ve hayatı tehdit eden kanama riski düşük olanların belirlenmesinde araştırmacılar tarafından tahmini modeller ve karar verdirici kurallar belirlenmiştir ve düşük riskli hastaların bu şekilde belirlenmesi erken taburculuk veya ayaktan tedaviye olanak vermektedir (72). Hastaların düşük riskli olarak belirlenmesini sağlayarak erken taburculuk veya ayaktan tedavi açısından uygunluğunu belirleyen bu kurallar çeşitli klinik çalışmalarla değerlendirilmiş ve bu yaklaşımın düşük kaynak kullanımı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (28). Genel yaklaşım durumu ağır olan hastaların yoğun bakım ünitelerine, daha iyi olan hastaların ise servise yatırılmasına yönelik triyaj yapılmasıdır (71).

Üst GİS kanaması ile başvuran hastaların risk sınıflamasının yapılmasında hastaların klinik, laboratuvar ve endoskopik bulguları yardımcı olmakta ve bu risk sınıflama sistemlerinin kullanımı uluslar arası kılavuzlar tarafından önerilmektedir. Yapılan bir meta-analizde tekrarlayan kanamalar ile ilişkili tanımlanan faktörler arasında hemodinamik kararsızlık (sistolik kan basıncı < 100mmHg, nabız > 100/dakika), hemoglobin değerinin 10g/dL'den düşük olması,

ülserin konumu (posterior duodenal duvar veya mide küçük kurvaturu) ve boyutu (ülser boyutunun > 1-3 cm olması) ve endoskopi sırasında kanamanın olması yer almaktadır (40). Hastaların bu şekilde yüksek riskli olarak belirlenmesi erken teşhis ve tedaviye olanak sağlayarak morbidite ve mortalitede azalmaya yol açmaktadır. Klinik ve endoskopik kriterler kullanılarak tekrar kanama riski düşük olan peptik ülser kanamalı hastalar erkenden taburcu edilebilmektedir. Bu kriterler arasında endoskopide temiz tabanlı ülser veya pigmentli nokta (Forrest III ve IIc) tespit edilmesi, hemodinamik stabilite olması, ciddi tıbbi komorbid hastalık olmaması, hastaneye kolay erişilebilirlik olması, evde yeterli ailesel destek ve bakım olması yer almaktadır (9).

Üst GİS kanaması ile başvuran hastaların yönetiminde kullanılan mevcut kılavuzlar hastaların yüksek ve düşük risk şeklinde erken sınıflandırılmasını önermekte ve bu nedenle çeşitli risk skorlama sistemleri bu hastalarda klinik sonuçları tahmin etmek için kullanılmaktadır (23, 73). Sıklıkla kullanılan risk skorlama sistemleri arasında Rockall skoru (RS) yer almaktadır. RS ile hastaların mortalitesi hakkında fikir edinilmektedir. Rockall skorunda endoskopi öncesi (pre-endoskopik) üç faktör (yaş, şok durumu, komorbid hastalık) ve endoskopi sonrası iki faktör (endoskopik tanı, yeni kanamayı gösteren endoskopik bulgu varlığı) değerlendirmeye alınarak risk sınıflaması yapılmaktadır (74). Rockall skorlama sisteminin bileşenleri ve verilen puanlar tablo 3'te sunulmuştur. RS akut üst GİS kanaması olan 4185 hastanın mortalite için bağımsız risk faktörlerinin değerlendirildiği prospektif bir çalışma ve sonrasında 1625 hastadan oluşan başka bir grup hastanın aynı çalışmada prospektif olarak değerlendirilmesiyle geliştirilmiştir. Endoskopi öncesi elde edilen puan preendoskopik veya klinik Rockall skoru (PreRS), endoskopi sonrası elde edilen toplam puan ise postendoskopik veya tam Rockall skoru (TRS) olarak adlandırılmaktadır. TRS ile düşük riskli hastalar belirlenerek bu hastalara erken endoskopi yapıp erken taburculuk sağlanması ve böylece hastanede yatış süresi kısaltılarak tedavi maliyetlerinin azaltılması amaçlanmaktadır (7, 44, 72).

Tablo 3. Rockall skorlama sistemi (40)

Parametre	Skor
A. Yaş	
≥ 80	2
60 - 79	1
< 60	0
B. Şok	
Hipotansiyon, sistolik kan basıncı < 100mmHg	2
Taşikardi, nabız ≥ 100/dakika ve sistolik kan basıncı ≥ 100mmHg	1
Şok yok, nabız < 100/dakika ve sistolik kan basıncı ≥ 100mmHg	0
C. Komorbid hastalık	
Böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, yaygın malignensi	2
Kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, benzer majör komorbid hastalık	1
Majör komorbid hastalık yok	0
D. Endoskopik tanı	
GİS malignensi	2
Bütün diğer tanıları	1
Mallory Weiss lezyonu fakat majör lezyon yok ve yeni kanama bulgusu yok	0
E. Endoskopide yeni kanama bulgusu	
Üst GİS'de kan, yapışık pıhtı, görünür damar veya fişkirir tarzda kanama	2
Yok veya sadece koyu noktasal lezyon	0
Preendoskopik skor : A+B+C	
Postendoskopik skor: A+B+C+D+E	
Minimum skor: 0 Maksimum skor:11	
Risk kategorisi: yüksek risk (≥5), orta risk (3-4), düşük risk (0-2)	

3. MATERYAL VE METOD

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 15 Aralık 2014 tarihinde etik kurul onayı alınarak başlanan ve retrospektif nitelikteki çalışmamıza Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği'ne 01 Ağustos 2014 – 31 Temmuz 2015 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü nonvarisiyel üst GİS kanamalı hastalar dahil edildi. Acil servisimize hematemez, melena, hematokezya gibi GİS kanama belirtileri ve kanlı kusma, kanlı dışkılama, siyah dışkılama şeklinde şikayetlerle başvuran hastalardan acil servis muayene kartlarına ulaşılabilenler değerlendirmeye alındı. Bu hastalardan alınan anamnez, yapılan fizik bakı ve endoskopi sonucu NVÜGK tanısı konulan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların değerlendirilmesinde kullanılan çalışma formunda hastaların yaşı, cinsiyeti, ilaç kullanım öyküsü, GİS kanama öyküsü, başvuruda melena varlığı, başvuru sırasındaki nabız ve tansiyon değerlerine göre şok durumu, sahip olduğu komorbid hastalıklar, yapıldıysa endoskopi sonucu, ülser tespit edildiği takdirde Forrest sınıflaması, hesaplanan preendoskopik ve postendoskopik Rockall skoru, ilk 24 saatte yapılan eritrosit suspansiyonu transfüzyonu sayısı, hastaların nasıl sonuçlandırıldığı, yatışı yapılan hastaların tekrar kanama veya cerrahi geçirip geçirmediği, yatış sonucu, yattıkları gün sayısı ve acil servise başvuruları sırasındaki laboratuvar değerleri tespit edilerek kayıt altına alındı.

Hastaların yaşı <60, 60-79 ve ≥80 yaş olarak üç grupta değerlendirildi. Hastaların kullandığı ilaçlar sorgulanarak GİS kanama ile ilişkili olabileceği gösterilmiş olan ASA, NSAİİ, coumadin, klopidogrel ve diğer antikoagulan veya antiagregan ilaçlar olmak üzere beş grupta toplandı. Acil servise başvuru sırasındaki vital bulgularından nabız ve kan basıncı değerleri şok durumunun belirlenmesinde kullanıldı ve hipotansif hastalar (kan basıncı <100mmHg), taşikardik hastalar (nabız ≥100/dakika ve kan basıncı ≥100mmHg) ve şok olmayan hastalar (nabız <100/dakika ve kan basıncı ≥100mmHg) olarak üç gruba ayrıldı. Komorbid hastalıklar ise kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, metastatik kanser hastalığı olarak gruplandı. Endoskopisi yapılan hastaların endoskopi sonuçları endoskopisi normal olan, Mallory Weiss tespit edilen, GİS malignensi tespit edilen hastalar ve diğer malignensi dışı nedenler olmak üzere dört ana grup altında

toplandı. Endoskopi sonucu malignensi dışı tespit edilen diğer nedenler ise peptik ülser hastalığı (özofagus, mide ve duodenum ülseri), özofajit, gastrit (gastropati), duodenit, intestinal metaplazi, Schatzki halkası, hiyatal herni, anjiyodisplazi, kameron ülseri, polip, lipom, Dieulafoy lezyonu, midede bezoar, gastrointestinal obstruksiyon ve divertikül olarak çalışma formuna kaydedildi. Acil serviste veya yatışı yapıldıktan sonra gerek hastanın exitus olması gerek hastanın tolere edememesi ve diğer nedenlerle endoskopisi yapılamayan hastalar bu şekilde endoskopisi yapılmamış veya yapılamamış hastalar olarak kayıt altına alındı. Endoskopi sonucu ülser tespit edilen hastalar Forrest sınıflamasına göre gruplandı.

Hastaların yaşı, şok durumu ve komorbid hastalıkları değerlendirmeye alınarak PreRS ve endoskopisi yapılan hastalarda TRS hesaplanarak kaydedildi. Acil servisten taburcu edilen, acil serviste exitus olan, yatışı servise veya yoğunbakıma yapılan hastalar kayıt altına alınarak hastaların acil serviste nasıl sonuçlandırıldığı belirlendi. Yatışı yapılan hastaların yatış sonucu, taburculuk ve exitus olmak üzere belirlendi. Her hastanın acil servise başvuru sırasındaki hemoglobin, hematokrit, trombosit, MCV, üre, kreatinin, ALT, AST, PTZ, aPTT, INR değerleri bulunarak çalışma formuna kaydedildi.

Hastalar PreRS'na göre 0 puan aldıkları takdirde düşük riskli, 1 ve üzeri puan aldıkları takdirde yüksek riskli olarak gruplandı. Çalışmamızda yer alan 368 hastadan 23'üne endoskopi uygulanmadığından TRS hesaplanabilen hastalar ise aldıkları puan 0-2 arası olanlar düşük riskli, 3-4 olanlar orta riskli, 5 ve 5'in üstü puan alanlar yüksek riskli olarak gruplandı. PreRS'na göre düşük ve yüksek riskli olan gruplar hastaların klinik seyrini belirleyen yoğun bakım yatışı, eksitus, tekrar kanama, cerrahi geçirme oranları, gün olarak yatış süresi, kan transfuzyonu ihtiyacı ve endoskopisinde ülser tespit edilen hastalarda endoskopik Forrest sınıfıyla ilişkilendirildi. Çoğunlukla endoskopik müdahaleyi gerektiren ve tekrar kanama oranları yüksek olan Forrest Ia, Ib, IIa, IIb lezyonlar yüksek riskli grup, çoğunlukla endoskopik tedavi uygulanmayan Forrest IIc ve III lezyonlar düşük riskli grup olarak değerlendirmeye alındı. Forrest sınıflamasına göre birden fazla sınıf ülseri olan hastalarda istatistiksel analiz sırasında şiddeti yüksek olan Forrest sınıfı esas alındı.

Çalışmamız sırasında kullandığımız istatistiksel yöntemde verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Simirnov testi ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde Mann-Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin analizinde ise ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer test kullanıldı.

4. BULGULAR

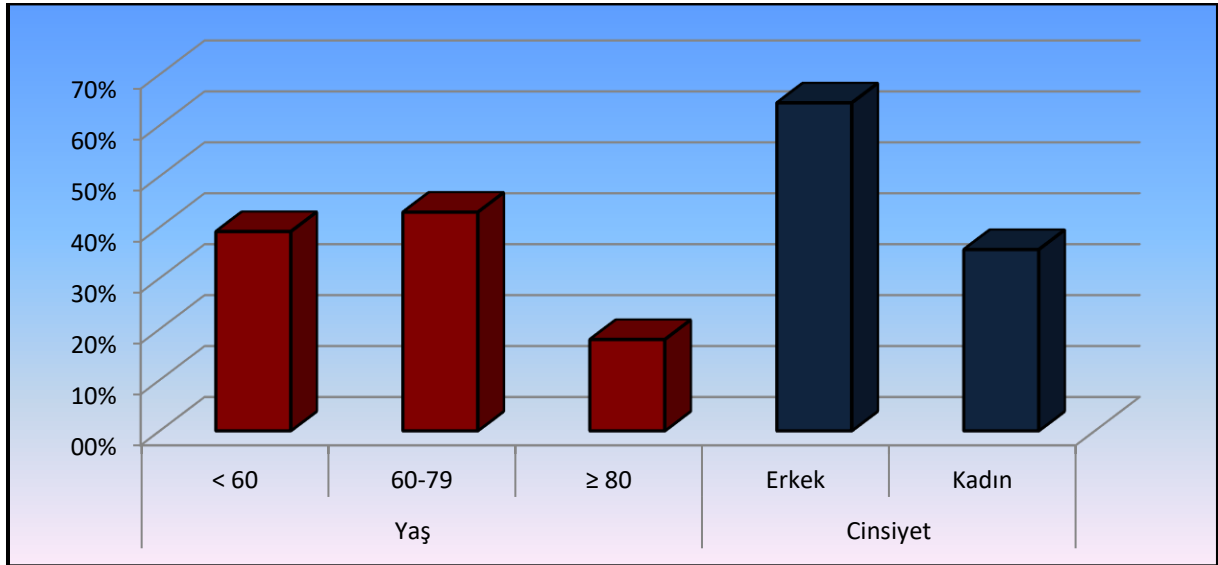
Çalışmamız süresince acil servisimize başvuran NVÜGK'lı hasta sayısı 368 olarak bulundu. Başvuran hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında hastaların 237'si erkek (% 64,4) ve 131'i kadın (% 35,6) idi. Yaş dağılımına bakıldığında ise hastaların 144'ü 60 yaş altı (% 39,13), 158'i 60-79 yaş arasında (% 42,94), 66'sı ise 80 yaş ve üzeri (% 17,93) olarak tespit edildi. Hastaların yaş ortalaması $63,03 \pm 17,43$ olarak hesaplandı. Hastaların yaş ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4, Tablo 5 ve Şekil 1'de sunulmuştur.

Tablo 4. Hastaların yaşa göre dağılımı

Yaş (yıl)	Sayı	Yüzde (%)
< 60	144	39,13
60-79	158	42,94
≥ 80	66	17,93

Tablo 5. Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Erkek	237	64,4
Kadın	131	35,6

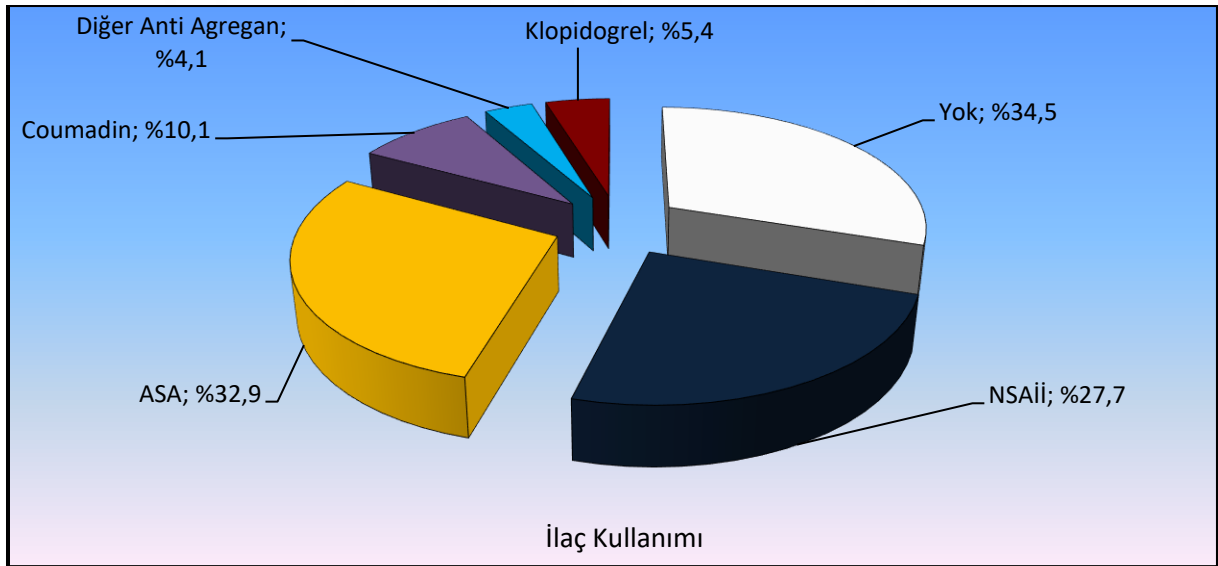


Şekil 1. Hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı

Çalışmaya alınan hastaların ilaç kullanım öyküleri sorgulandığında bazı hastalar birden fazla grup ilaç kullanmaktaydı ve 127 hastanın (% 34,5) hiçbir ilaç kullanım öyküsü mevcut değildi, Çalışmamızdaki 102 hasta (% 27,7) NSAİİ, 121 hasta (% 32,9) ASA, 37 hasta (% 10,1) kumadin, 20 hasta (% 5,4) klopidogrel ve 15 hasta (% 4,1) diğer antiagregan veya antikoagulan ilaçlardan kullanmaktaydı. Çalışmamızda NVÜGK ile başvuran hastaların % 65,5'inde GİS kanama ile ilişkilendirilebilecek türde ilaç kullanımını mevcuttu. Hastaların ilaç kullanım durumları Tablo 6 ve Şekil 2'de verilmiştir.

Tablo 6. Hastaların ilaç kullanım durumu

İlaç kullanımı	Sayı	Yüzde (%)
Yok	127	34,5
NSAİİ	102	27,7
ASA	121	32,9
Coumadin	37	10,1
Klopidogrel	20	5,4
Diğer antiagregan veya antikoagulan	15	4,1



Şekil 2. Hastaların ilaç kullanım durumu

Hastaların 298'i (% 81,0) daha önceden GİS kanama öyküsü olmadığını 70'i (% 19,0) ise GİS kanama öyküsü olduğunu beyan etmiştir. Çalışmamızdaki hastaların acil servise başvuru sırasında 267'sinde (% 72,6) melena tespit edilmiş olup 101'inde (% 27,4) melena tespit edilmemiştir.

Çalışmada acil servise başvuran hastaların 96'sı (% 26,1) hipotansiyon ile acil servise başvurmuş olup kan basınçları <100mmHg tespit edilmiş, 113'ünde (% 30,7) taşikardi tespit edilmiş (nabız \geq 100/dakika ve kan basıncı \geq 100mmHg), 159'unda (% 43,2) ise şok bulgusu gözlenmemiştir (nabız <100/dakika ve kan basıncı \geq 100mmHg). Bazı hastaların birden çok komorbid hastalığı bulunmakla beraber 172'sinde (% 46,7) hiçbir komorbid hastalık tespit edilmemiştir. Hastaların 56'sında (% 15,2) kalp yetmezliği, 164'ünde (% 44,6) iskemik kalp hastalığı, 42'sinde (% 11,4) böbrek yetmezliği, 24'ünde (% 6,5) ise metastatik kanser hastalığı olduğu bulgulanmıştır. Tablo 7'de hastaların GİS kanama öyküsü, Tablo 8'de başvuruda melena varlığı, Tablo 9'da şok durumu ve Tablo 10'da komorbid hastalıkları sayısal olarak verilmiş, hastaların GİS kanama öyküsü ve başvuruda melena varlığı Şekil 3'te, başvurudaki şok durumu ise Şekil 4'te gösterilmiştir.

Tablo 7. Hastaların GİS kanama öyküsü

GİS kanama öyküsü	Sayı	Yüzde (%)
Var	70	19,0
Yok	298	81,0

Tablo 8. Başvuruda melena varlığı

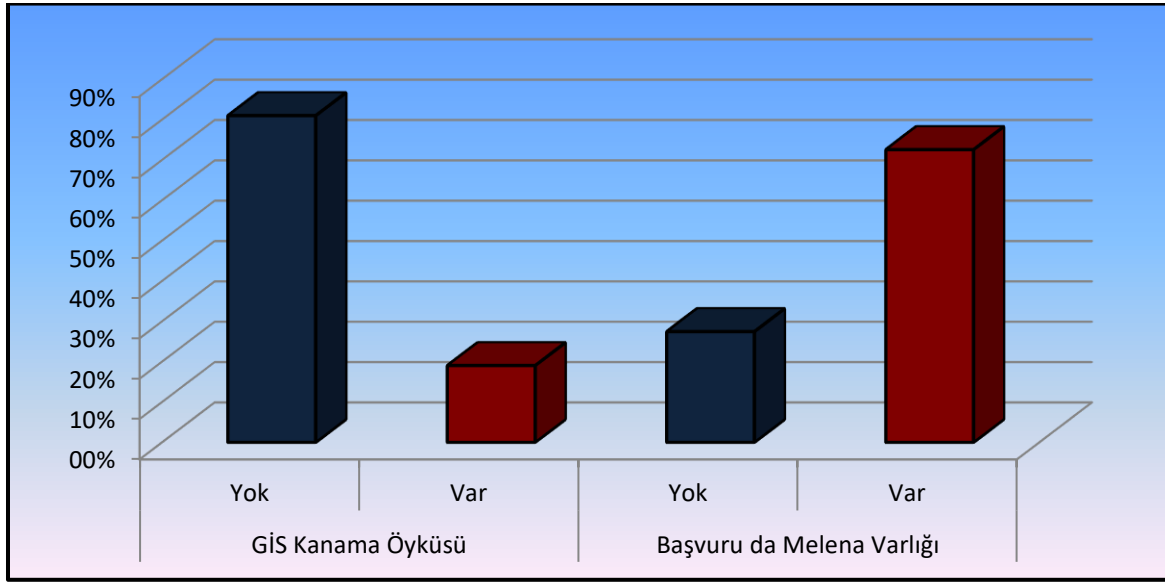
Melena	Sayı	Yüzde (%)
Var	267	72,6
Yok	101	27,4

Tablo 9. Hastaların şok bulgusu

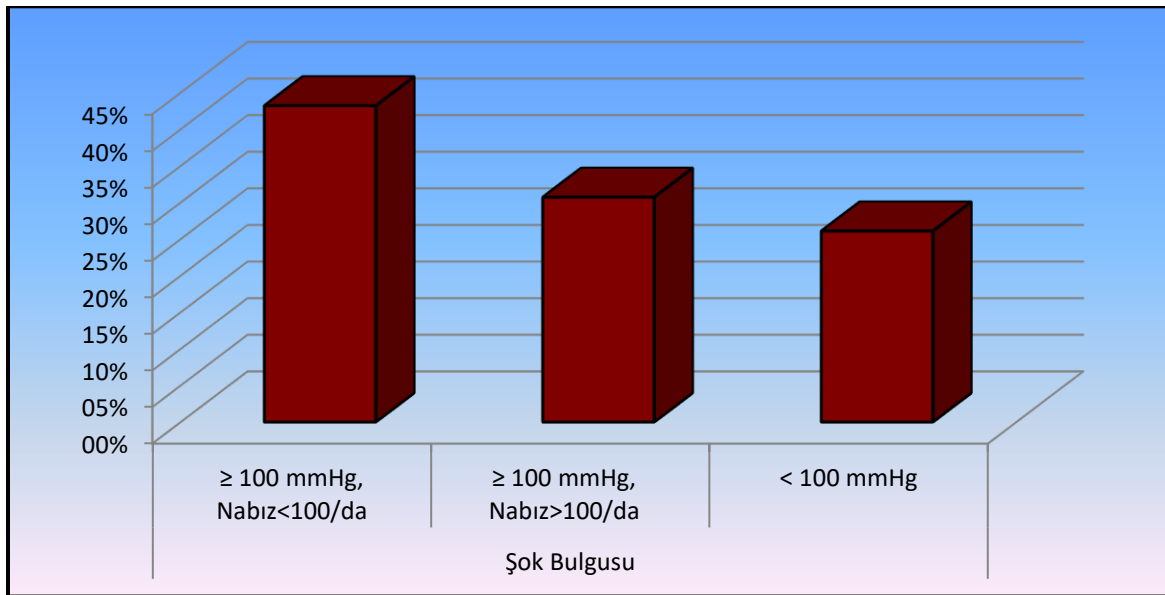
Kan basıncı ve nabız değeri	Sayı	Yüzde (%)
\geq 100 mmHg, Nabız<100/da	159	43,2
\geq 100 mmHg, Nabız \geq 100/da	113	30,7
< 100 mmHg	96	26,1

Tablo 10. Hastalarda komorbid hastalık varlığı

Komorbid hastalık	Sayı	Yüzde (%)
Yok	172	46,7
Kalp yetmezliği	56	15,2
İskemik kalp hastalığı	164	44,6
Böbrek yetmezliği	42	11,4
Metastatik kanser hastalığı	24	6,5



Şekil 3. Hastaların GIS kanama öyküsü ve başvuruda melena varlığı



Şekil 4. Hastaların şok bulgusu

Çalışmamızda yer alan 368 hastanın 23'üne (% 6,3) endoskopi yapılamamış olup endoskopi yapılmış olan 345 hastanın çoğunda endoskopi sonucunda birden çok lezyon birlikte bulunabilmekteydi. Endoskopisi yapılan 345 hastanın sonuçları incelendiğinde hastaların 48'inde (% 13,9) endoskopi bulguları normalken, 4'ünde (% 1,1) Mallory Weiss, 23'ünde (% 6,7) GİS malignensisi, 28'inde (% 8,1) özofagusta ülser, 49'unda (% 14,2) duodenit, 53'ünde (% 15,4) özofajit, 105'inde (% 30,4) mide ülseri, 125'inde (% 36,2) gastrit ve 145'inde (% 42,0) duodenal ülser tespit edildi.

Endoskopi sonucu GİS kanama ile ilişkili diğer lezyonların sayısı ise hastaların 3'ünde (% 0,8) anjiyodisplazi, 3'ünde (% 0,8) Kameron ülseri, 2'sinde (% 0,5) Dieulafoy lezyonu şeklindeydi.

Endoskopi sonucu 73 hastada GİS kanama ile ilişkili olmayan diğer lezyonların dağılımı ise şu şekildeydi: hastaların 47'sinde (% 13,6) hiyatal herni, 6'sında (% 1,7) polip, 5'inde (% 1,4) intestinal metaplazi, 5'inde (% 1,4) Schatzki halkası, 5'inde (% 1,4) enterogastrik reflü, 2'sinde (% 0,5) divertikül, 1'inde (% 0,3) lipom, 1'inde (% 0,3) midede bezoar, 1'inde (% 0,3) GİS obstruksiyonu. Endoskopi sonucu hastaların aldığı tanılar Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Hastaların endoskopi sonuçları

Endoskopik tanı	Sayı	Yüzde (%)
Normal	48	13,9
Mallory Weiss	4	1,1
GİS malignensi	23	6,7
Özafagusta ülser	28	8,1
Midede ülser	105	30,4
Duodenal ülser	145	42,0
Özofajit	53	15,4
Gastrit	125	36,2
Duodenit	49	14,2
Kanamaya dışı diğer nedenler :	73	21,2
• Hiatal herni	47	13,6
• Polip	6	1,7
• İntestinal metaplazi	5	1,5
• Schatzki halkası	5	1,5
• Enterogastrik reflü	5	1,5
• Divertikül	2	0,5
• Lipom	1	0,3
• Midede bezoar	1	0,3
• GİS obstrüksiyonu	1	0,3
Kanamaya yol açan diğer nedenler :	8	2,3
• Anjiyodisplazi	3	0,9
• Kameron ülseri	3	0,9
• Dieulafoy lezyonu	2	0,5

Çalışmaya katılan hastaların PreRS ve endoskopisi yapılan hastalarda TRS'ları hesaplanmış olup dağılımları Tablo 12, Tablo 13, Tablo 14, Şekil 5 ve Şekil 6'da gösterilmiştir. PreRS için elde edilen minimum değer 0, maksimum değer 7, medyan değer 3,0, ortalaması 2,9, standart sapma ise 1,9 olarak tespit edilmiştir. PreRS için 0 düşük risk, 1 ve üzeri değerler yüksek risk olarak değerlendirilmeye alınmıştır. Buna göre PreRS 0 olan düşük riskli hasta sayısı 56 (% 15,2), 1 ve üzeri olan yüksek riskli hasta sayısı 312 (% 84,8) olarak gerçekleşmiştir. TRS için ise elde edilen minimum değer 0, maksimum değer ise 10, medyan değer 5,0, ortalaması 4,5 ve standart sapması 2,3 olarak bulunmuştur. TRS için 0-2 düşük risk, 3-4 orta risk ve ≥ 5 yüksek risk olarak değerlendirilmiş buna göre hastaların 86'sı (% 23,4) düşük riskli grupta, 86'sı (% 23,4) orta riskli grupta ve 173'ü (% 47,0) yüksek riskli grupta yer almıştır.

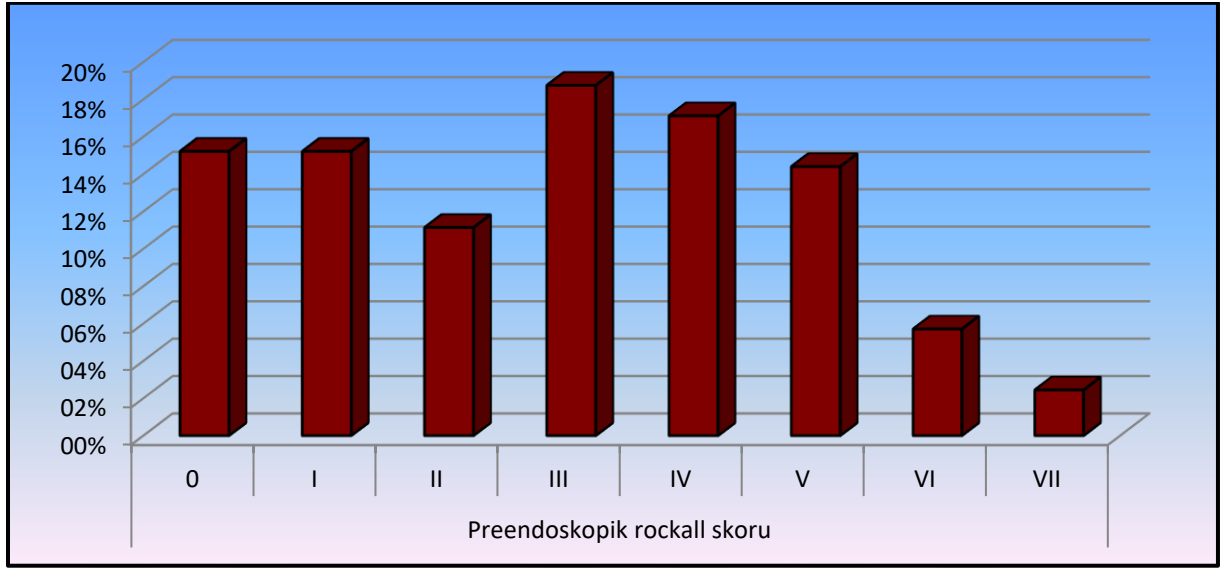
PreRS düşük riskli grupta olan 56 hastanın 11'i TRS'na göre orta riskli grupta 45'i ise TRS'na göre düşük riskli grupta yer almaktaydı. PreRS yüksek riskli grupta olan 312 hastanın 44'ü TRS düşük riskli grupta yer almaktaydı.

Tablo 12. Hastaların hesaplanan Rockall skorları

	Min-Mak.	Med	Ort.±s.s./n-%	
Preendoskopik rockall skoru	0.0 - 7.0	3.0	2.9 ± 1.9	
Preendoskopik rockall skoru	Düşük Risk		56	15.2%
	Yüksek Risk		312	84.8%
Postendoskopik rockall skoru	0.0 - 10.0	5.0	4.5 ± 2.3	
Postendoskopik rockall skoru	Düşük Risk		86	23.4%
	Orta Risk		86	23.4%
	Yüksek Risk		173	47.0%

Tablo 13. Preendoskopik Rockall skorlarının dağılımı

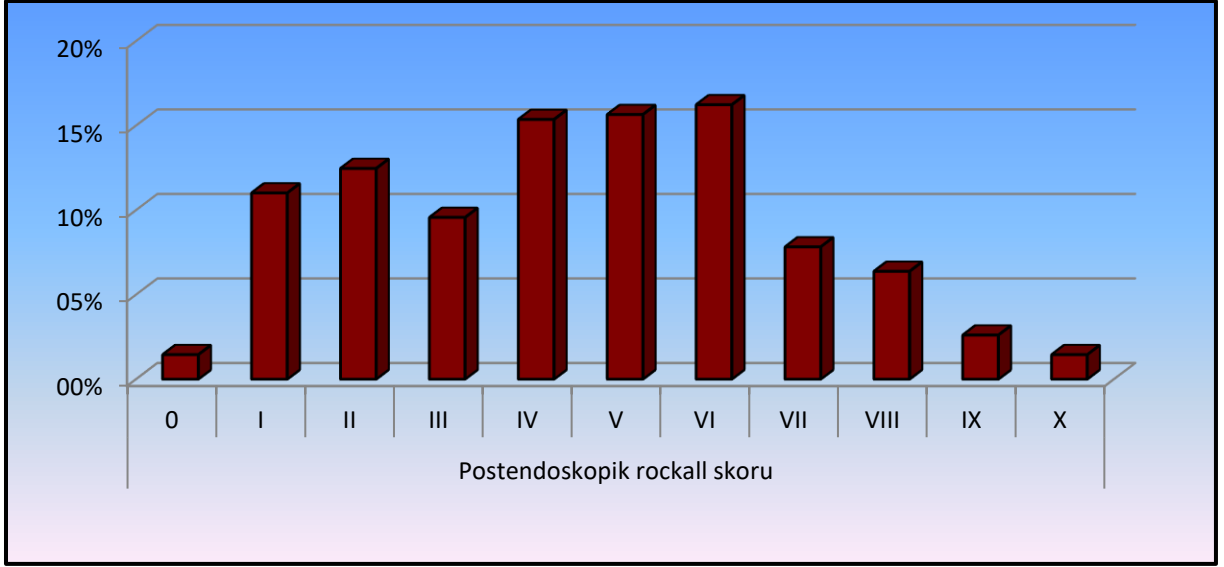
Preendoskopik Rockall skoru	Sayı	Yüzde (%)
0	56	15,2
1	56	15,2
2	41	11,1
3	69	18,8
4	63	17,1
5	53	14,4
6	21	5,7
7	9	2,4



Şekil 5. Preendoskopik Rockall skorlarının dağılımı

Tablo 14. Postendoskopik Rockall skorlarının dağılımı

Postendoskopik Rockall skoru (TRS)	Sayı	Yüzde (%)
Düşük risk (0-2)	86	23,4
Orta risk (3-4)	86	23,4
Yüksek risk (≥ 5)	173	47,0
0	5	1,4
1	38	11,0
2	43	12,5
3	33	9,6
4	53	15,4
5	54	15,7
6	56	16,2
7	27	7,8
8	22	6,4
9	9	2,6
10	5	1,4



Şekil 6. Postendoskopik Rockall skorlarının dağılımı

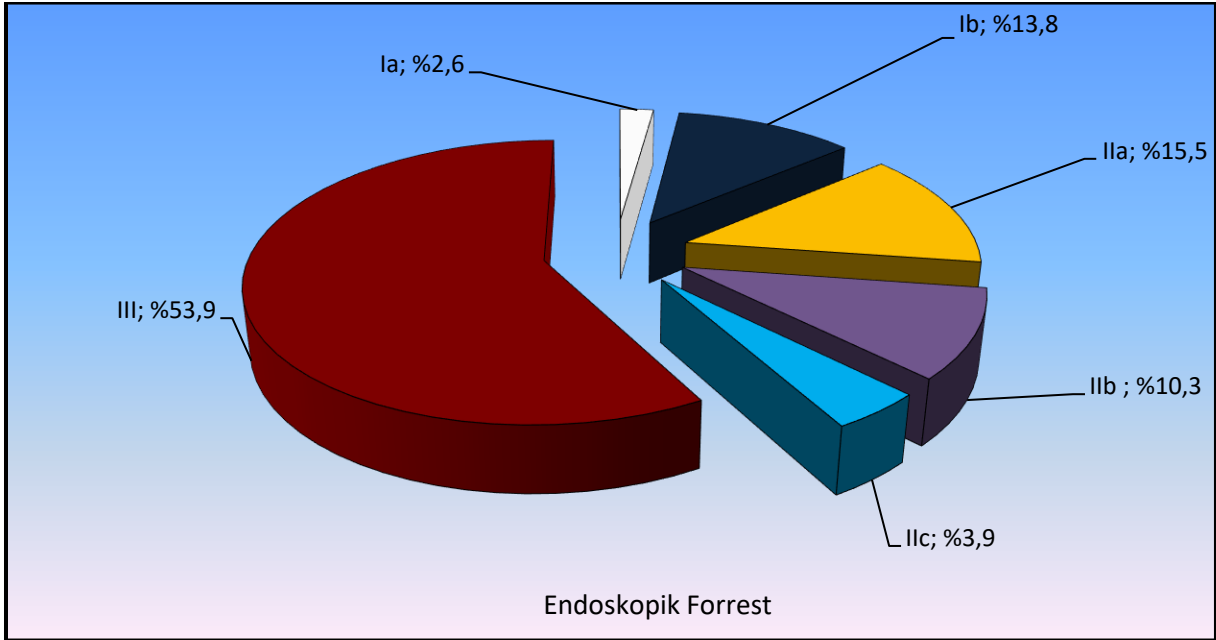
Çalışmamızda endoskopi yapılan hastalardan ülser tespit edilenlerde ülserler Forrest sınıflamasına göre kayıt altına alındı ve birden çok ülseri olan hastalarda her bir ülser için bu sınıflama yapıldı. Buna göre hastalarda görülen ülserlerin endoskopik Forrest sınıflamasına göre dağılımı Tablo 15 ve Şekil 7’de belirtildiği şekilde gerçekleşti. Hastaların 6’sında (% 2,6) Forrest Ia, 32’sinde (% 13,8) Forrest Ib, 36’sında (% 15,5) Forrest IIa, 24’ünde (% 10,3) Forrest IIb, 9’unda (%3,9) Forrest IIc, ve 125’inde (% 53,9) Forrest III ülser tespit edildi.

Endoskopi sonucu Forrest IIc ve III ülser tespit edilen 134 hastanın 1’i (% 0,7) acilden taburcu edilmiş, 46’sı (% 34,3) servise, 87’si (% 65) ise yoğun bakım ünitesine yatırılmış olup yattıktan sonra 132 hasta taburcu olurken 1 hasta exitus olmuştur. Bu hastaların 76’sına (% 56,7) ilk 24 saatte kan transfüzyonu yapılmış olup, ortalama 2,3 ünite ES transfüzyonu yapılmış. Yatışı yapılan 133 hastanın 2’sinde tekrar kanama, 2’sinde ise cerrahi geçirme ihtiyacı olmuş. Hastaların ortalama yatış gün sayısı 4,7 gün olmuştur.

Endoskopi sonucu Forrest Ia, Ib, IIa ve IIb ülser tespit edilen 98 hastanın 14’ü (% 14,3) servise, 84’ü (% 86) ise yoğun bakıma yatırılmış olup takip sonrası hastaların 91’i taburcu edilmiş 7’si ise exitus olmuş. Hastaların 70’ine (% 71) ilk 24 saatte kan transfüzyonu yapılmış olup ortalama 2,6 ünite ES transfüzyonu yapılmış. Hastaların 12’sinde tekrar kanama gelişmiş, 4’ü cerrahi geçirmiş. Hastaların ortalama yatış gün sayısı ise 6,3 gün olmuştur.

Tablo 15. Ülser tespit edilen hastalarda endoskopik Forrest sınıflamasına göre dağılım

Endoskopik Forrest sınıflaması	Sayı	Yüzde (%)
Ia	6	2,6
Ib	32	13,8
IIa	36	15,5
IIb	24	10,3
IIc	9	3,9
III	125	53,9



Şekil 7. Ülser tespit edilen hastalarda endoskopik Forrest sınıflamasına göre dağılım

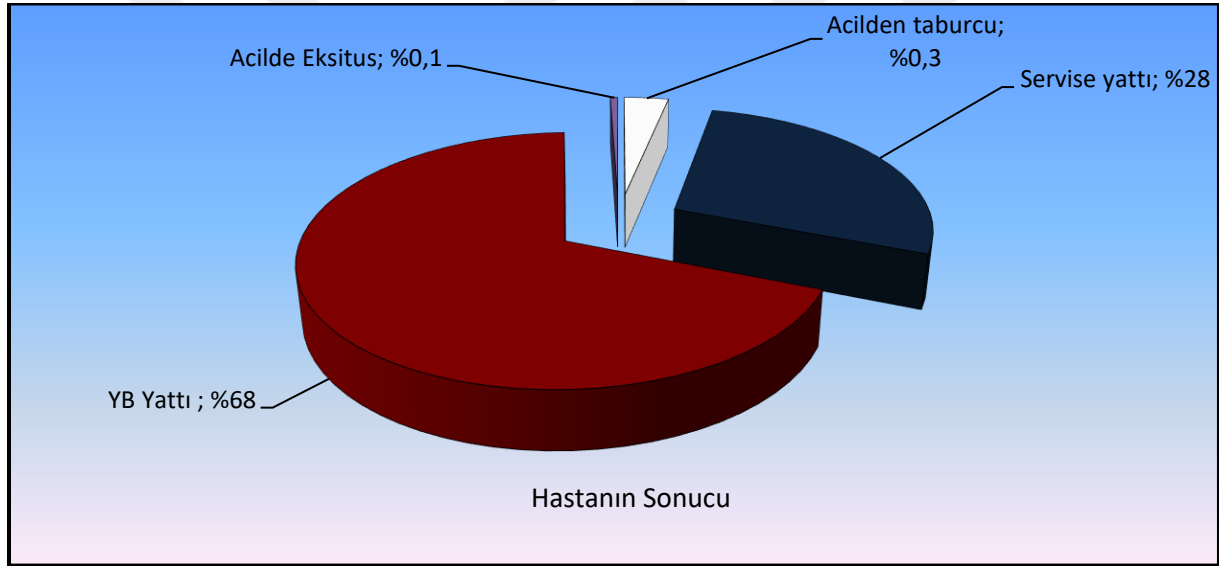
Hastaların acil servisten sonuçlandırılmalarına bakıldığında çalışmamızdaki NVÜGK tanısı alan 368 hastanın 11'i (% 3,0) acilden taburcu edildi, 2'si (% 0,5) acilde exitus oldu, 103'ü (% 28,0) servise yattı, kalan 252 (% 68,5) hasta ise yoğun bakım ünitesine alındı. Hastaların acil serviste sonuçlandırılmasıyla ilgili veriler Tablo 16 ve Şekil 8'de verilmiştir.

İlk 24 saat içerisinde çalışmada yer alan 368 hastanın 153'üne (% 41,6) hiç eritrosit suspansiyonu (ES) transfüzyonu yapılmamış olup kalan 215 hastaya (% 58,4) transfüzyon yapılmıştır. Bu hastalara gerek acil serviste gerek yattığı birimde ilk 24 saatlik süre içerisinde uygulanan ES transfüzyonu sayısı ise minimum 0 maksimum 6 ünite olup medyan değer 1,0

ve ortalaması 1,4, standart sapması ise 1,5'tur. Hastalara ilk 24 saatte yapılan ES transfüzyonu ile ilgili bilgiler Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 16. Hastaların acil serviste sonuçlandırılması

Sonuç	Sayı	Yüzde (%)
Acilden taburcu	12	3,3
Servise yatış	102	27,7
Yoğun bakıma yatış	252	68,5
Acilde exitus	2	0,5



Şekil 8. Hastaların acil serviste sonuçlandırılması

Tablo 17. İlk 24 saatteki kan (ES) transfüzyonu sayısı

	Min-Mak.	Med	Ort.±s.s./n-%
Kan (ES) Yapılmadı			153 %41,6
Transfüzyonu Yapıldı			215 %58,4
Kan (ES) Transfüzyonu	,0 - 6,0	1,0	1,4 ± 1,5

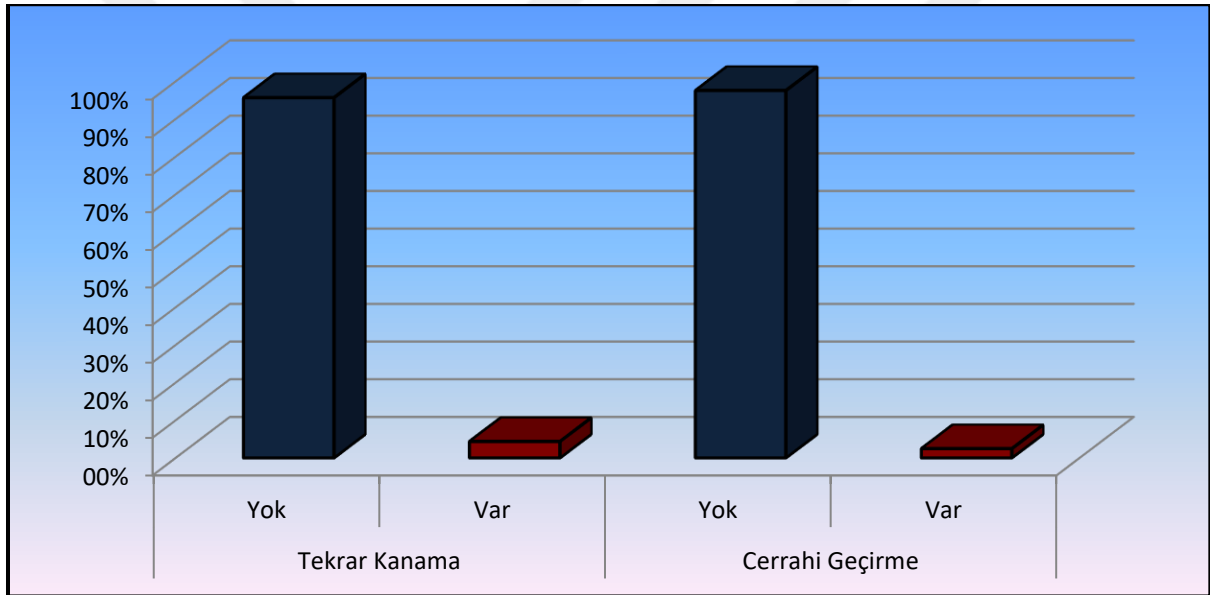
Çalışmaya dahil edilen hastaların 16'sında (% 4,3) tekrar GİS kanama geliştiği, 9'unun (% 2,4) ise cerrahi tedavi aldığı tespit edildi. Tablo 18'de tekrar kanama ve Tablo 19'da cerrahi geçirme ile ilgili oranlar verilmiş olup Şekil 9'da ise resmedilmiştir.

Tablo 18. Hastalarda tekrar GİS kanama gelişmesi

Tekrar kanama	Sayı	Yüzde (%)
Var	16	4,3
Yok	352	95,7

Tablo 19. Hastalarda cerrahi geçirme

Cerrahi geçirme	Sayı	Yüzde (%)
Var	9	2,4
Yok	359	97,6

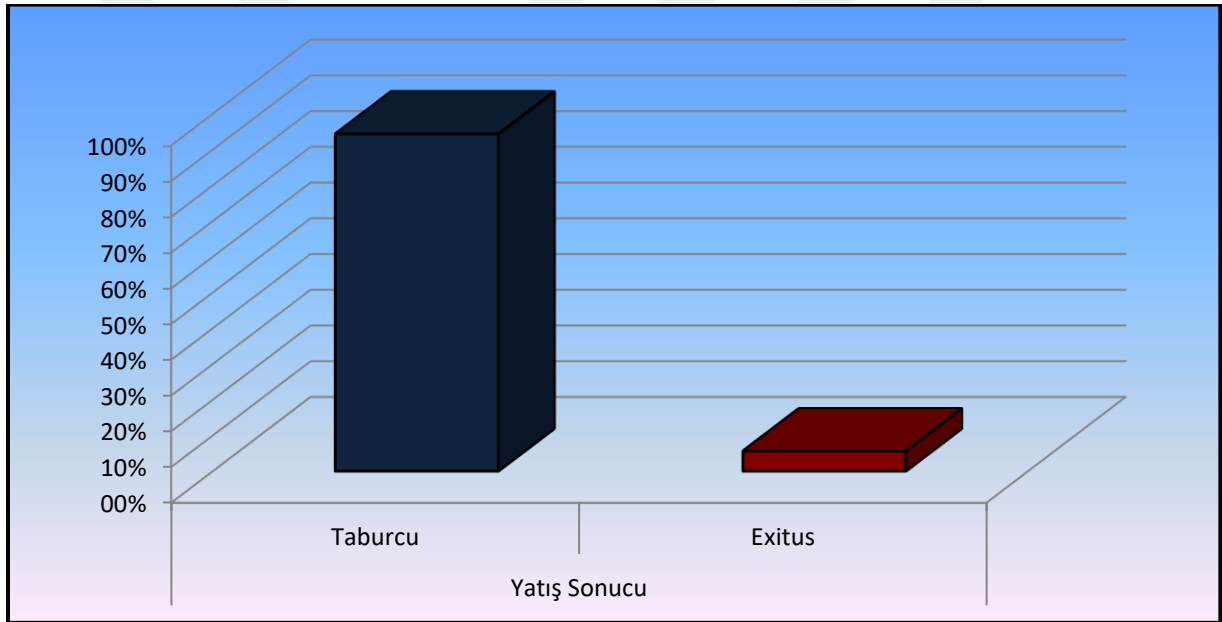


Şekil 9. Hastalarda tekrar kanama ve cerrahi geçirme oranı

Servis ve yoğun bakıma yatırılarak takip ve tedavisine başlanan 354 hastanın yatış süreleri ve sonucu incelendiğinde hastaların minimum 1 gün maksimum 76 gün yattığı, medyan değer 4 gün olduğu, ortalama yatış süresinin 5 gün standart sapmanın ise 5,5 gün olduğu tespit edilmiştir. 334 hasta şifa ile taburcu edilirken 20 hasta exitus olmuştur. Tablo 20’de hastaların yatış süresi ve sonucu, Şekil 10’da ise yatış sonucu grafik olarak verilmiştir.

Tablo 20. Hastaların yatış süresi ve sonucu

		Min-Mak.	Med	Ort.±s.s./n-%
Yatış Günü		1,0 - 76,0	4,0	5,0 ± 5,5
Yatış Sonucu	Taburcu			334 %94,4
	Exitus			20 %5,6



Şekil 10. Hastaların yatış sonucu

Acil servise başvuru sırasında hastalardan alınan kan sonuçları değerlendirildiğinde ortaya çıkan minimum ve maksimum değerler, medyan değer, ortalama ve standart sapma her bir kan testi için hastanemiz laboratuvarındaki referans aralıklar ve birimleri verilerek Tablo 21’de gösterilmiştir. Hastaların acil servise başvurduklarındaki hemoglobin değerleri göz önüne alındığında hemoglobin < 7g/dL olan hasta sayısı 71 (% 19,3), hemoglobin ≥7g/dL olup <10g/dL olan hasta sayısı 136 (% 36,9), hemoglobin ≥10g/dL olan hasta sayısı ise 161 (% 43,8) olarak bulgulandı. Çalışmamızdaki hastaların ortalama hemoglobin değeri 9,5g/dL ortalama hematokrit değeri ise % 28,7 olarak tespit edildi. Ortalama trombosit sayısı 261800/μL, ortalama MCV değeri ise 87,5fL olarak normal referans aralığında bulgulandı.

Çalışmamıza katılan hastaların ortalama ALT ve AST değerleri sırasıyla 25,4U/L ve 38,9U/L olup ALT normal aralıkta, AST normal sınırın biraz üstündeydi. Ortalama kan üre değeri 84,1mg/dL olarak, ortalama kreatinin değeri ise 1,4mg/dL olarak normal sınırların üstünde tespit edildi. Hastaların ortalama PTZ değeri 20,7 saniye ile normal sınırlarda, ortalama aPTT değeri 30,2 saniye ile normal sınırlarda, ortalama INR ise 1,5 olarak normalin üstünde bulgulandı.

Tablo 21. Hastaların ilk başvuru sırasındaki kan sonuçları

Kan testi adı	Referans aralık	Birim	Min.-mak.	Med.	Ort ± s.s.
Hemoglobin	10.,6-13,5	g/dL	3,6 – 18,4	9,5	9,5±2,8
Hematokrit	32,9-41,2	%	10,9 – 56,1	28,3	28,7±8,5
Trombosit	186-353	x1000/µL	7 – 771	246	261,8±97,9
MCV	77,7-93,7	fL	62,8 – 124,0	87,9	87,5±6,9
Üre	16,6-48,5	mg/dL	13,0 – 365,0	70,0	84,1±54,7
Kreatinin	0,5-0,9	mg/dL	0,4 – 10,5	1,0	1,4±1,4
ALT	0-33	U/L	5,0 – 1092,0	14	25,4±65,5
AST	0-32	U/L	4,0 – 2232,0	20,0	38,9±128,6
PTZ	10-14	saniye	10,2 – 204,8	13,1	20,7±28,6
aPTT	21-36	saniye	16,9 – 140,4	23,6	30,2±20,9
INR	0,8-1,2		0,9 – 10,0	1,1	1,5±1,5

PreRS ile Forrest sınıflamasının ilişkisi analiz edilirken birden fazla sınıf ülseri olan hastalarda derecesi ve şiddeti yüksek olan Forrest sınıfı esas alındı. Örneğin hem IIa hem IIc ülseri olan bir hastada istatistiksel analiz açısından IIa ülser esas alındı. Ülseler ise Forrest sınıflamasına göre çoğunlukla endoskopik tedavi gerektiren ve tekrar kanama riski yüksek olan Ia, Ib, IIa, IIb ve düşük riskli IIc ve III olmak üzere ikiye gruplandı. Ki-kare testi kullanılarak yapılan istatistiksel analiz sonucu PreRS yüksek risk olan grupta endoskopik forest IIc-III olan hasta oranı Pre-endoskopik Rocall Skoru düşük risk olan gruptan anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha düşük bulundu. İstatistiksel analiz Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. PreRS ile endoskopik Forrest arasındaki ilişki

		Preendoskopik rockall skoru				P
		Düşük Risk		Yüksek Risk		
		n	%	n	%	
Endoskopik Forrest	Ia	2	%5,7	4	%2,0	0,032
	Ib	5	%14,3	27	%13,7	
	IIa	1	%2,9	35	%17,8	
	IIb	1	%2,9	23	%11,7	
	IIc	2	%5,7	7	%3,6	
	III	24	%68,6	101	%51,3	

Ki-kare test

PreRS yüksek risk olan grupta yoğun bakıma yatış ve acilde exitus oranı PreRS düşük risk olan gruptan anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha yüksek bulgularlandı. PreRS düşük ve yüksek olan grupta cerrahi geçirme oranı, yatış günü, yatışta exitus oranı anlamlı ($p > 0,05$) farklılık göstermemiştir. İstatistiksel analiz Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. PreRS ile hastaların yoğun bakıma yatış, yatış sonucu, yatış süresi ve cerrahi geçirme arasındaki ilişki

		Preendoskopik rockall skoru				P
		Düşük Risk		Yüksek Risk		
		Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
Hastanın Sonucu	Acilden taburcu	6	%10,7	6	%1,9	0,000
	Servise Yatış	26	%46,4	76	%24,4	
	YB Yattı	24	%42,9	228	%73,1	
	Acilde Eksitus	0	%0,0	2	%0,6	
Cerrahi Geçirme	Yok	54	%96,4	305	%97,8	0,631
	Var	2	%3,6	7	%2,2	
Yatış Günü		4,2 ± 5,6	3	5,1 ± 5,5	4	0,056
Yatış Sonucu	Taburcu	50	%100,0	285	%93,4	0,062
	Exitus	0	%0,0	20	%6,6	

Ki-kare test (Fischer test) / Mann-whitney u test

PreRS yüksek risk olan grupta kan transfüzyon yapılma oranı ve sayısı PreRS düşük risk olan gruptan anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha yüksektir. PreRS düşük ve yüksek olan grupta tekrar kanama oranı anlamlı ($p > 0,05$) farklılık göstermemiştir. İstatistiksel analiz Tablo 24'te sunulmuştur.

Tablo 24. PreRS ile kan transfüzyonu ve tekrar kanama arası ilişki

		Preendoskopik rockall skoru				P
		Düşük Risk		Yüksek Risk		
		Ort.±s.s./n-%	Med	Ort.±s.s./n-%	Med	
Kan (E.S.) Transfüzyonu		0,2 ± 0,5	0	1,7 ± 1,5	2	0,000
Kan (E.S.) Transfüzyonu	Yapılmadı	49	%87,5	104	%33,3	0,000
	Yapıldı	7	%12,5	208	%66,7	
Tekrar Kanama	Yok	55	%98,2	297	%95,2	0,307
	Var	1	%1,8	15	%4,8	

Ki-kare test / Mann-whitney u test

5. TARTIŞMA

Nonvarisiyel üst gastrointestinal sistem kanamaları (NVÜGK) sık görülen, mortalite ve morbidite oranı yüksek önemli bir acildir. H2RA ve PPI gibi ilaçların ve endoskopinin geliştirilmesi sayesinde önceleri körlemesine yapılan cerrahi girişimler artık geride kalmıştır. Helikobacter pylori enfeksiyonunun peptik ülser gelişimi üzerindeki etkisinin anlaşılmasıyla birlikte eradikasyon tedavisinin bulunması peptik ülserle bağlı GİS kanama oranlarında azalmaya yol açmıştır. Tüm bu gelişmelere karşın mortalite oranı halen % 10 seviyelerinde kalmıştır (45).

NVÜGK ile acil servise başvuran hastaların hızlı bir şekilde değerlendirilip uygun triyaj yapılması, risk seviyelerinin erkenden belirlenmesi bu şekilde tetkik ve tedavi süreçlerinde doğru ve hızlı karar verilmesi hastalığın gidişatı, kaynakların kullanımı ve maliyet açısından olumlu sonuçlar doğurabilecektir (75). NVÜGK ile başvuran hastaların risk sınıflamasının yapıp ayaktan veya yatarak takip edilecek olanları belirlemek için çeşitli risk skorlama sistemleri geliştirilmiştir (76). Bu skorlama sistemleri arasında Rockall Skoru (RS) İngiltere’de 74 hastaneye üst GİS kanaması nedeniyle başvuran 4185 hastayı içeren çok merkezli bir çalışma ile ortaya konulmuş olup daha sonra 1625 vakalık ikinci grup hasta ile skorlama sisteminin uygulanabilirliği araştırılmıştır. RS diğer skorlama sistemlerine kıyasla uluslararası güvenilirlik testi yapılmış tek skorlama sistemidir. Rockall skorlama sistemi ile yüksek risk grubunda olup yakın takip gerektiren ve düşük risk grubunda olup erken taburculuğu yapılabilecek hastalar belirlenebilmekte, tekrar kanama ve mortalite için düşük riskli hastaların % 15’ini başvuru anında% 26’sını ise endoskopi sonrası belirleyebilmektedir (45). RS 2 ve düşük olan hastalarda tekrar kanama oranı % 4, mortalite oranı ise % 0,1 olarak belirlenmiştir (77).

Çalışmamız sonucunda erkek ve kadın hastaların oranı literatür ile benzerlik göstermekte olup hastaların % 64,4’ü erkek % 35,6’sı ise kadındı. Genellikle üst GİS kanamalarının erkeklerde kadınlardan yaklaşık 2 kat fazla görüldüğü kabul edilmekte olup bu durumu destekleyen birçok çalışma mevcuttur (75). Dicu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların % 66,3’ü erkek % 33,7’si ise kadındır (76). Benzer şekilde Işık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da erkek hastalar % 64,17 kadın hastalar ise % 35,83’lük orana sahipti (78).

Çalışmamıza alınan hastalar yaşlarına göre <60, 60-79 ve ≥80 olarak gruplandırılmış olup yaş ortalaması 63,03±17,43’tü. En büyük yaş 96 iken en küçük yaş 18’di.Yapılan

birçok çalışmada GİS kanaması görülen hastalarda yaş ortalamasının 60 yaş üzeri olduğu bildirilmiştir. Dicu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalaması 64 ± 13 olarak bulunmuştur (76).

Üst GİS kanaması gelişiminde ilaçların etiyojideki rolü önemlidir. Çalışmamızdaki hastalar incelendiğinde % 34,5'inin ilaç kullanmadığı diğer hastaların (% 65,5) ise bir veya birden çok ilacı kullandığı tespit edilmiştir. Sırasıyla en çok kullanılan ilk üç ilaç grubu ASA % 32,9, NSAİİ % 27,7, coumadin % 10,1 olarak tespit edilmiştir. Hyett ve arkadaşları üst GİS kanamalı hastaların % 44,6'sında, Dicu ve arkadaşları ise % 39,7 sinde NSAİİ kullanımının olduğunu tespit etmiştir (76, 79). Üst GİS kanaması ile başvuran hastaların yaklaşık % 44'ü hiçbir ilaç kullanımı olmadığını beyan etmesine karşın ayrıntılı bir anamnez alındığında altta yatan bir ASA veya NSAİİ kullanımı öyküsü tespit edilmiştir (18, 19). Sonucumuzun literatür ile benzerlik göstermemiş olması ayrıntılı bir anamnez alınamamış olmasından kaynaklanabilir.

NVÜGK olan 421 hasta ile yapılan bir çalışmada % 37,6 oranında GİS kanama öyküsü tespit edilmiş olup çalışmamızda bu oran % 19 olarak bulunmuştur (80). GİS kanaması ile başvuran hastaların % 60'ına kadarında aynı lezyon nedeniyle geçirilmiş GİS kanama öyküsü bulunabileceğinden ayrıntılı bir anamnez alınması gerekmektedir (81).

Üst GİS kanamalı hastaların acil servise en sık başvuru şekli melena olup bizim çalışmamızda bu oran % 72,6 olarak bulunmuştur. Hastaların melena ile başvuru oranı Wang ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada % 82,1, Işık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 76,1, Dicu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise % 70,7 olarak bulunmuştur (76, 78, 82). Bir diğer çalışmada NVÜGK hastaların % 79,4'ünde melena tespit edilmiştir (83). Bu veriler ışığında çalışmamız sonucunda literatür ile uyumlu sonuç elde edildiği söylenebilir.

Çalışmamızdaki hastaların nabız ve kan basınçlarına göre şok bulguları incelendiğinde 96 hastanın (% 26,1) hipotansif olup kan basıncının $< 100 \text{ mmHg}$ olduğu, 113 hastanın (% 30,7) taşikardik olup nabız $\geq 100/\text{dakika}$ olduğu ve 159 hastanın (% 43,2) ise kan basıncının $\geq 100 \text{ mmHg}$ ve nabız değerinin $< 100/\text{dakika}$ olduğu bulunmuştur. NVÜGK olan hastalarla yapılan bir çalışmada yine hastaların % 49,4'ünde şok bulgusu olmayıp, % 20,3 ünde taşikardi, % 30,3'ünde ise hipotansiyon tespit edilmiştir (83). Hastaların yarıya yakınında taşikardi veya hipotansiyon gibi şok bulgularının gözlenmemiş olması hastaların altta yatan komorbid hastalıkları nedeniyle kullandıkları beta bloker gibi ilaçlara bağlı olabileceği gibi hemorajik şokun değerlendirilmesinde hastaların nabız ve

kan basıncı bulguları hemen her zaman bize doğru sonuç vermeyebilir. Hemorajik şokta öncelikle nabızda bir artış, takiben artan diyastolik basınca ikincil nabız basıncı azalır ve son olarak hipotansiyon gözlenmesi beklenir. Fakat bu durum hastaların yaşına, cinsiyetine, mevcut sağlık durumlarına ve kullandıkları ilaçlara bağlı olarak çok farklılık arz eder (2).

NVÜGK hastaların mortalite ve morbiditesinde önemli rol oynayan etkenlerden biri de komorbid hastalıkların varlığıdır. Çalışmamızda hastaların % 46,7'sinde komorbid hastalık bulunmamakta, diğer hastalarda ise birden çok hastalık bir arada bulunabilmektedir. En sık rastladığımız hastalık ise 164 hastada (% 44,6) iskemik kalp hastalığı olmaktadır. Literatüre bakıldığında Rockall ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada komorbid hastalık oranı % 67,3 olarak bulunmuştur (84).

Hastaların endoskopi sonucu aldıkları tanıları incelendiğinde sadece 48 (% 13,9) hastanın normal endoskopi sonucu olduğu, 23 hastaya (% 6,3) çeşitli nedenlerle endoskopi yapılamadığı geri kalan hastalarda ise çoğunlukla birden fazla lezyonun beraber bulunduğu görülmüştür. Ülkemizde NVÜGK en sık nedenleri peptik ülser hastalığı ve eroziv gastroduodenittir (21). Endoskopik tanıları arasında çalışmamızda en çok sırasıyla 145 hastada (% 42,0) duodenal ülser, 125 hastada (% 36,2) gastrit ve 105 hastada (% 30,4) mide ülseri tespit edilmiş olup literatürde görüldüğü gibi peptik ülser hastalığı en sık neden olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda yer alan hastaların acil servise başvuru sırasındaki laboratuvar bulgularını incelediğimizde ortalama hemoglobin değerinin 9.5g/dL olduğu, hemoglobin < 7g/dL olan hasta sayısının 71 (% 19,3), hemoglobin \geq 7g/dL olup <10g/dL olan hasta sayısının 136 (% 36,9), hemoglobin \geq 10g/dL olan hasta sayısının ise 161 (% 43,8) olduğu bulguları. Ortalama hematokrit değeri % 28,7, ortalama üre değeri 84,1mg/dL, trombosit değeri ise 261382/ μ L olarak tespit edildi. Keçeci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada başvuru anında hemoglobin değeri 9,4 \pm 2,6g/dL, hematokrit %27,8 \pm 7,4, BUN 36,7 \pm 23,1mg/dL, trombosit sayısı 271600 \pm 80800/ μ L olarak bildirilmiştir (85). NVÜGK ile başvuran ve çalışmamızda yer alan hastaların arasında coumadin kullananların sayısı 37 (% 10,1) olup bu hastalardaki yüksek ve bazen çok yüksek çıkan INR değerleri nedeniyle çalışmamızdaki INR ortalama değeri 1,5 olarak bulunmuştur. MCV değeri ise literatürle uyumlu olduğu şekilde normokrom normositerdir.

Çalışmamızda yer alan hastaların PreRS ve TRS hesaplayarak, hastaların klinik seyrini belirleyen acil servisteki sonlanımı, yapılan endoskopi sonucu tespit edilen ülserin Forrest

derecesi, ilk 24 saatte yapılan kan transfüzyonu sayısı, yatış sonrası sonlanımı, tekrar kanama veya cerrahi geçirip geçirmediği, yatış gün sayısı ile PreRS arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak inceledik.

Çalışmamızda yer alan 368 hastanın 56'sının (% 15,2) PreRS 0 olarak hesaplandı ve bu hastalar düşük risk grubunda yer aldı, PreRS ≥ 1 olan hastalar ise yüksek risk grubunu oluşturdu.

Endoskopi sonucu Forrest Ia, Ib, IIa ve hemodinamisi bozuk veya kanamanın devam ettiği düşünülen Forrest IIb ülserlere endoskopik tedavi önerilmektedir, Forrest IIc ve III ülserlere endoskopik tedavinin yararı gösterilmemiştir (86). Cander ve arkadaşları peptik ülser kanamalı hastalarda en sık Forrest III ülser % 70 oranında tespit etmiş olup bizim çalışmamızda da % 53,9 ile Forrest III en sık rastladığımız ülserdir (86). Tekrar kanama riski yüksek olan ve endoskopik tedavinin önerildiği Forrest Ia, Ib, IIa ve IIb ülserleri olan hastaları yüksek riskli ve endoskopik tedavinin gereksiz olup tekrar kanama oranlarının görece düşük olduğu Forrest IIc ve III ülserleri olan hastaları düşük riskli olarak iki gruba ayırıp PreRS ile istatistiksel olarak analiz ettiğimizde PreRS yüksek riskli olan grupta düşük riskli hasta oranı PreRS düşük riskli olan gruptan anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha düşük bulundu. Kan transfüzyonu ihtiyacı değerlendirildiğinde PreRS yüksek risk olan grupta kan transfüzyon yapılma oranı ve sayısı PreRS düşük risk olan gruptan anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha yüksek bulundu.

Literatüre baktığımızda Chuan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada transfüzyon ihtiyacı, cerrahi veya endoskopik müdahale gerekliliği olan hastaları yüksek riskli olarak tanımlayarak PreRS'nun yeterliliğini değerlendirmiş ve bunun sonucunda PreRS ile 246 hastanın 220'si saptanmıştır (87).

Aynı şekilde çalışmamızda PreRS yüksek risk olan grupta yoğun bakıma yatış ve acilde exitus oranı PreRS düşük risk olan gruptan anlamlı ($p < 0,05$) olarak daha yüksek bulgularlandı. Tham ve arkadaşları tarafından yapılan NVÜGK olan hastaların PreRS ile komplikasyon ve kan transfüzyonu ihtiyacının değerlendirildiği bir çalışmada ise endoskopi olmadan hesaplanan klinik (preendoskopik) Rockall skorunun düşük riskli hastaların belirlenip acil endoskopi ihtiyacını azaltmaya yönelik faydalı bir prognostik faktör olduğu ortaya konmuştur (88).

Diğer taraftan çalışmamız sonucu PreRS düşük ve yüksek olan grupta cerrahi geçirme oranı, yatış günü, yatışta exitus oranı anlamlı ($p > 0,05$) farklılık göstermemiş ve PreRS

düşük ve yüksek olan grupta tekrar kanama oranı anlamlı ($p > 0,05$) farklılık göstermemiştir.

Custodio ve arkadaşları tarafından NVÜGK olan hastalarda yapılan prospektif çalışmada PreRS'nun komplikasyonları ve tekrar müdahale gereksinimini belirlemede yetersiz kaldığı gösterilmiştir (89). Meltzer ve arkadaşları ile Johnston ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da PreRS'nun düşük riskli hastaları güvenilir bir şekilde bulma konusunda yetersiz olduğu öne sürülmüştür (90, 91).

6. SONUÇ

- I. NVÜGK erkeklerde daha çok görülmüştür.
- II. NVÜGK 60 yaş üstü hastalarda daha çok görülmüştür.
- III. NVÜGK ile başvuran hastaların çoğunda GİS kanama için kolaylaştırıcı faktör olan bir ilaç kullanımını tespit edilmiştir.
- IV. NVÜGK'lı hastaların yaklaşık 5'te 1'inde geçirilmiş GİS kanama öyküsü bulunmuştur.
- V. NVÜGK'lı hastaların en sık başvuru şekli melenadır.
- VI. NVÜGK'lı hastaların yarıya yakınında şok bulgusu mevcut değildir.
- VII. NVÜGK'lı hastaların yarıya yakınında altta yatan bir komorbid hastalık bulunmakta olup bunlar arasından en sık iskemik kalp hastalığı görülmüştür.
- VIII. NVÜGK ile başvuran hastalarda en sık endoskopik tanı peptik ülser ve gastrit olarak tespit edilmiştir.
- IX. NVÜGK ile acil servise başvuran hastalarda risk sınıflaması yapılmasında PreRS kısıtlılıkları olmasına karşın klinisyene yardımcı olabilmekte fakat hastaların klinik seyrinin öngörülmesinde yeterli fayda sağlamamaktadır.

KAYNAKLAR

1. **Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, Farrar JT, Strom BL.** Hospitalization and mortality rates from peptic ulcer disease and GI bleeding in the 1990s: Relationship to sales of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acid suppression medications. *Am J Gastroenterol* **2002**; 97:2540-2549.
2. **Marx AJ, Hockberger SR, Walls MR.** *Rosen's Emergency Medicine*. 8th Ed., Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc, **2014**. :248-253.
3. **Gilbert DA.** Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* **1990**; 36:8-13.
4. **Longstreth GF, Feitelberg SP.** Outpatient care of selected patients with acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* **1995**; 345:108-111.
5. **Ferguson CB, Mitchell RM.** Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: standard and new treatment. *Gastroenterol Clin North Am* **2005**; 34:607-621.
6. **Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH.** Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: pathophysiology, diagnosis, management. 7th ed. , Philadelphia:Saunders:**2002**.
7. **Chen IC, Hung MS, Chiu TF, et al.** Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *AJEM* **2007**; 25:774-779.
8. **Adams GJ, Barton DE, Collings J, DeBlieux CMP, Gisondi AM, Nadel SE.** *Adams Emergency Medicine*. 2nd Ed., Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc, **2013**:286-291
9. **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**; 152:101-113.
10. **Longstreth GF.** Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: A population-based study. *Am J Gastroenterol* **1997**; 206-208.
11. **Barkun A, Sabbah S, Enns R, et al.** The Canadian Registry on Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Endoscopy (RUGBE): Endoscopic hemostasis and proton pump inhibition are associated with improved outcomes in a real-life setting. *Am J Gastroenterol* **2004**; 99:1238-1246.
12. **Fleischer D.** Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* **1983**; 84:538-543.
13. **Gilbert DA, Silverstein FE, Tedesco FJ, et al.** The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. III. Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* **1981**; 27:94-102.
14. **İçme F, Satar S, Akın FE, et al.** Analysis of endoscopic and demographic data of the patients admitted to the emergency department with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Turkish Medical Journal* **2011**; 5:5-11.
15. **Wong SH, Sung JJ.** Management of GI emergencies: peptic ulcer acute bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* **2013**; 27:639-647.
16. **Ginsberg GG, Gostout CJ, Kochman ML, Norton ID.** *Clinical gastrointestinal endoscopy*. 2nd Ed., Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc, **2012**: 128-144.
17. **Goldman L, Ausiello D.** *Cecil Medicine*. 23rd Ed., Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc, **2007**.
18. **Jiranek GC, Kozarek RA.** A cost-effective approach to the patient with peptic ulcer bleeding. *Surg Clin NA* **1996**; 76:83-103.

19. **McGuirk TD, Coyle WJ.** Upper gastrointestinal tract bleeding. *Emerg Med Clin NA* **1996**; 14:523–545.
20. **Sarin SK, Kumar A, Angus WP, et al.** Diagnosis and management of acute variceal bleeding: Asian Pacific Association for Study of the Liver Recommendations. *Hepato Int* 2011; 5:607–624.
21. **Pınarbaşı B, Kaymakoğlu S.** Gastrointestinal Sistem Kanamalarına Yaklaşım. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* **2005**; 12:117-129.
22. **Doherty MG, Way LW.** Stomach and Doudenum. In: Doherty MD, Ed. *Current diagnosis and treatment: Surgery*. 13th Ed., New York:McGraw-Hill Companies, **2010**: 479-509.
23. **Greenberger NJ, Blumberg RS, Burakoff R.** *Current Diagnosis & Treatment: Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy*. 2nd Ed., New York:The McGraw-Hill Companies Inc., **2012**: 349-369.
24. **Sayek İ, Abbasoğlu O.** Peptik Ülser. Sayek İ. *Temel Cerrahi*. 2. Baskı, Ankara:Güneş Kitapevi, **1996**: 1031-1046.
25. **Podolsky DK, İsselbacher K.** Gastrointestinal sistem hastalıkları. Edit: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. *Harrison iç hastalıkları prensipleri*. 15. Baskı, İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, **2004**: 1649-65
26. **Carpenter HA, Talley NJ.** Gastroskopy is incomplete without biopsy. Clinical relevance of distinguishing gastropathy from gastritis. *Gastroenterology* **1995**; 108:917-924.
27. **Costa ND, Cadiot G, Merle C, et al.** Bleeding reflux esophagitis: A prospective 1-year study in a university hospital. *Am J Gastroenterol* **2001**; 96:47-51.
28. **Palmer K.** Management of haematemesis and melaena. *Postgrad Med J* **2004**; 80: 399-404.
29. **Cotton PB, Rosenberg MT, Waldram RP, Axon AT.** Early endoscopy of oesophagus, stomach, and duodenal bulb in patients with haematemesis and melaena. *Br Med J* **1973**; 2:505-509.
30. **Allum WH, Brearley S, Wheatley KE, Dykes PW, Keighley MR.** Acute haemorrhage from gastric malignancy. *Br J Surg* **1990**; 77:19-20.
31. **Savides TJ, Jensen DM, Cohen J, et al.** Severe upper gastrointestinal tumor bleeding: Endoscopic findings, treatments, and outcome. *Endoscopy* **1996**; 28:244-248.
32. **Antinori CH, Andrew CT, Santaspirt JS, Villanueva DT, Kuchler JA, de Leon ML, et al.** The many faces of aortoenteric fistulas. *Am Surg* **1996**; 62:344-349.
33. Erişim: (www.uptodate.com/contents/causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults) 2016. erişim tarihi: 22.02.2016
34. **Sears SJ, Scheltinga MR.** Primary aorto-enteric fistula. *Br J Surg* **2005**; 92:143
35. **Cendan JC, Thomas JB 4th, Seeger JM.** Twenty-one cases of aortoenteric fistula: lessons fort the general surgeon. *Am Surg* **2004**; 70:583.
36. **Appleyard MN, Swain CP.** Endoscopic difficulties in the diagnosis of upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol* **2001**; 7(3):308-12.
37. **Alexander J.A.** Nonvariceal Gastrointestinal Tract Bleeding. In: Hauser S.C. Mayo Clinic Gastroenterology and Hepatology Board Review, 5th Ed., New York:Oxford University Press, **2004**: 120-125.
38. **Wetson AP.** Hiatal hernia with cameron ulcers and erosions. *Gastrointest Endosc Clin N Am* **1996**; 6:671.

39. **Kapadia S, Jagroop S, Kumar A.** Cameron ulcers: an atypical source for a massive upper gastrointestinal bleed. *World J Gastroenterol* **2012**; 18:4959.
40. Erişim: (www.uptodate.com/contents/approach-to-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults) 2016. erişim tarihi: 22.2.2016
41. **Wiesen AR, Hospenthal DR, Byrd JC, Glass KL, Howard RS, Diehl LF.** Equilibration of hemoglobin concentration after transfusion in medical inpatients not actively bleeding. *Ann Intern Med* **1994**; 121:278-330.
42. **Elizalde JI, Clemente J, Marín JL, Panés J, Aragón B, Mas A, et al.** Early changes in hemoglobin and hematocrit levels after packed red cell transfusion in patients with acute anemia. *Transfusion* **1997**; 37:573-576.
43. **Snook JA, Holdstock GE, Bamforth J.** Value of a simple biochemical ratio in distinguishing upper and lower sites of gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* **1986**; 1: 1064-1065.
44. **Laursen SB.** Treatment and prognosis in peptic ulcer bleeding. *Dan Med J* **2014**; 61: B4797.
45. **Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC.** Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* **1996**; 38:316-321.
46. **Chak A, Cooper GS, Lloyd LE, Kolz CS, Barnhart BA, Wong RC.** Effectiveness of endoscopy in patients admitted to the intensive care unit with upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* **2001**; 53:6-13.
47. **Dworzynski K, Pollit V, Kelsey A, et al.** Guideline Development Group. Management of acute upper gastrointestinal bleeding: summary of NICE guidance. *BMJ* **2012**; 13; 344: e3412.
48. Erişim: (www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-bleeding-peptic-ulcers) 2016. erişim tarihi:22.2.2016
49. **ASGE Standards of Practice Committee.** ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* **2004**; 60:497-504.
50. **Palmer K.** British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gut* **2002**; 51:iv1-iv6.
51. **Zuckerman GR, Prakash C, Askin MP, Lewis BS.** AGA technical review on the evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* **2000**; 118:220-221.
52. **Lau JY, Barkun A, Fan DM, et al.** Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *Lancet* **2013**; 8:2033-2043.
53. **Gupta R, Reddy DN.** Capsule endoscopy: current status in obscure gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol* **2007**; 13:4551-4553.
54. **Carretero C, Fernandez-Urien I, Betes M, et al.** Role of videocapsule endoscopy for gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol* **2008**; 14:5261-5264.
55. **Ersoy O, Bayraktar Y.** Gastroenterolojide yeni görüntüleme yöntemi: kapsül endoskopi. *Hacettepe Tıp Dergisi* **2004**; 35:212-215.
56. **Okutur SK, Alkım C, Bes C, et al.** Acute upper gastrointestinal bleeding: Analysis of 230 cases. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* **2007**; 6:30-36.
57. **Baradarian R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R, et al.** Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. *Am J Gastroenterol* **2004**; 99:619.

58. **Sebe A.** Gastrointestinal Sistem Kanamaları. Kekeç Z, *Tüm Yönleriyle Acil Tıp Tanı Tedavi ve Uygulama Kitabı*. 2. Baskı, Adana:Nobel Kitapevi, **2011**:251-257.
59. **Gispert JP, Gonzalez L, Calvet X, et al.** Proton pump inhibitors versus H2 antagonists: a meta-analysis of their efficacy in treating bleeding peptic ulcer. *Alimen Pharmacol Ther* **2001**; 15:917.
60. **Lau JY, Sung JJ, Lee KK, et al.** Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *N Engl J Med* **2000**; 343: 310.
61. **Gren FW Jr, Kaplan MM, Curtis LE, Levine PH.** Effect of acid and pepsin on blood coagulation and aggregation. A possible contributor prolonged gastroduodenal mucosal hemorrhage. *Gastroenterology* **1978**;74:38
62. **Coffin B, Pocard M, Panis Y, et al.** Erythromycin improves the quality of EGD in patients with upper GI bleeding: a randomized controlled study. *Gastrointest Endosc* **2002**; 56:174.
63. **Frossard JL, Spahr L, Quenau PE, et al.** Erythromycin intravenous infusion in acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial. *Gastroenterology* **2002**; 123:17.
64. **Altraif I, Handoo FA, Aljumah A, et al.** Effect of erythromycin before endoscopy in patients presenting with variceal bleeding: a prospective, randomized, double blind, placebo-controlled trial. *Gastrointest Endosc* **2011**; 73:245.
65. **Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L, et al.** Erythromycin infusion prior to endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding: a randomized, controlled, double-blind trial. *Am J Gastroenterol* **2006**; 101:1211.
66. **Imperiale TF, Birgisson S.** Somatostatin or octreotide compared with H2 antagonists and placebo in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Ann Intern Med* **1997**; 127:1062.
67. **Laine L, Peterson WL.** Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* **1994**; 331:717-727.
68. **Julapalli VR, Graham DY.** Appropriate use of intravenous proton pump inhibitors in the management of bleeding peptic ulcer. *Dig Dis Sci* **2005**; 50:1185-1193.
69. **Llach J, Bordas JM, Salmeron JM, et al.** A prospective randomized trial of heater probe thermocoagulation versus injection therapy in peptic ulcer hemorrhage. *Gastrointest Endosc* **1996**; 43:117.
70. **Jensen DM.** Treatment of patients at high risk for recurrent bleeding from a peptic ulcer. *Ann Intern Med* **2003**; 139:294-295.
71. **Farooq FT, Lee MH, Das A, et al.** Clinical triage decision vs risk scores in predicting the need for endotherapy in upper gastrointestinal bleeding. *AJEM* **2012**; 30:129-134.
72. **Das A, Wong RC.** Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointest Endosc* **2004**; 60:85.
73. **Ali H, Lang E, Barkan A.** Emergency department risk stratification in upper gastrointestinal bleeding. *CJEM* **2012**; 14:45-49.
74. **Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC.** Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Lancet* **1996**; 347:1138.

75. **Hamoui N, Docherty SD, Crookes PF.** Gastrointestinal hemorrhage: is the surgeon obsolete. *EmergMed Clin North Am* **2003**; 21(4):1017-1056.
76. **Dicu D, Pop F, Ionescu D, et al.** Comparison of risk scoring systems in predicting clinical outcome at upper gastrointestinal bleeding patients in an emergency unit. *AJEM* **2013**; 31: 94-99.
77. **Worthley DL, Fraser RJ.** Management of acute bleeding in the upper gastrointestinal tract. *Aust Prescr* **2005**; 28:62-66.
78. **Işık et al.** Comparison of some of the scoring systems and mean platelet volume in the prediction of mortality in patients admitted to the emergency department with upper gastrointestinal bleeding. *AbantMed J* **2014**;3(3):242-247.
79. **Hyett BH, Abougergi MS, Charpentier JP, et al.** The AIMS65 score compared with the Glasgow-Blatchford score in predicting outcomes in upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc* **2013**; 551-557.
80. **Günşar F, Akarca US, Yönetçi N,Özütemiz Ö, et al.** Üst gastrointestinal sistem kanamalı 502 hastanın değerlendirilmesi. *Turk J Gastroenterol* **1997**;8:188-193.
81. **Palmer ED.** The vigorous diagnostic approach to upper gastrointestinal tract hemorrhage. A 23-year prospective study of 14000 patients. *JAMA* **1969**; 207:1477.
82. **Wang CH, Chen YW, Young YR, et al.** A prospective comparison of 3 scoring systems in upper gastrointestinal bleeding. *AJEM* **2013**; 31: 775-778.
83. **Bahadır D.** Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarımızın demografik ve klinik özellikleri. İç hastalıkları uzmanlık tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ, 2011.
84. **Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC.** Influencing the practice and outcome in acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* **1997**; 41: 606–611.
85. **Keçeci M, Sevinç C, Kayataş K, et al.** Varis dışı akut üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda lökositoz ile kanama ciddiyeti arasındaki ilişki. *Akademik gastroenteroloji dergisi* **2014**; 13: 07-12.
86. **Cander B, Ertekin B, Kara H, Gül M, Dündar D, Koçak S.** Acil Servise Gastrointestinal Kanama İle Başvuran Hastalarda Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* **2011**; 16: 54-56.
87. **I-Chuan Chen et al.** Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *American Journal of Emergency Medicine* **2007**; 25:774–779.
88. **Tham TC, James C, Kelly M.** Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall score. *Postgrad Med J* **2006** Nov;82(973):757-9
89. **Custodio LJ, Garcia MC, Kibune NC, et al.** Performance of the Rockall scoring system in predicting the need for intervention and outcomes in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian setting:a prospective study. *Digestion* **2013**;88(4):252-7
90. **Meltzer AC, Burnett S, Pinchbeck C, et al.** Pre-endoscopic Rockall and Blatchford scores to identify which emergency department patients with suspected gastrointestinal bleed do not need endoscopic hemostasis. *J Emerg Med* **2013** Jun;44(6):1083-7
91. **Johnston MR, Murray IA, Schultz M, et al.** Does preendoscopy Rockall score safely identify low risk patients following upper gastrointestinal haemorrhage? *Gastroenterol Res Pract* **2015**;2015:410702



ÖZGEÇMİŞ



ETİK KURUL ONAYI

**NON VARİSİYEL ÜST GİS KANAMA İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN
HASTALARDA PREENDOSKOPİK ROCKALL SKORU İLE KLİNİK SEYİR
İLİŞKİSİ**

Ad Soyadı:

Cinsiyet:

TC No:

Yaş:

Yaş: <60 yaş: 60–79 yaş: ≥80 yaş:

İlaç kullanımı:

Daha önce GIS kanama öyküsü: Var Yok

Başvuru da melena varlığı: Var Yok

Başvuru sırasında (Preendoskopik değerlendirme):

Sistolik kan basıncı ≥100 mmHg, Nabız <100/da

≥100 mmHg, Nabız ≥100/da

<100 mmHg

Komorbid Hastalıklar Kalp yetmezliği

İskemik Kalp Hastalığı

Böbrek yetmezliği

Karaciğer yetmezliği

Metastatik kanser hastalığı

Endoskopi: Endoskopi N

Mallory Weiss

Diğer Ca dışı nedenler

GIS malignensisi:

Rockall Skoru:

Endoskopide kanama: Var Yok

Endoskopik Forrest sınıflandırması: Ia Ib IIa IIb IIc III

Hastanın Sonuçlandırılması: Acilden taburcu Servise yattı YB Yattı

Acilde eksitus

İlk 24 saatte kan tranfüzyonu sayısı:

Tekrar kanama: Var Yok

Cerrahi geçirme: Var

Yok

Yatırıldıktan sonra sonuçlanma: Taburcu

Eksitus

Acilden istenilen tetkikler: Hgb:

Htc:

MCV:

Plt:

Üre:

Kr:

ALT:

AST:

PTZ:

APTT:

INR: