



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARININ DEMOGRAFİK İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. ÖMER YÜCEER

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Ali DUMAN

AYDIN-2017

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**GASTROİNTESTİNAL SİSTEM
KANAMALARININ DEMOGRAFİK
İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. ÖMER YÜCEER

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Ali DUMAN

AYDIN-2017

ÖNSÖZ

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda asistanlığım süresince ve tez çalışması sırasında benden yardım ve desteklerini esirgemeyen Tez danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ali DUMAN'a ve Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Kenan Ahmet TÜRKDOĞAN'a,

İhtisasım süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarım Sayın Doç. Dr. Ayhan AKÖZ, Sayın Doç. Dr. Mücahit AVCİL, Sayın Yrd. Doç. Dr. Dr. Bekir DAĞLI ve Sayın Yrd. Doç. Mücahit KAPÇI'ya,

Ayrıca; Tez jüri üyesi, Doç. Dr. Ethem ACAR'a

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, hiçbir zaman katkılarını unutmayacağım başta Dr. Serhat ÖRÜN olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, tüm acil servis ve acil yoğun bakım çalışanlarına,

Bu günlere gelebilmem için hayatımın her döneminde maddi manevi hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan annem Yadiğar YÜCEER'e, destekleriyle ve zor günlerimde her zaman yanımda olan, bana anlayış gösteren ve karşılık beklemezsizin destekleyen eşim Semiha YÜCEER'e teşekkür ederim.

Dr. Ömer YÜCEER

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
TABLO DİZİNİ.....	vii
ŞEKİL DİZİNİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gastrointestinal Kanamalar	3
2.1.1. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarının Tanımı	3
2.2. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarında Etyoloji ve Epidemiyoloji	4
2.3. Üst GİS Kanamalarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımı	4
2.4. Anamnez, Semptom ve Bulgular.....	5
2.4.1. Hematemez	6
2.4.2. Melena	7
2.4.3. Hematokezya	7
2.4.4. Laboratuvar Bulguları.....	8
2.4.5. Prognoz	9
2.5. Duodenal ve Gastrik Ülserler	10
2.5.1. Aspirin ve Nonsteroidal Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ).....	11
2.5.2. Gastrik Asit.....	12
2.5.3. H. Pylori	12
2.5.4. Alkol (Etanol)	13
2.5.5. Sigara	13
2.5.6. Antikoagülasyon Tedavisi	14
2.5.7. Çeşitli Hastalıklar	14
2.5.8. Ülser Kanamasındaki Prognostik Faktörler.....	14

2.5.9. Peptik Ülser Kanamasının Tedavisi	14
2.5.9.1. Farmakolojik tedavi.....	15
2.5.9.2. Endoskopik tedavi	16
2.5.9.3. Endoskopik tedavinin tekrarı.....	16
2.5.9.4. Anjiyografik tedaviler	17
2.5.9.5. Cerrahi tedavi	17
2.6. Ösofagus Varisleri	17
2.6.1. Varis Kanamalı Hastalarda Tedavi.....	19
2.6.1.1. Farmakolojik ajanlar.....	19
2.6.1.2. Endoskopik tedavi	19
2.6.1.3. Varis kanamasında cerrahi tedavi.....	19
2.7. Hemorajik ve Eroziv Gastrite Bağlı Kanamalar.....	20
2.8. Üst GİS Kanamasının Diğer Sebepleri.....	21
2.8.1. Ösofajit	21
2.8.2. Mallory-Weiss Yırtığı.....	21
2.8.3. Duodenit	22
2.8.4. Malignite.....	22
2.8.5. Dieulafoy Lezyonu	22
2.8.6. Vasküler Lezyonlar.....	22
2.8.6.1. Vasküler ektazi	22
2.8.6.2. Arteriyovenöz malformasyonlar (AVM).....	23
2.8.6.3. Hereditör hemorajik telenjiyektazi (HHT)	23
2.8.6.4. Hemanjiom	23
2.8.6.5. Gastrik vasküler ektazi	24
2.8.6.6. Aortaenterik fistül.....	24
2.9. Nadir Görülen Üst GİS Kanama Sebepleri	24

2.10. Alt Gastrointestinal Sistem Kanamaları	25
2.10.1. Akut Alt GİS Kanaması İle Başvuran Hastaya Yaklaşım	26
2.10.2. Divertikül Kanamaları	26
2.10.3. Angiodisplaziler	27
2.10.4. İskemik Kolit	27
2.10.5. İnflamatuvar Barsak Hastalığı Ve Diğer Kolitler	27
2.10.6. Neoplaziler.....	28
2.10.7. Polipektomi Sonrasında Ortaya Çıkan Kanamalar	28
2.10.8. Meckel Divertikülü.....	28
2.10.9. Anorektal Hastalıklar.....	28
2.11. Alt GİS Kanamalarında Kanama Odağının Araştırılması	29
2.11.1. Endoskopi	29
2.11.2. Sintigrafi	29
2.11.3. Anjiyografi	29
2.12. Alt GİS Kanamalarında Tedavi	29
2.13. Kanamalarda Genel Olarak İzlenecek Yol	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Etik Kurul Onayı	32
3.2. Hasta Grubunun Özellikleri.....	32
3.3. İstatistik Bilgileri	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
ÖZET	45
SUMMARY	47
KAYNAKLAR.....	49

TABLO DİZİNİ

Tablo I. Akut Üst GİS Kanama Nedenleri	5
Tablo II. Akut Üst GİS Kanamalarda Kötü Prognostik Faktörler	10
Tablo III. Varis Kanamasında Prognoz Belirleyici Kriterler (Child-Pugh)	18
Tablo IV. Alt GİS Kanamalarında Kanama Nedenleri.....	25
Tablo V. GİS Kanamalı Hastaların Yaş Aralığı.	33
Tablo VI. GİS Kanamalı Olguların Genel Özellikleri.....	39



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. GİS Kanamalı Hastalarda Yaş Dekatlarının Dağılımı	33
Şekil 2. GİS Kanamalı Hastalarda Cinsiyet Dağılımı	34
Şekil 3. GİS Kanamalı Hastaların Hastaneye Geliş Nedeni	34
Şekil 4. GİS Kanamalı Hastalarda Görülen Alışkanlıkların Dağılımı.....	35
Şekil 5. GİS Kanamalı Hastalarda Yatış Süresinin Dağılımı	35
Şekil 6. GİS Kanamalı Hastalarda Endoskopi Uygulaması	36
Şekil 7. GİS Kanamalı Hastalara Uygulanan Tedavi Tablosu	36
Şekil 8. GİS Kanamalı Hastalarda Sonlanım	37
Şekil 9. GİS Kanamalı Hastalarda Hastaneye Ortalama Yatış Süreleri	38

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	: Adreno Kortikotrop Hormon
APTT	: Aktive parsiyel tromboplastin zamanı
APTT	: Parsiyel Tromboplastin Zamanı
ASA	: Asetilsalisilik asit
AVM	: Arterio venöz malformasyon
AVM	: Arteriyovenöz Malformasyonlar
BUN	: Blood urea nitrogen
DM	: Diyabetes mellitus
ES	: Eritrosit süspansiyonu
Ex	: Exitus
GİS	: Gastrointestinal sistem
Hb	: Hemoglobin
HHT	: Herediter Hemorajik Telenjektazi
Htc	: Hemotokrit
IV	: İntro Vasküler
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
NSAİİ	: Non Steroid Anti İnflamatuvar İlaçlar
OAK	: Oral antikoagülan
ppi	: Proton pompa inhibitörü
tdp	: Taze donmuş plazma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Akut gastrointestinal sistem (GİS) kanaması toplumda yaygın olarak görülen önemli gastroenterolojik acillerden biridir. GİS kanamaları üst GİS kanamaları ve alt GİS kanamaları olarak ayrılmaktadır. Meydana gelen kanamalar belirgin veya gizli kanama şeklinde oluşabilmektedir. Üst GİS kanaması, acil servise en sık başvuran hasta grupları arasındadır ve sindirim sisteminde ağızdan treitz ligamanına kadar olan bölgeden kaynaklanmaktadır. Erkek hastalarda, kadın hastalara oranla daha fazla görülmekte ve ileri yaşla birlikte mortalite oranında artışlar gözlenmektedir (3, 25). GİS kanamalarının mortalite ve morbiditenin yanı sıra ekonomik maliyeti de vardır. Son yıllarda, özellikle tanılmal ve tedavi amaçlı endoskopi ve farmakoterapinin hızla yayılması ve ilerlemesi ile akut GİS kanamalarının tanı ve yönetiminde oldukça fazla miktarda değişiklikler meydana gelmiştir. (23). Üst GİS kanamaları önemsiz kanamalardan ölümle sonuçlanabilecek kanamalara kadar değişen klinik şiddete sahip olup yıllık insidansı 100.000 kişide yaklaşık 50-172 arasında değişmektedir. Endoskopik ve destekleyici tedavilerdeki önemli gelişmelere rağmen mortalite oranı hala % 2-15 arasında bulunmakta iken, tekrar kanama oranı ise yaklaşık olarak %10-30 arasındadır (37). Alt GİS kanamasının ise her 100.000 kişide 20 kişi olduğu bildirilmiştir (3).

Akut üst gastrointestinal kanamaların yaklaşık %80'inde kanama rekürrens olmaksızın kendiliğinden durabilmektedir. Mortalite ve morbidite, genellikle kanaması durmayan veya nüks eden % 20' lik hasta popülasyonunda ortaya çıkmaktadır. (23) Bu yüksek riskli hastaları saptamak oldukça önem arz etmektedir. Bu amaçla klinik ve endoskopik verilerin ışığında çeşitli risk faktörlerinin olduğu tespit edilmiştir. Son yıllardaki çalışmalar gözönüne alınarak yapılan araştırmalarda, artmış risk faktörleri ; 65 yaş üzeri, şok tablosu, yandaş hastalık varlığı, geliş hemoglobin düzeyinin düşük olması, transfüzyon ihtiyacının olması, rektal tuşede veya mide yıkamada taze kan varlığı ve hematemez olduğu belirlenmiştir (37).

Gastrointestinal kanama tedavisinde en çok dikkat edilmesi gereken hususun erken ve yeterli miktarda kan transfüzyonu gerekliliğinin saptanması olduğu kabul edilmektedir. (62) Mortalite oranının hastaların kan transfüzyonu ihtiyaçlarıyla yakından ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Hastaların klinik ve laboratuvar bulgularını normal sınırlarda tutabilmek için ne kadar çok kan transfüzyonu gerekiyorsa hastanın prognozunun o kadar kötü seyretmiş olduğu kabul edilmektedir (65).

Çalışmamızın amacı Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisine 01.01.2016- 01.06.2016 tarihleri arasındaki 6 aylık süreçte gastrointestinal sistem kanaması şüphesiyle başvuran hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik bilgileri ile başvuru şikayetleri, klinik özellikleri, hemoglobin değerleri ve tedavi sonuçlarına göre hastaların değerlendirmesi yapılarak, retrospektif olarak incelenen hastaların özelliklerini tespit etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gastrointestinal Kanamalar

Gastrointestinal (GİS) kanamalar, günümüzde gelişmiş tanı, tedavi yöntemlerine ve yoğun bakım şartlarına rağmen mortalite oranı hala %10 civarında olan ciddi klinik tablolardır. Gastrointestinal kanamalar lokalizasyonuna göre, üst GİS kanama ve alt GİS kanama olarak sınıflandırılabilir. Üst GİS kanamalı olguların % 70'inde hematemez ve melena, %30'unda ise sadece melena bulunur. Alt GİS kanamalarında ise genellikle hematokezya bulunur. Üst GİS kanamada bile eğer kanama masifse, hematokezya görülebilir. Bunların yanında, kanamanın derecesine ve hızına göre hastalar farklı klinik tablolarla gelirler. Bazı hastalarda hafif halsizlik dışında yakınma olmazken, ağır kanamalı olgularda hipovolemik şok gelişebilir (sistolik kan basıncı <80 mm/Hg). Hatta bazı hastalar hematemez veya melena olmadan şokla hastaneye gelebilirler. Şoktaki hastalarda cilt soğuk ve nemlidir. Titreme ve susama hissi vardır, serebral hipoksi sonucu huzursuzluk, ajitasyon veya oryantasyon bozukluğu gelişebilir.

2.1.1. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarının Tanımı

Üst GİS kanaması olan hastalar önemsiz kanamalardan şiddetli kanamalara kadar değişen klinik tablolarla karşımıza çıkabilir (16). Üst GİS kanaması, alt GİS kanamasına göre yaklaşık 5 kat daha fazla olup yaşlı ve erkek hastalarda daha çok görülür (58). Akut üst GİS kanamada mortalite morbitide ve maliyetin yüksek olması hastaneye yatış için yaygın bir nedendir (49).

Üst GİS kanaması anatomik yapı olarak Treitz ligamentinin üst bölgesinden kaynaklanır ve melena, ve veya hematemez ile karakterizedir. Akut üst GİS kanaması yaygın tıbbi acil bir durum olup en önemli sebebi peptik ülser kanamasıdır. Tedavi yöntemlerinde ki gelişmelere rağmen, hastalığın mortalitesi yaklaşık % 10 civarındadır. Üst GİS kanaması genellikle antitrombotik ajan, NSAİİ ve antikoagülan kullananlarda, komorbid hastalığı olanlarda, yaşlı ve erkek hastalarda daha fazla görülür (12).

Sözkonusu bu hastaların % 80'inde kanama müdahale olmaksızın kendiliğinden durur ve bir çoğunda kanamaya bağlı komplikasyon görülmez. Geri kalan %20'lik hastalarda ise kanama ya devam eder ya da tekrarlar (29).

2.2. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarında Etyoloji ve Epidemiyoloji

Akut üst GİS kanaması nedeni ile her yıl 100.000 nüfusta yaklaşık 100-150 kişi arasında hastaneye yatış oranı değişmektedir (70). İnsidansında bir azalma eğilimi olmasına rağmen üst GİS kanaması önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. GİS kanamasında artan yaş ve ciddi komorbidite genellikle bu hastalardaki mortalite için önemli bir risk faktörüdür.

Bazı veriler, NSAİİ veya asetilsalisilik asit (ASA) kullanımının üst gis kanamasıyla ilişkisi olduğunu göstermektedir (30).

Tanı yöntemlerindeki, endoskopik tedavideki ve yoğun bakım şartlarındaki ilerlemelere rağmen mortalite oranında iyileşme olmaması, kanayan hasta popülasyonunun yaş ortalamasının yüksek olmasına ve kanamaya predispozan ilaç kullanımına bağlı olabilir.

2.3. Üst GİS Kanamalarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımı

Hemodinamik stabilizasyon ve kapsamlı bir hasta değerlendirmesinden sonra, tedavinin düzenlenmesi, hızla kanama nedenini belirlemeye ve tanı koyma yönüne doğru değişir. Üst GİS kanamaya neden olan spesifik lezyonlar Tablo I'de gösterilmiştir. Öykü ve fizik muayene, tartışmasız bir şekilde önemli olmakla birlikte, kanamanın gerçek etyolojisini ortaya koymayabilir ve tanısal testler yapılmasını gerektirir. Üst GİS kanamasının değerlendirmesine yönelik primer tanı yöntemi, halen ösofagogastroduodenoskopidir. Baryum radyografi çoğu üst GİS lezyonuna doğru tanı koyabilmekle birlikte, hiçbir tedavi sağlamaz ve akut üst GİS kanamada önerilmez. Endoskopi seçkin yöntem olmasına rağmen hemodinamik bakımdan önemsiz kanaması olan hastalara uygulanması konusundaki tartışma devam etmektedir (23). Diğer yandan, önemli kanaması bulunan hastaların kanayan lezyonlarına yönelik başlıca tedavi endoskopik tedavidir. Gerçekte, hemodinamik olarak önemli akut üst GİS kanaması bulunan hastalarda, endoskopik tedavinin tartışmasız şekilde prognozu iyileştirmesi nedeniyle, kanayan lezyonlarda ösofagogastroduodenoskopi mümkün olan en kısa sürede yapılmalıdır. Ek olarak, belirli lezyonların endoskopik görünümü sayesinde, hastanede yatış süresi azaltılabilir. Örneğin, acil serviste erken dönemde gerçekleştirilen endoskopi, hastanede kalma süresini anlamlı şekilde azaltmak suretiyle üst GİS kanamalı hastaların %46'sını güvenli bir şekilde ayaktan tedaviye yönlendirmiştir (42). Bununla birlikte

ösofagogastroduodenoskopi, yalnızca güvenli ve etkin bir şekilde uygulandığı durumlarda gerçekleştirilmelidir. Hastalar, endoskopiden önce yeterli şekilde resüste edilmek ve havayolu açık tutulmak zorundadır; entübasyon, agresif kanama veya değişken mental durum ortaya çıktığında yapılmalıdır.

Tablo I. Akut Üst GİS Kanama Nedenleri

Sık Karşılaşılan Nedenler	Gastrik ülser
	Duodenal ülser
	Mallory-Weiss yırtığı
	Gastrik erozyonlar
	Ösofagus varisi
Daha Az Sıklıkla Karşılaşılan Nedenler	Dieulafoy lezyonu
	Vasküler ektazi
	Portal hipertansif gastropati
	Gastrik antral vasküler ektazi
	Gastrik varisler
	Neoplazi
Nadir Karşılaşılan Nedenler	Ösofagus ülseri
	Eroziv duodenit
	Aortoenterik fistül
	Hemobilia
	Pankreatik kaynaklı
	Crohn hastalığı

2.4. Anamnez, Semptom ve Bulgular

Hastalarda rastlanan kanama ataklarının çoğunluğu spontan olarak durur. Ancak devam eden veya tekrarlayan kanamalı hastaların mortalitesi yüksek olduğu için invaziv girişimsel tekniklere ihtiyaç duyulur. Terapötik endoskopi ve anjiyografideki gelişmelere rağmen üst GİS kanamaya yaklaşımda en önemli basamağın uygun resüsitasyonla birlikte hastanın durumunun hızla değerlendirilmesi olduğu akılda tutulmalıdır. Etiyolojiyi saptamaya yönelik herhangi bir girişimde bulunmadan önce hasta hemodinamik olarak stabilize edilmelidir. Bu nedenle üst GİS kanama ile başvuran hastaya yaklaşımın basamakları şöyledir:

- 1-Hastanın hızla resüsitasyonu ve durumunun stabil hale getirilmesi.
- 2-Kanama kaynağının saptanması.
- 3-Akut kanama atağının tedavisi.
- 4-Erken ve geç dönem rekürren kanamaların önlenmesi.

Kanamalı hastaya ilk yaklaşımda, önce hastanın havayolu açıklığı sağlanmalı, solunum ve dolaşımın yeterli olması için gerekli destek tedavisine hemen başlanmalıdır. İki tane i.v. kanül takılmalı ve vital bulguları stabilize etmek için, hastanın sağlık durumunun izin verdiği ölçüde, hızlı bir şekilde saline veya ringer laktat infüzyonuna başlanmalıdır. Damar yolu açılırken, tam kan sayımı, kan grubu, ve rutin biyokimya için kan alınıp hızlı bir şekilde laboratuvara ulaştırılmalıdır. Postural hipotansiyonu veya şok tablosu olan hastalara, acilen 4-6 ünite eritrosit süspansiyonu hazırlatılmalıdır. Hızlı mayi replasmanına rağmen kan basıncı yükseltilemeyen hastalarda vazopressörler kullanılabilir. Yetersiz oksijenizasyonu olan hastalara nazal kanül veya yüz maskesi ile oksijen verilmelidir. Hastanın vital bulguları ve idrar çıkışı monitörize edilmelidir. Ağır kanamaya bağlı şokta olan, hematemezi devam eden, bilinci bulanık veya ajite olan, solunumu bozuk olan hastalarda, elektif endotrakeal veya nazotrakeal entübasyon, gerekirse mekanik ventilasyon yapılmalı, bu hastalar yoğun bakıma yatırılmalı, gastroenteroloji ve genel cerrahi ile beraber takip edilmelidir. Tedaviye rağmen kanaması devam eden, şok tablosunda olan, hematokriti % 25'in altında olan ve kötü doku oksijenizasyonuna bağlı angina gibi semptomları olan hastalara kan transfüzyonu yapılmalıdır. Gençlerde hematokritin %20-25 arasında olması yeterliyken, 60 yaş üzerinde olanlarda veya ciddi kalp hastalığı olanlarda hematokritin %30'un üzerinde tutulması önerilmektedir (3). Hastanın stabilizasyonu sağlanırken, detaylı bir klinik öykünün alınması önemlidir. Hastanın yaşı, öyküde önemli bir unsurdur. Yaşlı hastalarda divertikül, kanser daha sık kanama sebebi iken, gençlerde peptik ülser, ösofajit veya varisler daha sık görülür (23). Daha önce geçirilmiş bir kanama öyküsü, bilinen bir GİS hastalığı varlığı, geçirilmiş operasyon öyküsü, ilaç kullanımı öyküsü, karın ağrısı, barsak alışkanlığında değişiklik, kilo kaybı gibi şikayetlerin varlığı, orofaringeal hastalık öyküsü; klinisyene tanı koymada yardımcı olan unsurlardır. Fizik muayenede, dupuytren kontraktürü, spider angioma gibi kutanöz bulgular, asit, splenomegali varlığı bir karaciğer hastalığını düşündürülebilir. Abdominal hassasiyet; peptik ülser, pankreatit veya mezenter iskemiye işaret edebilir. Abdominal kitle ve lenfadenopatiler malignite lehine olabilir. Üst GİS kanamaları, gizli ve aşikar kanama şeklinde olabilir. Aşikar kanamalar; hematemez, melena veya hematokezya şeklinde belirirler (23).

2.4.1. Hematemez

Kanama sonrasında kusulan, "kahve telvesi" gibi olan kanamaya denir.

2.4.2. Melena

Sindirilmiş kanın rektum yoluyla dışarı atılmasıdır. Genellikle Treitz ligamentinin proksimalinden olan kanamalar melenaya neden olurlar. Fakat kanamanın çok fazla olduğu durumlarda, üst bölgeden olan bir kanama rektumdan kırmızı kan şeklinde çıkabilir. Gaitanın melena özelliği alabilmesi için en az 60 ml kanama olması gerekmektedir (23).

2.4.3. Hematokezya

GİS'deki kanın fiziksel özelliğinin değişmeden taze kan şeklinde defakasyonla atılmasına hematokezya denir. Hematokezya daha çok alt GİS kanamalarında, özellikle kolorektal kanamalarda görülür. Üst GİS'in hızlı ve şiddetli kanamalarında barsak pasajı arttığından, hematokezya şeklinde kanama olur. Üst GİS kanamalarında hematokezya görülmesi için 1000 ml'den fazla kanamanın olması gerekir (23).

Gaitanın renginde makroskopik değişiklik oluşturmeyen üst GİS kanamaları da vardır. Gizli kanama dediğimiz bu durumda çok küçük miktarda ve çok yavaş gelişen kanamalar söz konusudur. Gizli kanamalar, gaitanın biyokimyasal analizi ile anlaşılabilir. Gizli kanamalar primer lezyona bağlı olarak başlangıcından itibaren hep aynı şekilde olabileceği gibi; GİS'in makroskopik olarak görülen kanamalarının durmasından sonra da görülebilir. Üst GİS kanamalarının durmasından sonra, gizli kanamaların 5-10 gün devam ettiği ve bu sürecin üç haftaya kadar uzayabileceği gösterilmiştir (23).

Fizik muayene bulguları kanamanın derecesi için bir gösterge olabilir. Az miktarda kanaması olan, genç bir hastanın genel durumu iyidir ve hasta sadece melena tanımlayabilir. Buna karşılık yaşlı, fazla miktarda kanamış hasta ise şok tablosu içinde getirilebilir. Bu nedenle kanamanın şiddeti ve hastanın yaşı, birlikte olan hastalıklar fizik muayene bulgularını etkiler. Üst GİS kanamalı hastalarda her türlü kanamada olan hipovolemi semptom ve bulguları (terleme, solukluk, çarpıntı, halsizlik, hipotansiyon, taşikardi ve şok gibi) tespit edilebilir. Toplam kan volümünü 5 litre kabul ettiğimizde, kanının %10'unu, yani 500 ml'sini kaybeden hastada vagal senkop görülebilir. Kayıp %20 olduğunda efor sonrası taşikardi, %30 kayıpta ayağa kalkınca hipotansiyon, %40 kayıpta sırtüstü yatarken hipotansiyon ve taşikardi, %50 kayıpta ise ciddi şok ve ölüm görülür (23).

Hasta kanama öncesinde epigastrik bölgede yemek ya da antiasitle geçen ağrı tanımlıyor ise peptik ülser, yoğun alkol alımı ve NSAİİ kullanım anamnezi mevcut ise erozif-hemorajik gastrit öncelikle düşünülmelidir. Yoğun alkol alımına ya da başka nedenlere bağlı sürekli bulantı, kusma ve öğürtüsü olan hastada Mallory-Weiss sendromu, dudaklarında telenjektazileri ve aile anamnezinde sık burun kanaması olan hastada Osler-Weber-Rendu hastalığı akla gelmelidir. Aort anevrizması nedeniyle cerrahi müdahale geçiren kişide melena görüldüğünde aorto-enterik fistül olabileceği hatırlanmalıdır. Ciltte peteşileri ve üremik kokusu olan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda arterio venöz malformasyon (AVM) akla gelmelidir. Çünkü bu hastalarda AVM sıktır (52). Karaciğer sirozunun periferik bulguları (palmar eritem, arteriyel örümcek, kas atrofisi, sarılık, vb.) ve/veya portal hipertansiyon bulguları (splenomegali, asit, kollateral) olan ve üst GİS kanaması ile müracaat eden hastada öncelikle varis kanaması düşünülmelidir. Özellikle bu kanama hematemez şeklinde ve bol miktarda ise bu şüphe daha da kuvvetlenir (52).

2.4.4. Laboratuvar Bulguları

Basit laboratuvar değerlendirmesi için gastrointestinal kanaması ile müracaat eden her hastada tam kan sayımı, protrombin zamanı, üre ve kreatinin değerlerine bakılmalı, kan grubu belirlenmelidir. Başlangıçtaki hematokrit değeri hastanın kanamasının derecesini tam olarak göstermez. Çünkü kanama ile hem kan elemanları hemde sıvı kaybı olmuş, hemokonsantrasyon gelişmiştir. Saatler içinde dışarıdan sıvı replasmanı ve ekstrasvasküler bölgeden intravasküler bölgeye sıvı geçmesi ile kan dilüe olur, hematokrit değeri düşer ve kanamanın gerçek derecesini gösterir, bu süre 24-48 saat olabilir. Düşük hematokrit değeri mikrositer eritrosit morfolojisi ile birlikte ise bu kronik bir kanamanın işareti olabilir. Bu nedenle akut kanamanın derecesini göstermez. Akut kanamaya bağlı anemide eritrositler normositerdir. Trombositopeni, lökopeninin varlığı portal hipertansiyona bağlı hipersplenizmde görülebilir. Protrombin zamanındaki uzama antikoagulan kullanımı yok ise akut ya da kronik bir karaciğer hastalığının işaretidir. Fazla miktardaki üst GİS kanamalarında kan üresinde yükselme vardır. Bunun nedeni barsaklarda kandan açığa çıkan protein ürünlerinin emilmesi ve hipovolemidir. Bu durumda kreatinin değeri yükselmemiştir. Üre yüksekliği kreatinin değerindeki artış ile beraber ise böbrek yetersizliğinin varlığını düşünmek gerekir. Karaciğerle ilgili laboratuvar testlerindeki bozuklukta karaciğer sirozu ve buna bağlı portal hipertansiyon akla gelmelidir (52).

2.4.5. Prognoz

Akut üst GİS kanamalı hastalar, önemsiz klinik tablolarla başvurabilecekleri gibi, fulminan ve ölümcülde seyredebilirler (Tablo II). Üst GİS kanama ile ilgili mortalite oranının %14 kadar yüksek olduğu rapor edilmiştir. Ancak, gerçekleştirilen çoğu çalışmada bu oran, son 30 ile 40 yılda %8 ile %10 seviyesinde sabit kalmış gibi görünmektedir (26). Yaşlanan popülasyon ve bu popülasyondaki eşlik eden hastalıkların daha yüksek oranlarda bulunduğu göz önüne alınırsa, sağ kalım oranı yükseliyor olabilir. Son teknolojik gelişmelerle hastalıkların erken teşhis olanağının artması ve tedavideki gelişmeler de mortalitenin azalmasında pay sahibidir. Üst GİS kanamalarının yaklaşık %80'i, spontan düzelir ve yalnızca destekleyici tedavi uygulanmasını gerektirir (25). En önemli iki prognostik değişken, kanamanın nedeni ile altta yatan başka bir hastalığın bulunması gibi görünmektedir. Örneğin, varis kanamalı hastalar, ilk hastaneye yatırılmaları sırasında en az %30'luk bir mortalite oranı ile birlikte %60'lara yaklaşan bir 1 yıllık mortalite oranına sahiptir (43).

Üst GİS kanamalı hastalarda, istenmeyen sonuçlara ilişkin yüksek riske sahip olan hastaları tanımlamak üzere birkaç skorlama sistemi tasarlanmıştır; ölçümler, genellikle ölüm riski veya yeniden kanamaya ilişkin matematiksel modellerden tespit edilmiştir. Bununla birlikte, bu tür sistemlerin kullanımı yaygın bir şekilde desteklenmemekte ve esas olarak klinik uygulamada benimsenmemektedir. Aynı zamanda, akut üst GİS kanaması ile başvuran hastaların hastanede tedavi gerektirip gerektirmediğini değerlendirmek üzere modeller de geliştirilmiştir. Bir çalışmada, "hızlı-izleme" şeklinde kısaltılan ve basit klinik özelliklere dayanan bir tarama skoru geliştirilmiştir (10). Bu gereç, hastaları başvuru sırasında aşağıdakilerin hepsinin doğru olması durumunda, müdahale gerektiren düşük riskli hastalar şeklinde sınıflamıştır: 6,5 mmol/L'den daha düşük BUN, erkekler için 13 g/dL ve kadınlar için 12 g/dL'den daha yüksek hemoglobin konsantrasyonu, 100 mmHg'den daha yüksek sistolik kan basıncı ve 100'den daha düşük nabız. Gerçekte tedavi gerektiren bütün hastalar düşük riske yönelik bu kriterleri karşılamakta başarısız olmakla birlikte, düşük bir hemoglobin konsantrasyonu, yüksek BUN seviyesi, taşikardi veya göreceli sistolik hipotansiyon mevcut olmaktadır. Bu tarama skoru ile hiçbir müdahale gerektirmeyen minör kanamaların yalnızca %32'si saptanabilmektedir (10). Bu triyaj sistemine ve ona benzeyen diğer sistemlere ilişkin düşük spesifite, bu tür skorlama stratejilerini sorunlu hale getirmektedir.

Tablo II. Akut Üst GİS Kanamalarda Kötü Prognostik Faktörler

Kötü Prognostik Faktörler	Yüksek yaş
	Eşlik eden hastalıkların varlığı
	Kanama nedeni (varis kanaması>diğer)
	Kusma ve/veya dışkıda kırmızı kan
	Başvuru sırasında şok veya hipotansiyon olması
	Transfüze edilen kan ünitesi sayısının artması (24 saatte 6 üniteden daha fazla kan transfüzyon ihtiyacı olması)
	Endoskopi sırasında aktif kanama bulunması
	Büyük ülserlerden (>2,0 cm) kanama olması
	Kanamının hastanede yatan hastada başlaması
	Acil cerrahi girişim gerekliliği

2.5. Duodenal ve Gastrik Ülserler

Peptik ülser; asid ve pepsinin zararlı etkisi ile mide ve duodenum mukozasında oluşan, muskularis mukozayı geçen, sınırları belirli doku kaybıdır. Peptik ülser nedenleri arasında H. Pylori enfeksiyonu, aspirin ve NSAİİ kullanımı birinci sırada gelmektedir. Yanık, ağır operasyonlar gibi büyük travmalar (stres ülserleri), Zollinger Ellison sendromu, mastositoz, antral G hücre hiperplazisi diğer peptik ülser nedenlerindendir. Ülser gelişiminde genetik yatkınlığın da rol oynadığı düşünülmektedir. Duodenal ülser hastalarının birinci derece akrabalarında ülser gelişme olasılığı 3 kat fazla olmakla birlikte, bunlarla ilgili temel düşünce temaslara bağlı oluşan H. Pylori enfeksiyonunun varlığının buna yol açtığıdır. Sıfır kan grubunda ülser sıklığının artması da peptik ülser patogeneğinde genetik etkinin varlığını düşündürmüştür (16). Normal midede asid ve pepsinin (agresif faktörler) zararlı etkisi ile, koruyucu faktörler (defansif faktörler: müküs, bikarbonat sekresyonu, mide epitelium hücrelerinin bütünlüğü, yenilenmesi ve kanlanması) arasında denge vardır. Bu denge agresif faktörler lehine bozulduğunda ülser oluşur (16).

Ülser hastalığı, akut üst GİS kanamalarının en sık karşılaşılan nedenidir. Peptik ülser üst GİS kanamalarının %50'sini oluşturur. Duodenal ülserlerden kaynaklanan kanamaların insidansı, gastrik ülserlerinkinin yaklaşık iki katı kadardır. Ülser hastalığına yönelik daha etkin tedavi ile birlikte predispozan faktörlerin değiştirilebileceği göz önünde bulundurulduğunda, ülserlerden kaynaklanan kanama insidansının azalacağı öngörülmüştür. Bununla birlikte, ülserle ilişkili üst GİS kanamalara yönelik hastaneye yatırılma oranı, 100000 hasta başına yaklaşık 40 ile 60 olguda sabit kalmaktadır (23). Kanama, peptik ülserin en sık rastlanılan önemli komplikasyonudur (49). Peptik ülser hastalarının ortalama olarak %25'nde kanama meydana gelir. Son yıllardaki gelişmelere

rağmen mortalite %6-10 arasındadır. Yaş ilerledikçe ve beraberindeki sistemik hastalıkların varlığı ile bu oran %25'e kadar çıkar. Duodenal ülserli hastaların %15-25'nde; gastrik ülserli hastaların %10-15'inde kanama görülmektedir (49). Peptik ülser sıklığı erkeklerde daha fazladır. Üst GİS kanamalarının % 70' inin erkek olması erkekte peptik ülser insidansının daha yüksek olması ile ilişkilidir (12).

Ülser hastalığının geç yaşta başlaması kanamayla daha sık birliktelik gösterir. En sık 5. dekada kanama olur. Duodenal ülseri ve 0 kan grubu olan hastalarda kanama insidansı daha fazladır.

Kanamaya Yönelik Predispozan Faktörler

- Ülserojen ilaçlar (Aspirin, NSAİİ, ACTH, Kortizon, Butazolidine ve benzerleri).
- Gastrik asit
- H. Pylori
- Alkol (Etanol)
- Aşırı sigara, alkol, kola ve benzerleri
- Antikoagülan ilaçlar
- Çeşitli hastalıklar
- Emosyonel stres ve Aşırı fiziksel zorlanma ve yorgunluk

2.5.1. Aspirin ve Nonsteroidal Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ)

Aspirin ve NSAİİ'lar, ülser kanaması bakımından en önemli predispozan faktörlerdir. Hasar ve ülserasyon mekanizması karmaşıktır, ancak siklooksijenaz tarafından salgılanan prostaglandinlerin azalan oluşumu etki etmektedir. Prostaglandinler gastroduodenal mukozanın bütünlüğü ve onarımının devam ettirilmesinde kritik bir rol oynarlar. Bu nedenle prostaglandin sentezinin kesintiye uğraması mukoza savunmasını ve onarımını bozabilir, sistemik mekanizmalar aracılığı ile olan mukoza yaralanmasını kolaylaştırır (16).

Mukoza zararlanması NSAİİ'ların lokal etkilerinin sonucunda da olabilir. Aspirin ve pekçok NSAİİ'lar zayıf asittirler ve midenin asit ortamında bulunduklarında noniyonize lipofilik şekilde kalırlar. Bu şartlar altında NSAİİ'lar epitelyum hücresinin lipid membranından hücre içine geçerler, iyonize şekilde tutulduklarından hücre zararına neden

olurlar. Lokal NSAİİ'lar aynı zamanda yüzey mukus tabakasını değiştirebilirler, hidrojen iyonunun ve pepsinin geri diffüzyonuna yol açarak epitelyum hücre hasarının ilerlemesine neden olurlar (16). NSAİİ tarafından oluşan ülserasyondaki önemli yardımcı faktörler çok çeşitlidir. Örneğin, yaş ve önceden geçirilen üst GİS kanaması, NSAİİ ile birlikte olan kanama ile ilgili önemli prediktörlerdir. Gerçekleştirilen bir çalışmada, yaşı 75'den büyük olmasının, kalp hastalığı öyküsünün, peptik ülser hastalığı öyküsünün ve daha önceden üst GİS kanama geçirme öyküsünün NSAİİ ile oluşan komplikasyonlara ilişkin bağımsız prediktörler olduğunu bulmuştur (68). Alendronat bifosfonat, kortikosteroidler ve etanol NSAİİ'ların ülserojenik etkisini güçlendirir gibi görünmektedir ve üst gastrointestinal kanamaya yatkınlık sağlayabilir (15,31,59).

2.5.2. Gastrik Asit

Gastrik asidin peptik ülserasyonda sahip olduğu role ilişkin kanıtlar çok güçlüdür ve hastalarda büyük sıklıkla ülser gelişen hipersekretuar hastalık olan Zollinger-Ellison sendromunu içerir (23). Tek başına antiasit tedavisinin üst GİS ülserasyonunu iyileştirmeye yönelik gücü de asidin rolünü desteklemektedir. Bununla birlikte, asidin Zollinger-Ellison ülserasyonunda kanamayı uyarıcı rolü konusunda tartışma bulunmaktadır. Belki de, asidin üst GİS kanamalarındaki rolüne ilişkin en iyi kanıt, üst GİS ülseratif lezyonlarından aktif kanaması olan veya son zamanlarda kanama geçiren hastalarda proton pompası inhibitörleri ile asidin azaltılmasının kanama veya yeniden kanama riskini azalttığını gösteren verilerden gelmektedir (32).

2.5.3. H. Pylori

Asitle olduğu gibi, H. Pylori ile peptik ülserasyon arasındaki ilişki de kesindir. Bununla birlikte, H. Pylorinin ülser kanamasındaki rolü tartışmalıdır. Örneğin, gerçekleştirilen bir çalışma, aktif kanayan ülser ile başvuran hastalarda azalan bir H. Pylori enfeksiyonu insidansı bulunduğunu ortaya koymuştur (23). Tersine, diğer çalışmalar da H. Pylori enfeksiyonunun kanama olasılığını artırdığını ortaya koymuştur (35). Durum daha da karmaşık hale getirilmek istenirse, NSAİİ kullanan hastalardaki ülserlerde kanamaya neden olma bakımından H. Pylori enfeksiyonunun rolü tartışmalıdır. Diğer yandan, H. Pylori ile enfekte olan ve NSAİİ kullanan hastalar, H. Pylori ile enfekte olmamış NSAİİ kullanan hastalara kıyasla, hemen hemen iki misli kadar daha fazla ülser kanama riskine sahip olmuştur (28).

2.5.4. Alkol (Etanol)

Ülser ile ilişkili akut üst GİS kanamaya yönelik predispozan bir faktör olarak etanolun rolünü değerlendirmek zordur. Kronik olarak etanol kullanan hastaların alkole bağlı karaciğer hastalığı ve sekonder olarak da ülser dışı üst GİS kanama bakımından önemli bir risk faktörü olan portal hipertansiyona sahip olabileceklerine dikkat çekilmesi önemlidir. Her şeye karşın, etanolun gastrik mukozal hasarı uyardığı ve ülser kanamasına neden olabileceği veya güçlendirebileceği iyi bilinmektedir. NSAİİ'lerin olumsuz etkileri, alkol kullananlarda daha da artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ile İsveç'te gerçekleştirilen olgu kontrollü bir çalışmada, peptik ülser veya gastrite bağlı akut üst GİS kanama nedeniyle hastaneye yatırılan 1224 hasta, 2945 kontrol ile karşılaştırılmıştır. Akut üst GİS kanama ile ilgili göreceli risk, haftada 2 kadeh veya daha fazla içenlerde 2,8 seviyesine çıkacak şekilde, alkol tüketimi ile birlikte artmıştır. Aktif içiciler arasında, aspirin kullanımına bağlı akut üst GİS kanama ile ilgili göreceli risk her türlü alkol kullanımı seviyesinde artmıştır; göreceli risk 325 mg üzeri dozlarda düzgün aspirin alanlarda 7,0 olurken, daha düşük dozlarda düzenli kullanıma karşılık gelen değer tahmini 2,8 ve zaman zaman gerçekleşen herhangi bir kullanım için de 2,4 olmuştur. Düzenli şekilde ibuprofen alanlar için görece risk 2,7 olmuştur. Böylelikle, yoğun alkol kullanımı, aspirin veya ibuprofen kullananlarda üst GİS kanama riskini bağımsız olarak artırmaktadır (31).

2.5.5. Sigara

Sigara kullanımı, peptik ülser hastalığı ve komplikasyonları için bir risk faktörüdür. Ayrıca, sigara peptik ülser iyileşmesini aksi yönde etkileyip, H. Pylori tedavisi yokluğunda ise relaplara neden olabilir. Bir çalışmada, sigara içenlerin gastrik ve duodenal mukozada prostaglandin konsantrasyonunda azalma olduğu ve sigaranın mukozal bikarbonat sekresyonunu inhibe ettiği gösterilmiştir. Ayrıca, sigaranın gastrik asiditeyi ve H. Pylori proliferasyonunu artırarak, peptik ülserasyona sebep olabileceği öne sürülmüştür (2).

2.5.6. Antikoagülasyon Tedavisi

Antikoagülasyon tedavisi ülser hastalığından kanama riskini artırmaktadır. Antikoagülasyon uygulanan hastalarda kanayan ülser için hastaneye yatırılma ile ilgili

göreceli risk artmıştır ve antikoagülanlar NSAİİ alanlarda kanama riskini daha da artırmaktadır (2).

2.5.7. Çeşitli Hastalıklar

GİS kanamasıyla birlikte bulunan diğer hastalıklar, direkt bir etkisi olmamakla birlikte değişik mekanizmalarla hazırlayıcı faktörler olarak değerlendirilebilir. Bu faktörler arasında diyabetes mellitus (DM) ve üremi önemli bir rol oynamaktadır. Diyabetik hastalardaki parasempatik tutulum varlığı, klinik olarak gastrik atoni, diabetik gastroparezi ve uzamış mide boşalma zamanından sorumludur. Midede gıda birikimi, dolayısıyla asit ve gastrin sekresyonunda artışla ülser neden olabilir. Mideye reflü olan safra ve pankreatik enzimlerin boşalması da geciktiğinden, gastrik mukozal hasar, gastrit ve ülser oluşabilir. Ancak hastaların çok az bir kısmında, mide kanamasıyla direkt ilişkisi saptanmıştır (23). Üremide görülen trombosit fonksiyon bozukluğunun, direkt bir ilişki saptanmasa da, GİS kanamalar için kolaylaştırıcı zemin hazırladığı düşünülmektedir (23). Ayrıca Lanas ve arkadaşlarının çalışmasında, kardiovasküler ve serebrovasküler hastalıkların, peptik ülserle bağlı üst GİS kanamalarına zemin hazırlayan bağımsız prediktörler olduğu gösterilmiştir (38).

2.5.8. Ülser Kanamasındaki Prognostik Faktörler

Çoğu ülser kanaması spontan durur ve bu hastalardaki düzelme herhangi bir sorun olmadan gerçekleşir. Bununla birlikte, daha kötü prognozla birlikte olan bir hasta alt grubu, devam eden veya nükseden kanamaya sahiptir. Üst GİS kanamada vurgulanan prognostik faktörler, kanayan ülserler için de geçerlidir. Örneğin, ileri yaş, komorbid durumların bulunması, agresif kanamaya ilişkin klinik kanıt, büyük ülserler (çap olarak 2 cm'den daha büyük) ve hastaneye yatırılma sırasında kanamanın başlaması, yeniden kanama önemli prediktörlerdir (78).

2.5.9. Peptik Ülser Kanamasının Tedavisi

Gastroduodenal ülserlerden kaynaklanan kanamaların üst GİS kanamaların en sık karşılaşılan ve en önemli formu olarak kalmaya devam etmesi nedeniyle, bu problemin tedavisi geniş çaplı olarak çalışılmıştır. Tedavinin amaçları şunlardır:

- 1) Peptik ülseri ve böylece kanamayı tedavi etmek;

- 2) Aktif kanamayı durdurmak
- 3) Yeniden kanamayı önlemek.

2.5.9.1. Farmakolojik tedavi

Hem peptik ülser hem de kanamaya yönelik farmakolojik tedavi, oldukça gelişmiştir. Aktif ülser kanamasını tedavi etmek üzere birkaç farmakolojik ajan kullanılmaktadır. Bu ajanlar proton pompa inhibitörleri, H₂ reseptör antagonistleri, oktreotid, somatostatin, vazopressin, sekretin, antifibrinolitikler ve prostaglandinlerdir. Birkaç bileşik, ülser kanamasını durdurmak veya yeniden kanamayı durdurmakta marjinal olarak etkin olmakla birlikte, buna yönelik güncel olarak yeterli kanıt bulunan tek tedavi proton pompası inhibitörlerinin kullanımudur. Ülser hastalığından kanama ile ilgili en yüksek risk, kanama atağından sonraki ilk 72 saatlik dönemde ortaya çıkmaktadır. Böylelikle, farmakolojik tedavinin yararı, ya akut kanamayı durdurmak veya erken yeniden kanamayı önlemek şeklinde olabilir. Mevcut literatürün çoğu, bu iki olayı birbirinden ayırt etmekte yetersiz kalmaktadır. Üstelik, çoğu araştırma, proton pompası inhibitörlerini terapötik endoskopi döneminde incelemiştir. Bu yüzden, bu ajanların etkisi, terapötik endoskopiye ek olarak değerlendirilmek zorundadır. Deneysel kanıt, asidik pH'nın pıhtılaşmayı geciktirdiğini ve pepsin gibi proteolitik enzimler yardımıyla pıhtı çözünmesini güçlendirdiğini göstermektedir (23). İntragastrik pH seviyesinin yükseltilmesi, platelet agregasyonunu kolaylaştırabilir (23). Klasik oral antiasitler, ülser hastalığından kaynaklanan kanamaların doğal seyrini etkilemez. H₂- reseptör antagonistleri ile 2500 kadar hasta üzerinde gerçekleştirilen 27 randomize kontrollü çalışmayı içeren klinik çalışmalar; bu ajanların, yeniden kanama, cerrahi ve ölümle ilgili oranları sırasıyla %10, %20 ve %30 azaltabildiğini göstermekle birlikte, bu sonuçlar, yalnızca cerrahi ve ölüme yönelik olarak marjinal etkinlik göstermiştir (19). H₂- reseptör antagonistlerinin kanayan ülserler üzerindeki etkisi, muhtemelen bu ajanların optimal asit inhibisyonu sağlamaması nedeniyle bir parça düş kırıklığı yaratıcı olmuştur. Bu ajanların yararı, kanayan gastrik ülseri bulunan hastalar ile sınırlı gibi görünmüştür.

Yine de, H₂-reseptör antagonistlerinin her yerde bulunulabilmesi, toksik olmaması ve diğer ajanlar ile kıyaslandığında pahalı olmaması nedeniyle, ülser hastalığı bulunan hastalarda halen kullanılmaktadırlar (23). Tersine, proton pompası inhibitörleri özellikle yüksek dozlarda anlamlı şekilde asit azaltıcı etkiye sahiptir. Özellikle de yüksek riskli hastalarda ülser kanamasını önlemede etkilidirler (23).

Khuroo ve arkadaşları omeprazolün (5 gün 12 saatte bir 40 mg oral) rekürren kanamaları ve görülen damar kanamaları olmayan veya adezif pıhtı olanlarda cerrahi azalttığını göstermişlerdir (32). Bu çalışmada endoskopik tedavi ek tedavi olarak kullanılmamıştır. Aktif kanamalı veya görünür damarlı kanamasız hastalardaki başka bir randomize çalışmada omeprazolün (terapötik endoskopi sonrası 80 mg IV alım ve sonrasındaki 72 saatlik 8 mg/saat infüzyon) plasebo ile karşılaştırıldığında tekrar kanama riskini azalttığı gösterilmiştir (40). Rekürren kanama epizotlarının pek çoğu kanamanın başladığı ilk 3 gün içinde gerçekleşir (45). Bu nedenle hastanın tedavisine erken başlanmalıdır.

2.5.9.2. Endoskopik tedavi

Endoskopik tedavi akut ülser kanamalarının kontrolünde en etkili yöntem olarak yaygın biçimde kabul edilmektedir (23). Gerçekten de ülser kanamasını önlemek için ülserin o andaki görünümü esas alınır. Yapılan çalışmalar endoskopik tedavinin mortalite üzerindeki etkisini tam olarak yansıtmak için küçük olsalar bile meta-analizler endoskopik tedavinin, sadece tekrarlayan kanamaları değil aynı zamanda mortaliteyi de azalttığını göstermişlerdir (21). Ancak ülser kanamalarında terapötik endoskopiye savunan çalışmalara rağmen, pek çok önemli soru cevaplanamamıştır. Birincisi; standart tanımların eksikliği ve yakın zamanda geçirilmiş kanamadan kalan yaraların, kanayan lezyonların gerçek hikayesinin uygun olandan daha az şekilde anlaşılmasıdır. İkincisi ise; terapötik endoskopi perforasyon ve daha ileri kanamalara sebep olarak tehlikeli olabilir. Son olarak terapötik endoskopi maliyeti arttırabilir. Terapötik endoskopi net olarak aktif kanaması olan veya yüksek risk grubunda bulunan hastalarda tedavinin önemli bir komponentidir.

2.5.9.3. Endoskopik tedavinin tekrarı

Aktif kanamalı veya kanamayan görünen damarı olan hastaların %20'ye yakınında tekrar kanama geliştiği için, yüksek riskli hastaların ilk endoskopik tedavilerinden sonraki 24 saat içerisinde tekrar endoskopiye kontrole alınmasında fayda vardır. 104 hastada tekrar gözden geçirme stratejisini inceleyen randomize bir çalışmada endoskopi tekrarının anlamlı derecede faydalı olduğu görülmüştür (76).

2.5.9.4. Anjiyografik tedaviler

Anjiyografik tedavi ülser kanamalı hastalarda nadiren gerekir. Ciddi, persistan kanaması olanlarda, endoskopik tedavinin başarısız olduğu hastalarda, endoskopik tedavi mümkün olmadığında veya cerrahi girişim çok riskli olduğunda gerekebilir.

2.5.9.5. Cerrahi tedavi

Asit azaltıcı ilaçlarında etkisiyle ülser kanamalı hastalarda cerrahi tedavi gittikçe daha az tercih edilmektedir. Medikal tedbirlerle durdurulamayan kanamalar, cerrahi yöntemlerle tedavi edilir. Peptik ülser kanamasında cerrahi endikasyonlar:

- Hastanın akut başlayan kanamasının hem melena hem de hematemez ile beraber olması.
- Kanama başladıktan sonra kan değerlerini normal hale getirebilmek için 5 üniteden fazla kan transfüzyonuna gerek duyulması.
- Devam eden günlerde kan değerlerini normalde tutmak için hergün 1-2 ünite kan gereksiniminin olması.
- Kanamanın hastanede durduktan sonra iyi bir tedaviye rağmen tekrar başlaması.
- Endoskopik tedavi yapıldıktan sonra kanamanın devam etmesi.
- Hastada sistemik bir hastalığın bulunma

2.6. Ösofagus Varisleri

Ösofagus varisleri, ösofagusun alt ucunda lamina propriada bulunan ven plexuslarının genişlemesi sonucu oluşur. Gastro-ösofagial bileşkeden başlar ve yukarıya doğru 4-5 cm mesafeye kadar bir zonda oluşur. Bu bölge diğer bölgelere göre daha yüzeyleydir. Dolayısıyla, çoğunlukla bu alandan kanar (52). Varis kanamaları tüm üst GİS kanamalarının %10-20' sinin sebebidir ve prognozu diğer üst GİS kanamalarından daha kötüdür. Masif kanamaların 1/3' ünden ösofagogastrik varisler sorumludur. Kanama genellikle ani ve masiftir. Ösofagus varisleri büyük olan ve fundal varisleri belirgin olan hastaların kanama riski daha yüksektir. Etyoloji ne olursa olsun portal hipertansiyona yol açan bütün hastalıklar varis kanamasına neden olabilir. Ösofagus varisi bulunan hastaların üst GİS kanamalarının %30-40' ı peptik ülser ve mallory-weis yırtığı gibi varis dışı

sebeplere bağlıdır. Kanamaların üçte birinden varis dışı sebepler sorumlu olduğundan, portal hipertansiyonlu hastalarda, kanamanın kaynağı hızlı bir şekilde saptanmalı ve uygun tedavi derhal başlanmalıdır. Ösofagus varis kanaması genellikle endoskopik girişim gerektirir. Müdahale edilmediğinde, ösofagus varislerine bağlı ilk üst GİS kanama atağının %30-50 mortalitesi vardır. Kanama sonrası 2 yıl içerisinde %70 oranında tekrar kanama riski vardır. Varis kanamasının en iyi prediktörü varis boyutudur. Büyük varisler, küçük varislere göre kanamaya daha eğilimlidir. Varisler ösofagusta boylu boyunca uzansa da en fazla ösofagogastrik bileşkeye yakın alt uçlarından rüptüre olurlar. Bu bölge, ösofagus venlerinin en yüzeyel olduğu yerdir.

Varis kanaması, akut üst GİS kanamasının, çoğunlukla en hızlı şekli olduğu için ilk yaklaşımda esas önemli olan resüsitasyondur. Varis kanamalı hastalar mutlaka yoğun bakım ünitesinde takip edilmelidir. Portal hipertansiyona bağlı kanamalara yaklaşımın diğer üst GİS kanama nedenlerinden temel farkı mayi-kan replasmanı yaparken daha dikkatli davranılması gereğidir. Çünkü bu hastaların damar içi hacmi gereğinden fazla arttırıldığında kanama artabilir veya tekrarlayabilir. Varis kanaması ataklarının %90'ından fazlası hematokritin %30'un altına düşmesine neden olur ve kan transfüzyonu gerektirir. Ancak %70-80 'i özgül girişime gerek olmadan kendiliğinden durur (8). Varis kanamasında mortalite riski göstergeleri: 1-Child-Pugh değerlendirmesi Tablo III. de gösterilmiştir.

Tablo III. Varis Kanamasında Prognoz Belirleyici Kriterler (Child-Pugh)

	A (İyi)	B (Orta)	C (Kötü)
Serum albumini (g/dl)	> 3,5	3-3,5	< 3
Serum bilirubini (mg/dl)	< 2	2-3	> 3
Asit	Yok	Hafif diüretiklerle kontrol edilebilir)	Fazla (diüretiklerle kontrol zor)
Ensefalopati	0 (yok)	1-2 Minimal	3-4 İleri (koma)
Beslenme durumu	Çok iyi	İyi	Kötü
Protrombin zamanı (saniye)	1-4	4-10	>10

2- İleri yaş

3- Aktif alkol kullanımı

4- BUN veya kreatinin yüksekliği

5- Endoskopi anında kanama

6- Erken tekrarlayan kanama

7- Portal venöz basıncın 20 mmHg'yi geçmesidir.

2.6.1.Varis Kanamalı Hastalarda Tedavi

Varis kanamalarında kullanılan tedavi yöntemleri etkilerine göre iki gruba ayrılabilir. Birinci grupta; farmakolojik ajanlar, cerrahi şantlar ve TİPSS (trans juguler intrahepatik portosistemik şant) bulunur. Bu yöntemlerde hedef, portal basıncı azaltmaktır. İkinci grupta ise varislerin lokal kontrolünü veya obliterasyonunu sağlayan yöntemler bulunur. Bu yöntemler; balon tamponatı, skleroterapi, band ligasyonu ve cerrahi devaskülarizasyondur (5).

2.6.1.1. Farmakolojik ajanlar

Akut varis kanaması atağının tedavisinde veya profilaktik amaçla kullanılabilen birçok farmakolojik ajan mevcuttur. Farmakolojik terapi teorik olarak en ideal tedavi şeklidir. Çünkü daha ucuzdur, özel uzman gerektirmez, invazif değildir ve gerektiği an kullanılabilir. Varis kanamalarında başlıca vazokonstriktör ve vazodilatör olmak üzere iki grup ilaç kullanılmaktadır. Vazokonstriktör ajanlar splanknik vasküler sisteme etkileri ile portal kan akımını ve portal basıncı azaltırlar. Sonuçta, gastro-ösofagial kollaterallerde de kan akımı azalır. Vazodilatör ilaçlar ise, intrahepatik vasküler rezistansı azaltmak suretiyle etkilidirler. Başlıca vazokonstriktör ilaçlar; vazopressin, terlipressin, somatostatin ve ocreitidedir. Vazodilatör ilaçlar ise nitroglicerinin deriveleridir (52).

2.6.1.2. Endoskopik tedavi

Akut varis kanamalarında kullanılan diğer bir yöntem de endoskopik tedavidir. Başlıca 3 endoskopik tedavi yöntemi vardır. Bunlar; endoskopik skleroterapi, endoskopik band ligasyonu ve endoskopik olarak kanayan varislerin tıkanması veya kapatılmasıdır (5).

2.6.1.3. Varis kanamasında cerrahi tedavi

Varis kanamalı hastada cerrahi müdahalede mortalite çok yüksektir (52). Hasta mümkün olduğunca elektif şartlarda cerrahiye verilmelidir. Endoskopik imkanların günümüzde çok iyi kullanılması cerrahiye olan ihtiyacı azaltmıştır. Kanama sırasında asit, ensefalopati, sarılık ve atrofik karaciğerin bulunması cerrahi mortalitenin çok yüksek

olacağını gösterir (52). Bu nedenle bu tür varis kanamalı hastalarda cerrahiden önce cerrahi dışı tüm yöntemler denenmelidir.

2.7. Hemorajik ve Eroziv Gastrite Bağlı Kanamalar

Gastrit, mide mukozasında inflamasyon anlamına gelir ve histolojik bir tanıdır. Hemorajik ve eroziv gastritin endoskopide bulgularına rastlanılmasına rağmen kanamaya yol açtığına kanıtı yoktur. Hemorajik ve eroziv gastrit ile kanamaya neden olabilen ve endoskopik olarak saptanabilen erozyonlar ve subepitelyal hemorajiler gibi lezyonlar kastedilir. Histolojik lezyon mukozadaki bir açılmadır, fakat bu açılma muskularis mukozaya erişmez. Bu yüzden bu lezyonlar major kan damarlarını etkilemez ve majör kanamalara pek neden olmazlar. Tüm üst GİS kanamalarının %10-20'sinden sorumludur (3). En iyi tanı yöntemi endoskopidir. Endoskopik olarak, üzerinde veya etrafında pıhtı veya sızdırır tarzda kanama olan, 5 mm'den küçük, derin olmayan, nekrotik tabanlı mukozal defekt şeklinde görülürler. Hemorajik ve eroziv gastritin alkol, NSAİİ alımı ve stress olmak üzere 3 önemli sebebi vardır. En sık neden aspirin ve diğer NSAİİ'lerdir. NSAİİ' lara bağlı eroziv gastrit; genellikle kendi kendini kısıtlayan bir hastalık olup, suçlu ajan kesildikten sonra hızla iyileşir. Kanamaların büyük çoğunluğu spontan olarak durur. Ancak medikal tedavi sıklıkla verilir. Alkole bağlı gastrit; ilaçlara bağlı gastritler gibi, kendi kendini sınırlar, alkol kesildiğinde hızla iyileşir ve nadiren invaziv girişim gerektirir. Stress ülserlerinde; asit salgılayan mukozada diffüz yüzeysel yırtıklar vardır ve genellikle yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda ortaya çıkar. Etyolojide, mukozal kan akımında azalma ve mukus, bikarbonat gibi diğer koruyucu faktörlerde azalma olması suçlanmaktadır (23).

Stress ülserinin en sık görüldüğü durumlar:

- Majör cerrahi sonrası
- Ağır yanıklar
- Kafa travması veya intrakraniyal hastalık
- Solunum yetmezliği (ventilatöre bağımlılık)
- Akut böbrek yetmezliği
- Peritonit
- Sarılık
- Şok

Bu hastalıklar nedeniyle yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaklaşık %10- 20'sinde mide kaynaklı kanamalar gelişir (3). Altta yatan hastalığın ciddiyeti arttıkça kanama riskide artar. Ayrıca kanamanın olması hastanın mortalitesini arttırır. Kanama yavaş sızma şeklindedir, ama yaygın mukozal tutulum nedeniyle ciddi boyutta da olabilir. Lezyonlar çok hızlı gelişir. Bu hastalarda; kanama olduktan sonra, kanama kontrolü amacıyla yapılan tedavilerin hepsinin başarısızlık oranı yüksektir. Bu nedenle profilaksi çok önemlidir. Profilaksi için antiasitler, proton pompa inhibitörleri, H2 reseptör antagonistleri ve sükralfat kullanılmıştır. Kanamaların önlenmesinde tümü etkilidir.

2.8. Üst GİS Kanamasının Diğer Sebepleri

2.8.1. Ösofajit

Üst GİS kanamalı hastaların %8'ine kadar olan bir kısmında, ösofajitten önemli kanama oluşmaktadır (26). Ösofajit kaynaklı kanama, akut kanamadan daha çok gizli kan kaybına yol açmaktadır. Klinik olarak belirgin olan kanamanın, geniş çaplı ülseratif hastalığı veya altta yatan bir koagülopati hastalığı bulunan hastalarda oluşması daha muhtemeldir. Spesifik tedavi, altta yatan lezyonun tedavisidir.

2.8.2. Mallory-Weiss Yırtığı

Mallory-Weiss yırtıkları, tipik olarak gastrik mukozada oluşmakla birlikte %10 ile %20 oranında ösofageal mukozada da oluşabilen, gastroösofageal bileşke bölgesindeki laserasyonlardır. Bunlar, üst GİS kanamanın önemli bir nedenidir ve üst GİS kanama olgularının yaklaşık %5 ile %10'undan sorumludur (26). Aşırı kusma, öğürme ve hıçkırığa bağlı olarak oluşur. Yırtık birden fazla sayıda olabilir ve erkeklerde daha fazla görülür. Masif kanama ile ortaya çıkar. Klasik hikaye; alkol kullanımı olan hastada, hematemezden önce, şiddetli bir öğürme veya kan içermeyen kusma döneminin olmasıdır. Alkol kullanımı olmadan da, şiddetli öğürtü nöbeti ve/veya tekrarlayan kusmalar sonrasında gelişebilir. Ösofagusta tam kat rüptür olursa buna Boerhaave Sendromu denir. Mallory-Weiss sendromunda tanı, klinik ve endoskopi ile konur. Mallory-Weiss yırtıklarından kaynaklanan kanama, hastaların %80-90'nda spontan olarak durmakta ve hastaların %5'inden daha az kısmı yeniden kanamaktadır (23). Bu nedenle, büyük çoğunluğuna sadece destekleyici tedavi verilmesi yeterli olur ve 24 saat içerisinde taburcu edilebilirler. Kanaması spontan durmayan hastalara, endoskopi tedavi yapılabilir. Nadiren, cerrahi müdahaleyle yırtığın dikilmesi gerekebilir (23).

2.8.3. Duodenit

Duodenit üst GİS kanamalarının ayırıcı tanıları arasında bulunmakla beraber nadiren akut kanamaya neden olur. Şiddetli eroziv duodenit için risk faktörleri; kanayan peptik ülserli hastalarda olduğu gibi NSAİİ'lar ve H. Pylori'dir. Sıklıkla antikoagülan tedavi ile bağlantılıdır. Kanama genellikle kendi kendini sınırlar ve nadiren müdahale gerektirir (23).

2.8.4. Malignite

Ösofagus, mide ve üst ince bağırsak neoplazileri nadiren üst GİS kanamaya neden olur. Bu tarz lezyonlar genellikle gizli ve asemptomatik kanamalar meydana getirir ve bunlar genellikle kendi kendini sınırlayıcıdır. Klinik olarak önemli akut üst GİS kanama oluşturan tümörlerin büyük kısmı malignittir. Üst GİS kanamaya neden olan tümörlerden en yaygın olanı ileri evre gastrik adenokarsinomudur. Tümör nedeniyle üst GIS kanama geçiren bu hastalarda 1 yıllık sağ kalım oranı %11'dir (23).

2.8.5. Dieulafoy Lezyonu

Dieulafoy lezyonu, mukozaya yaklaştıkça çapı artan anormal büyüklükte bir arterdir. Bu büyük damarın mukozayı komprese ettiği ve küçük bir erozyona neden olarak damarın lümen içerisine doğru yırtılmasına sebebiyet verdiği düşünülmektedir. Masif kanamaya yol açar. Dieulafoy lezyonları nadir değildir ve üst GIS kanamalarının % 6'sına neden olur (23). Hastaların çoğu yaşlı erkeklerdir. Genellikle ilk endoskopide gözden kaçır ve birden fazla endoskopik incelemeyi gerektirir. Kanamaların tedavisinde endoskopik tedavi yeterlidir, nadiren cerrahi tedavi gerekir ve tedaviden sonra nüks etmezler.

2.8.6. Vasküler Lezyonlar

2.8.6.1. Vasküler ektazi

Vasküler lezyonlar üst GİS kanamalarının nadir ancak önemli bir nedenidir. Birçok vasküler bozukluk üst GİS kanamaya neden olabilir ancak en sık rastlanan vasküler lezyonlar vasküler ektazilerdir (23). Bunlar daha çok mide ve duodenumda bulunurlar. Vasküler ektaziler üst GİS kanal kanamasından çok gizli alt GİS kanamalara neden olur. Pek çok farklı durumlarda bu lezyonlar bulunabilir (böbrek yetmezliği, siroz, skleroderma, CREST sendromu, radyasyon hasarı, psödoksantoma elastikum ve Ehler-Danlos sendromu

gibi kollajen hastalıklar ve Von Willebrand hastalığı gibi). Vasküler ektaziler en çok kronik böbrek yetmezliği ile bağlantılıdır. Renal yetmezliği olan hastalarda normal renal fonksiyonlu hastalara kıyasla daha sık vasküler ektaziye bağlı üst GİS kanaması görülür (14). Vasküler ektazilerin tedavisi endoskopik tedavidir. Cerrahi tedavi kanama odağı açıkça tespit edilebilen düşük riskli hastalarda düşünülmelidir (62).

2.8.6.2. Arteriyovenöz malformasyonlar (AVM)

Endoskopide kabarık veya nodüler lezyonlar olarak görülebilen gerçek AVM'lar nadirdir. Bu lezyonlar muhtemelen konjenitaldir ve vasküler ektazilerin aksine submukozada bulunurlar. Büyük boyutta olabilirler ve bağırsak duvarının herhangi bir bölümünde bulunabilirler. Primer tedavi etkilenen bağırsak bölümünün çıkarılmasıdır (23).

2.8.6.3. Herediter hemorajik telenjiektazi (HHT)

(Osler-Weber-Rendu Hastalığı)

HHT otozomal dominant bir hastalıktır. Cilt, mukus membranlar ve gastrointestinal kanal telenjiektazileri ile karakterizedir. Yaşamın 6. dekatında insidans en yüksektir ve gastrointestinal kanalın herhangi bir bölgesinde telenjiektaziler bulunabilir. Epistaksis en sık klinik belirtidir ve tipik olarak 2. dekattan önce ortaya çıkar. Dudaklar, nazofarengeal membranlar, dil ve periungal alanlarda telenjiektazilerin yokluğu durumunda teşhisten şüphe edilmelidir. Endoskopik tedavi aktif kanayan lezyonların kanamasının durdurulmasında en etkin yöntemdir. Ancak lezyonlar sayıca multipl olduğundan kanama sıklıkla tekrarlar. Cerrahi tedavi kanama odağı tespit edilen lezyonlara uygulanır (23).

2.8.6.4. Hemanjiom

Üst GİS kanamaya neden olan hemanjiomlara en çok üst ince bağırsakta rastlanır. Prolifere damarlardan oluşan bu benign vasküler tümörlerin çoğu kavernoöz hemanjiomdur. Tek veya birden fazla, kırmızı, mor veya mavi nodüler lezyonlar olarak görülürler. Bu lezyonlarda endoskopik tedavi kanamayı durdurabilir ancak en etkin tedavi cerrahidir (23).

2.8.6.5. Gastrik vasküler ektazi

Gastrik vasküler ektazi yakın zamanda tanımlanmış bir hastalıktır ve akut üst GİS kanamasının nadir bir nedenidir. Gastrik vasküler ektazi eşlik eden aklorhidri, atrofik gastrit ve sirozu olan orta yaş veya yaşlı kadınlarda en siktir. Patogenezi bilinmemektedir. Etkili bir tedavisi yoktur. Günlük alınan etinil estradiol (30 mikrogram) ve norethisteron (1,5 mg) ile yapılan bir çalışmada hastaların büyük kısmında transfüzyon gereksinimi önemli oranda azalmıştır (74).

2.8.6.6. Aortaenterik fistül

Gastrointestinal traktın herhangi bir bölgesiyle, bu bölgeye komşu aorta arasında fistül gelişmesine aortaenterik fistül denir. Aortaenterik fistüller %75 oranında duodenumu tutar (3). Genellikle duodenum üçüncü kısmı ile aorta arasında fistül gelişir. Primer aortaenterik fistül, aortada gelişen anevrizmaların komşu barsak duvarını erode etmesiyle ortaya çıkar ve seyrektr. Sekonder aortaenterik fistül daha siktir ve abdominal aortik greft ile komşu barsak arasında oluşur. Masif kanama atağından önceki dönemde hastaların %20-100'ünde kendiliğinden duran bir üst GİS kanama atağı olur ve bu durum haberci kanama adını alır. Aortaenterik fistüle bağlı kanamalar; hızla tanı konulup erken müdahale edilmezse, hemen daima fatal seyirlidir.

2.9. Nadir Görülen Üst GİS Kanama Sebepleri

- Duodenal divertikül
- Crohn hastalığı
- Behçet hastalığı
- Primer kan diskrazileri
- Kollajen doku hastalıkları (Poliarteritis nodoza, Sistemik lupus eritromatozus)
- AIDS
- Amiloidoz
- Myokard infarktüsü
- Hemobilia
- Pankreas kaynaklı kanamalar

2.10. Alt Gastrointestinal Sistem Kanamaları

Yakın zamana kadar Treitz ligamanının distalinden ortaya çıkan kanamalar olarak tanımlanan bu klinik durum kapsül endoskopi ve enteroskopinin uygulanmaya başlamasından sonra sadece terminal ileum ve kolondan kaynaklanan kanamaları tanımlamak için kullanılmaya başlanmıştır. Akut Alt GİS kanamaları son 3 gün içinde ortaya çıkmış, vital bulgularda değişikliğe ve anemiye yol açabilen ve transfüzyon ihtiyacı doğurabilen kanamalar olarak tanımlanır. Alt GİS kanamaları GİS kanamalarının %20 sini oluşturmaktadır. Üst GİS kanamalarına göre 4-5 kez daha seyrek görülür. Yıllık insidens 20-27 / 100.000 civarındadır. İnsidens yaşlanma ile artar. En sık görüldüğü yaş aralığı 60-77 arasındadır ve yaşlılardaki görülme sıklığı gençlerden 200 kat daha fazladır. Erkeklerde kadınlardan daha sık görülür. Alt GİS kanamalarında mortalite %2-5 civarında olmakla birlikte yaşlı ve ciddi komorbid hastalığı olan hastalarda mortalite %20 ye çıkabilir (34).

Hastaların %80 inde kanama 24-48 saat içinde kendiliğinde durur. Alt GİS kanamalarında hastaların %10-15 inde kanamanın üst GİS den kaynaklanabileceği unutulmamalıdır. Alt GİS kanamaları üst GİS kanamalara oranla daha az oranda hemodinamik bozukluğa ve şoka neden olduğundan kan transfüzyonuna ve yoğun bakım şartlarına daha az ihtiyaç duyulur (6,7).

Akut alt GİS kanamalarının başlıca nedenleri ve görülme sıklıkları Tablo IV de verilmiştir. Kolonun divertiküler hastalığı en sık karşılaşılan nedendir, bunu angiodisplazi, iskemik kolit, inflamatuvar barsak hastalıkları ve polipektomi sonrası kanamalar izlemektedir. Az miktarda ve kronik, tekrarlayıcı karakterdeki rektal kanamalar ise en sık olarak hemoroid, anal fissür ve soliter rektal ülser gibi anorektal problemlerden kaynaklanmaktadır. Bu tür kanamalar kronik demir eksikliği anemisine neden olurlar (77).

Tablo IV. Alt GİS Kanamalarında Kanama Nedenleri

Lezyon Sıklık	(%)
Divertiküler hastalık	17-40
Angiodisplazi	9-20
Kolitler (İskemik kolit, infeksiyöz kolitler, inflamatuvar barsak hastalığı, radyasyon koliti vb.)	5-30
Tümörler, polipektomi sonrası kanamalar	11-14
Anorektal hastalıklar (Hemoroid, anal fissür, soliter rektal ülser vb.)	5-10
Üst GİS kanamaları	5-15
İnce barsaktan kaynaklanan kanamalar	2-10
Diğer (Endoskopik biyopsi sonrası, portal hipertansif kolopati, kolonik Dieulafoy lezyonu, appendiks orfisinden kanama vd.)	5

2.10.1. Akut Alt GİS Kanaması İle Başvuran Hastaya Yaklaşım

Hastanın ilk başvuru anındaki klinik bulguları, yaşı, antikoagülan ve/veya antiagregan ilaç kullanımı, kronik böbrek, karaciğer, akciğer ve kalp hastalıkları gibi komorbid patolojilerin varlığı prognozu etkileyen faktörlerdir. Hastadan veya hasta yakınlarından alınacak dikkatli bir anamnez etyolojinin anlaşılmasında önemli ipuçları verebilir. Antiagregan veya nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç kullanımı, dışkılama alışkanlığındaki değişiklikler, mevcut kronik ve kalıtsal hastalıkların varlığı (ailevi poliposis sendromları, hereditör hemorajik telenjektazi vb.) daha önce geçirilmiş endoskopik girişimler ve pelvik veya abdominal radyoterapi sorgulanmalı, daha önceden gastrointestinal sisteme ait yakınmaların ve kanamaların olup olmadığı araştırılmalıdır. Alt GİS kanamalı bir hastada hemodinamik durumun değerlendirilmesinde de üst GİS kanamalarında kullanılan kriterler kullanılır. 300 ml altındaki kanamalar kan basıncı ve nabızda bir değişikliğe neden olmazken 500 ml üstündeki kanamalar kan basıncında 10 mmHg den fazla düşüşe ve nabız sayısında artışa (>10 vuru/dk) neden olur. Geniş damar yolu açıldıktan sonra başlangıç laboratuvar değerlendirmeleri arasında tam kan sayımı, koagülasyon testleri, kan grubu tayini ve serum biyokimyası bulunmalıdır. Fizik muayene bulguları arasında ortostatik semptomlar, postural değişiklikler, solukluk, çarpıntı, yorgunluk, göğüs ağrısı, dispne, taşipne ve karın ağrısı olabilir. Anorektal digital muayene hem anorektal hastalığın olup olmadığını araştırmak hem de hastanın tarif ettiği dışkı renginin doğrulanması açısından yapılmalıdır. Alt GİS kanamalı hastalar genellikle ileri yaş gurubunda olduğundan Hb seviyeleri 10g/dl nin üzerinde (Htc >%30) tutulmalı ve agresif kanama bulgularının olması durumunda gecikmeden kan transfüzyonu yapılmalıdır (11,37,43).

2.10.2. Divertikül Kanamaları

Kolon divertikülleri 70 yaş üzerindeki insanların 2/3 ünde bulunmakla birlikte divertiküler hastalığı olduğu bilinen hastaların ancak %10-25 inde kanama görülür. Hastaların %15-20 sinde kanama, asemptomatik divertiküler hastalığın ilk bulgusudur. Kolon divertikülü olduğu bilinen ve rektal kanaması olan hastaların en az yarısında divertikül dışında başka bir kanama odağı bulunabileceği unutulmamalıdır. Kanama genellikle uzun süren yolculuklar ve yorgunluklar sonrasında ortaya çıkar. Hastaların %80 inden fazlasında NSAİİ veya aspirin kullanım öyküsü bulunur. Divertiküler kanama genellikle ağrısız, birden bire ortaya çıkan bir kanama şeklindedir. Ancak bazı hastalarda

karın ağrısı bulunabilir. Hastaların %70-80 inde kanama 48 saat içinde kendiliğinden durur. Bu hastaların ¼ inde kanama 5 yıl içinde tekrarlamaktadır (8,34).

2.10.3. Angiodisplaziler

Akut alt GİS kanamalarının %10-20 sinden sorumludur. Hastaların %15 inde kanama masif olabilir. %10-15 vakada dışkıda gizli kan pozitifliği ile birlikte olan demir eksikliği anemisi bulunur. Anjiodisplaziler kronik gizli alt GİS kanamalarının da önde gelen nedenlerinden biridir. Yaşlanmayla birlikte görülme sıklığı artar. Genellikle 50 yaş sonrasında görülür ve hastaların 2/3 si 70 yaşın üzerindedir. Bir çok lezyon kanamaz ve asemptomatiktir. Aspirin ve NSAİİ kullanımı kanamayı tetikleyebilir. Tanı kolonoskopi veya anjiyografi ile koyulur (11,43).

2.10.4. İskemik Kolit

Yaşlı, diabetik, aterosklerotik damar hastalığı, kronik böbrek yetersizliği, trombofilik hastalığı ve vaskülit olan kişilerde daha sık karşılaşılan bir kanama nedenidir. Ancak vakaların önemli bir kısmında belirgin bir risk faktörü saptanamaz ve yapılan mezenter anjiyografide de belirgin bir patolojik bulguya rastlanmaz. Genç hastalarda, yorucu egzersiz (uzun mesafe koşma, bisiklet sürme vb.), oral kontraseptif ve narkotik madde (Kokain vb.) kullanımı iskemik kolite yol açabilir. Sol alt kadranda kramp tarzında ağrı ile birlikte veya daha sonra ortaya çıkan parlak kırmızı renkte rektal kanama veya kanlı ishal şeklindedir. Bazı vakalarda ağrı olmadan sadece kanama veya kronik ishal görülebilir. Hastaların çoğunda eşlik eden bir tıkaçıcı damar hastalığı hikayesi bulunur.

2.10.5. İnflamatuvar Barsak Hastalığı Ve Diğer Kolitler

Ülseratif kolitte massif kanama hastaların %10 undan azında görülür ve şiddetli alt GİS kanamaların ancak %1 ini oluşturur. Özellikle genç polüüasyondaki kanamalarda akla gelmelidir. Crohn hastalığında kanama seyrek olmakla birlikte derin ülserler bazen şiddetli kanamaya yol açabilirler. Hastaların büyük bir kısmında tıbbi tedavi ile kanama durur. İnflamatuvar barsak hastalığında masif kanama cerrahi tedaviyi gerektirebilirse de kanama bu hastalardaki cerrahi tedavi endikasyonunun %5 den azından sorumludur.

İnfeksiyöz kolitlerde (psödomembranoz kolit, enterohemorajik E.coli koliti, şigella koliti, amebik kolit, CMV koliti vb.) seyrek olarak şiddetli alt GİS kanama bulunabilir ve genellikle ateş, karın ağrısı ve ishalle birlikte dir. Trombositopeni (kolonik

purpura), vaskülitler, greft versus host hastalığı ve lenfomalarda ciddi olabilecek alt GİS kanama görülebilir.

Radyasyon koliti, prostat ve over gibi pelvik organlara yönelik radyoterapi sonrasında görülür ve alt GİS kanamalarının %5 ini oluşturur (77).

2.10.6. Neoplaziler

Şiddetli alt GİS kanamalarının %2-10 unu, hafif alt GİS kanamaların %20 sini neoplazmlar oluşturur. Sol kolonda ve sigmoidde olan neoplaziler erken dönemde rektal kanamayla ortaya çıkabilirler. Kanama kolonik neoplazmların %10-25 inde ilk semptomdur. Tümörlere bağlı kanamalar genellikle şiddetli değildir. Akut alt GİS kanamalı hastaların %5-10 undan kolorektal polipler sorumlu olup bu poliplerin çoğu 2 cm den büyük poliplerdir (77).

2.10.7. Polipektomi Sonrasında Ortaya Çıkan Kanamalar

Polipektomi yapılan hastaların % 0,5 ile 2 sinde görülür. Bu tip kanama akut alt GİS kanamalarının %2-8 ini oluşturmaktadır. Kanama genellikle polipektomiden sonraki ilk 4-5 gün içinde görülür. Hastanın antiagregan, antikoagülan veya NSAİİ kullanımı kanama için risk faktörüdür. Yaşam beklentisi uzun olmayan yaşlı hastalarda çok gerekmedikçe polipektomi yapılmamalıdır (11,43).

2.10.8. Meckel Divertikülü

Meckel divertikülü gastrik ve pankreatik metaplazi içerdiğinden vakaların % 20-30 unda kanama görülür. Koyu kırmızı yumuşak kıvamda dışkılama tipiktir. Apendisite benzer bir klinik tablo da oluşturabilir. Tc99m sintigrafisi ve anjiyografi tanıda yardımcıdır. Tedavisi cerrahidir.

2.10.9. Anorektal Hastalıklar

Anorektal hastalıklar nadiren şiddetli alt GİS kanama oluştururlar. Hemoroidler tüm alt GİS kanamalarının % 65-70 inden sorumlu olmakla birlikte akut şiddetli alt GİS kanamalarının ancak % 5-10 unu oluştururlar. Şiddetli hemoroid kanamaları genellikle dışkılama sonrasında ortaya çıkan damlama veya fışkırma tarzında bir kanama şeklinde kendini gösterir ve çoğunlukla kabızlıkla birlikte. Hafif kanamalarda kan dışkıya veya

tuvalet kağıdına sürülmüş şekilde görülebilir. Diğer anorektal hastalıklar olan anal fissür ve soliter rektal ülserde şiddetli kanama çok nadirdir.

2.11. Alt GİS Kanamalarında Kanama Odağının Araştırılması

2.11.1. Endoskopi

Akut alt GİS kanaması ile başvuran hastalarda mümkün olan en kısa zamanda kolonoskopi yapılmalıdır. Alt GİS kanamalı hastalarda kolonoskopinin tanısallık fayda oranı %85-95 arasındadır.

2.11.2. Sintigrafi

Tc-99m sintigrafisi 0.1-0,5 ml/dk hızındaki kanamaları gösterebilmesine rağmen kanama yerinin lokalizasyonunda anjiografiden daha az duyarlı olan bir yöntemdir. Duyarlılığı %40-80, özgüllüğü %85 civarındadır.

2.11.3. Anjiografi

Viseral anjiografi de görülebilmesi için kanama hızının 0.5ml/dk veya üzerinde olması gerekir. Kanama yerinin lokalizasyonunda sintigrafiye daha üstündür. Yöntemin özgüllüğü %100 olmakla birlikte duyarlılığı %35-45 civarındadır (6).

2.12. Alt GİS Kanamalarında Tedavi

Alt GİS kanamalı hastada ilk başvuru sırasında alınacak tıbbi önlemler üst GİS kanamalarından farklı değildir. İV sıvı desteği ve gerek duyulan vakalarda kan transfüzyonu yapılmalı, koagülasyon defekti varsa düzeltilmelidir. Rutin olarak antibiyotik kullanılması gerekmez. Divertikül kanamalarında bakteriyel fibrinolizi azaltmak amacıyla metronidazol verilmesini tavsiye eden merkezler bulunmaktadır.

Alt GİS kanamalarının büyük çoğunluğu (%80) 24-48 saat içinde kendiliğinden durur. Vakaların %20 kadarında endoskopik ve/veya radyolojik yöntemlerin kullanılmasına gerek duyulur. Anjiografi hemodinamik instabilite nedeniyle endoskopi yapılamayan veya endoskopik girişimlerle kanama odağı saptanmayan hastalara saklanmalıdır.

Kanama odağının belirlenmesine rağmen yukarıdaki tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı hastalarda cerrahi düşünülmelidir. Kanama odağı bulunamayan şiddetli kanaması olan veya kanaması tekrarlayan hastalarda cerrahi son seçenek olmalıdır (6).

2.13. Kanamalarda Genel Olarak İzlenecek Yol

Öncelikle yapılması gereken hastanın hemodinamik durumunun, kan kaybının derecesinin değerlendirilmesi ve hemodinamik açıdan stabil olmayan gruba hemen tedavinin başlatılmasıdır. Bu amaçla, sistolik ve diyastolik kan basıncı, kalp hızı ve ortostatik değişikliklerden yararlanılır. Taşikardi kan volümünün %15'inden fazlası, hipotansiyon ise %40'ından fazlası kaybedilince gözlenir. Ancak bu değerler her hastada aynı bilgileri vermeyebilir. Çok genç bir hastada aşırı vazokonstriksiyon kapasitesi sonucu, fazla kan kaybına rağmen hipotansiyon gelişmeyebilir, veya diyabetiklerde ve yaşlılarda çok az kan kaybına rağmen ortostatik hipotansiyon gözlenebilir. Akut kanama düşünülen hastaların damar yolu geniş çaplı bir kateter ile açılmalıdır. Bu işlemle birlikte hemogram, grup, karşılaştırma, üre nitrojen, kreatinin, Ca, glukoz, ALT, AST, total protein, albumin, protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı için kan alınmalıdır. Bu testlerden üre nitrojen/ kreatinin oranının 36'dan büyük bulunması, üst GIS kanama tanısında yardımcı olabilir. Karaciğer testleri olası bir karaciğer hastalığı, koagülasyon parametreleri de olası bir koagülasyon defekti konusunda bilgi verecektir. Hipovolemik şokta olan hastalar yoğun bakım ünitelerinde izlenmelidirler. Hemodinamik stabilizasyonu olmayanlarda ya 2 geniş venöz kanül uygulanmalı veya sentral venöz yol açılmalıdır. Kan grubu ve karşılaştırma sonuçları alınıncaya kadar geçen süre içerisinde serum fizyolojik veya laktatlı ringer volüm açığını kapatma amacı ile kullanılır. Ağır kanamalarda intrasellüler hipoksi gelişebilir. Bu durumun değerlendirilmesinde arteriyel kan gazları ve serum laktat seviyelerinden yararlanılır. Uygun oksijenasyon bulunmayan olgulara, nazal kanül veya maske ile oksijen verilmelidir. Tedavinin etkisini değerlendirmek, hipervolemiyi önlemek amacı ile hasta, sentral venöz basınç ve idrar volümü takibine alınmalıdır. 0.5 mL/kg/saat altındaki idrar volümü orta veya ağır hipovolemi lehindeki bulgulardır. Akut kanamada tüm kan (plazma ve eritrositler) kaybı vardır, bu nedenle başlangıçta hematokrit değerleri değişmez. Daha sonra 24-72 saat içerisinde azalan volümü yerine koymak için sıvı ekstravasküler alandan vasküler alana geçer ve hematokrit düşer. Bu yüzden hematokrit değerleri kanamanın derecesi konusunda başlangıçta tam doğru bilgi veremez. Ancak seri takiplerdeki değişiklikler kanamanın durumu konusunda bilgi verebilir. Akut kanamada beklenen

normokrom, normositer bir anemidir. Hemogramda mikrositozun varlığı ya uzun süredenberi devam eden gizli kanama olasılığının veya demir eksikliğine neden olabilecek bir başka hastalığın (malabsorpsiyon gibi) veya talesemi varlığının da söz konusu olabileceğini düşündürür. Şoktaki olgulara, hematokriti %20-25'in altında olanlara veya %25'in üzerinde olsa bile anjina gibi kötü oksijenasyona uyan semptomu olanlara kan transfüzyonu yapılmalıdır. Yaşlı, sirotik, koroner arter hastalığı olanlara eritrosit süspansiyonu verilerek hemotokrit değeri %30'un üzerine çıkarılmalıdır. Genç ve kanama dışı sorunu olmayan grupta hematokrit %20'nin üzerinde tutulmalıdır. Aşırı transfüzyondan sakınılmalıdır. Kanaması durmuş olanlarda eritrosit süspansiyonu, aktif kanaması olanlarda da kan transfüzyonu tercih edilmelidir. Başlangıçta yaşlılarda hatta 50 yaşın üzeridekilerde EKG alınmalıdır. Hipovolemi iskemi hatta sesiz bir infarktüsü bile provoke edebilir. Gene hemen alınacak bir akciğer grafisi, sonradan gelişebilecek bir pulmoner aspirasyonun değerlendirilmesinde yararlı olacaktır (13,24,60,61).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 09.02.2017 tarihli 53043469-050.04.04 no'lu karar ile onaylanmış ve arşiv materyallerinin kullanımı için izin alınmıştır.

3.2. Hasta Grubunun Özellikleri

Bu çalışmada, Ocak 2016 ve Haziran 2016 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilimdalına GİS kanaması teşhisi ile gelen 18 yaş üstü hastalarda retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Ulaşılan dosyalar incelenerek hasta cinsiyeti, yaşı, kan örnekleri, Tam Kan (Hemogram), Biyokimya ve koagülasyon değerleri, başvuru şikayeti, sigara ve alkol kullanımı gibi alışkanlık öyküsü, ek hastalık varlığı, endoskopi raporları, uygulanan tedavi, hastanede yatış süresi, transfüzyon ihtiyacı ile ilgili bilgiler elde edildi. Bu verilerle hastaların demografik özellikleri, alışkanlıklarının varlığı, hastanede yatış süreleri, mortalite oranı, ilaç kullanım oranı ve kullanılan ilaçlar, endoskopisi yapılan hastalardaki endoskopik bulguların dağılımı, uygulanan tedavi yöntemleri, kan örnekleri Tam Kan (Hemogram), Biyokimya ve koagülasyon değerlerine göre aralarındaki ilişki, yaş ile mortalite ve endoskopik bulgular arasındaki ilişki, cinsiyeti ile; geliş şikayeti, endoskopi bulguları, endoskopik bulgularla; yatış süresi, kan transfüzyon ihtiyacı, mortalite, ek hastalık varlığının yatış süresi ve mortaliteye etkisi arasındaki ilişki araştırıldı.

3.3. İstatistik Bilgileri

Çalışmaya başlamadan önce Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurul'undan çalışmaya başlamak için etik kurulu onayı alındı. Değişkenler, sayılar, yüzdeler, ortanca ve kuartil 50 (25-75) olarak ifade edildi. Yüzdeler % 95 güven aralıkları (% 95 CI) ile verilmiştir. Değişkenler Statistical Package for Social Sciences (SPSS 18) isimli istatistik program kullanılarak analiz edilmiştir. Normallik testi; Kolmogorov–Smirnov testi kullanılarak yapıldı. Tek değişkenli verilerin istatistiksel analizleri Ki-Kare testi kullanılarak yapılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

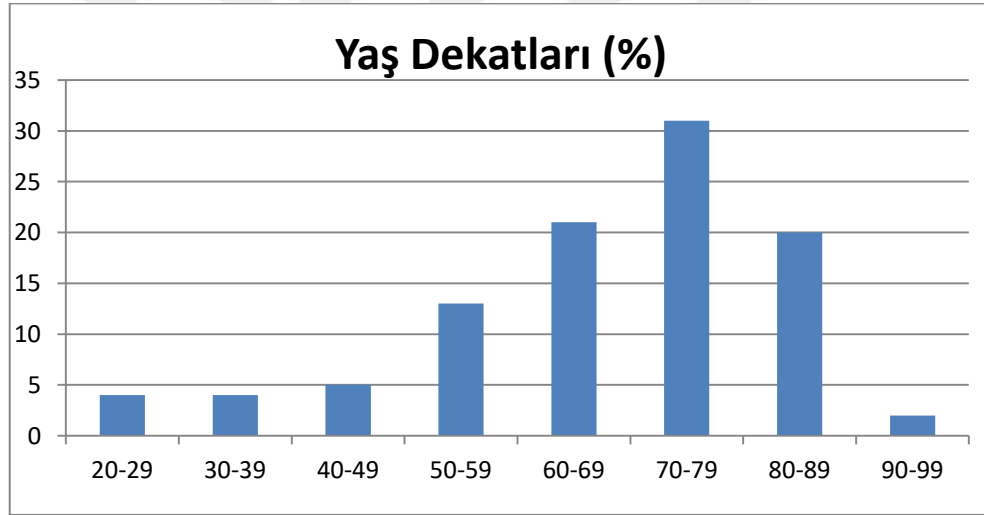
4. BULGULAR

Çalışma Ocak 2016- Haziran 2016 tarihleri arasında GİS kanaması teşhisiyle hastanemize başvuran, yatarak veya yoğun bakımda tedavi edilen, yaşları 21 ile 97 arasında değişmekte olan toplam 164 olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların ortalama yaşı $66,87 \pm 16,32$ 'dir (Tablo V.).

Tablo V. GİS Kanamalı Hastaların Yaş Aralığı.

	Toplam	Minimum	Maximum	ortalama	İstatistik sapma
Yaş	64	21,00	97,00	66,8720	16,32949

Olguların % 4'i 20-29 yaş arasında, % 4'ü 30-39 yaş arasında, % 5'i 40-49 yaş arasında, % 13'u 50-59 yaş arasında, % 21'si 60-69 yaş arasında, % 31'i 70-79 yaş arasında, % 20'si 80-89 yaş arasında ve %2'i 90-99 yaş arasındadır (Tablo VI., Şekil 1.).



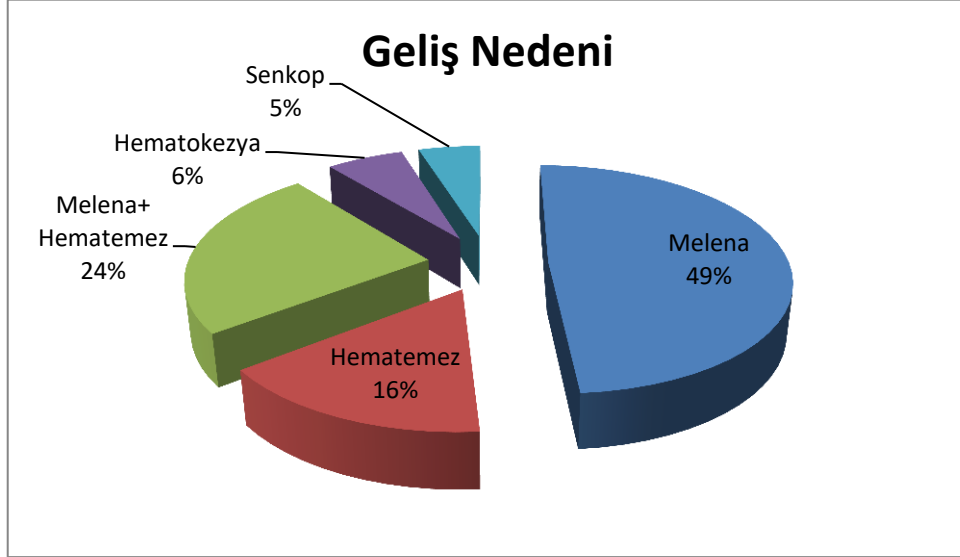
Şekil 1. GİS Kanamalı Hastalarda Yaş Dekatlarının Dağılımı

Yapılan çalışmalarda GİS kanama şikayeti ile gelen Olguların % 39,6'ı kadın ve % 60,4'u erkektir. Erkek/kadın oranı 1,53'dir (Tablo VI, Şekil 2.).



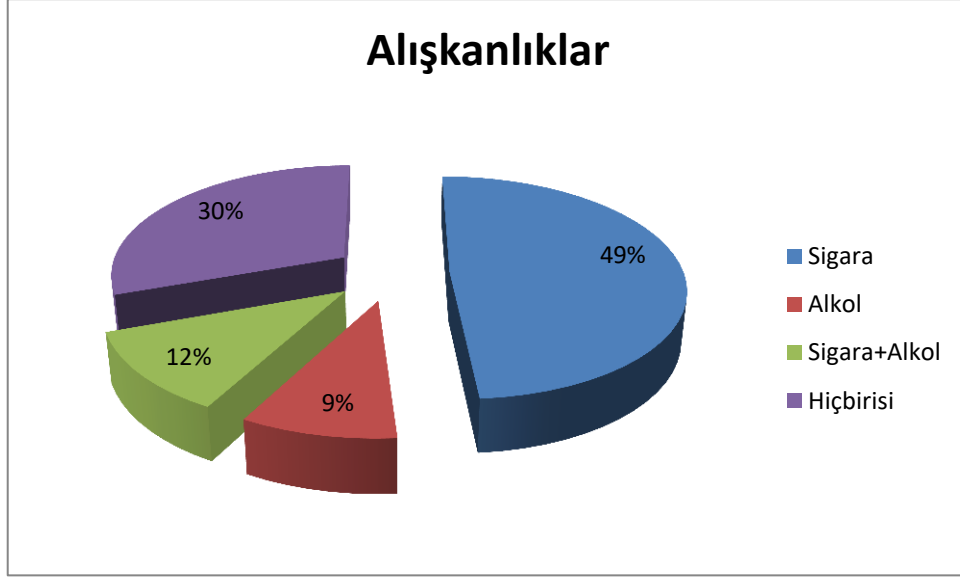
Şekil 2. GİS Kanamalı Hastalarda Cinsiyet Dağılımı

Hastaneye gelen GİS kanamalı olguların % 48,8'i Melena şikayeti ile % 24,4'ü Melena ve Hematemez ile, % 15,8'i Hematemez ile, % 6,1'i Hematokezya ile % 4,9'u Senkop şikayeti ile hastanemize başvuruda bulunmuşlardır (Tablo VI., Şekil 3.).



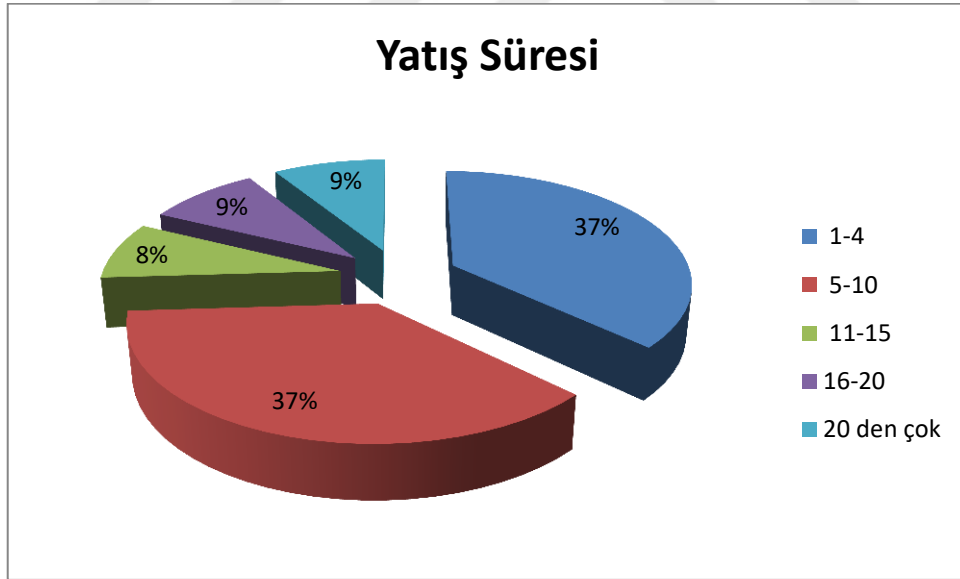
Şekil 3. GİS Kanamalı Hastaların Hastaneye Geliş Nedeni

Olguların % 30,4'inin hiçbir alışkanlığı yokken, % 48,9'i sigara, % 9,1'si alkol ve % 11,6'i her ikisini de kullanmaktadır (Tablo VI., Şekil 4.).



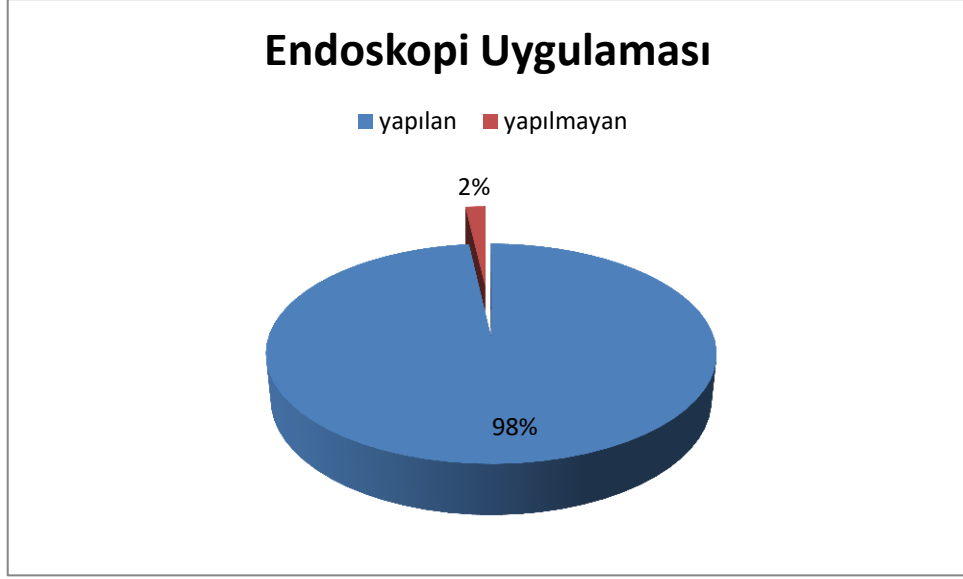
Şekil 4. GİS Kanamalı Hastalarda Görülen Alışkanlıkların Dağılımı

Olguların ortalama yatış süresi $4,65 \pm 4,14$ gündür. Olguların % 37'sinin yatış süresi 1-4 gün arasında değişmekte iken, % 37'i 5-10 gün, % 8'i 11-15 gün, % 9'u 16- 20 gün ve % 9'u 20 günden daha uzun süre hastanede kalmıştır (Tablo VI., Şekil 5.).



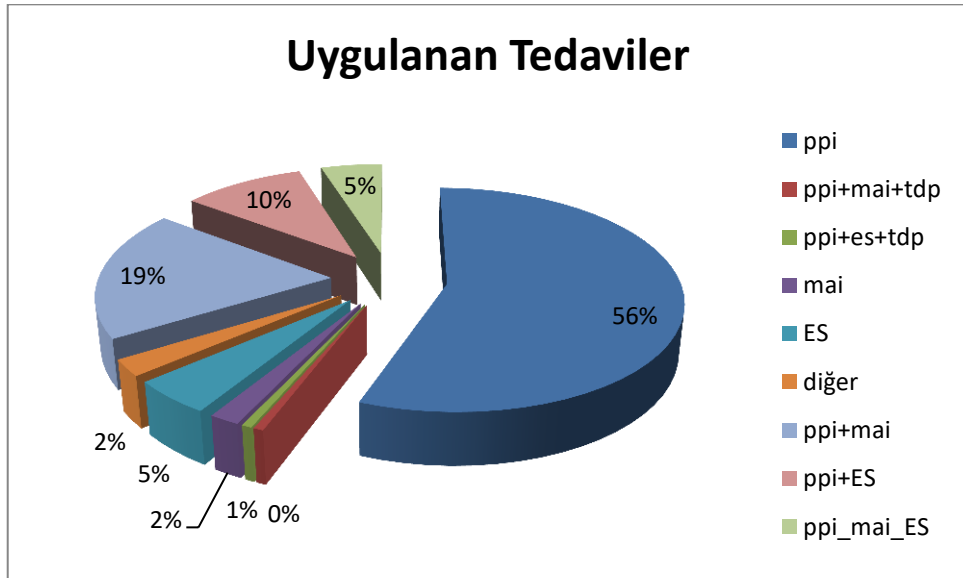
Şekil 5. GİS Kanamalı Hastalarda Yatış Süresinin Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen hastaların % 98,2'sine kadarına endoskopi yapıldı, durumu stabil olamayan hastaların % 1,8'ine endoskopi yapılamamıştır (Şekil 6).



Şekil 6. GİS Kanamalı Hastalarda Endoskopi Uygulaması

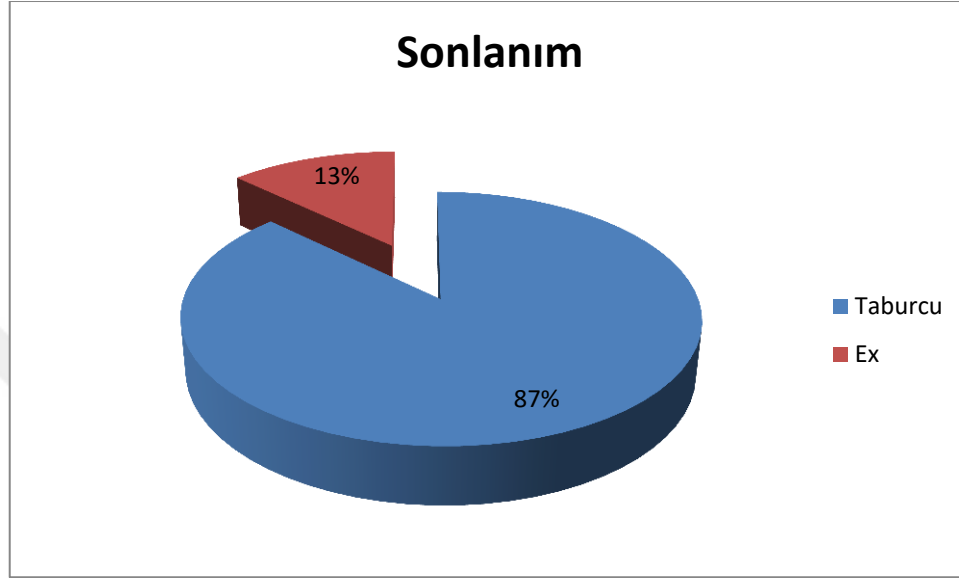
Hastanemize gelen hastaların ihtiyaçlarına göre çeşitli tedavi uygulanmıştır. % 55,5'i ppi ilacı, % 0,6'sına ppi+mai ve tdp, % 0,6 ppi+es ve tdp ilacı, % 1,8'ine mai, % 4,9'ü ES, % 18,9'ü ppi+mai, % 9,8'i ppi+ES, %4,9'ü ppi+mai ve ES, % 2,4'ü farklı ilaçlarla tedavileri tamamlanmıştır (Şekil 7). GİS kanamalı hastaların tedavisinde kullanılmakta olan ilaçlardan en fazla % 56 oranında ppi kullanımı, en az % 0,6 oranında ppi+mai+tdp karışımı ve ppi+es+tdp karışımlarıdır.



Şekil 7. GİS Kanamalı Hastalara Uygulanan Tedavi Tablosu

(ppi: proton pompa inhibitörü, tdp: taze dobmüş plazma, es: eritrosit süspansiyonu)

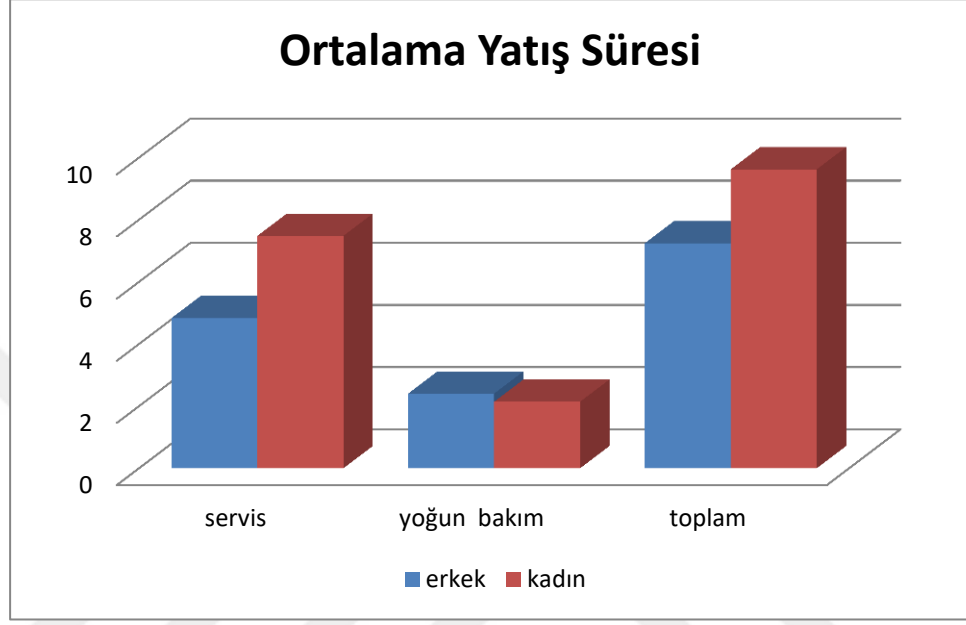
Hastanemize başvuruda bulunan 164 GİS kanama şikayeti ile gelen hastalardan % 87,2 'si taburcu olmuştur. Bunlardan sadece % 12,8'i ex olmuştur (Şekil 8).



Şekil 8. GİS Kanamalı Hastalarda Sonlanım

GİS kanaması nedeniyle hastanemize gelen hastaların ortalama yaşı minimum 21, maksimum 97 ortalama $66,87 \pm 16,32$ 'dir. Hastalardan alınan kan örnekleri Tam Kan (Hemogram), Biyokimya ve coagülasyon değerlerine göre analizleri yapılmıştır. Bunlar; Htc değerleri; minimum değeri 15,20 maksimum değeri ise 49,5, ortalaması $31,96 \pm 8,08$ 'dir. Nötrofil; minimum 42, maksimum 40,85, ortalama değeri $8,42 \pm 5,46$ 'dır. Platelet, min 11, max. 126,20, ortalama $36,76 \pm 38,28$ 'dir. Lenfosit; min. 33, max. 17,99, ortalama değeri ise $1,81 \pm 1,96$ 'dır. Glikoz, min. 61, max.653, ortalama $154,49 \pm 84,74$ 'dür. Hemoglobin değişikliği başlangıç değeri min. 4,10, max. 16,60, ortalama $10,11 \pm 2,82$ 'dir. Sonuç değerleri ise, min. 6,40, max.16,60, ortalama $10,94 \pm 1,88$ 'dir. Üre değeri ise min. 5, max. 435, ortalama $68,50 \pm 55,80$ 'dir. Kreatin min. 47, max.,17,66, ortalama $1,36 \pm 1,82$ 'dir. AST, min. 5, max. 2003, ortalama $46,49 \pm 163,48$ 'dir. ALT, min. 4, max. 1163, ortalama $33,33 \pm 104,39$ 'dur. ALP, min 20, max. 977, ortalama $111,22 \pm 113,04$ 'dür. LDH, min. 102, max. 4128, ortalama $291,60 \pm 367,11$ 'dir. GGT, min. 5, max.991, ortalama, $74,03 \pm 152,21$ 'dir. INR, min. 0,83, max. 6,62, ortalama $1,22 \pm 0,70$ 'dir. APTT, min 15,70, max. 77,70, ortalama $29,46 \pm 9,44$ 'dür.

Kadın hastaların hastanede yatış süresi ortalama 9,62 gün, yoğun bakımda 2,14 gün, serviste yatış süresi ise 7,48 gündür. Erkek hastaların ise hastanede yatış süresi ortalama 7,24 gün, yoğun bakımda 2,40 gün, serviste yatış süresi ise 4,83 gündür. Cinsiyete göre hastanede/yoğun bakımda/serviste yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (Şekil 9).



Şekil 9. GİS Kanamalı Hastalarda Hastaneye Ortalama Yatış Süreleri

GİS kanaması ile başvuruda bulunan 161 hastaya endoskopi yapılmıştır. Serviste yatan hastaların ortalaması 5,63 gündür. Yoğun bakımda ortalama yatış süresi, 2,19 gündür. Hastaların ortalama hastanede yatış süresi 7,83 dür. Durumu stabil olmayan 3 hastaya endoskopi yapılmamıştır. Bunların serviste yatış süresi 19 gün, yoğun bakımda yatış süresi 8 gün, toplam yatış süresi ise; 27 gün olarak belirlenmiştir.

Endoskopi yapılan ve yapılmayan hastalarda hastanede/yoğun bakımda/serviste yatış süreleri arasında istatistiksel olarak % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiş ve aralarında anlamlı fark vardır. T testi ile bu farklılıklar belirlenmiştir.

GİS kanamalı hastaların tedavi sonucunda taburcu olan hastaların serviste yatış süresi ortalama, 4,50 gün, yoğun bakımda ortalama 1,51 gündür. Taburcu olan hastaların ortalama toplam yatış süresi 6,02 gündür.

Ex olan hastalarda ise olan hastalar da ise serviste yatış süresi ortalama, 15,28 gün, yoğun bakımda ortalama 7,61 gündür. Ex olan hastaların ortalama toplam yatış süresi 22,90 gündür Taburcu ve Ex olan hastaların serviste, yoğun bakım ve toplam yatış süreleri açısından istatistiksel olarak % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiş ve aralarında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. T testi ile bu farklılıklar belirlenmiştir.

GİS kanaması tedavi öncesi ve Taburcu esnasındaki hastalarda ortalama hemoglobin farkı 0,79 iken ex olan hastalarda ise bu fark 1,08 dir. Taburcu ve Ex olan hastaların başlangıç ve sonuç hemoglobin farkı değerindeki yükselme istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Fakat arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Tablo VI. GİS Kanamalı Olguların Genel Özellikleri

	N	%
Yaş Dekartları	20-29	4
	30-39	4
	40-49	5
	50-59	13
	60-69	21
	70-79	31
	80-89	20
	90-99	2
Cinsiyet	Kadın	40
	Erkek	60
Alışkanlıklar	Sigara	48,8
	Alkol	9,1
	Sigara+Alkol	11,6
	Hiç Birisi	30,5
Yatış Süresi (Gün)	1-4	37,4
	5-10	37,4
	11-15	7,8
	16-20	8,7
	20 den çok	8,7
Geliş Sebebi	Melena	48,8
	Hematemez	15,8
	Melena+Hematemez	24,4
	Hematokezya	6,1
	Senkop	4,9
Exitus Var	21	12,8
Yok	143	87,2

5. TARTIŞMA

GİS kanama hastalığı diğer karşılaşılan hastalıklara göre mortalite ve morbidite oranı oldukça fazladır. İnsidansı yıllık hastane başvurularının 100000’de 50-150’si arasında değişmektedir (26). GİS kanamaları; yoğun bakım tedavisinde, tanısal ve terapötik işlemlerde olan gelişmelere rağmen mortalitesi hala %10 civarında olan önemli bir sağlık sorunudur (26,39,41,46). Çalışmamızda, Ocak 2016 ve Haziran 2016 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Anabilimdalı’na GİS kanaması teşhiyle tedavi edilen toplam 164 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir.

Hastaların 99’ü (%60) erkek, 65’i kadın (%40)’ı olarak, erkek/kadın oranı 1,53/1 olduğu saptandı. Literatürde GİS kanaması ile ilgili yapılan çalışmalarda erkek/kadın oranı bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar bulunmuştur (13,24,66). Yavorski ve arkadaşları erkek/kadın oranını 2,18/1, Türkiye’de Sezgin ve arkadaşları 1,65/1, Ramirez ve arkadaşları da 1,55/1 olarak bulmuşlardır (79,64,61). Hastaların yaşları 21 ile 97 arasında değişmektedir. Hastaların yaş ortalaması $66,87 \pm 16,33$ olarak tespit edilmiştir. Hastalar, en çok %31 oranı ile 70-79 yaş aralığında görülmekte olup, değerlendirilen vakaların sadece %4’u 30 yaşın altında olduğu belirlenmiştir. Literatürde de GİS kanamalarının ileri yaşta sık görüldüğünü destekleyen çalışmalar mevcuttur. Lin ve arkadaşları 3270 olgu ile yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını $57 \pm 16,8$, Cazador ve arkadaşları $59,9 \pm 17,5$, Zimmerman ve arkadaşları $56,2 \pm 1,2$ olarak bizim çalışmamıza oldukça yakın oranlar bulmuşlardır (45,20,82). Olgularımızın %74’ünün 60 yaşın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Yavorski ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların yaş ortalaması $52 \pm 19,65$ olarak bulunmuş ve %68,5’inin 60 yaş üzerinde olduğu görülmüştür (79). Skok çalışmasında, bizim sonuçlarımıza benzer olarak hastalarının % 47,2’sinin 60 yaşın üzerinde olduğunu saptamıştır (67). Sosyo ekonomik olarak geride olan Kamerun’ da yapılan bir çalışmada ise Ndjitoyap ve arkadaşları hastaların yaş ortalamasını 39,64 olarak tespit etmişlerdir (53). Artan yaş ile birlikte KAH, osteoartroz gibi aspirin ve diğer NSAİİ’ ların alınmasını gerektiren hastalıkların sıklığının artmasının ve başta karaciğer sirozu olmak üzere ek hastalıkların daha fazla görülmesinin, ileri yaşta GİS kanamalarının daha çok görülmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

GİS kanamaları gizli ve aşikar kanama şeklinde olabilir. Aşikar kanamalar; hematemez, melen a veya hematokezya şeklinde belirirler (23,60,61). Çalışmamızda acil

servise başvuru şikayetleri incelendiğinde; hastalarının % 48,8'inin sadece melena, % 24,4'unun melena ve hematemez, % 15,8'inin sadece hematemez, % 6,1'sinin hematokezya, % 4,9'ünde senkop ile başvurduğu görülmüştür. Hastaların en sık başvuru sebebi olarak melena tespit edilmiştir. Lewis ve arkadaşlarının çalışmasında da %48 ile en sık geliş şikayeti çalışmamızdaki gibi melena olarak belirtilmiştir (44). Adamopoulos ve arkadaşlarının çalışmasında da bizimkine benzer olarak en sık geliş şikâyeti % 66,3 ile melena olarak tespit edilmiştir (1). Türkiye'de Yenigün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların % 37,9'unun sadece melena, % 8,7'sinin sadece hematemez, kalan %53,3'ünün de melena+hematemez şikâyetiyle acil servise başvurdıkları bulunmuştur (80). Fransa'da Chassaignon ve arkadaşlarının çalışmasında ise en sık geliş şikâyeti %39 oranı ile hematemez bulunmuş, melenanın %28 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (18). Alkım ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada hematemez+melena şikayeti ile gelen hastaların oranı %40,3, Aksöz ve arkadaşlarının ise %50 olarak saptamışlardır (3,4). Bizim çalışmamızda da hastaların geliş şikâyetlerinin yüzdeleri ile diğer araştırmacıların yüzdeleri arasında uyumluluk sözkonusudur.

Yenigün ve arkadaşları da üst GİS kanamalarında ek hastalık görülme oranını %50,8 olarak bulmuştur (72,80). Üst GİS kanamalarının önemli bir nedeni olan peptik ülserin gelişmesinde alkol ve sigara alışkanlığı önemli bir yere sahiptir. Alkol ve sigara alışkanlığı olan hastalarda steroidlerin ve NSAİİ'lerin kullanılması GİS üzerine olumsuz etkiyi arttırmaktadır (31, 50, 51). Hastaların alışkanlıkları incelendiğinde; % 49'ünün sigara, % 9'sinin alkol, % 12'sinin sigara ve alkol kullandığı % 30'unun ise hiçbirini kullanmadığı tespit edilmiştir. Aksöz ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmasında % 33,2 oranında sigara, % 16,9 oranında da alkol kullanımı tespit edilmiştir (4). Nur ve arkadaşları üst GİS kanamalı hastalarda sigara kullanma oranını %22 bulmuştur (54). Bayır ve arkadaşları üst GİS kanamalı hastaların %36'sının sigara, %10'unun alkol kullandığını saptamıştır (7). Grino ve arkadaşları sigara kullanım oranını bizim sonucumuza yakın olarak %27,9 bulmuşlardır (27). Tuncer ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarda % 43,4'ünde sigara, % 17,6'sında alkol alışkanlığı bulunduğunu bildirmişlerdir (75). Bizim çalışmamızda ise gelen hastalarda sigara kullanma oranı % 49, alkol kullanma oranı ise % 9 olduğu belirlenmiştir. Soncini ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmalarında sigara kullanım oranı %47, alkol kullanım oranını ise %8 olarak bulmuşlardır (69). Yapılan çalışmalarda bulunan sonuçlar ile diğer araştırmacıların yaptıkları çalışmalarda buldukları sonuçlar benzerlik göstermiştir. Yapılan çalışmaların ve bizim yapılan çalışmalarımızda

GİS kanamalı hastalıkların meydana gelmesinde sigara kullanımının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların ortalama yatış süresinin 4,65 gün olduğu tespit edilmiştir. Hastaların % 37'sinin ilk 4 gün içinde taburcu olabildiği görüldü. Hastanın klinik durumunun şiddeti, ek hastalık varlığı, uygulanan tedaviler hastaların yatış süresini etkilemektedir. Hastanemizde deneyimli gastroenterologlarımız bulunmaktadır ve gereğinde teşhis ve tedavi amacıyla hastalara erken endoskopi yapılabilir, bu da hastaların çoğunluğunun ilk 4 gün içinde taburcu olmasında önemli bir etkidir. Ancak bazı hastaların hastaneye başvuru süresinin uzun olması ve çoğu hastada olan ek hastalıkların varlığı, bazı hastaların tedavi süresinin daha uzun olmasına neden olmaktadır. Araştırmamız da, ilk 4 gün içerisinde taburcu olan hastaların oranı (% 37) ile, 5-10 gün hastanede yatış süresinin olan hastaların oranının (% 37) eşit olduğu gözlenmiştir. Theocharis ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarda hastaların yatış süresini ortalama 6 gün, olarak bulmuşlardır (72). Sarı ve arkadaşlarının 898 hasta ile yaptığı çalışmada da hastaların ortalama yatış süresi bizimkine benzer olarak 4,1 tespit edilmiştir (63). Zaltman ve arkadaşları da çalışmalarında yatış süresini 7,71 gün olarak bulmuşlardır (81). Yaptığımız çalışmalarla literatürdeki çalışmalar benzerlik göstermektedir.

Hastanemize gelen hastaların % 98,2 (161 hastaya)'sine endoskopi yapılmıştır. % 1,8 (3 hastaya)'ine endoskopi yapılamamıştır. Yapılan çalışmalarımızda yoğun bakım veya serviste yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Endoskopik bulgularının yatış süresi ile ilişkisini araştırılmış ve endoskopi yapılan hastalarda hastanenin servis ve yoğun bakımda kalma süresinin, endoskopi yapılmayan hastaların servis ve yoğun bakımda kalma süresinden daha kısa olduğu saptanmıştır. Theocharis ve arkadaşları hastaların yatış süresini 1995'de 6 gün, 2005'de 6,9 gün olarak bulmuşlardır (72). Sarı ve arkadaşlarının 898 hasta ile yaptığı çalışmada da hastaların ortalama yatış süresi bizim yaptığımız çalışmalara benzer olarak 4,1 tespit edilmiştir (63). Zaltman ve arkadaşları da çalışmalarında yatış süresini 7,71 gün olarak bulmuşlardır. Hastaların 306'sına (%83,38) tanı ve tedavi amacıyla endoskopik girişim uygulanmıştır (81).

Birçok gözlemsel çalışmanın sonuçları, tüm risk grupları için erken endoskopik yaklaşımı desteklemektedir (36,48). Erken endoskopi, acile başvurudan sonraki ilk 24 saat içinde yapılan endoskopi olarak tanımlanmaktadır (47). Düşük riskli hastalarda yapılan

çalışmalarda, erken endoskopi ile major komplikasyon görülmemiş, üstelik hastanede yatış süresinin kısaldığı ve cerrahi ihtiyacının azaldığı görülmüştür (17, 36, 48, 71, 73). Diğer bazı çalışmalarda erken endoskopi ve endoskopik tedavi ile hastanede kalış süresinin azaldığı, ayrıca hasta basına tedavi maliyetinin düştüğü gösterilmiştir (3, 5, 17, 46). Yapılan çalışmalar ile literatürlerin uyum içerisinde olduğu belirlenmiştir.

GİS kanaması ile gelen hastaların takibi, prognozu ve tedavisinin yönlendirilmesinde hastanın gelişindeki hemoglobin değeri önemlidir. Çalışmamızdaki hastaların interne edildiklerindeki hemoglobin değerleri 4,10 ile 16,6 dl/gr arasında olup ortalama $10,11 \pm 2,82$ dl/gr olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarımızda taburcu olan hastalar ile ex olan hastaların başlangıç ve sonuç hemoglobin değerleri arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığı konusunda istatistik analizler yapılmış olup bunların arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Okutur ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmalarda da hemoglobin değerleri arasında farklılık bulamamıştır (55). Bizim yaptığımız çalışmalar ile literatür uyumluluk içerisinde.

GİS kanamalı hastalarda mortalite oranları farklı merkezlerden değişik oranlarda bildirilmektedir (73,33). Çalışmamızda mortalite oranı 12,8 olarak tespit edilmiştir. Medikal ve endoskopik tedavilerdeki yeniliklere rağmen GİS kanamalı hastalarda mortalite oranı hala % 5-15 arasındadır. Thomopoulos ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarda mortalite oranı % 5,2, Paspatis ve arkadaşları, % 5,6, Okutur ve arkadaşları, % 5,7, Aksöz ve arkadaşları, % 7,4, Blatchford ve arkadaşları % 8,1, Paucar ve arkadaşları, % 9,3, Yenigün ve arkadaşları, % 10,2, Czernichow ve arkadaşları, % 14,3 olarak tespit etmişlerdir (73, 55, 56, 4, 9, 57, 80, 22).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle hastaneye başvuran hasta popülasyonu oldukça geniştir ve hasta bakım maliyetleri de çok yüksektir. Ayrıca bu hastaların tanı ve tedavilerinin yönlendirilmesinde hızlı karar verilmesi gerekmektedir.

GİS kanama özellikle erkek hastalarda kadın hastalara oranla daha fazla görülmektedir.

GİS kanamalı olguları erken dönemde endoskopik girişim planlanmalıdır. Endoskopik girişim yapılan olgularda yoğun bakım yatış sürelerinde azalma görülmüştür.

Mortalitenin azaltılması için, kanama kontrolünün sağlanmasının yanında, eşlik eden diğer hastalıkların da dikkatle tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle yaşlı ve ek hastalığı olan olguların, mortaliteleri yüksek olduğundan, yoğun bakım koşullarında izlenmeleri gerekmektedir.

ÖZET

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARININ DEMOGRAFİK İNCELENMESİ

Amaç: Gastrointestinal Sistem (GİS) kanamaları gastroenterolojik aciller arasında yer almaktadır. Acil servislere yapılan başvuru nedenleri arasında mortalite ve morbiditesinin yüksekliği nedeniyle halen en önemli gastroenterolojik aciller arasındadır. Çalışmamızda Acil Servise başvuran GİS kanaması şikayeti ile gelen olgularının retrospektif olarak incelenmesi yapılmıştır. Böylece en uygun tedavi yöntemlerin neler olabileceğinin ortaya konması amaçlandı.

Gereç ve yöntemler: Retrospektif 6 aylık çalışmamızda, dosyalardan hastaların yaşları, cinsiyetleri, Bu verilerle hastaların demografik özellikleri, alışkanlıklarının varlığı, hastanede yatış süreleri, mortalite oranı, ilaç kullanım oranı ve kullanılan ilaçlar, endoskopisi yapılan hastalardaki endoskopik bulguların dağılımı, uygulanan tedavi yöntemleri, kan örnekleri Tam Kan (Hemogram), Biyokimya ve koagülasyon değerlerine göre aralarındaki ilişki, yaş ile mortalite ve endoskopik bulgular arasındaki ilişki, cinsiyeti ile; geliş şikayeti, endoskopi bulguları, endoskopik bulgularla; yatış süresi, kan transfüzyon ihtiyacı, mortalite, ek hastalık varlığının yatış süresi ve mortaliteye etkisi arasındaki ilişki araştırıldı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programı kullanıldı.

Bulgular: 6 ay süresince 164 olgu GİS kanama şikayeti ile başvurdu. Olguların 65'ü (%39,6) kadın, 99'ü (%60,4) ise erkek idi. Yaş aralığı 21 ila 97 arasında olduğu belirlenmiştir. Hastaneye gelen GİS kanamalı olguların % 48,8'i Melena şikayeti ile % 24,4'ü Melena ve Hematemez ile, % 15,8'i Hematemez ile, % 6,1'i Hematokezya ile % 4,9'u Senkop şikayeti ile hastanemize başvuruda bulunmuşlardır. Olguların ortalama yatış süresi $4,65 \pm 4,14$ gündür. Olguların % 37'sinin yatış süresi 1-4 gün arasında değişmekte iken, % 37'i 5-10 gün, % 8'i 11-15 gün, % 9'ü 16- 20 gün ve % 9'ü 20 günden daha uzun süre hastanede kalmıştır. Bu olgulardan 143 taburcu (%87,2), 21 ex (%12,8) olmuştur. Olguların % 98,2'sine endoskopi yapıldı, durumu stabil olamayan hastaların % 1,8'ine endoskopi yapılamamıştır. Hastanemize gelen hastaların ihtiyaçlarına göre çeşitli tedavi uygulanmıştır. GİS kanamalı hastaların tedavisinde kullanılmakta olan ilaçlardan en fazla % 56 oranında ppi kullanımı, en az % 0,6 oranında ppi+mai+tdp karışımı ve ppi+es+tdp

karışımlarıdır. Endoskopi yapılan ve yapılmayan hastalarda hastanede/yoğun bakımda/serviste yatış süreleri arasında istatistiksel olarak karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Sonuç: GİS kanamalı hastaların tanı ve tedavilerinin yönlendirilmesinde hızlı karar verilmesi gerekmektedir. Erkek hastalarda kadın hastalara oranla daha fazla görülmektedir. Erken dönemde endoskopik girişim planlanan hastalarda yoğun bakım yatış sürelerinde azalma görülmüştür. Mortalitenin azaltılması için, kanama kontrolünün sağlanmasının yanında, eşlik eden diğer hastalıkların da dikkatle tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle yaşlı ve ek hastalığı olan olguların, mortaliteleri yüksek olduğundan, yoğun bakım koşullarında izlenmeleri gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: GİS kanaması, ppi, es, tdp, Endoskopi,

SUMMARY

DEMOGRAPHIC INVESTIGATION OF GASTROINTESTINAL SYSTEM BLOOD

Objective: Gastrointestinal system (GIS) bleeds are among the gastroenterological ailments. Among the causes of complaints made to the emergency departments, gastroenterologic emergencies are still among the most important due to the high mortality and morbidity. We retrospectively analyzed the cases with complaints of GIS bleeding in our study. Thus, it was aimed to show what could be the most appropriate treatment methods.

Material and methods: The relationship between age, mortality and endoscopic findings, age, sex, demographic characteristics, habits, duration of hospitalization, mortality rate and drugs used, endoscopy findings in patients undergoing endoscopy, treatment modalities, Hemogram, biochemistry and coagulation values, By gender; Duration of hospitalization, blood transfusion requirement, mortality, duration of admission, and the effect of mortality were investigated. SPSS 18.0 package program was used for statistical analysis of the data.

Results: During the 6 months period, 164 cases presented with GIS bleeding complaints. Sixty-five (39.6%) of the cases were female and 99 (60.4%) were male. Age range was between 21 and 97. 48,8% of the cases with gastrointestinal bleeding in the hospital complained of Melena, 24,4% with Melena and Hematemesis, 15,8% with hematemesis, 6,1% with Hematochea and 4,9% with Syncope complaint Have applied to my hospital. The mean duration of hospitalization was 4.65 ± 4.14 days. 37% of the cases ranged from 1 to 4 days in duration, while 37% were 5-10 days, 8% were 11-15 days, 9% were 16-20 days and 9% were longer than 20 days He was in hospital for a while. 143 cases (87.2%) and 21 ex (12.8%) were observed in these cases. Endoscopy was performed in 98.2% of the cases and 1.8% of the patients who could not be stabilized could not undergo endoscopy. Various treatments have been applied according to the needs of the patients who come to our hospital. At least 56% of the drugs used in the treatment of GIS bleeding patients use ppi, at least 0.6% of ppi + mai + tdp mixture and ppi + es + tdp mixture. Patients who underwent and did not undergo endoscopy were statistically

compared between hospitalization / intensive care unit / hospitalization periods and there was a significant difference between them.

Conclusion: A quick decision must be made to guide the diagnosis and treatment of GI hemorrhagic patients. Male patients are more common than female patients. Patients scheduled for early endoscopic procedures showed a decrease in intensive care hospital stay. In order to reduce mortality, besides providing bleeding control, other accompanying diseases must be treated with caution. Especially old and addicted patients should be monitored under intensive care conditions because their mortality is high.

Key words: GIS bleeding, ppi, es, tdp, Endoscopy

KAYNAKLAR

- 1- **Adamopoulos AB, Baibas NM, Efstathiou SP.** Differentiation between patients with acute upper gastrointestinal bleeding who need early urgent upper gastrointestinal endoscopy and those who do not. A prospective study. *European Journal of Gastroenterology& Hepatology* 2003; 15: 381-87.
- 2- **Ainsworth MA, Hogan DL, Koss MA, Isenberg JI.** Cigarette smoking inhibits acid-stimulated duodenal mucosal bicarbonate secretion. *Ann Intern Med* 1993; 119: 882-886.
- 3- **Alkım H, Şaşmaz N,** Akut üst gastrointestinal sistem kanaması. Edit: Özden A, Şahin B, Yılmaz U, ve ark. *Gastroenteroloji.* 2002: 141-48
- 4- **Aksöz K, Ünsal B, Akyol Z,** Üst gastrointestinal sistem kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. *The Turkish Journal of Gastroenterology* 1995; 6: 262-64.
- 5- **Bahadır D, Yalnız M, Demirel U,** Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların demografik ve klinik özellikleri *Endoskopi Dergisi,* 2012; 20: 32-39.
- 6- **Bavunoğlu I, Yirmibecik S, Altınlı E, Telaku S, Şirin F, Uzunismail H,** Duodenal Ülser Komplikasyonlarında H. pylori Eradikasyonu Etkili Oldu mu? *Turkish J Gastroenterol* 2001; 12(supp1) P-B/20.
- 7- **Bayır A, Okumuş M, Köstekçi ŞK, ŞahinTK,** Üst GİS kanamalarında risk faktörlerinin prognoz üzerine etkisi. *Genel Tıp Derg* 2003; 13: 157-61.
- 8- **Beejay U, Wolfe M,** Acute Gastrointestinal Bleeding in the Intensive Care Unit: The Gastroenterologist's Perspective. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29 (2):309-336.
- 9- **Blatchford O, Davidson LA, Murray WR,** Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. *BMJ* 1997; 315: 510-4.
- 10- **Blatchford O, Murray WR, Blatchford M,** A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; 356: 1318.

- 11- **Cappell MS, Schein J**, Diagnosis and Treatment of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug-associated Upper Gastrointestinal Toxicity. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29 (1):97-124.
- 12- **Cebeci H**, Portal Hipertansiyon. Edit: Değerli Ü, Bozfakioğlu Y. Cerrahi Gastroenteroloji. Nobel Tıp Kitabevleri 5. baskı 2000: 209-17
- 13- **Chan FK, Sung JJ, Suen R**, Does eradication of *Helicobacter pylori* impair healing of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated bleeding peptic ulcers? A prospective randomized study. *Aliment Pharmacol Ther* 1998; 12: 1201.
- 14- **Chalasani N, Cotsonis G, Wilcox CM**, Upper gastrointestinal bleeding in patients with chronic renal failure: Role of vascular ectasia. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 2329.
- 15- **Chandra S, Hess EP, Agarwal D**, External validation of the Glasgow-Blatchford Bleeding Score and the Rockall Score in the US setting. *AJEM*, 2012; 30: 673-679.
- 16- **Chen IC, Hung MS, Chiu TF**, Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *AJEM*, 2007; 25: 774-779.
- 17- **Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G**, Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 1-5.
- 18- **Chassaignon C, Letoumelin P, Pateron D**, Upper gastrointestinal heamorrhage in Emergency Departments in France: Causes and management. *European Journal of Emergency Medicine* 2003; 10: 290-295.
- 19- **Collins R, Langman M**, Treatment with histamine H₂ – antagonist in acute upper gastrointestinal hemorrhage. Implications of randomized trials. *N Engl J Med* 1985; 313: 660.
- 20- **Codina Cazador A**, Codina Barreras A, Olivet Pujol F, et al. Descriptive analysis of 660 cases of upper digestive hemorrhage: relation of emergency endoscopy and mortality. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1989; 75: 665-70.

- 21- Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA,** Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: A meta-analysis. *Gastroenterology* 1992; 102:139.
- 22- Czernichow P, Hochain P, Nousbaum JB,** Epidemiology and course of acute upper gastro-intestinal haemorrhage in four French geographical areas. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000; 12: 175-81.
- 23- Edit: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH,** Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: pathophysiology, diagnosis, management. 7th ed. 2011: 211-243.
- 24- Farooq FT, Lee MH, Das A,** Clinical triage decision vs risk scores in predicting the need for endotherapy in upper gastrointestinal bleeding. *AJEM*, 2012; 30: 129-134.
- 25- Fleischer D,** Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1983; 84: 538.
- 26-Gilbert DA,** Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 8.
- 27- Grino P, Pascual S, Such J,** Comparison of stool immunoassay with standard methods for detection of *Helicobacter pylori* infection in patients with uppergastrointestinal bleeding of peptic origin. *European Journal of Gastroenterology&Hepatology* 2003; 15: 525–29.
- 28- Hawkey CJ,** Risk of ulcer bleeding in patients infected with *Helicobacter pylori* taking non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Gut* 2000; 46: 310.
- 29- İçme F, Satar S, Akın FE,** Analysis of Endoscopic And Demografic Data of The Patients Admidted to The Emergency Department With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Turkish Medical Journal*, 2011; 5: 5-11.
- 30- Jensen DM, Machicado GA,** Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology* 1988; 95: 1569.

- 31- Kaufman DW, Kelly JP, Wiholm BE,** The risk of acute major upper gastrointestinal bleeding among users of aspirin and ibuprofen at various levels of alcohol consumption. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3189.
- 32- Khuroo MS, Yattoo GN, Javid G,** A comparison of omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1997; 336: 1054.
- 33- Kramer SC, Gorich J, Rilinger N,** Embolization for gastrointestinal hemorrhages. *Eur Radiol* 2000; 10: 802.
- 34- Kupfer Y, Cappell MS, Tessler S,** Acute Gastrointestinal Bleeding in the Intensive Care Unit: The Intensivist's Perspective. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29 (2):275-307.
- 35- Kuyvenhoven JP, Veenendaal RA, Vandenbroucke JP,** Peptic ulcer bleeding: Interaction between non-steroidal anti-inflammatory drugs, *Helicobacter pylori* infection, and the ABO blood group system. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34: 1082.
- 36- Lai KC, Hui WM, Wong BC,** A retrospective and prospective study on the safety of discharging selected patients with duodenal ulcer bleeding on the same day as endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: 26-30.
- 37- Laine L, Peterson WL,** Bleeding Peptic Ulcer. *N Engl J Med* 1994; 331:717-27.
- 38- Lanas A, Bajador E, Serrano P,** Nitrovasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2000; 343: 834.
- 39- Lanza F, Rack MF, Simon TJ,** Effect of alendronate on gastric and duodenal mucosa. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 753.
- 40- Lau JY, Sung JJ, Lee KK,** Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. *N Engl J Med* 2000; 343: 310.
- 41- Lau JY, Barkun A, Fan DM,** Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *Lancet*, 2013; 8: 2033-2043.

- 42- Lee JG, Turnipseed S, Romano PS,** Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: A randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 755.
- 43- Lewis BS,** Small Intestinal Bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29(1):6795.
- 44- Lewis, James D, Edward J,** Characterization of gastrointestinal bleeding in severely ill hospitalized patients. *Critical Care Medicine* 2000; 28: 46-50.
- 45- Lin HJ, Lo WC, Lee FY,** A prospective randomized comparative trial showing that omeprazole prevents rebleeding in patients with bleeding peptic ulcer after successful endoscopic therapy. *Arc Intern Med* 1998; 158: 54.
- 46- Lin HJ, Wang K, Perng CL,** Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding. A prospective randomized study. *J Clin Gastroenterol* 1996; 22: 267-71.
- 47-Longstreth GF,** Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: A population- based study. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 206.
- 48- Longstreth GF, Feitelberg SP,** Successful outpatient management of acute upper gastrointestinal hemorrhage: use of practice guidelines in a large patient series. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 219-22.
- 49- Memik F,** Peptik ülser komplikasyonları. Edit: Memik F. *Klinik Gastroenteroloji. Nobel Tıp Kitabevleri* 2004: 145-49
- 50- Mino Fugarolas G, Jaramillo Esteban JL, Galvez Calderon C,** An analysis of a general prospective series of 3270 upper digestive hemorrhages. *Rev Esp Enferm Dig* 1992; 82: 7-15.
- 51- Moshkowitz M, Brill S, Konikoff FM,** Additive deleterious effect of smoking on gastroduodenal pathology and clinical course in *Helicobacter pylori* positive dyspeptic patients. *Isr Med Assoc J.* 2000; 2: 892-5.
- 52- Mungan Z,** Üst gastrointestinal sistem kanamaları. Edit: Ökten A. *Gastroenterohepatoloji. Nobel Tıp Kitabevleri* 2001: 75-89

- 53- **Ndjitoyap Ndam EC, Koki Ndombo PO, Fouda OA**, Upper digestive system hemorrhages in Cameroon (apropos of 172 cases examined via endoscopy). *Med Trop (Mars)* 1990; 50: 181-4.
- 54- **Nur N, Yılmaz A, Yıldız G**, Gastrointestinal sistem kanamalı hastaların özellikleri, endoskopi ve biyopsi sonuçlarının değerlendirilmesi. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 29: 42-6.
- 55- **Okutur SK, Alkım C, Bes C**, Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2007; 6: 30-6.
- 56- **Paspatis GA, Matrella E, Kapsoritakis A**, An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000; 12: 1215-20.
- 57- **Paucar SH, Cossio VE, Lizarraga RJ**, Upper gastrointestinal bleeding in Cuzco: two years experience. *Rev Gastroenterol Peru* 1996; 16: 203-207.
- 58- **Pınarbaşı B, Kaymakoglu S**, Gastrointestinal Sistem Kanamalarına Yaklaşım. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2005; 12: 117-129.
- 59- **Piper JM, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR**, Corticosteroid use and peptic ulcer disease: Role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Intern Med* 1991; 114: 735.
- 60- **Podolsky DK, Isselbacher K**, Gastrointestinal sistem hastalıkları. Edit: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. *Harrison iç hastalıkları prensipleri*. Nobel Tıp Kitabevleri. 15. baskı 2004: 1649-65
- 61- **Ramirez F, Cifuentes C, Mavares J**, Upper gastrointestinal hemorrhage. Prospective analysis of 741 cases. *G E N*, 1993; 47: 139-44
- 62- **Rosen AM, Fleischer DE**, Upper GI bleeding in the elderly: Diagnosis and management. *Geriatrics* 1989; 44: 26.
- 63- **Sarı O, Tanoğlu A, İnal V**, GATA Acil Dahiliye Kliniğinde üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle 1998-2005 yılları arasında takip edilen hastaların sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007; 49: 226-31.

- 64- Sezgin O, Altıntaş E, Tombak A,** Effect of seasonal variations on acute upper gastrointestinal bleeding and its etiology. Turk J Gastroenterol. 2007; 18: 172-76.
- 65- Shara A, Rockey DC,** Esophageal variceal hemorrhage. N Engl J Med 2001; 345: 669.
- 66- Shorr RI, Ray WA, Daugherty JR, Griffin MR,** Concurrent use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and oral anticoagulants places elderly persons at high risk for hemorrhagic peptic ulcer disease. Arch Intern Med 1993; 153: 1665.
- 67- Skok P,** The epidemiology of hemorrhage from the upper gastrointestinal tract in the midnineties has anything changed? Hepatogastroenterology 1998; 45: 2228- 33.
- 68- Silverstein FE, Graham DY, Senior JR,** Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A randomized, double-blind, placebocontrolled trial. Ann Intern Med 1995; 123: 241
- 69- Soncini M, Triossi O, Leo P,** Management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage before and after the adoption of the Rockall score, in the Italian Gastroenterology Units. European Journal of Gastroenterology&Hepatology 2007; 19: 543-47.
- 70- Tamer A, Korkut E, Korkmaz U,** Varis dışı üst gastrointestinal kanama ile başvuran olguların endoskopik tedavisinde argon plazma koagülasyon yönteminin kullanımı: Klinik sonuçlarımız. Nobel Med, 2010; 6: 51-55.
- 71- Terdiman JP, Ostroff JW,** Gastrointestinal bleeding in the hospitalized patient: A case-control study to assess risk factors, causes, and outcome. Am J Med 1998; 104: 349.
- 72- Theocharis GJ, Thomopoulos KC, George Sakellaropoulos,** Changing Trends in the Epidemiology and Clinical Outcome of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in a Defined Geographical Area in Greece. J Clin Gastroenterol 2008; 42: 128-33.
- 73- Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE,** Changes in etiology and clinical outcome of upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2004; 16:177-82.

- 74- Tran A, Villeneuve JP, Bilodeau M,** Treatment of chronic bleeding from gastric antral vascular ectasia (GAVE) with estrogen-progesterone in cirrhotic patients: An open pilot study. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2909.
- 75- Tuncer İ, Uygan İ, Türkdogan MK,** Akut Üst Gastrointestinal Kanamalı Olgularımızın Demografik Özellikleri Ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi* 2001; 8: 113-16.
- 76- Villanueva C, Balanzo J, Torras X,** Value of second-look endoscopy after injection therapy for bleeding peptic ulcer: A prospective and randomized trial. *Gastrointest Endosc* 1994; 40: 34.
- 77- Vreeburg EM, Snel P, Bruijine JW, Bartelsman WM, Rauws EAJ, Tytgat GNJ,** Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the Amsterdam Area: Incidence, Diagnosis and Clinical Outcome. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:236-243.
- 78- Wong SH, Sung JJ,** Management of GI emergencies: peptic ulcer acute bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2013; 27: 639-647.
- 79- Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C,** Analysis of 3294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90: 568-73.
- 80- Yenigün EC, Pirpir A, Aytan P,** Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2006; 5: 116-22
- 81- Zaltman C, Souza HS, Castro ME,** Upper gastrointestinal bleeding in a brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. *Arq Gastroenterol*. 2002; 39: 74-80.
- 82- Zimmerman J, Arnon R, Liqumski M,** Acute upper gastrointestinal bleeding in Jerusalem 1988-91: causes, characteristics and relation to nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Isr J Med Sci* 1993; 29: 292-7.