



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
ACİL TIP SERVİSİ**

Klinik Şefi: Uzm. Dr. M. Evvah KARAKILIÇ

**ACİL SERVİSTE ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM
KANAMALI HASTALARA GENEL BAKIŞ**

Dr. Bahar IŞIK

UZMANLIK TEZİ

ANKARA – 2011



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
ACİL TIP SERVİSİ**

Klinik Şefi: Uzm. Dr. M. Evvah KARAKILIÇ

**ACİL SERVİSTE ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM
KANAMALI HASTALARA GENEL BAKIŞ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Bahar IŞIK

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Osman YÜKSEL**

ANKARA - 2011

TABLÖLAR

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Üst gastrointestinal sistem kanaması nedenleri.....	5
Tablo 2. Üst gastrointestinal sistem kanamasında sık rastlanan şikayetler	7
Tablo 3. Gastrointestinal sistem kanamasını taklit edebilen durumlar.....	11
Tablo 4. Rockall risk skorlama sistemi.....	23
Tablo 5. Blatchford risk skorlaması.....	25

ŞEKİLLER

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Üst gastrointestinal sistem kanamasında tedavi algoritmi.	30
Şekil 2. Üst gastrointestinal sistem kanamasında yaşa göre dağılım.	34
Şekil 3. Acil servise başvuru sırasındaki şikayetlerin dağılımı.....	35
Şekil 4. İlaç kullanımını gösterir grafik.....	36
Şekil 5. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda komorbid hastalık dağılımı.	37
Şekil 6. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda endoskopi sonuçları	39
Şekil 7. Blatchford skoru değeri-hasta sayısı arası grafik	41
Şekil 8. Rockall skoru değeri- hasta sayısı arası grafik.....	41
Şekil 9. Rockall skoruna göre düşük(0-2puan), orta(3-4), yüksek(≥ 5) riskli olanları gösterir grafik.....	42
Şekil 10. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda elektrokardiyografik sonuçlar.	43
Şekil 11. Rockall risk skoru – ölüm arasındaki ilişki.....	45
Şekil 12. Blatchford risk skorunun altının üzerinde olması ile ölüm arasındaki ilişki	46
Şekil 13. Konulan yanlış tanıları ve onların yüzdelerini gösterir grafik.	47

1. GİRİŞ

Gastrointestinal sistem kanamaları, hastanelerin acil servislerine en sık başvuru sebebi olan hastalık gruplarından birini oluşturmaktadır. Zaten gastrointestinal sistem hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra acil servislere en sık başvuru yapılan hastalık gurubudur. Mortalitesi, tanı ve tedavi maliyeti yüksektir. Sıklıkla hastaneye yatışı ve yoğun bakımı gerektirir, tanısı ve ayırıcı tanısı zor olabilir. Kendisi bir hastalık olmaktan çok bir hastalığın belirtisi olarak da kabul edilebilir. Multidisipliner çalışma gerektirebilen bir klinik problem yaratır. Üst gastrointestinal sistem kanamalarında hastalığın ciddiyeti belirsiz bir kanamadan katastrofik bir dışa kanamaya kadar değişebilmektedir. Özellikle üst gastrointestinal sistem kanamasının tekrarında, artmış bir mortalite oranı, daha fazla cerrahi girişim gereksinimi, daha fazla kan transfüzyon ihtiyacı, daha uzun hastanede kalma ve daha fazla bir maliyetle beklenir. Morbidite ve mortaliteyi arttıran diğer iki temel faktör artan yaş ve eşlik eden organ sistemi hastalığıdır (1). Mortalite oranı son yapılan çalışmalarda %5-12 arasında değişmektedir ve dekatlar boyunca sabit kalmıştır (2). Tanıdaki ve tedavideki gelişmelere karşın morbidite ve mortalite neredeyse değişmemiştir (3). Üst gastrointestinal sistem kanamaları çoğunlukla özafagustan itibaren Treitz ligamanı üstü herhangi bir yerden olurken, kanamaların %20 kadarı alt gastrointestinal sistemden kaynaklanır (4). Üst gastrointestinal sistemden olan kanamalara alt gastrointestinal sistem kaynaklı olanlardan beş kat daha fazla rastlanır. Üst gastrointestinal sistem kanamaları variköz ve variköz olmayan kanamalar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Gastrointestinal sistem varisleri genişlemiş venöz kollateral kanallardır ve artan bir oranda genişlemeyle devam edip sonuçta rüptüre olarak masif bir gastrointestinal sistem kanamasına neden olurlar. Variköz olmayan kanamalar ise üst gastrointestinal sistem mukozasının erezyonları ve ülserasyonları sonucunda meydana gelir. Acil servise gastrointestinal sistem kanamasıyla başvuran hastaların %75'i üst gastrointestinal sistem kaynaklıdır (5). Bu kanamaların da %80'i kendiliğinden durur fakat kanama kendiliğinden durmuş olsa bile yerinin tespit edilmiş olması gerekmektedir. (6). Üst gastrointestinal sistem kanamasının görülme sıklığı her 100.000 kişide yaklaşık 100-150 kişidir. Üst

gastrointestinal sistem kanaması sebebiyle hastaneye başvuranların altmış yaş üzerinde olanlarının oranı yaklaşık altı kat bir artış göstererek %60'lara ulaşmıştır, bunun bir sebebi de ortalama insan ömrünün uzamış olması olabilir (7). Mortalite oranları en fazla variköz ülserlerde olmaktadır. Nonvariköz ülserlerden gastrrik ve duodonal ülserlerde de mortalite yüksektir. Yeni geliştirilmiş olan antisekretuar ilaçlara, endoskopik girişimlerdeki ilerlemelere karşın mortalite hemen hemen değişmeden kalmıştır ve daha çok altmış yaş üzeri komorbid hastalığı olan bireylerde görülürken, başka bir sebeple hastanede yatmakta iken üst gastrointestinal sistem kanaması gelişen hastalarda mortalitenin çok daha yüksek olduğu görülür.

Acil servise üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvurmuş olan bir hastanın mevcut semptom ve bulguları eşliğinde triaj aşamasında skorlama sistemleri baz alınarak bir değerlendirmesinin yapılması hastanın hastanede mi ayaktan mı takip edileceği, acil girişim gerekip gerekmeyeceği, hastaya ne çeşit bir tedavi uygulanacağı konusunda bir fikir verecek, daha fazla risk taşıyan hastalara daha fazla eğilerek düşük riskli hastalara daha az zaman ayrılması ve düşük riskli hastalarda gereksiz işlemlerden ve tetkiklerden kaçılması tedavi masraflarını düşürecek, yanılma payını azaltacaktır. Konuyla ilgili yapılmış olan çalışmalar tarandığında skorlama sistemlerine göre düşük risk grubuna girenlerin %20-80 gibi geniş bir aralıkta olduğu görülür ve farklı çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır h (8). Aslında ayaktan tedavi edilebilecek ve hatta taburcu edilebilecek bu hastaların acil servislerde uzun süre takip edildiği, bu hastalara gereksiz tedavi uygulandığı sıkça izlenmektedir.

Esas olarak iki grup skorlama sistemi oluşturulmuştur. Bunlar klinik ve laboratuvar bilgilerini kullanarak hesaplananlar ve bir diğeri klinik ve endoskopik kriterleri kullanarak hesaplananlardır. İlk gruptaki skorlamalar, tedavi gereksinimini (transfüzyon, endoskopik tedavi veya cerrahi gerekliliği) değerlendirirken, ikinci tip skorlamalar ise genellikle mortalite ve tekrar kanama olasılığını ölçmek için kullanılmaktadırlar. Bu skorlama sistemlerinde kalibrasyon ve diskriminasyon geçerlilik ölçütleri olarak kullanılır, ve hastalara standardize edilmiş sorular ve işlemler uygulanarak hesaplanırlar (9).

Bu çalışmayı yapma amacımız sıklıkla kullanılan klinik ve endoskopik parametrelere dayanan Rockall ve Blatchford skora sistemlerini üst gastrointestinal sistem kanamalarında mortalite ve tekrar kanama olasılıklarını kendi hastalarımızda tahmin etmede kullanarak risk açısından acil servise başvuran hastaların bir profilini belirlemektir. Çünkü üst gastrointestinal sistem kanamalarında ölümün bu kadar sık olması hastaya acil yaklaşımda geç kalınmasından, kanama miktarı ve hızının yanlış değerlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu da hastanın taşımakta olduğu riskin en başta saptanamamasına bağlıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA ETYOLOJİ

Bir insanda hayatı boyunca bir üst gastrointestinal sistem kanaması geçirme ihtimali %10'dur. Epidemiyolojik olarak üst gastrointestinal sistem kanamalarının yaşlı popülasyonda görülme sıklığında gerek yaşam süresinin artması, gerek nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı sebebiyle bir artış olmuştur (10). Ayrıca üst gastrointestinal sistem kanamalarının en sık sebebi olan peptik ülserin en sık sebebi olan *Helicobacter pylori* enfeksiyonu da batılı ülkelerde yaşla orantılı olarak artmaktadır. Bunun sebebi ise kontamine yiyecek, kontamine yer altı suları, kontamine insan salgısı (öpüşme ve aynı kaptan gıda paylaşma) ile yaş itibarıyla daha fazla maruziyet olabilir (11).

Vakaların %80'inde etyolojik bir faktör bulunabilir. Üst gastrointestinal sistem kanamalarının demografik dağılımı, büyük oranda sosyoekonomik faktörlere, coğrafi koşullara, değişik hasta gruplarına göre değişkenlik gösterir (Tablo-1). Peptik ülser kırsal kesimde, variköz kanamalar şehir merkezlerinde daha sıktır. Daha önce geçirilmiş üst gastrointestinal sistem kanama öyküsü, aspirin veya non steroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı, *Helicobacter pylori* enfeksiyonu, antikoagülan veya antitrombosit tedavi, perioperatif dönemde olma, yoğun bakım ünitesinde tedavi ve Zollinger Ellison sendromu üst gastrointestinal sistem kanaması gelişimi için major risk faktörleri iken alkol kötüye kullanımı, kronik böbrek yetmezliği, yüksek yaş ve düşük sosyoekonomik sınıftan olma da hazırlayıcı faktörlerdir (12). Peptik ülser üst gastrointestinal sistem kanamalarının en sık rastlanan sebebidir (%35-50). Mukozal erozyon 0.5 santimetreye eşit ve bundan daha fazla olduğunda tanısı konmaktadır. %70-90'ı *Helicobacter pylori*ye bağlı olup bu tip hastaların sadece %40'ı doktora başvurmaktadır. Peptik ülserler ilaç kullanımıyla da oluşabilir ve mevcut ülser kötüleşebilir. Aşkar ve gizli üst gastrointestinal kanaması gözlenebilen peptik ülserli hastalar aşkar üst gastrointestinal sistem kanaması ile acil servise başvururken, gizli kanamayla, nonspesifik daha çok anemiye bağlı semptomlarla polikliniklere de başvurmakta ve çoğunlukla gözden kaçırılmaktadır.

Peptik ülser tekrarlayıcıdır ve hastaların %25'inde daha öncesine ait bir üst gastrointestinal sistem kanaması öyküsü mevcuttur.

Tablo 1. Üst gastrointestinal sistem kanaması nedenleri

Nedenler	Görülme sıklığı
Gastroduodenal Ülserler(Duodenal ülser %25, Gastrik ülser %20)	%45
Akut gastrik mukozal lezyonlar	%15-35
Gastrik-özefagus varisleri	%10-15
Mallory-Weiss yırtıkları	%15
Gastrik antral vasküler ektazi	%3-5
Anjiyodisplazi	%5
Dieulafoy hastalığı	%2
Üst gastrointestinal malignansi	%1
Diğerleri	%5

Düşünülenin aksine peptik ülserler midenin kendisinde değil duodenumda dört kat daha fazla gelişir. Duodenal ülserler genelde benign iken, mide ülserleri %4 oranında malignansiye bağlı olabilmektedir ve bu sebeple multipl biyopsiler gerektirir (13). Cinsiyet faktörü açısından görülme oranları, tedavide günümüzde *Helicobacter pylori* eradikasyonu açısından gelişmeler olması ve non steroidal antiinflamatuvar tedavinin farkı ortadan kaldırması sebebiyle benzer hale gelmişse de yine de 1/3-1/4 gibi bir oran pek çok çalışmada karşımıza çıkmaktadır (14). Duodenal ülserler gastrik ülserlerden kat daha fazla kanar. Gastrointestinal kanama peptik ülserin en sık komplikasyonudur. Ani ve fazla miktardaki kanama hayatı tehdit eder. Erozyon gastroduodenal arter gibi bir artere ratgeldiği zaman oluşur (15).

Özefageal ve gastrik varisler gastrointestinal sistem kanamalarının yaklaşık %15'inden sorumludur. Portal venöz sistemde artan basınçla (genellikle sirozda gözlenir) distal özefagus ve proksimal midede genellikle ne olduğu saptanamayan tetikleyici bir faktörle venlerin dilate olmasıyla oluşur. %80'i spontan olarak dursa da mortalitesi yüksek olup %50'den fazladır. Pediatrik popülasyonda gastroenteroloğa başvuruların %10-20'sini üst gastrointestinal sistem kanamaları oluşturur. Fakat kanamanın miktarı yetişkinlere göre daha az olmakta ve teşhis ve tedavi için daha geniş bir zaman olabilmektedir. Çocuklarda batılı ülkelerde üst gastrointestinal sistem kanamalarında en sebep gastrik ve duodenal ülserler iken Hindistan gibi bazı ülkelerde variköz kanamaların predominansı vardır (16). Gastrik mukozal lezyonlara da üst gastrointestinal kanama etyolojisinde sık rastlamaktayız. Gastrit mide iç yüzünün enflamasyonu olup pek çok sebebi vardır (17). En sık akut gastrite sebep olan fazla alkol alımıdır. Aspirin ve ibuprofen gibi non steroidal antiinflatuar ilaçların uzamış kullanımı da sebep olabilirken bazen major cerrahi sonrasında (cushing ülseri), travma sonrasında, yanıklar (curling ülseri) sonrasında, ciddi enfeksiyon sonrasında görülebilir. Akut mukozal lezyonlar kilo vermek amacıyla gastrik banding operasyonu veya sindirim sistemi rekonstrüksiyonu uygulanan hastalarda da gelişebilir. Kronik safra reflüsü, otoimmün bozukluklar, kronik bakteriyel enfeksiyona maruziyet, stres de gastrit sebebi olabilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde takip edilmekte olan stres ülseri olan hastalarda yoğun bakımda kalma süresi daha uzun (≥ 8 gün) ve mortalite dört kez daha fazladır (18). Fakat tedavi yaklaşımları değiştikçe ve iyileştikçe bu risk azalmaya başlamıştır (6). Mallory Weiss (gastroözofageal laserasyon sendromu) mide-özofagus birleşim yerindeki mukozada oluşan yırtıklardan olan kanamaları ifade eder. Şiddetli öğürme, kusma, öksürme sonrasında oluşabilir. Sıklıkla alkolizmle ilişkilidir (19). Hiatal herni predispozan bir durum olabilir. Midenin tüm katlarını kapsayan Boerhaave sendromundan farklı olarak Mallory Weiss sendromundaki yırtıklar sadece mukoza ve submukozayı içerir. İlk olarak 1929'da G. Kenneth Mallory tarafından 125 hastada tanımlanmıştır (20). Midenin adenokarsinom gibi neoplazileri, adenomu, anjiyomu, leiomyomu, leiomyosarkomu, lenfoması ve lösemisi, kanama diatezleri, Dieulafoy vasküler malformasyonları, aortoenterik ve arteriovenöz malformasyonlar, anjiyodisplazi, psödoksantoma elastikum, Crohn hastalığı, hemobilia, enfeksiyöz

özefajit, pankreas kaynaklı kanama, pankreatik psödokist ve psödoanevrizma, gastrik antral vasküler ektazi (diffüz sistemik sklerodermada görülen bir arteriovenöz malformasyondur), Barret ülserleri, herediter elastrodistrofi, Rendau-Osler-Weber hastalığı, hiatus hernisi ve reflü özefajit, Ehler Danlos sendromu gibi pek çok durum da üst gastrointestinal sistem kanaması sebebi olabilmektedir (13).

2.2. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA ÖYKÜ, BELİRTİ, BULGULAR VE İLK YAKLAŞIM

Gastrointestinal sistem kanamasının belirti ve bulguları kanamanın yerine ve şiddetine bağlı olarak oluşmaktadır. Hasta kusmuk içinde taze kan görülmesi, kahve telvesi şeklinde kusma, siyah veya katran gibi dışkılama, dışkıyla karışık koyulaşmış kan görülmesi şeklinde ifade ettiği şikayetlerle başvurabileceği gibi, ciddi kanama durumunda güçsüzlük, halsizlik veya zayıflık, nefes darlığı, kramp şeklinde abdominal ağrı, diyare, solgunlukla da başvurabilir (10). Aşağıda üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran bir hastada genel olarak saptanan başvuru şikayetleri rastlanma sıklıklarıyla verilmiştir.

Tablo 2. Üst gastrointestinal sistem kanamasında sık rastlanan şikayetler

ŞİKAYET	SIKLIK
Hematemez	%40-50
Melena	%70-80
Hematokezya	%15-20
Senkop	%14
Presenkop	%43
Dispepsi	%18
Epigastrik ağrı	%41
Yaygın karın ağrısı	%10
Kilo kaybı	%12
Sarılık	%5

Burada hematemez, melena, hematokezya terimlerinin irdelenmesi gerekmektedir.

Hematemez: Hematemez kan kusmadır. Medikal bir acil olarak kabul edilir. Hemoptiziyle genellikle karıştırılır. Rengi midenin hidroklorik asitiyle maruziyet zamanına bağlıdır. Kanamadan hemen sonra gelişmiş ise renk parlak kırmızıdır. Gecikmiş bir kusmada ise koyu kırmızı, kahverengi veya siyah olabilir. Eğer kan midede bir süre beklemişse sindirim süreci kana tipik kahve telvesi görünümünü verebilir. Bu durumda kusmuk materyalinin içerisinde yiyecek artıkları ve pıhtılar da bulunabilir.

Melena: Gaytada kan parlak kırmızı, vişne çürüğü renginde, siyah veya katran görünümünde veya gözle görülemeyecek bir şekilde bulunabilir. Kan gastrointestinal sistemde pasajı hızlandıran katartik bir etki yapar. Kanın gastrointestinal kanalda yıkılması yaklaşık 14 saat sürmektedir. Eğer transit zamanı 14 saatten kısa ise hematokezya, 14 saatten fazla ise melena oluşacaktır. Melenanın yalnız Treitz ligamentinin üstündeki kanamalarda oluşacağı kabul edilir. Bazen üst gastrointestinal sistem kanamalarında transit zamanı kısa olunca kolon bakterileri rengi siyaha çevirecek zaman bulamayacağından parlak kırmızı görünüm olabilir.

Hematokezya: Taze kanın anüs çevresinden gaytayla birlikte veya gayta içinde pasajına verilen isimdir. Genellikle alt gastrointestinal sistem kanaması ile ilişkilidir. Genellikle hemoroid ve divertikülozis durumlarında görülse de üst gastrointestinal sistem kanamasında da rastlanabilmektedir. Üst gastrointestinal sistem kanamasında rastlandığında kötü bir bulgudur ve kanamanın hayatı tehdit etmekte olduğunun bir göstergesidir.

Sık rastlanan ve potansiyel olarak fatal olabilen üst gastrointestinal sistem kanamasına multidisipliner yaklaşmak gerekmektedir. Medikal bir yaklaşımın yanında endoskopik ve cerrahi açıdan da uzman görüşleri alınarak bir takım çalışması yapılmalıdır. Anamnez ve fizik muayene her tıbbi durumda olduğu gibi üst gastrointestinal sistem kanamasında da tanı koymada en önemli unsurlardır. Yukarıda da belirtildiği gibi hastanın hematokezya ve taze kırmızı kan kusma ile

gelmesi kötü prognostik göstergelerdir. Hastanın gizli kanamanın hipokrom mikrositer anemi, halsizlik, gaytada siyah renk değişimi gibi nonspesifik şikayetleriyle olduğu gibi kardiak arrest, myokard infarktüsü, yeni serebrovasküler olay, kalp yetmezliği gibi üst gastrointestinal kanamanın tetiklemiş olabileceği hastalıkların şikayet ve belirtileriyle başvurması da mümkündür (21). Anamnezde daha önce üst gastrointestinal sistem kanaması geçirip geçirmediği sorgulanmalı, peptik ülser belirtileri, daha önce operasyon geçirip geçirmediği, komorbid hastalıkları (özellikle siroz, variköz kanamaya işaret edebileceğinden), alkol, aspirin, non steroidal antiinflamatuvar, antikoagülan, demir preparatları, hipovolemi bulgularını baskılayabilecek antihipertansif ilaçlar gibi ilaçları kullanımı, son zamanlardaki kilo kaybı, ailede gastrointestinal sistem hastalıkları öyküsü, kanser varlığı, aorta greft uygulanması, şiddetli kusma, öksürme varlığı araştırılmalıdır. Kanamanın başlama zamanı da sorgulanmalıdır.

Fizik muayenede üst gastrointestinal sistem kanamasının sebeplerini gözden kaçırmamak için spider anjiomlar, kollateraller, hepatomegali, testiküler atrofi, sklerada ikter, retinada anjiomlar, periorbital telenjiektazik görünüm, dil altında varisler, abdominal kitle, deride peteşiler, nodüler arterler, melanin spotları, ekstremitelerde hiperekstansiyon, lenfadenomegali, gibi semptom ve bulgulara da dikkat edilmelidir.

Ayırıcı tanı olarak abdominal aort anevrizması, Boerhaave sendromu, kolesistit, Coeliac hastalığı, Dengue ateşi, dissemine intravasküler koagülasyon, Zollinger-Ellison sendromu, Von Willebrand hastalığı sayılabilir.

Muayenede kanamanın lokalizasyonunu saptama açısından da hasta sorgulanmalıdır. Alt gastrointestinal sistem kanamalarına da acil servislerde sık rastlanmaktadır (22). Hematokezyanın varlığı alt gastrointestinal sistem kanamalarında üst gastrointestinal sistem kanamalarında olduğundan 6 kez fazladır (23). Melena ise pasaj için en az 8 saat gerektiğinden daha çok üst gastrointestinal sistem kanamasında görülür. Ve üst gastrointestinal sistem kanamasında 4 kez fazla görülür. Hematemez de alt gastrointestinal sistem kanamasında görülmez. Bu hastalara kanamanın yerinin ve miktarının tayini açısından nazogastrik sonda

uygulanmalıdır. Alt gastrointestinal sistem kanamasında nazogastrik aspiratın normal olduğu görülür. Nazogastrik aspiratın taze kan şeklinde olması da hekimi kanamanın ciddiyeti açısından uyarmalıdır. Üst gastrointestinal sistem kanamasında barsak sesleri artarken alt gastrointestinal sistem kanamasında artmaz. Kan üre azotu/kreatinin oranının 36'nın üzerinde olması da üst gastrointestinal sistem kanaması açısından bir belirteç olarak kabul edilir. Hastaya rektal tuşe yapılması da fizik muayenenin bir parçası olmalıdır. Alt-üst gastrointestinal kanama ayırımını yapmak açısından da önemlidir (7).

Fizik muayenede ilk olarak hastanın görünümü değerlendirilir. Vital bulgularına bakılır ve de mental durumu değerlendirilir. Hastanın hikayesi de ayırıcı tanı açısından hekimi yönlendirecektir. Ortostatik vital bulgular, hipovolemik şok açısından bir gösterge olarak kullanılabilir. Fizik muayenenin asıl amacı kan kaybının miktarını belirlemek ve şok semptomlarını sorgulamaktır. Solgunluk, anemi bulguları, nabız değeri, kan basıncı değeri, %20 veya daha fazla bir kan kaybına işaret eden postural hipotansiyon gibi bulgular aranır (24). Postural hipotansiyonu saptamak için Tilt testi kullanılmaktadır. Tilt testi disotonomi tanısında da kullanılır. Normal bir insan ayağa kalktığında bacaklardaki damarların kontraksiyonuyla ve kalp hızında hafif artışla sağlanan kompensasyon sebebiyle kan basıncında belirgin bir düşme olmaz. Bu süreç işlemiyorsa dik duruma getirilen masada 20-30 dakika bu konumda takip edilen hastada senkop gelişebilir ve test pozitif kabul edilir. Diğer şok bulguları olan ekstremitelerde soğukluk, göğüs ağrısı varlığı, konfüzyon, deliryum incelenmelidir. Kuru mukozalar, çökük gözler, deri turgorunun azalması gibi dehidratasyon bulguları değerlendirilmelidir. Bu amaçla idrar çıkışı da izlenmelidir. Bu hastalarda taşikardi beklense de kanama sonrasında vazovagal etkiyle bradikardi de gözlenebileceği unutulmamalıdır (10). Üst gastrointestinal sistem kanamasının bazı sık rastlanan semptom ve bulgularını taklit edip tanıda karışıklığa sebep olabilecek bazı durumlar tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Gastrointestinal sistem kanamasını taklit edebilen durumlar.

Hematemezi taklit eden durumlar: -Burun kanaması -Diş kanaması -Tonsil kanaması -Kırmızı içecekler (meyveli punç) -Kırmızı yiyecekler (yaban mersini jölesi)
Melenayı taklit edebilen durumlar: -Bizmut içeren ilaçlar -Aktif kömür tedavisi
Hemotokezyayı taklit edenler: -Tam hazmedilmemiş kırmızı üzüm -Pancar -Vajinal kanama -Gross hematüri -Rektal kanamalar
Gaytada gizli kan testinde yanlış pozitifliğe yol açanlar -Kırmızı et -Şalgam -Bayır turbu -Vitamin C

Acil ünitesine başvuran üst gastrointestinal kanamalı bir hastanın önce monitorize edilmesi, vücut ısısı, kalp tepe atımı, kan basıncı, oksijen saturasyonuna bakılması gerekir. Hastanın ilk ölçümünde kalp tepe atımı < 100 ve sistolik kan basıncı > 100 mmHg ise ortostatik kan basıncı da ölçülmelidir. 18 gauge iğne ile periferik damar yolu açılmalı, açılmıyor ise santral bir damar yolu yerleştirilmelidir. Eğer hastanın solunum yolunu tehtid edecek bir hematemez yakınması varsa veya hasta şok tablosunda ise havayolunun korunması için hızlı ardışık entübasyonla bir endotrakeal tüp yerleştirilmesi gerekebilir. Bu tip hastalarda oksijen saturasyonunun 93'ün üzerinde tutulmasına çalışılmalıdır. Bu esnada tam kan sayımı, çapraz

karşılaştırma, koagülasyon profili (platelet sayısı, protrombin zamanı, uluslar arası normalizasyon oranı, fibrinojen seviyesi), karaciğer fonksiyon testleri, üre ve elektrolit değerleri, kalsiyum ve gastrin seviyelerini içerecek tetkikler için kan örnekleri alınmalıdır. Çapraz karşılaştırma için kan örneğinin mutlaka alınmış olması gerekir çünkü hastanın genel durumuna göre 2-6 ünite kan da hazırlanmalıdır. Transfüzyon ihtiyacına başlangıç hemoglobin ve hematokrit değerleri ile şok bulgularının klinik değerlendirilmesine göre karar verilir fakat yapılan çalışmalar hematokrit değerinden çok şok bulgularının değerlendirilmesine bağlı olarak transfüzyona karar verilmesinin daha güvenilir olduğunu göstermiştir. Myokardial iskemi gibi komorbid bazı udruamların gelişmesi durumunda da kan transfüzyonu uygulanmalıdır. İntravasküler volüm kaybı, ısıtılmış ringer laktat ve serum fizyolojikle giderilmeye çalışılmalıdır, fakat 2 litre bolus tarzında kristaloid infüzyonuna rağmen hipotansiyon devam ediyorsa sistolik kan basıncını 90 mmHg üzerine çıkarıncaya kadar kan transfüzyonu yapılmalıdır (25). Vazopressör ajanlar da dirençli hipotansiyon varlığında denenebilir (7). Venöz kan gazı da perfüzyon durumunu saptayabilmek için istenmiş olmalıdır. Durumu kritik olan hastaların idrar çıkışlarını foley sonda ile takip edilmesi, hematemezi olmayan hastalara nazogastrik sonda yerleştirilerek mide lavajı yapıp pıhtıların temizlenmesi gerekir. Nazogastrik sondadan taze kan gelmesi durumunda hemen gastroenteroloji veya cerrahi konsültasyonları istenmeli, endoskopi bekleyen hastaların ise oral alımları sonlandırılmalıdır. Warfarin kullanımı veya karaciğer yetmezliği gibi bazı sebeplerle kanama bozukluğu olan hastalara K vitamini ve taze donmuş plazma uygulanması da gerekebilir. Hatanın stabilizasyonu sonrasında hastanın durumuna göre endoskopi için gastroenterolog veya cerrah ile görüşülmeli, endoskopi yapılmıyorsa hastanın nakli sağlanmalı, yüksek riskli olan ve şok bulguları devam eden, tekrarlayan kanaması durdurulamayan hastalar yoğun bakım servisine yatırılmalı (24), durumu stabil olup düşük risk grubunda olan hastalar gastroenteroloji önerileri dahilinde takip edilmek üzere taburcu edilmelidir.

2.3. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA TANI YÖNTEMLERİ.

Üst gastrointestinal sistem kanamasında hematemez belgelendiği vakit tanının konduğu varsayılabilir. Hematemez yok ise şunlardan en az ikisi mevcut olmalıdır: Katran şeklinde dışkılama, yaş<50 ve kan üre nitrojeni/kreatinin oranının >30 olması. Üst gastrointestinal sistem kanaması, hemoglobinin sindirilmesine ve absorpsiyonuna sebep olmak yoluyla kan üre azotu seviyelerini yükseltebilir ve kan üre azotu/kreatinin oranının ≥ 30 olması kanamanın kaynağının üst gastrointestinal sistem olduğuna işaret eder (26). Bu bulgular da yoksa kanamanın kaynağını tespit edebilmek için nazogastrik bir tüpün yerleştirilmesi gerekir (27). Nazogastrik aspirat üst gastrointestinal sistem kanamasını destekler özellikle olsa da tanı koydurma oranı %50'yi geçmez. Eğer nazogastrik aspirat negatif ise muhtemelen kaynak alt gastrointestinal sistemdir. Nazogastrik aspirata, tanısal değerini arttırmak açısından gastrik gizli kan ve pH testi uygulanabilir. Nazogastrik aspiratın alt ve üst gastrointestinal kanamada etkinliği bir çalışmada %66 bulunmuştur (28). Gastrik içerikte kan olup olmadığını saptamak için ortotoludin ve guaiac testleri de yapılabilir. Nazogastrik aspiratın diagnostik etkisi azdır (29). Koroner arter hastalığı açısından riskli olduğu düşünülen hastalarda oksijen teminindeki azalmaya sekonder gelişebilecek sessiz iskemi açısından elektrokardiyografik tetkik de istenmiş olmalıdır. Bu tip hastalara hemen oksijen inhalasyon tedavisi başlanmalıdır.

Nazogastrik aspiratta parlak kırmızı kan veya pıhtılar görülmüşse nazik bir gastrik lavaj uygulanmalıdır. Ne buzlu suyla ne de levarterenol ilavesiyle yapılan lavaj daha faydalı bulunmuştur. Nazogastrik tüp yerleştirmenin varisi olan hastalarda kanamayı agreve edeceği görüşünün bilimsel bir dayanağı yoktur. Rutin abdominal grafilerin ve baryumlu kontrast grafilerin değeri sınırlıdır ve baryumlu kontrast grafiler sonradan yapılacak olan endoskopik ve anjiyografik tetkiklerin yapılmasını önler. Hastanın yeterli stabilizasyonunun sağlanmasından hemen sonraki ilk basamak kanama yerinin saptanmasıdır. Acil üst panendoskopi, üst gastrointestinal sistem kanaması düşünülen hastalarda endikedir.

Üst gastrointestinal sistem kanamalarının tanısı, takibi, tedavisinde kullanılan en önemli yöntem üst gastrointestinal sistem endoskopisidir. Tanısal endoskopinin mortaliteyi azaltmasa da terapötik endoskopi prognozu iyileştirmektedir (30). Endoskopinin kanama odağını göstermedeki başarısı, işlem ne kadar erken yapılmışsa okadar fazladır (24). Masif varis kanamalarında endoskopi hemen uygulanır, tekrar kanaması başlayan, aortik greft uygulaması yapılmışsa, karaciğer patolojisi varsa ve hemodinamisi stabilize edilemeyen aktif kanamalarda da acil endoskopi uygulanmalıdır. Ülser kanamalarında ise endoskopi stabilizasyondan sonra ilk 24 saat içinde yapılmalıdır. Düşük riskli, hemodinamisi stabil olan hastalara endoskopi elektif olarak uygulanabilir (31). Hemen endoskopi yapılması gereken hastalar masif varis kanaması olan hastalardır ve hemodinamik stabilizasyon öncesi hemen endoskopi uygulanır. Acil endoskopi ilk 24 saatte hemodinamik stabilizasyon sağlandıktan sonra yapılır. Ülser kanamaları bu gruba girer. Elektif endoskopi ise hemodinamik instabilitesi olmayan ve tekrar kanama riskinin çok düşük olduğu düşünülen hastalara yapılır (31).

Endoskopik hemostaz için kullanılan yöntemler ise lazer fotokoagülasyon (argon Nd-YAG), diatermi (monopolar, bipolar, heater prob, mikrodalga), yerel uygulamalar (kollojen, pıhtılaşma faktörleri, cyanacrilate, ferromanyetik tampon) ve mekanik yöntemlerdir (bant ligasyon, balon tamponu, klips, dikiş) (32).

Bunların yanında tanısal amaçlı aspirasyon pnömonisi, plevral efüzyon ve perforare özofagus olasılığı için düz grafiler, ileus veya organ perforasyonu için ayakta batın grafileri, karaciğer hastalığı, hemorajik kolesistit, pankreatit ve pankreatik psödokist, aortoenterik fistül için tomografi ve ultrason, aktif kanama yerini saptamak için nükleer tetkikler, endoskopinin başarısız olduğu durumlarda anjiyografi uygulanabilir.

2.4. SIK GÖRÜLEN ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMA TİPLERİ

2.4.1. Mide ve Duodenum Ülserleri

Ülserler gastrointestinal yol boyunca mukozada meydana gelen ve muskularis mukozaya, submukozaya, ya da daha derine uzanan yarıklar olarak tanımlanabilirler (33). Sadece yüzeysel epitelyum kaybının meydana geldiği erozyonlardan farklıdır. Erozyonlar günler içerisinde iyileşebilirler, fakat ülserlerin iyileşmesi daha fazla zaman alır. Ülserler sindirim yolu boyunca herhangi bir yerde meydana gelebilirler de, duodenum ve midede görülen peptik ülserler en sık görülenleridir. Peptik ülserler genelde tek lezyonlardır. Tahminlere göre Amerikan nüfusunda erkeklerin %6-14'ünde, kadınların %2-6'sında peptik ülser mevcuttur. Duodenal ülserlerde erkek/kadın oranı 3:1'dir. ABD'de hem kadınlarda hem de erkeklerde hayat boyu peptik ülser gelişme riski %10'dur. Genetik ve ırksal etkenler peptik ülser oluşumunda çok az rol oynarlar, ya da hiçbir etkileri yoktur. Duodenal ülserler alkolik siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği ve hiperparatiroidizmi olan hastalarda daha fazla görülürler. Son iki durumda hiperkalsemi nedeni ne olursa olsun gastrin üretimini ve buna bağlı olarak asit sekresyonunu artırır.

Peptik ülser gelişiminde iki anahtar faktör rol oynar. (1) çok güçlü bir etken olan *Helicobacter pylori* enfeksiyonu, (2) mukozanın gastrik asit ve pepsine mutlaka maruz kalması (33). Bu sebeple kanayan peptik ülseri olan tüm hastalara, üre nefes testi veya biyopsi spesimen analizi gibi *Helicobacter pylori* saptanmasına yönelik testler uygulanmalıdır. Yaşlı hastalarda gastroduodenal koruyucu faktörler azaldığı için non steroid antiinflamatuvar ilaçların kullanımını peptik ülser gelişim riskini daha fazla artırır. Siklooksijenaz-2'ye spesifik inhibitörlerin de ülserogenezi önlemede belirgin avantajlarının olmadığı bildirilmiştir (12).

Helicobacter pylori'nin duodenal ülserli hastaların çoğunda kolonize olduğu görülürken, mide ülserlilerde bu ilişki daha düşük oranda saptanmaktadır. *Helicobacter pylori* peptik ülser patogenezinde en önemli faktördür. Bu enfeksiyon

duodenal ülserli hastaların %70-90'ında, mide ülserli hastaların %70'inde mevcuttur. Helicobacter pylori enfeksiyonuna karşı antibiyotik tedavisi ülser iyileşmesini hızlandırır ve nüksü engeller. Bu küçük noninvazif spiral organizmanın mukozal savunma mekanizmalarının dengesini nasıl bozduğu en çok ilgilenilen konulardandır. Olası mekanizmalar:

- 1- Doku içerisine girmemesine rağmen şiddetli bir enflamatuvar ve immün yanıtı neden olur. İnterlökin-1, interlökin-6, tümör nekrozu faktörü ve interlökin-8 gibi proenflamatuvar sitokinlerin üretimi artar.
- 2- Çeşitli bakteriyel gen ürünleri de epitelyum hasarına ve inflamasyonun başlamasına neden olarak olaya katılırlar.
- 3- Helicobacter pylori gastrik asit salgısını artırır ve duodenumda bikarbonat üretimini azaltır.
- 4- Çeşitli Helicobacter pylori proteinleri immünojeniktir. Bunlar mukozada bağışıklık cevabını başlatır.

Helicobacter pylori enfeksiyonu olmayan hastaların gastrik ülserasyonunda ana neden non steroid antiinflamatuvar ilaçlardır. Diğer faktörler peptik ülserasyona yol açmada tek başına ya da Helicobacter pylori ile birlikte etkin olurlar. Gastrik hiperasiditenin güçlü bir ülserojenik etkisi vardır. Gastrik asit üretiminin fazlasıyla artmasına neden olan Zollinger-Ellison sendromu mide, duodenum ve hatta jejunumda multipl peptik ülserasyonlara yol açar. Sigara içimi, mukozal kan akımını ve dolayısıyla iyileşmeyi engeller. Alkolün peptik ülserasyon oluşumuna direk etkisi kanıtlanamamıştır, fakat alkolik siroz peptik ülser insidansı artışı ile yakından ilgilidir. Kortikosteroidler yüksek dozda kullanıldıklarında ülser oluşumuna neden olurlar. Son olarak kişiliğin ve psikolojik stresin yan etkenler olduğu konusundaki tartışmalar, neden sonuç ilişkileri hakkında yeterli veri bulunamamasına rağmen devam etmektedir.

Helicobacter pyloriden sonra diğ er en önemli peptik ülser sebebi non steroid antiinflamatuvar ilaç kullanım ıdır. Bu tip ilaçlar siklooksijenaz enzimini inhibe ederek prostoglandin oluşumunu önler. Prostoglandin ise mukus sekresyonunu stimule etmektedir. Bu sebeple Cox-2 selektif anti-inflamatuarlar geliştirilmiş fakat bunun da uzun vadede faydalı olmadığı saptanmıştır (14).

Son 30 yılda duedonal ülser insidansı belirgin olarak düşerken gastrik ülser insidansında non steroid antiinflamatuvar ilaçların dünya çapında yaygın kullanım bulmasına bağı lı hafif bir artış olmuştur.

Peptik ülserler daha çok duedonumda görülürken midede görülen ülserasyonlar daha nadir olmasına karş ın komplikasyon oranı yüksektir. Daha çok bulbus bölgesinde oluş an duedonal ülserler genellikle benign iken, mide ülserinde malignite riski de fazladır (33). Midedeki malign oluş umlar masif bir kanamadan çok kronik kan kaybına yol açarlar (13). Peptik ülserler nadir olarak özefagusta da görülebilirler. Peptik ülserler tekrarlayıcıdır.

2.4.2. Gastrik-Özofageal Varisler

İntraabdominal splanknik dolaş ım ile sistemik venöz dolaş ım arasındaki potansiyel bağlantılardan biri özefagustadır. Portal venöz kan karaciğ erden geçerken, siroz ya da başka nedenlerden dolayı engellenir. Bunun sonucu olarak meydana gelen portal hipertansiyon, portal ve sistemik kan arasındaki bağlantı noktalarında kollateral bypass noktalarının oluş masına neden olur. Portal kan akımı midenin koroner venlerinden özofagusun subepitelial ve submukozal venlerine, buradan da azigos vene ve superior vena kavaya doğru yön değı ştirir. Özofageal pleksustaki artmış basınç varis adı verilen dilate kıvrıntılı damarların oluş umuna neden olur. Sirozlu hastalarda %5-15 oranında varis geliş mektedir. Dolayısıyla bütün sirozlu hastaların yaklaşık üçte ikisinde varis mevcuttur. Özofageal varisler Birleş ik Devletler'de en sık alkolik sirozla ilişkili bulunmuştur. Varisler primer olarak distal

özofagus ve proksimal midede dilate kıvrıntılı damarlar olarak gözlenirler. Karaciğer hastalığı varlığında görülen özefageal ve gastrik varislere bağlı üst gastrointestinal sistem kanamaları yüksek mortaliteye sahip hayatı tehdit eden olaylardır. Varisler rüptüre olana kadar semptom vermezler. İleri evre siroz hastalarında ölümlerin yarısı varis rüptüründen kaynaklanır. Ölüm kanamanın direk sonucudur ya da kanamanın tetiklediği hepatik koma nedeniyle meydana gelir. Hastaların sadece %50'sinde kanama başladığında kendiliğinden durabilir. Varis kanamaları reflü özefajite bağlı olarak gelişen varis ülserasyonu veya varis içi basınç artışı sebebiyle gelişir. Kanamanın durması için genellikle endoskopik olarak trombotik ajanların enjeksiyonu (skleroterapi) ya da balon tamponadı gereklidir. Hastaların %20-30'u ilk kanamada kaybedilir. Hayatta kalanların %70'inde bir yıl içerisinde yeniden kanama meydana gelir. Her kanamada mortalite oranı aynıdır.

2.4.3. Akut Gastrik Mukozal Lezyonlar

Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların yaklaşık 1/3'ü bu grupta yer alır. Hem gereğinden fazla kullanılmakta, hem de sıklıkla atlanmakta olan gastrit tanısı herhangi bir kanıt olmadan konulduğunda yanlış tanımlanmış olur. Genellikle asemptomatik olduğundan birçok kronik gastrit hastası atlanır. Gastrit, gastrik mukozanın inflamasyonu olarak tanımlanabilir. Vakaların büyük çoğunluğu kronik gastrit olmakla birlikte bazen akut gastritin bazı formları gözlenir. Kronik gastrit mukozal atrofiye ve epitelde metaplaziye yol açan kronik mukozal enflamatuar değişiklikler olup 50 yaşın üzerindeki Amerikalı yetişkinlerde sıklığı %50'yi geçmektedir. En önemli etyolojik faktör *Helicobacter pylori*dir. Histolojik gastritin kanamaya yol açtığına dair kanıt yoktur. Hemorajik ve eroziv gastrit ise kanamaya neden olabilir ve histolojik gastrit arasında bir ilişki olmadığından bunları gastropati olarak adlandırmak daha uygundur. Daha çok ciddi bir hastalığı olan hastalarda sıklıkla midenin fundusunda yerleşim gösteren multipl yüzeysel mukozal lezyonlar olup daha önceki bir ülser hastalığının alevlenmesinden ayrımlarının yapılması

gerekmektedir (13). Gastrik asit sekresyonunda artış olmaksızın periferik dolaşımın bozulmasına bağlı olarak mide mukozası iskemisi oluşumuna bağlıdır. Alkol ve aspirin en sık mukozal lezyon yapan ajanlardır. Cushing ülserleri stres ülserleri olarak bilinir. Yanık hastalarında oluşan ülserlere ise Curling ülserleri denir ve bunlar daha çok mide- duodenum arasında yerleşirler. Yüzeysel yerleşimli olduklarından masif kanamaya sebep olmazlar (7).

2.4.4. Mallory-Weiss Lezyonu

Özofagusta özofogastrik bileşke bölgesindeki uzunlamasına yırtılmalar Mallory-Weiss yırtıkları olarak adlandırılırlar. Bu durum sıklıkla kronik alkoliklerde şiddetli bir öğürme ya da kusma sonrasında meydana gelir. Ancak şiddetli kusma ile giden akut hastalıklarda da görülebilir. Varsayılan patogenez kusma sırasında alt özofageal sfinkterin yetersiz gevşemesi ve mide içeriğinin dışarıya atılması sırasında özofogastrik bileşke bölgesinin gerilip yırtılmasıdır. Mallory-Weiss yırtığı bulunan hastaların %75'inden fazlasında hiatus hernisi bulunması bu açıklamayı destekleyen bir bulgudur. İlginç bir özellik olarak Mallory-Weiss yırtığı nedeniyle üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran hastaların yaklaşık yarısında daha önceden bulantı, öğürme, karın ağrısı ya da kusma hikayesi yoktur. Normal bir intraabdominal basınç değişikliğinin hiatus hernisi yoluyla yansiyarak yırtığa yol açabileceği hipotezi de mevcuttur. Yırtıklar sadece mukozada sınırlı olabilecekleri gibi tüm duvarı da penetre edebilirler. Ortaya çıkan defektin enfekte olması iltehabi bir ülserasyona ya da mediastinite neden olabilir.

Özofageal laserasyonlar üst gastrointestinal sistem kanamalarının %5-10'unu oluştururlar. Genellikle kanama şiddetli değildir ve cerrahi müdahale gerektirmeden durur. Ancak masif hematemez de meydana gelebilir. Ağır kan kaybı olsa bile vazokonstrüktif ilaçlar, transfüzyonlar, bazen balon tamponadı gibi destek tedavileri genelde yeterli olmaktadır. Sıklıkla minimal hasar bırakarak ya da kalıcı hasar

bırakmadan iyileşirlerken nadiren cerrahi olarak yırtığın sütürasyonu gerekebilir (24).

2.4.5. Dieulafoy Lezyonu

Mide duvarında erode olmaya ve kanamaya açık geniş tortuöz bir arteriolün oluşturduğu medikal bir durumdur. Mide kanamalarının %5'inden azının sebebi olan nadir rastlanan bir durumdur (34). Yapısal malformasyonlar oldukları düşünülür. %75'i midenin üst kısımlarında görülür. Alkol ve non steroid antiinflatuar ilaç kullanımıyla ilişkisizdir. Tanı konması zordur. Hastalar şokla başvurabilir. Endoskopide saptanabilirken anjiyografi de saptanması açısından iyi bir seçenektir. Tedavisi de endoskopik tekniklerle yapılmaktadır.

2.4.6. Diğer Nedenler

Pek çok sebeple üst gastrointestinal sistem kanaması gelişebilmektedir. Gastroözofageal reflü özofajiti, Barret özofagusu , radyoterapiye bağlı özofajitler, ilaç tahrişiyle oluşan özofagus ülserleri, gastrik polipler, leiomyomlar ve leiomyosarkomlar, gastrointestinal sistem lenfomaları, ampulla vateri ve duodenum tümörleri, duodenumu tutan aortaenterik fistüller, arteriovenöz malformasyonlar, hemobilia, hemosuccus pancreaticus, endoskopik sfinkterotomi, duodenal divertikül, gastroduodenal Crohn, Behçet hastalığı, primer kan diskrazileri, kollojen doku hastalıkları, poliarteritis nodosa, AIDS'e bağlı fırsatçı enfeksiyonlar, kaposi sarkomu amiloidozda ,idiopatik nedenler, nadiren direk travmalar da üst gastrointestinal sistem kanama nedeni olabilmektedirler (35).

2.5. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA KULLANILAN SKORLAMA SİSTEMLERİ

Akut üst gastrointestinal sistem kanamalarının prognozunu belirlemede kullanılan skorlama sistemlerinden göze çarpanlarından bazıları Apache, Rockall, SAPS, Baylor, Forrest, Blatchford, Child Pugh, MELD, Cedars Sinai'dir. Günümüzde kullanılan skorlama sistemleri hastaları ya mortalite veya yeniden kanama gelişmesi kriterlerine göre düşük ve yüksek riskli hastalar olarak ayırmakta ya da hastaların tedavi gereksinimi (kan transfüzyonu, kanama, tekrar kanama ve ölümü engellemek için girişim gerekip gerekmediği) olup olmadığını belirlemede kullanılmaktadır. Daha önce belli çalışma grupları tarafından geliştirilmiş ve kabul görmüş bu skorlama sistemleri önce göreceli olarak küçük bir hasta grubunda değerlendirilmiştir. Bu sistemlerin eksternal olarak farklı gruplarda yapılacak çalışmalarla irdelenmesi faydalı olacaktır. Yukarıdaki skorlama sistemlerinden Rockall, Blatchford, Baylor ve Cedars Sinai özellikle üst gastrointestinal sistem kanamaları için geliştirilmiştir (36). Burada üst gastrointestinal sistem kanaması için geliştirilen bu skorlama sistemlerinden kısaca bahsedilecektir.

Tablo 4'te gösterilmiş olan Rockall skorlama sistemi yaş, komorbid hastalıklar, şok varlığı, endoskopik bulgulara dayanır (37). Üç puan ve altı iyi prognoz göstergesi iken sekiz puan ve üstü yüksek ölüm riskine işaret eder. Günümüzde en yaygın kullanılan sistemdir ve yapılan çalışmalarda yüksek geçerlilik oranları sergilemiştir (38). Rockall skorlaması iki kısımdan oluşmaktadır. Klinik değişkenlere dayandırılan ilk kısmı tekrar kanama, ölüm gibi kötü sonuçlar beklenebilecek durumdaki hastaları test etmeye yöneliktir. Rockall skorlama sisteminin bütün hali hem klinik hem de endoskopik verilere dayanır. Kanamaya devam etmekte olan ve mortalite riski olan hastaları tespit etmek için kullanılır (39). Ayrıca düşük riskli hastaları da erken bir endoskopiyle daha erken taburcu etmeye ve tedavi masraflarını azaltmayı sağlar (40). Acil endoskopi uygulama imkanı yoksa Rockall skorlama sisteminin değeri azdır.

Rockall skorlaması oldukça faydalı bir yöntem olmasına karşın bireysel klinik yargılama gerektirir. Hastayı kabulde uygulanan skorlama sonucu 0 ise hasta taburcu edilebilir veya acil servise kabul edilmeyip ayaktan takip edilebilir. Eğer 0'dan büyük ise skorlamanın sonucuna tam olarak ulaşabilmek için erken bir endoskopi planlanır ve bu sonuca göre karar verilir. Endoskopi sonrası hesaplanan Rockall skorlama değeri 3'ün altında ise tekrar kanama ve ölüm riski düşüktür ve erken taburculuğu düşünülür. Eğer 3'ün üstünde ise yatırılarak izlem ve ileri takip gerektirir. Endoskopi sonrasında hastalar tekrar kanamanın ve devam eden kanamanın gözden kaçırılmaması açısından monitorize edilmeli ve idrar çıkışları takip edilmelidir. Eğer başlangıçta uygulanan endoskopi suboptimalse veya tekrar oluşan kanaması hayatı tehdit ediyor gibi görünen hasta mevcudiyetinde endoskopi ilk 24 saat içinde tekrar edilmelidir. Böyle major bir yeniden kanama, bazen direkt bir cerrahi girişim endikasyonu olabilmektedir. Eğer hastalar endoskopiden sonra 4-6 saat stabil seyrederse hafif bir diyetle başlanabilir. Çünkü uzun süre aç kalımın faydası saptanamamıştır.

Tablo 4. Rockall risk skorlama sistemi.

PARAMETRE	0	1	2	3
YAŞ	<60	60-79	≥80	
ŞOK BULGULARI	Sistolik kan basıncı>100 Nabız<100	Sistolik kan basıncı>100 Nabız>100	Sistolik kan basıncı<100	
KOMORBİDİTE	Yok	Koroner kalp yetmezliği veya iskemik kalp hastalığı	Böbrek veya karaciğer yetmezliği	Metastatik malignansi
ENDOSKOPIK TANI	Mallory Weiss yırtığı veya lezyon yok	Tüm diğer tanılar	Üst gastrointestinal sistem malignensisi	
YAKIN ZAMANDA KANAMA BULGULARI	Yok veya koyu kırmızı nokta		Üst gastrointestinal kanalda kan, yapışık pıhtı, gözlenebilen damar	

Baylor ve arkadaşları özellikle erken cerrahi girişim gerektirecek hastaları saptamak için bir skorlama sistemi geliştirmişlerdir (41). Yaş, mevcut bulunan komorbid hastalıkların sayısı ve ciddiyeti gibi preendoskopik bulgulara; yerleşim yeri ve devam eden kanama bulguları gibi postendoskopik bulgulara dayandırılmış bir sistemdir. Bu sistem başarılı bir endoskopik girişim sonrası kanaması durdurulmuş olan hastalardan kanaması tekrarlayacak olanları saptamaya yarayabilir.

Cedars Sinai Tıp Merkezi'nde hastaların riskini hesaplayarak hastaları erken taburcu edip tedavi maliyetlerini düşürebilmek amacı ile klinik bir kılavuz hazırlandı. Bu skorlama sistemi de Rockall skorlama sistemi gibi tekrar kanama ve mortalite riskini göstermede etkin bulunmuştur.

Blatchford risk skorlaması kanama kontrolü için müdahale gerekip gerekmediğini ortaya koymak amacıyla hazırlanmıştır (42). Basit klinik ve biyokimyasal parametrelerden bir skor elde edilir (Tablo 5). Bu skorlama sisteminde endoskopik sonuçlar hesaplamaya dahil edilmez. Tedavi sonuçlarıyla değil klinik süreçle ilişkilidir. Yükselmiş kan üre azotu, düşük hemoglobin, sistolik kan basıncında düşme, nabız basıncında artma, melena veya senkop varlığı, hepatik veya kardiyak hastalık varlığı risk faktörleri olarak kabul edilir. Bunlar hatırlanması oldukça kolay sayısal parametrelerdir. Elde edilen sonuç hastanın kabulü aşamasında artan skora göre hastaya verilmesi gereken medikal bakımın düzeyini belirler ve acil müdahale gereken hastaları saptar. Blatchford risk skorunun 6 puan veya üzerinde olması bu hastalara %50 oranında müdahale gerekeceğini gösterir.

Yakın zamanda yayınlanmış olan bir çalışma Glasgow-Blatchford skorlamasının üst gastrointestinal sistem kanamasıyla hastaneye başvuran hastaların hangilerinin kabul aşamasında ayaktan takip edilmek üzere gönderilebileceğini gösterebileceğini ortaya koymuştur. Glasgow Blatchford skoru subjektif olabilecek değişkenleri (sistemik hastalığın ciddiyet derecesi gibi) içermemesi, kriterlerinin daha objektif olması ve özefagogastroduodenoskopi gibi girişimsel işlemlere ihtiyaç duyurtmaması sebebiyle Rockall skorlamasına sistemine göre avantajlı olabilir. Britanya’da şu anda Blatchford skorlama sistemi triajda hastaneye kabul aşamasında Rockall skorlama sistemine yeğlenmektedir (43).

1-Hemoglobin erkek hastada >12.9 mg/dL, bayan hastada >11.9 g/dL

2-Sistolik kan basıncı<109 mmHg

3-Kalp tepe atımı<100/dakika

4-Kan üre azotu düzeyi <18.2 mg/dL

5-Senkop ve melena yok

6-Geçmişe ait ve şu an için karaciğer hastalığı veya kalp yetmezliği yok

Yukarıdakilerin tümü üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran bir hastada mevcut ise Blatchford risk skoruna göre ‘0’ puan alır ve hastaneden güvenle taburcu edilebilir.

Tablo 5. Blatchford risk skorlaması.

Parametreler	Skor
A. Kan üre değeri (miligram/dL)	
>70	6
28-70	4
23-27	3
18-22	2
<18	0
B. Hemoglobin (erkek, gram/dL)	
<10,0	6
10,0-11,9	3
12,012,0-12,9	1
≥13,0	0
Hemoglobin (kadın, gram/dL)	
<10,0	6
10,0-11,9	1
≥12,0	0
C. Sistolik kan basıncı (mmHg)	
<90	3
90-99	2
100-109	1
≥110	0
D. Diğer markerlar	
Kardiak yetersizlik	2
Karaciğer hastalığı	2
Senkop ile prezentasyon	2
Melena ile prezentasyon	1
Nabız≥100/dakika	1

2.6. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA TEDAVİ

Üst gastrointestinal sistem kanamasıyla başvuran hastalarda erken ve agresif bir resüsitasyon gerekebilir ve bunun mortaliteyi azaltabileceği düşünülmektedir (44). İlk çok fazla miktarda kanamayla başvuran üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda, kanın aspirasyonunu önlemek açısından hastanın hava yolunun açıklığının bir şekilde tam olarak sağlanması gereklidir. Hastaya oksijen desteğinin sağlanması ve monitorize edilmesi gereklidir. Volüm replasmanı öncelikli olarak kristaloidlerle sağlanır. Kan ürünleri uygulanması hususundaki karar, başlangıçtaki hematokrit değerlerinden çok, volüm kaybına işaret eden klinik bulgulara ve kanamanın devam ediyor olup olmamasına göre verilir. Kan transfüzyonuna başlamadaki genel kabullenim devam eden aktif kanama ve 2 litre kristaloid infüzyonuna karşın perfüzyonda iyileşme ve vital bulgularda düzelme sağlanamamasıdır. Bu duruma karar vermede bazen hematokrit değeri gibi bazı unsurlara göre hareket edilebilse de kanamanın başlangıcında bu değerlerin normale yakın sınırlarda korunuyor olabileceği unutulmamalıdır. Yaşlılarda kan transfüzyonu için eşik değeri daha düşük tutulmalıdır. Eğer gerekiyorsa koagülasyon faktörleri de mevcut duruma göre replase edilmelidir.

Üst gastrointestinal sistem endoskopisi kanama sahasını saptama açısından etkili tekniktir. Endoskopi, morbiditeyi tahmin ettirme yanında terapötik olarak kullanıldığında daha iyi sonuçlar alınmasını sağlar, uygun şartlar sağlandığında belirgin üst gastrointestinal sistem kanamasında tek tedavi seçeneği olarak başka bir işleme gerek kalmamasını sağlayabilir.

Endoskopik terapötik işlemler injeksiyon tedavisi, koaptasyon tedavisi (Heater prob termokoagülasyon, multipolar elektrokoagülasyon ve lazer elektrokoagülasyonu içermektedir), endoskopik klips ve band ligasyonu kapsar. Epinefrin, trombin, etanol gibi çok çeşitli enjeksiyon solusyonları kullanılmasına karşın hiçbirinin bir diğerine üstünlüğü saptanamamıştır. Endoskopik koaptasyon tedavisi ise, heater prob termokoagülasyon, multipolar elektrokoagülasyon ve lazer elektrokoagülasyonu içerir. Hem enjeksiyon hem de koaptasyon tekniklerini içeren kombinasyon tedavisi, daha etkilidir (27). Özofageal varisler endoskopik olarak band

ligasyon veya enjeksiyon terapisiyle tedavi edilebilir. Fakat band ligasyon tekniği daha az komplikasyona yol açmakta olduğundan daha fazla tercih edilir (45).

İlaç tedavisinde proton pompa inhibitörlerinin preendoskopik kullanımının etkisi azdır (46). Postendoskopik kullanımları ise tartışmalıdır. Endoskopik tedaviyle birlikte kullanıldıklarında en iyi sonucu verirler. Proton pompa inhibitörleri ile endoskopik hemostazın birlikte kullanımının tekrar kanama sıklığını, transfüzyon ihtiyacını ve hastanede kalış süresini olumlu olarak etkilediği gösterilmişse de mortaliteyi azalttığı gösterilememiştir. Proton pompa inhibitörlerinin çoklu dozlar olarak başlanmasıyla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Endoskopide yüksek riskli olarak değerlendirilen hastalara proton pompa inhibitörleriyle yüksek doz bolus/idame tedavisi yapılması endikedir. Proton pompa inhibitörleri intravenöz uygulaması lansoprazolun 60 miligram bolus tarzında verilmesinin ardından 6 miligram/saat idame tedavisi ya da esomeprazolle veya pantoprazolle 80 miligram bolus tedavisinin ardından 8 miligram/saat idame tedavisi şeklinde uygulanabilir (47). Üst gastrointestinal sistem hastalarında somatostatin ve bir somatostatin derivativesi olan oktreotid infüzyonu da uygulanabilmektedir. Oktreotid tedavisi endoskopik tekniklere göre daha arka planda düşünölmelidir, fakat endoskopiye beklemekte olan kontrol edilemeyen kanaması olan hastalarda veya endoskopinin başarısız, kontrendike veya uygulanamaz olduğu hastalarda düşünölmelidir (27). Dozu 25-50 mikrogram/kg/saat intravenöz bolus tedavisinin ardından 25-50 mikrogram/saat idame tedavisi şeklindedir. Yaşlılarda ve ciddi karaciğer hastalığı olanlarda daha düşük dozlarda kullanılmalıdır. Vazopresin sıklıkla varis kanaması kaynaklı olan üst gastrointestinal kanamalı hastalarda kullanım bulmuştur. Fakat yan etkisinin görülmesi sıktır. Vazopresin kullanımına bağlı hipertansiyon, disritmi, myokardial ve iç organ iskemileri, kardiyak outputta azalma, lokal infiltrasyon sonrası gangren gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bu sebepten diğer tedavi yaklaşımları büyük ölçüde vazopresin tedavisinin yerini almıştır.

Histamin-2 antagonistleri akut üst gastrointestinal kanamasında etkili değildir (27). Diğer ilaçlar da faydalı olabilir fakat acil servis tedavi yaklaşımında ön planda düşünölmez. Örneğin varisi olan hastalarda β -blokör kullanılması hem kanama hem de tekrar kanama riskini azaltır. Helicobacter pylorinin antibiyotiklerle

tedavisi peptik ülser rekürrensini ve tekrar kanama riskini azaltığı için üst gastrointestinal sistem kanaması geçiren her hastada *Helicobacter pylori* taraması yapılmalı ve tedavisi mutlaka sağlanmalıdır (48). Yapılan çalışmalarda *Helicobacter pylori* eradikasyonu için en etkili rejimin 2 antimikrobiale bir proton pompa inhibitörünün kombinasyonundan oluşan üçlü tedavi olduğu bulunmuştur (49). 200 miligram eritromisin endoskopi için hazırlık amacıyla endoskopi öncesi intra venöz olarak uygulanması tartışmalı bir konudur. Eritromisin gastrik boşalmayı hızlandırabilir ve endoskopi sürecini ve tekrar endoskopi uygulanması ihtiyacını azaltabilir diye düşünülür (50).

Sengstaken-Blakemore tüpü veya varyantlarıyla yapılan balon tamponadı, üst gastrointestinal sistem kanamasında zamanımızda az kullanılmakta olan terapötik bir yaklaşımdır. Yan etkileri sebebiyle kullanımını günümüzde oldukça nadir olup ancak terapötik endoskopi uygulanana kadar olan geçiş dönemi için düşünülebilir. Balon tamponadı tedavide fayda sağlayabildiği gibi, tanısal bilgi de verebilir. Sıklıkla ciddi olabilen advers reaksiyonlarla birlikte dir. Mukozal ülserasyon, özofageal veya gastrik rüptür, yalıtılmış yerleşen balona bağlı asfiksi, trakeal kompresyon, aspirasyon, bildirilen komplikasyonları arasındadır. Buna bağlı olarak pek çok ötür, balon tamponad öncesi proflaktik endotrakeal entübasyon uygulanmasının rutin olarak gerçekleştirilmesi gerektiğini düşünür. Tüp oral olarak da nazal olarak da uygulanabilmektedir. Daha sonra gastrik balon şişirilir. Eğer kanama durmazsa bir manometre kullanılarak basıç 40-50 mmHg'yi geçmeyecek şekilde özofageal balon da şişirilir. Balon yerleşim yerinin komplikasyonların önüne geçmek açısından radyolojik olarak da teyit edilmesi önerilir.

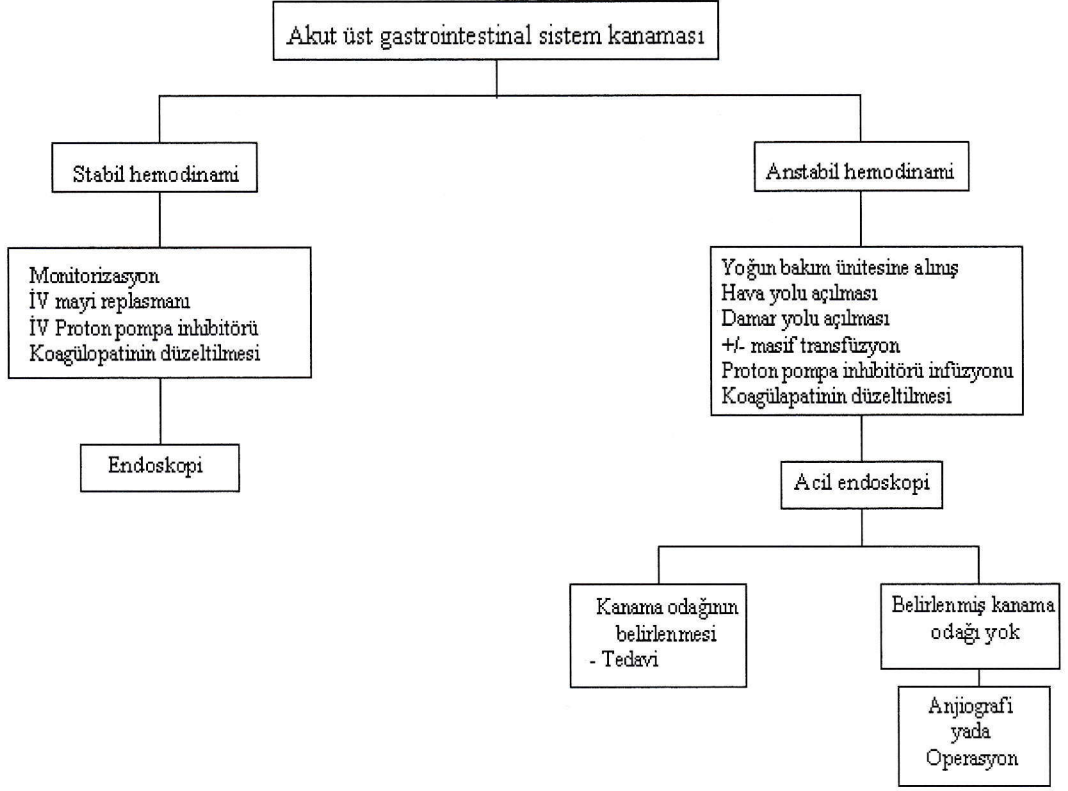
Medikal ve endoskopik tedaviye cevap vermeyen hastalara acil olarak cerrahi girişim planlanmalıdır. Bu sebeple üst gastrointestinal sistem kanaması şikayetiyle acil servise başvuran ve kontrol edilemeyen yeniden kanaması olmuş hastalarda tedbir olarak cerrahi konsültasyonu istenmiş olmalıdır. Genel cerrahi konsültasyonu isteme kriterleri ise şöyledir:

- 1- Hastaya 4 veya daha fazla kan transfüzyonu uygulanmış ise veya genel durumu böyle bir ihtiyacı olacağını gösteriyorsa

- 2- Hemodinamik olarak hastanın stabilitesi sağlanamıyor ise (500 mL/h sıvı replasmanından fazlası gerekiyorsa)
- 3- Hasta için anjiyografi planı mevcut ise
- 4- Hastanın ciddi bir komorbidite gibi tekrar kanama ve artmış mortalite için belirgin bir risk faktörü mevcut ise
- 5- Endoskopik tedavi başarısız olmuşsa veya endoskopi sırasında hastayı yüksek risk grubuna sokan bir belirti saptanmışsa (gözlenebilen damar, aktif kanama).
- 6- Durmuş olan üst gastrointestinal sistem kanaması tekrar başlamışsa

Tekrar kanama durumunda tekrar bir endoskopik tedavi girişimi planlanabilmekte ise de kontrol amaçlı endoskopiyle tekrar bakış işlemi önerilmez.

Ciddi üst gastrointestinal sistem kanaması olan hastaların yatırılarak tedavi edilmesi ve mümkün olan en kısa zamanda bir endoskopist tarafından değerlendirilmesi gerekir. Kötü sonuçlara işaret eden klinik özellikler başlangıç hemorritinin %30'un altında olması, başlangıçtaki sistolik kan basıncının 100 mmHg'nin altında olması, nazogastrik lavajda kırmızı kan, siroz veya asid mevcudiyeti, kırmızı kan kusma hikayesidir (51). Bunların dışında şikayet ve bulguları olan hastalar ise erken taburculuk için adaydır. Hastalar hem klinik hem endoskopik kriterler kullanılarak risk açısından sınıflandırılabilir. Glasgow-Blatchford kanama skoru klinik kriterlere dayanır (52). Skoru 0 olan hastalar (Kan üre azotu <18, erkekte hemoglobün ≥13- kadında hemoglobün ≥12, sistolik kan basıncı ≥110, nabız <100 atım/dakika, melena, senkop, kojestif kalp yetmezliği, karaciğer hastalığı olmayan hastaların skoru 0 olarak kabul edilir) çok az risk taşır ve terapötik endoskopiden fayda görme ihtimalleri çok azdır. Çalışmalar skoru 0 olan hastaların acil servisten endoskopi yapılmaksızın güvenle taburcu edilebileceğini göstermiştir. Eğer endoskopi hızlı bir şekilde düzenlenebilirse düşük riskli hastaların endoskopi sonucuna göre ayırte dilip hastaneden taburcu edilmesi mümkün olabilir (53). Şekil 1'de üst gastrointestinal sistem kanamalarındaki tedavi algoritmi gösterilmiştir (66).



Şekil 1. Üst gastrointestinal sistem kanamasında tedavi algoritmi.

Bu prospektif çalışma etik kurul onayı alınarak 01.01.2011-01.07.2011 tarihleri arasında altı aylık süreçte yaklaşık 150 hasta çalışmaya dahil edilmek üzere Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde düzenlenmiştir.

Acil servise hematemez, melena, hematekezya şikayetlerinin bir veya birkaçı ile başvurup, poliklinikte ilk gören hekim tarafından üst gastrointestinal sistem kanaması ön tanısı ile kabul edilen hastalar esas alındı. Endoskopik olarak özofageal ve gastrik varise bağlı üst gastrointestinal sistem kanaması tespit edilen hastalar çalışmadan çıkarıldı.

Hastalar yukarıdaki şikayetlerle acil servise başvurup üst gastrointestinal sistem kanaması ön tanısıyla takibe alındıklarında öncelikle acil servisin hasta izlem politikası dahilinde hava yolu açıklığı kontrol edildi. Nazal havayolu ile oksijen inhalasyonuna başlandı. İki adet geniş damar yolu açıldı ve acil istenmesi gereken tetkikler olarak hemogram, gurup tayini ve çapraz karşılaştırma, karaciğer fonksiyon testleri, üre, kreatinin,elektrolitler, koagülasyon testleri için kan örnekleri alındı. Yüksek riskli hastalar için 4 ünite kan hazırlatıldı. Monitorize edilen hastaların şok belirtileri olup olmadığı gözlemlendi. Tansiyon arteriyelin 90/60 mmHg ve altında olması hipotansiyon, nabız dakika sayısının >100 olması taşikardi olarak kabul edildi. Hipotansif hastalara tercihen serum fizyolojik veya ringer laktat ile mayi replasman tedavisine başlandı. Bariz hematemezi olmayan hastalara kanama odağına karar vermede yardımcı olması amacıyla nazogastrik sonda uygulandı. Şok bulguları mevcut olan, 2 litre kristalloid infüzyonuna rağmen hemodinamisi sağlanamayan, tetkik sonuçlarına göre hemogram ve hemotokrit değerleri de göz önüne alınan hastalara kan replasmanı, nazogastrik sondasında taze kan, kanlı kusması olan ve rektal muayenesinde taze kan gözlenen ve aktif kanaması olan hastalara tam kan replasmanı uygulandı. Aktif kanaması olan böyle hastalara gastroenteroloji konsultan hekiminin de görüşü alınarak acil endoskopi uygulandı.

Kristalloid infüzyonuna rağmen hipotansif, taşikardik olduğu gözlenen bazı hastalara kolloid infüzyonu da yapıldı. Böyle hastalara acil serviste yakın gözlem uygulandı ve vital bulguları premorbid seviyelerine dönene kadar saatlik vital bulgu ve kan basıncı takibi yapıldı. Bu hastaların dışındaki hastalara ise resüsitasyonla stabilizasyon sağlandıktan sonra ilk 24 saat içinde olacak şekilde endoskopi yapıldı. Bazı hastalar ise gastroenteroloji konsultan hekimince değerlendirilip elektif endoskopileri planlandı. Endoskopiler Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi gastroenteroloji servisi tarafından düzenlendi. Hastalara acil serviste takip edildikleri süre içerisinde proton pompa inhibitörü tedavisi de verildi. Yatış gerektiren hastaları ilgili bölümlere yatış işlemleri gerçekleştirildi. Durumları stabil olan ve taburculuğu planlanan hastaların reçeteleri düzenlenerek önerilerde bulunuldu.. Hastahanedeki acil serviste takip edilirken ve ilk 24 saat içinde ölenler de kayıt altına alındı. Üst gastrointestinal sistem kanamasına bağlı mortalite için de bu ölümler baz alındı.

Bilgilerine ulaşılmış olan hastaların her biri için ortalama Rockall ve Blatchford skorları hesaplandı. Rockall skorlamasına göre skoru 0-2 olan hastalar düşük risk grubu, 3-4 olan hastalar orta risk grubu ve ≥ 5 olan hastalar yüksek risk grubu olarak hesaplandı. Bu çalışma ile üst gastrointestinal sistem kanamaları için yaygın olarak kullanılan Rockall ve Blatchford skorlama sistemlerinin mortalite ve tekrar kanama üzerine etkili olan bağımsız risk faktörleri de göz önüne alındı.

Çalışma bulguları standart protokol kullanılarak elde edildi. Bu bilgiler demografik karakteristikler, ilaç hikayesi, gastrointestinal kanama atağının semptom ve bulguları, yandaş hastalıklar, vital bulgular, laboratuvar sonuçları, vital bulguların seyri, endoskopik bulgular, medikal tedavi, transfüzyon gereksinimi, elektrokardiyografik bulgular, troponin düzeyleri, mean korpusküler volüm değerleri, daha öncesine ait üst gastrointestinal kanama geçirme hikayesi, ilaç kullanım hikayesi, acil serviste takip edilirken başvuruda ve ilk 24 saat içinde ölüm insidansı, içeriyordu. Bu bilgiler istatistiksel olarak SPSS 17 programı ile değerlendirildi. Buna göre p değerinin $<0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Rockall ve Blatchford risk gruplarına göre mortalite dağılımları ise Fisher's exact testi ile belirlendi. İki bağımsız örneklem t testi ile değişkenler arasında istatistiksel olarak

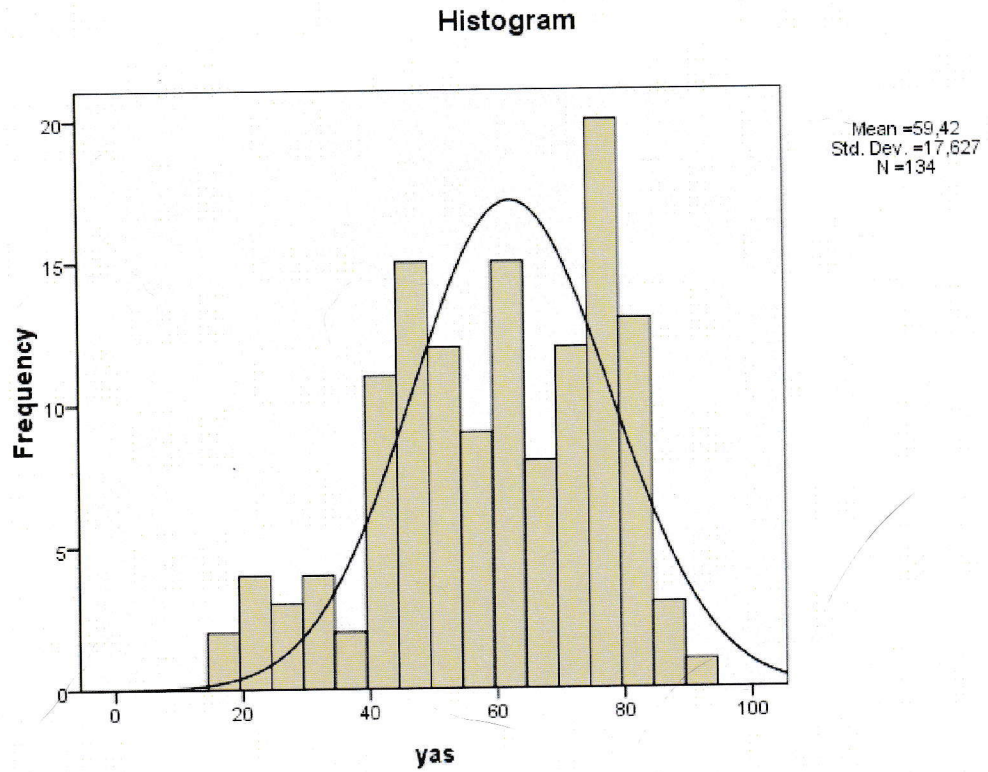
anlamli bir fark olup olmadigi irdelendi. Fisher exact testi de ile mortalite ve değişkenler arası ilişkileri araştırmada kullanıldı.

4. BULGULAR

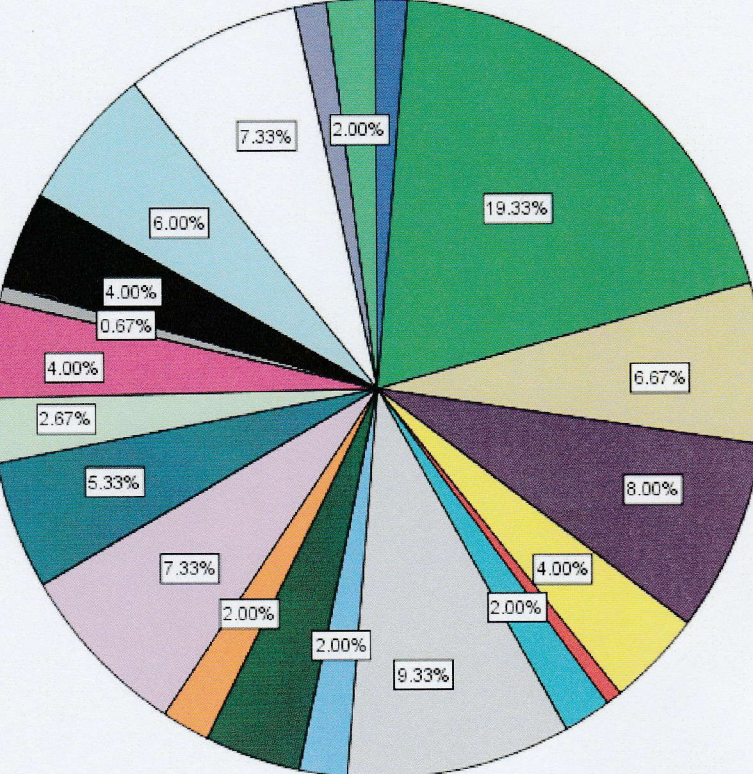
Çalışmaya 150 hasta alınmıştır. Bunların 16'sı (% 10.67) yanlış tanı aldığı için çalışma dışı bırakıldığında, hastaların %35.82 si kadın (48) %64.18 i erkektir (86).

Yanlış tanı almış hastalar çıkarılınca hastaların yaş ortalaması 59.4 ± 17.6 kadınların yaş ortalaması 56.71 ± 20.11 ve erkeklerin yaş ortalaması 60.93 ± 16.00 idi.

65 yaş üzeri hastaların (%36) yaş ortalaması 76.6 ± 5.52 'dir. 65 yaş üstü hastaların %60'ı kadın (33) ve % 40'ı erkektir (22). Kadınların yaş ortalaması 75.05 ± 6.34 ve erkeklerin yaş ortalaması ise 77.7 ± 4.71 'dir.



Şekil 2. Üst gastrointestinal sistem kanamasında yaşa göre dağılım.



-makattan kanama

-şuur bulanıklığı

-melena, hematekezya, kanlı kusma

-halsizlik, melena

-mide ağrısı, hematemez, melena

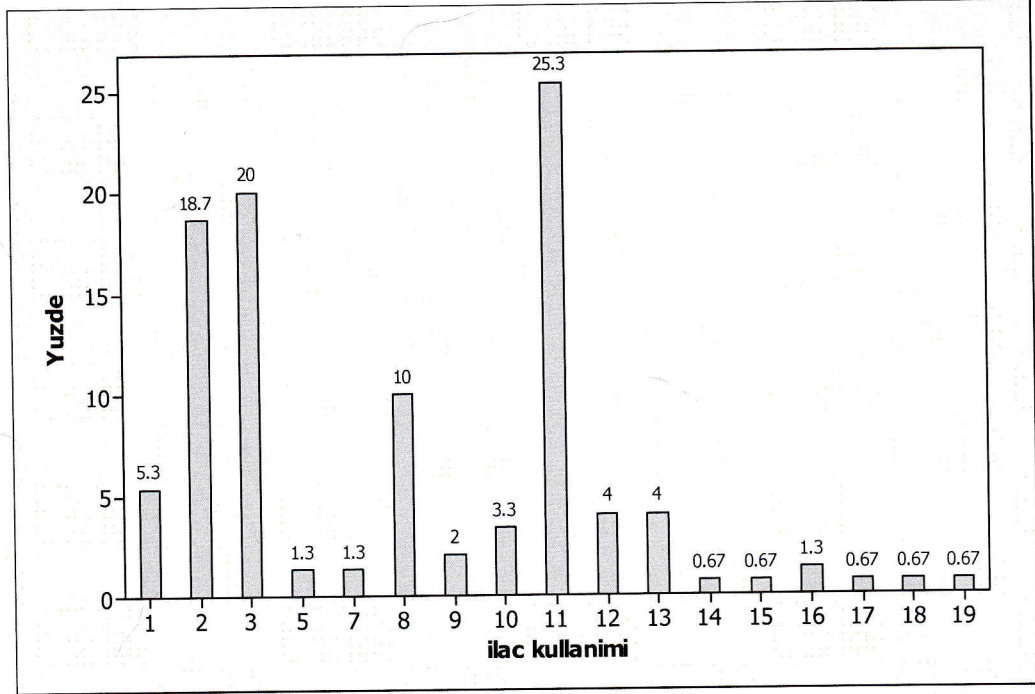
-hematemez, kanlı kusma, bayılma

-makattan kanama, melena, baş dönmesi

-hematemez, kanlı kusma, melena

-melena, kanlı kusma

İlaç kullanmayanlar %25.33 (38) ve kullananlar %74.66 (112) oranındadır.



Şekil 4. İlaç kullanımını gösterir grafik

1-Heparin, 2-Aspirin, 3-Non steroidal antiinflamatuvar ilaçlar, 4-Cox 2 enzim inhibitörleri, 5-Clopidogrel, 6-Serotonin geri alım inhibitörleri, 7-Alkol, 8-warfarin, 9-Warfarin, non steroidal antiinflamatuvar ilaçlar, 10-Aspirin, non steroidal antiinflamatuvar ilaçlar, 11-Herhangi bir ilaç kullanımı yok, 12-Clopidogrel, aspirin, 13-Warfarin, aspirin, 14-Aspirin, heparin, 15-Warfarin, alkol, 16-Heparin, aspirin, 17-Prednisolon, 18-Alkol, aspirin, 19-Aspirin, non steroidal antiinflamatuvar ilaçlar, prednisolon

Hastaların %29.33'ü (44) daha önce gastrointestinal sistem kanaması geçirmiştir.

Komorbid hastalık yüzdeleri ve bunu gösterir grafik. Komorbid hastalık yüzdeleri aşağıda verilmiştir. Hastaların %38'inde (57) yandaş hastalık yoktur.

- YOK

-Diabetes mellitus

-Hipertansiyon

-Derin ven trombozu

-Serebrovasküler olay

-Koroner arter hastalığı

-Kanser

-Romatizmal hastalık

-Anemi

-Diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği

-Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, serebrovasküler olay

-Hipertansiyon, serebrovasküler olay

-Serebrovasküler olay, koroner arter hastalığı

-Hipertansiyon, diabetes mellitus

-Kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı

-Kanser, pulmoner tromboemboli

-Kanser, serebrovasküler olay

-Atrial fibrilasyon

-Kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı, hipertansiyon

-Diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı

-Hipertansiyon, koroner arter hastalığı

-Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği

-Hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği

-Kalp yetmezliği

-Kanser, derin ven trombozu

-Kanser, koroner arter hastalığı, hipertansiyon

-Diabetes mellitus, hipertansiyon, serebrovasküler olay

Birden fazla yandaş hastalığı olanların yüzdesi:

Hastaların % 28'inde (42) birden fazla yandaş hastalık vardır.

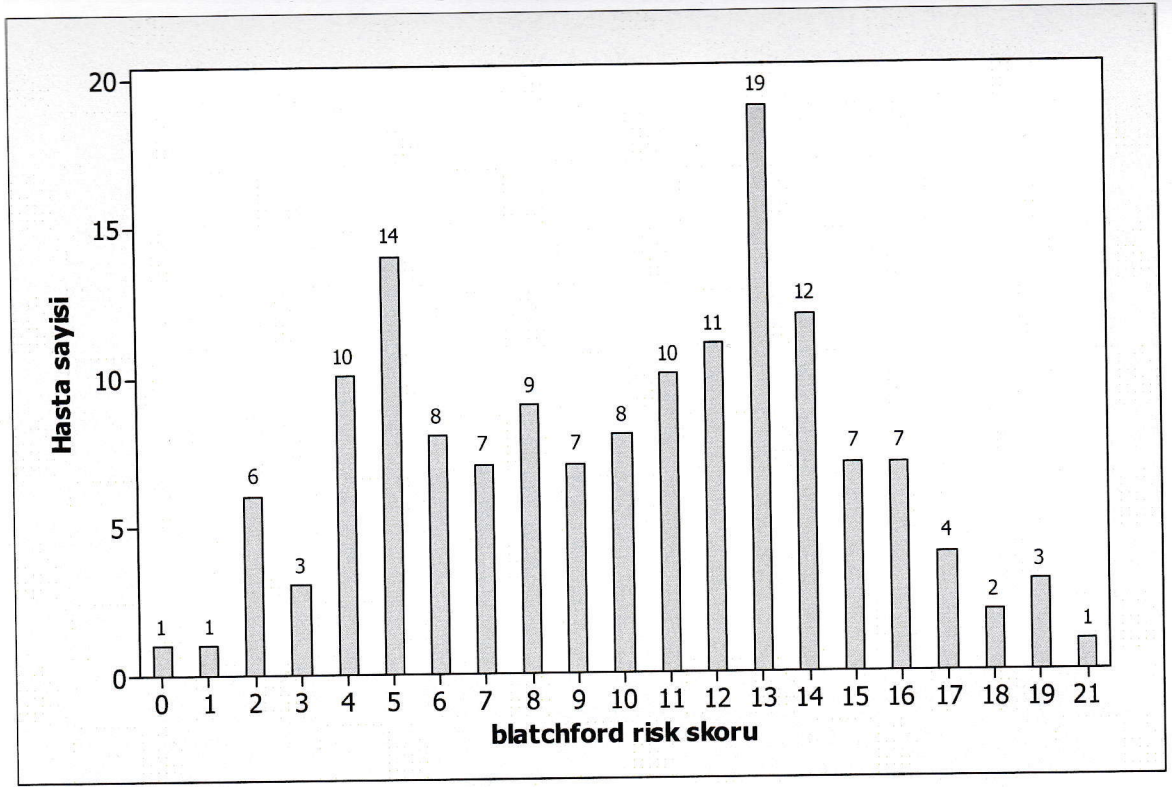
Ortalama, en yüksek, en düşük-sistolik ve diastolik kan basıncı oranları yanlış tanı almış hastalar hariç bırakıldığında

Ortalama, maksimum ve minimum sistolik basınç sırası ile 125.4 ± 18.1 , 219.0 ve 60.0 'dır.

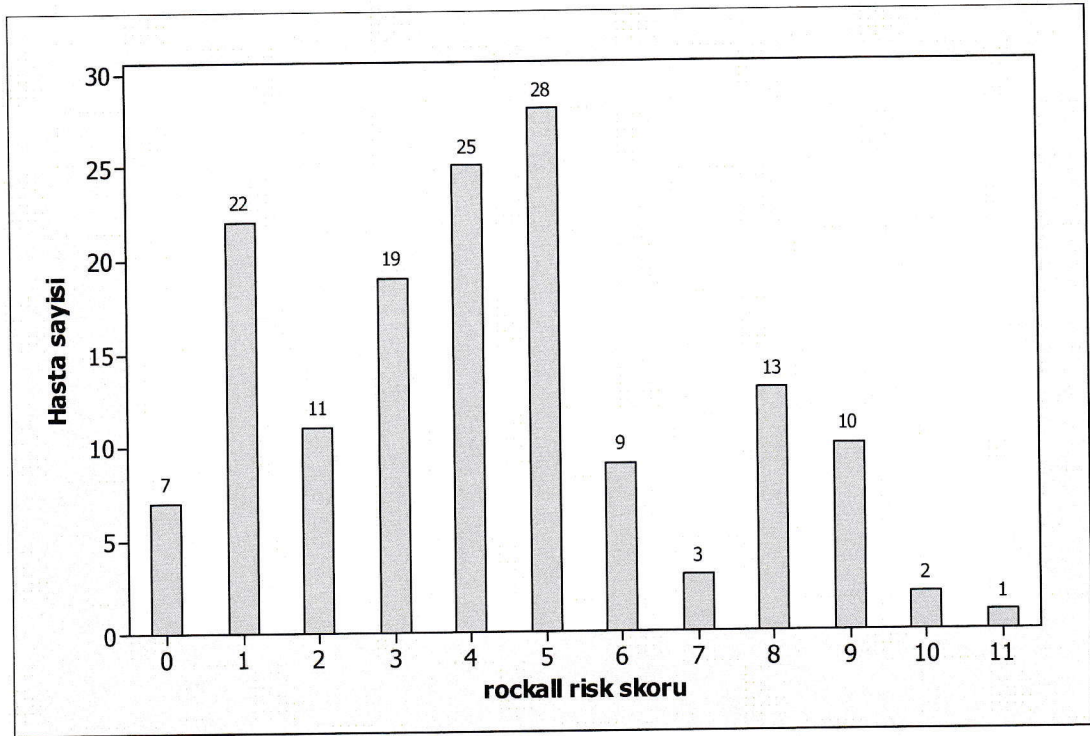
Ortalama, maksimum ve minimum diastolik basınç sırası ile 67.4 ± 14.84 , 110.00 ve 38.00 'dır.

Ortalama, maksimum ve minimum hemoglobin değerleri sırası ile 10.63 ± 3.06 , 18.10 ve 3.90 'dır.

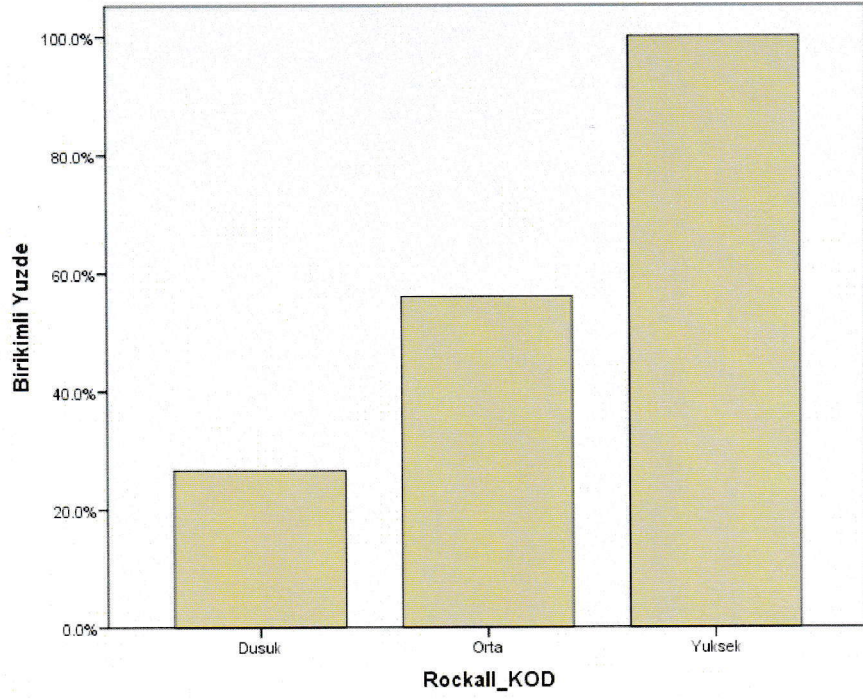
Ortalama üre değeri 75.87 ± 49.66 dir.



Şekil 7. Blatchford skoru değeri-hasta sayısı arası grafik



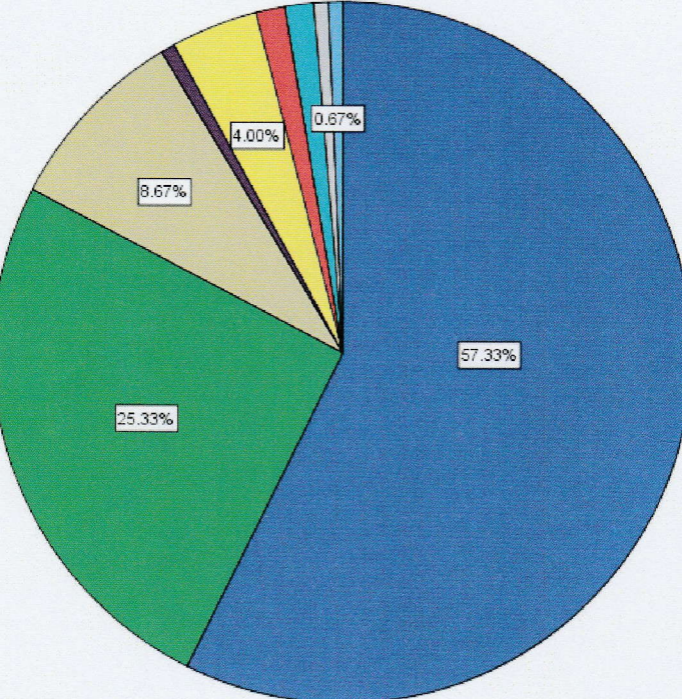
Şekil 8. Rockall skoru değeri- hasta sayısı arası grafik



Şekil 9. Rockall skoruna göre düşük(0-2puan), orta(3-4), yüksek(≥ 5) riskli olanları gösterir grafik

Ortalama MPV(mean platelet volüm) değeri 8.075 ± 1.23 'dir. Normal, düşük, yüksek olan MPV değerlerinin yüzdesi sıra ile %80, %15.33 ve %4.67'dir.

Trombosit değerleri 115 hastada (%85.9) normal, 13 hastada (%9.7) yüksek, 6 hastada (% 4.5) düşük bulunmuştur. 36 hastada (%24) internasyonal normalizasyon oranı normal sınırın üstünde iken, 113 hastada (%75.3) normaldir.



olarak anlamlı bir fark vardır ($p = 0.003$). Ölenlerin sistolik tansiyon ortalaması 81.78 ± 15.20 iken, diğerlerinin sistolik tansiyon ortalaması 126.2 ± 18.72 'dir.

İki bağımsız örneklem t testi sonucuna göre acilde ölen hastaların diastolik kan basıncı ortalamaları ile diğerlerinin diastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p= 0.001$). Ölenlerin diastolik tansiyon ortalaması 51.67 ± 10.17 iken, diğerlerinin ortalaması 68.03 ± 14.49 'dur.

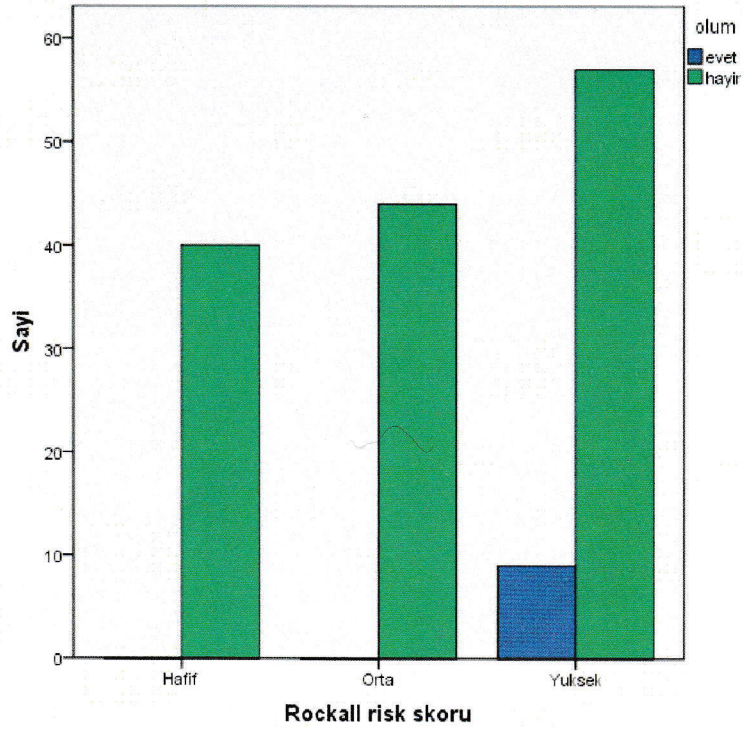
İki bağımsız örneklem t testi sonucuna göre acilde ölen hastaların üre değerlerinin ortalaması istatistiksel olarak diğerlerinden büyüktür ($p = 0.026$). Ölenlerin üre ortalaması 106.9 ± 58.63 iken, diğerlerinin üre ortalaması 73.64 ± 48.46 'dır.

Fisher Exact test sonucuna göre kan transfüzyonu ile ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.011$).

Fisher Exact teste göre acilde ölüm ile Rockall(≥ 8) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p= 0.00$).

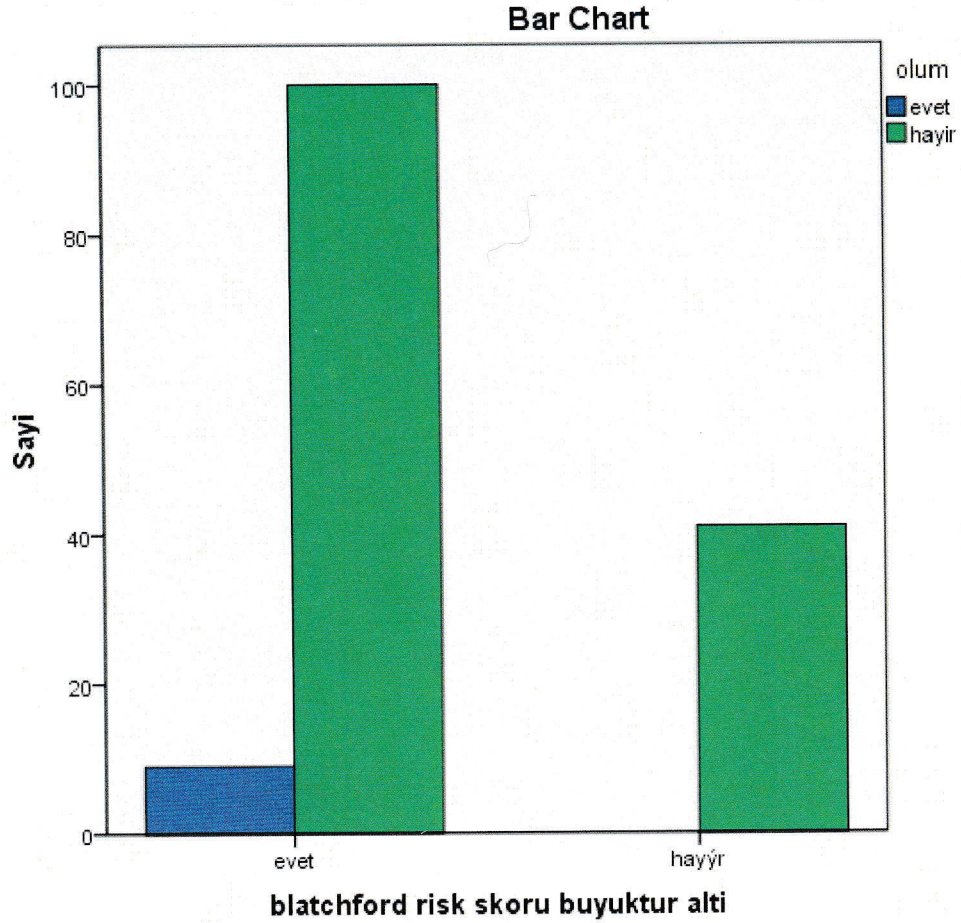
Fisher Exact teste göre acilde ölüm ile Blatchford skorları(>6) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=0.115$).

Fisher Exact test sonucuna göre Rockall risk skoru yüksek riskte olan ve olmayan gruplarda acilde ölüm görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.00$).



Şekil 11. Rockall risk skoru – ölüm arasındaki ilişki

Fisher'in exact testine göre Blatchford risk skoru 6'nın üstünde olan ve olmayanlarda acilde ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.115$).



Şekil 12. Blatchford risk skorunun altının üzerinde olması ile ölüm arasındaki ilişki

Hastaların % 17.33' (26) de troponin yüksekliği bulunmaktadır.

Fisher Exact teste göre troponin yüksekliği ile acilde ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.655$).

Fisher Exact testine göre troponin yüksekliği ile Rockall ≥ 8 olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.655$).

Troponin değeri ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.912$). Pearson korelasyon katsayısı $r=0.009$ dur. Yanlış tanı almış hastalar hariç tutulduğunda troponinin ortalama değeri 0.235 ± 1.80 'dir.

Hastaların %22.67'si (34) senkop ile gelmiştir.

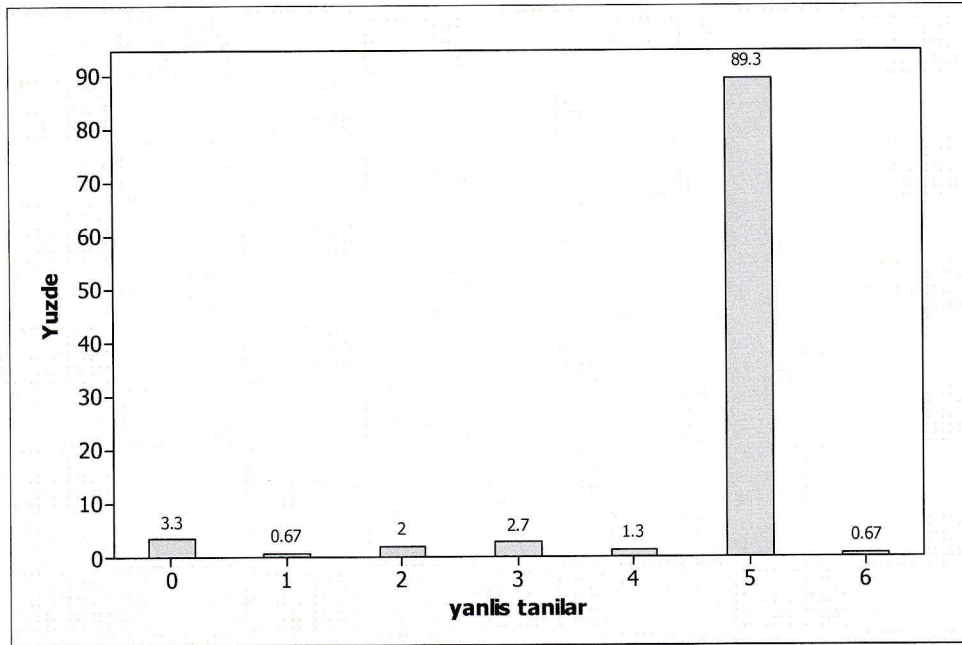
Fisher Exact test sonucuna göre senkop ile Rockall skoru ≥ 8 olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.00$).

Hastaların %34.90'u (52) kanlı kusma ile gelmektedir.

Fisher Exact test sonucuna göre kanlı kusma ile ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0.009$).

Hastaların %10'u (15) warfarin kullanmıştır.

Warfarin kullanımı ile ölüm arasında Fisher Exact test sonucuna göre bir ilişki bulunmamaktadır ($p=1.0$).



Şekil 13. Konulan yanlış tanıları ve onların yüzdelerini gösterir grafik.

0-Kanlı ishal, 1-Epistaksis, 2-Malignite, 3-Kanama bozukluğu, 4-Alt gastrointestinal sistem kanaması, 5-Doğru tanı, 6-Pulmoner tromboemboli.

Hastaların %15.33'üne (23) ilk 24 saat içinde yatış verilmiştir. Hastaların %6' sını (9) ex olmuştur.

Fisher Exact teste göre cinsiyet ile Rockall skorunun ≥ 8 olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=0.326$).

MPV(mean platelet volüm) değeri, acilde ölüm ve Rockall skoru büyük eşit sekiz olması arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.5$).

Fisher exact test sonucuna göre, daha önce gastrointestinal sistem kanaması geçirme ile ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p= 1.0$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda acil servise poliklinikten hematemez, melena veya hematekezya şikayeti veya şikayetleriyle başvurup ilk gören hekim tarafından üst gastrointestinal kanaması olduğu düşünülerek acil servise kabul edilmiş olan hastaların %10,67'sine yanlış tanı konmuş olduğu görüldü. Daha sonraki takiplerinde yanlış tanı bu hastalarda sıklık sırasına göre kanlı ishal, kanama bozukluğu, malignite, alt gastrointestinal sistem kanaması, epistaksis ve pulmoner tromboemboli mevcudiyeti olduğu saptandı.

Bizim çalışmamızda hastaların % 35.82'si kadın, %64.18'i erkekti. Günümüzde çalışmalarda üst gastrointestinal sistem kanaması gelişen hastalarda belirgin olan cinsiyet farkı azalmaktadır denmesine karşın bizim çalışmamızda neredeyse 2/1 gibi bir erkek/kadın oranı çıkmıştır. Daha önce yapılmış pek çok çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Üst gastrointestinal sistem kanaması için İngiltere popülasyonunu değerlendiren bir çalışmada ise yaş ortalaması 71 olarak gözlenmiş ve sadece %44 oranında hastanın 60 yaşından genç olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise yanlış tanı konmuş hastalar işlem dışı bırakıldığında hastaların yaş ortalaması 59.42 idi. Ve yaş ortalamasının daha düşük olduğu gözlemlendi. Ayrıca kadınların yaş ortalamasının 56.71; erkeklerin yaş ortalaması 60.93 idi. Bu durum bahsi geçen bölgede ortalama insan hayatının daha uzun olmasına ve epidemiyolojik faktörlere bağlanabilir. 65 yaş üzeri olan hastaların yaş ortalaması ise bizim çalışmamızda 76.636 bulunmuştur. 65 yaş üstü hastaların %60'ı kadın, %40'ı erkektir. 65 yaş üstü kadınların yaş ortalaması 75.05, erkeklerin yaş ortalaması 77.697 dir.

Yine İngiltere'de yapılan bu çalışmada mortalite oranı %14 olarak bulunmuştur(54). Üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle hastaneye başvuran hastalarda genel mortalite oranı %11 iken, başka sebeplerle hastanede yatmaktayken üst gastrointestinal sistem kanaması gelişen hastaların mortalite oranının %33'e kadar çıkabilmektedir. Mortalite oranının yaşla birlikte arttığı da gözlenmiştir.

Mortalitenin 60 yaşından gençlerde %3 oranında iken 80 yaş üzerinde bu oranın %20'lere kadar yükseldiği görülmüştür. Bizim çalışmamızda acilde ilk 24 saat içinde ölen hastaların yaş ortalamaları ile diğerlerinin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmadı. Bizim çalışmamızda ölüm daha erken yaşlarda da görülmekteydi. Çalışmamızda mortalite oranı %6 olup 150 hastanın 9'unda ölüm gözlemlendi. Bizim mortalite oranımızın daha düşük olmasının sebebi çalışmamızda sadece acil servise başvurusunda ve acilde takip edilirken ilk 24 saat içinde oluşan ölümleri baz almamız ve hemen yatış verilen ve yattıkları serviste iken ölüm gelişen hastaları çalışmaya dahil etmememiz olabilir. Böyle bir takip yapılırsa idi daha yüksek mortalite oranlarına ulaşılabirdi.

Yine yapılan bir çalışmada ölenlerin %83'ünde bir veya daha fazla yandaş hastalık gözlenmiştir (55). Bizim çalışmamızda ise ele alınan hastaların %38'inde yandaş hastalık yoktu. Komorbid hastalık görülme oranı ise %62 idi. Hastaları %28'inde birden fazla komorbid hastalık mevcuttu.

Yapılan tarama çalışmalarında üst gastrointestinal sistem kanaması için yıllık 100.000 hastanın ortalama %90.2'sine acil endoskopi yapıldığı ve bunların %26.7'sinin mesai saatleri dışında uygulandığı görüldü (56). Bizim çalışmamızda da hastaların %14 üne endoskopi uygulanmadığı ortaya kondu. Fakat bu oranın içine yanlış tanı olduğu anlaşıldığı için endoskopi yapılmadan taburcu edilenlerin de olduğu görüldüğü için yanlış tanı konulmuş olan hastalar hesaplama dışı bırakıldığında bu oran %12'ye düşüyordu. Bu sonuçlarla merkezimizde endoskopi işleminin yeteri kadar uygulandığı düşünülmektedir. Acil endoskopi uygulanması için mesai saati uygulaması söz konusu değildir.

Tekrar kanama, mortalite için en önemli risk faktörü olarak değerlendirilmektedir ve % 20 oranında gözlenmektedir (57). Bizim çalışmamızda ise daha önce üst gastrointestinal sistem kanaması geçirmiş olma oranı %29.33 olarak saptandı. Ve daha önce üst gastrointestinal sistem kanaması geçirmiş olanlarda mortalite oranının daha yüksek olmasına karşın daha önce üst gastrointestinal sistem kanaması geçirme ile acil serviste bu sebepten ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı.

yaptıkları bir çalışmada gurubun ortalama Rockall skoru 6.6 olarak bulunmuş ve yüksek riskli olarak nitelendirilmiştir. Ayrıca kanamanın ciddiyetinin kendisinin mortaliteye sebep olan faktör olduğunu bildirmişlerdir (58). Bizim çalışmamızda ise ortalama Rockall risk skoru 4.273 olup düşük risk (0-2 puan), orta risk (3-4 puan), yüksek risk (≥ 5) kabul edildiğinde %44 hastanın yüksek risk, %29.33 hastanın orta risk ve %26,67 hastanın düşük risk kapsamında olduğu görüldü. Bizim çalışmamızda da çoğunluğu Rockall skorlama sistemine göre yüksek riskli hastalar oluşturmaktaydı. Acil cerrahi servisinde uygulanmış olan diğer bir çalışmada ise (59) ortalama Rockall risk skorunun 2.45 olduğu görülmüştür. Buna göre bizim merkezimize başvuranların risk skorlarının belirgin olarak yüksek olduğu, fakat fazla sayıdaki çalışma ile uyuşmakta olduğu görülür. Lai ve arkadaşlarının 75 vakayla yaptığı bir çalışmada <60 yaş, stabil vital bulgular, eş zamanlı ciddi yandaş hastalık ve endoskopik olarak yüksek riskli kanama belirteci olmayan hastaların güvenle taburcu edilebileceği belirtilmiştir. Bu şekilde taburcu edilen hiçbir vakada tekrar kanama ve diğer komplikasyonlar gelişmemiştir (60). Böyle hastalar Rockall risk skorlamasına göre 0 puan alan hastalardır ve bizim çalışmamızda da 7 hastanın (%4.66) Rockall skorlama sistemine göre 0 puan aldığı ve hemen taburcu olabilecek hastalar olduğu gözleniyordu. Rockall skoru 0 olarak saptanan bu 7 hastanın ise 3 tanesi (42.81) zaten yanlış tanı olduğu fark edilip taburcu edilen hastalardı. Bu da bize Rockall skorlama sisteminin düşük riskli hastaları saptamada, mortalite ihtimalini yansıtmada olduğu gibi oldukça etkin olduğunu gösterir. Zaten risk skorlama sistemlerini karşılaştırmak için düzenlenen başka bir çalışmada da Rockall skorunun tekrar kanama ve mortalite için düşük riskli hastaları tanımlayabildiği bildirilmiştir (61).

Çalışmamızda tüm hastaların Blatchford risk skoru ortalaması ise 10.00 olarak ölçülmüştür. Hastaların %76.7'sinde Blatchford risk skoru ≥ 6 olup bu hastalara % 50 tıbbi bir girişim gerekeceğini gösterirken; %23,3 hastanın risk skorları 6'nın altında hesaplanmış ve düşük riskli oldukları kabul edilmiştir. Blatchford risk skorlamasına göre düşük risk grubunda kabul edilen hastaların oranı daha düşüktür. Ayrıca Blatchford risk skorlamasının mortaliteyi göstermede de

Rockall risk skorlamasına göre daha az etkin olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur. Çünkü Blatchford risk skorlaması mortalite tahmininden çok müdahale gerekip gerekmediğini ölçmek için kullanılır. Blatchford risk skorlamasında ancak 10'un üstündeki değerler kritik hastaları gösterebilmektedir.

175 vakayla retrospektif olarak düzenlenen bir çalışmada, hastalara hem Rockall hem de Blatchford skorlama sistemleri uygulanmıştır. Sonuç olarak bu retrospektif çalışmada Rockall risk skoru düşük risk grubundaki 39 (%22) hastayı daha başarılı bir şekilde tanımlayabilmiştir. Endoskopik bulguları da içeren Rockall skorlama sisteminin düşük riskli hastaları saptamada bu çalışmada daha başarılı bulunmasına dayanarak endoskopinin artan oranda klinik değerleri olduğu iddea edilebilir.

Yapılan çalışmalarda düşük hemoglobun düzeyleri, düşük tansiyon arteriyel (sistolik ve diastolik), artmış nabız dakika sayısı, kan transfüzyonu gereksinimi, cerrahi gerektiren kanama ve tekrar kanama, renal hastalık, koagülopati, daha az oranda kardiovasküler hastalık mortalite için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (58). Bizim alışmamızda da acilde ölen hastaların sistolik tansiyon ortalaması ile diğer hastaların sistolik tansiyon düzeyleri arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü. Ölenlerin sistolik tansiyon ortalaması 81.78 iken diğerlerinin sistolik tansiyon ortalaması 126.2 olarak bulundu. Aynı şekilde iki grup arasında diastolik kan basıncı ortalaması olarak da anlamlı bir fark bulundu. Ölenlerin diastolik tansiyon ortalaması 51.67 iken diğerlerinin ortalaması 68.03'tür. Aynı zamanda yükselen üre değerlerinin de mortaliteyle ilişkili olduğu saptandı. Acilde len hastaların üre ortalaması 106.9 iken diğerlerinin üre ortalaması 71.492'dir. Bizim alışmamızda kan transfüzyonu uygulanması ile mortalite arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Rockall skorunun ≥ 8 olmasının da mortalite ile istatikselsel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanırken Blatchford skorunun ≥ 6 olması ile acilde gelişen ölüm arasında istatikselsel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yine Rockall skoruna göre yüksek risk grubunda olan hastalarda mortalite, orta ve düşük risk grubunda olanlara göre istatikselsel olarak anlamlı oranda yüksektir. Blatchford risk skoruna göre de mortalite artan skorla orantılı olarak artmaktadır. Daha önce st gastrointestinal

sistem kanaması geçirmiş olma da diğer tüm çalışmalarda mortalite ile ilişkili bulunduğu halde bizim çalışmamızda mortalite açısından anlamlı bulunmamıştır.

Bizim çalışmamızda hastaların %17.33'ünde troponin yüksekliği olduğu saptandı. Fakat Fisher Exact teste göre troponin yüksekliği ile acilde ölüm arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yine aynı test sonucuna göre troponin düzeyinin yüksek olması ile Rockall risk skorunun ≥ 8 olması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu. Troponin değeri ile yaş arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı. Avusturalya'da prospektif olarak düzenlenen 156 hastalık bir çalışmada %19 hastada troponin yüksekliği saptandı (59). Bu oran bizim çalışmamızda bulunan değere oldukça yakındır. Elektrokardiyografik bulgular olarak hastaların %57.33'ünde sinüs ritmi, %25.33'ünde sinüs taşikardisi, %8.67'sinde yüksek ventrikül hızlı atrial fibrilasyon, %4'ünde normal ventrikül hızlı atrial fibrilasyon mevcuttu. %12'leri bulan bu atrial fibrilasyon oranı, bizim çalışmamızda yüksek oranda üst gastrointestinal kanama etyolojisinde saptanmış olan warfarin kullanımının gerekçelerinden birini oluşturması açısından dikkat çekicidir. Genel olarak atrial fibrilasyon sebebiyle warfarin kullanan bu hastaların ancak %19'u ilacını kontrollü olarak kullanıyordu. Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere göre hastalara ilacın kullanımı hakkında bilgi verilmesine rağmen hastalar kontrol konusunda ihmalkar davranıyordu.

Çalışmamızda üst gastrointestinal sistem kanamasıyla başvuran hastaların %22.67'sinde başvuruda senkop olduğu ve bunun da hem mortalite ile hem de Rockall skorunun ≥ 8 olması ile ilişkili olduğu saptandı. Yine aynı şekilde bizim çalışmamızda üst gastrointestinal sistem kanamasıyla başvuran hastaların %34.90'ında kanlı kusma şikayeti olduğu ve bunun da mortalite ile istatistiksel olarak alakalı olduğu saptandı. Çalışmamızda üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların ilaç kullanımı hikayesi olanlarının %10'unda warfarin kullanımı olduğu görüldü fakat warfarin kullanımı ile acilde ölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Aynı şekilde cinsiyet ile Rockall skorunun ≥ 8 olması ve acilde ölüm arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı. Çalışmamızda mean platelet volüm değerleri de araştırıldı. Ortalama mid platelet volüm değeri 8.075 idi. Mean platelet volümün normal, düşük, yüksek olma yüzdeleri sırası ile %80, %15.33, %4.67 idi. Fakat

acilde ölüm ile mid platelet volüm değeri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı. Mean platelet volüm ile Rockall skorunun ≥ 8 olması arasında da istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı. Tek başına değerlendirilemeyecek bir parametre olan mean platelet volüm, Hacettepe Üniversitesi'nde yakın zamanda üst gastrointestinal sistem kanamasıyla takip edilen hastalarda prospektif olarak irdelenmiş, bu çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi mean platelet düzeyi ile transfüzyon sayısı, endoskopik bulgular, 3 aylık gözlem süresinde prognoz açısından bir fark gözlenmemiştir (62).

İspanyada 82 hastayla yapılan bir çalışmada ayaktan tedavi edilen 7 hastaya (%17) ve hastanede tedavi edilen 14 hastaya (%38) olmak üzere toplam %55 kan transfüzyonu uygulanmıştır (63). Bizim çalışmamızda da hastaların %43.33'üne (65) kan transfüzyonu uygulandı. Hastaların %8.67'sine ise (13) taze donmuş plazma uygulanmıştır. Çünkü bizim çalışmamızda warfarin kullanımı oldukça yüksek bir oranda saptanmıştır. Bunun sebebi hastaların sosyokültürel seviyesi ve hastaların ilaç kullanımı hakkında yeterince bilgilendirilmemesi ve hastaların warfarin türevi ilaçları normal şekilde kontrolsüz devamlı kullanım gerektiren ilaçlar olarak kabul ediyor olmaları olabilir. Çalışmamızda tüm hastalar göz önüne alındığında ortalama kan transfüzyonu kullanım sayısı 1.01 ± 1.34 , ortalama taze donmuş plazma kullanımını ise 0.20 ± 0.72 dir. Sadece kan transfüzyonu yapılanlar göz önüne alındığında ise ortalama kan transfüzyonu kullanım sayısı 2.26 ± 1.13 , taze donmuş plazma kullanım sayısı ise 2.31 ± 1.10 'dur. Yapılan benzer bir çalışmada ise her hasta için 1.44 ± 1.99 ünite kan transfüzyonu yapıldığı saptandı (64).

Çalışmamızda üst gastrointestinal sistem kanamasıyla takip edilen hastaların sadece %24'ünün (36) düzenli olarak mide koruyucu bir tedavi almakta olduklarını ifade ettikleri görüldü. Daha önce de gastrointestinal sistem kanaması geçirmiş hastalar bile ilaç kullanmamakta ve diyetine dikkat etmemekteydi. *Helicobacter pylori*'ye yönelik tedavi almış olan hastalar da çok nadirdi. Bu durum da bölge halkının sosyokültürel seviyesiyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda başvuru anındaki şikayet olarak tek başına en fazla başvuru sebebi melena %19,33 iken, birden fazla şikayetle başvuru olması durumunda en sık

rastlanan kombinasyon melena ve halsizlikti. Melena toplam olarak hastaların %65'inde mevcuttu. Hematemez tek başına %8 başvuru sebebi iken toplamda %22 hastada mevcuttu. Hematemez ve melena hastaların %7,33'ünde mevcuttu. Hematekezya görülme oranı %2 idi. Tek başına taze kan kusma ile başvuru %6.67 iken hastaların %22.67'sinde şikayet olarak mevcuttu. Makattan taze kanama ise hastalarda tek başına şikayet olarak %4 oranında iken hastaların %21'inde kombinasyonlar halinde hastalarda mevcut bulunmakta idi. Yapılan çoğu çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da melena üst gastrointestinal sistem kanamasında en sık başvuru sebebi idi.

Çalışmamızda üst gastrointestinal sistem kanaması etyolojisine yönelik ilaç kullanma oranı %74.667 iken, ilaç kullanmıyor olma oranı %25.333'tü. İlaç kullanım oranları ise sıklık sırasına göre %20 non steroidal antiinflamatuvar ilaçlar, %18,67 aspirin, %10 warfarin, % 5.33 heparin, %4 klopidogrel ve aspirin, %4 non steroidal antiinflamatuvar ilaç ve aspirin şeklindeydi.

Oral antikoagülan kullanan hastalarda üst gastrointestinal sistem kanaması gelişme ihtimali kullanmayanlara göre 2.3-4.9 kez daha fazladır. Bu yüzden oral antikoagülan başlanacağı zaman, hastanın ülseri olup olmadığı sorgulanmalıdır. Üst gastrointestinal sistem kanamalarında ilaç kullanım yüzdelerini irdeleyen bir araştırmada bu hastalarda warfarin kullanım oranının %7.4 olduğu görülmüştür (65). Bizim çalışmamızda saptadığımız değer bu ve benzeri çalışmalarda bulunan değerlere göre yüksektir.

Çalışmamızda komorbid hastalığı olmayanların yüzdesi %38 idi. En sık görülen komorbid hastalık ise koroner arter hastalığı idi (%10.67). İkinci sırada yalnızca hipertansiyon (%6.67), üçüncü sırada hipertansiyon ve diabetes mellitus (%6)'a rastlanıyordu. Tek başına diabetes mellitusla başvuru (%4), kronik böbrek yetmezliği (%2), diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı şeklinde komorbid hastalığı olanlar (%3.3), serebrovasküler olay (%1.33), romatizmal hastalık (%1.33), derin ven trombozu (%1), kanser (0.67) oranında rastlanıyordu. Çalışmamızda warfarin kullanımına bağlı üst gastrointestinal sistem kanaması

yüksek oranda çıktığından warfarin kullanımını gerektirecek komorbid hastalığı olanların da sıklığı fazla olmuş olabilir.

Endoskopi sonuçları çalışmamızda şu şekilde idi: Hastaların %14'üne endoskopi uygulanmadı. Bunların da %12.7'sine endoskopi endikasyonu olmadığı için endoskopi uygulanmazken %1.3'üne başka nedenlerden endoskopi uygulanamadı (işlemin hasta tarafından reddi gibi). Sıklık sırasına göre %23 eroziv gastrit, %11.4 eroziv gastrit-gastrik ülser, %7.4 gastrik ülser, %7 duedonal ülser, %6.43 eroziv gastrit-duedonal ülser, %5.10 kanser, %3 gastrit-gastrik ülser, %0.76 gastrik-özefageal varis şeklinde idi. Bizim çalışmamızda da gastrik ülser oranı diğer çalışmalarda olduğu gibi duedonal ülserden fazlaydı ve ilaç kullanımına bağlı gastrit oranına da en fazla rastlandı.

Sonuç olarak üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle acil servislere başvuran hasta popülasyonu oldukça fazla olduğundan ve maliyeti de yüksek olan bir hasta grubu olduğundan, hastalığın ciddiyeti de çok değişken olabildiğinden bu tip hastalara acil serviste triaj esnasında bir sınıflama yapılabilmesi ve bu hastalar risk kategorilerine göre farklı tedaviler ve yaklaşımlar için hemen yönlendirilebilmelidir. Bunu sağlamak için geliştirilmiş olan üst gastrointestinal sistem kanaması için geliştirilmiş risk skorum sistemi faydalı olabilir. Böyle bir ayırım yapılarak ayaktan tedavisi sürdürülebilecek hastaların tedavisi düzenlenerek taburcu edilmeleri sağlanırsa hem tedavi maliyetleri düşecek hem de daha riskli hastalar saptanabildiği için hastalara sarfedilecek zaman ve özenin daha fazla oranda bu hastalara kaydırılabilmesi sağlanacaktır. Bu da mortalite oranlarında azalma ve hata riskinde azalmayı da beraberinde getirecektir.

Bu skorum sistemi geliştirilmişlerse de eksternal güvenilirlik testleri tam olarak tamamlanmamış ve pratikte kullanım bulamamışlardır.

Biz bu çalışmada üst gastrointestinal sistem kanamalarında tüm dünyaca bilinen Rockall ve Blatchford risk skorum sistemlerini acil serviste uygulamayı, acil servise üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran hastaların düşük, orta, yüksek riskli olanlar şeklindeki dağılımlarını görmeyi, hastaların ne kadarının ilk

triajda doğru saptanabildiğini anlamayı, hastaların epidemiyolojik özelliklerini ortaya koymayı, mortalite ile ilişkili bazı risk faktörlerini saptamayı, acil serviste takipte iken mortalite gelişme oranını görmeyi, hastaların koruyucu tedavi alıp almadıklarını irdelemeyi, ne kadarında kardiyak komplikasyonlar geliştiğini saptamayı amaçladık ve bu skorlama sistemlerini acil serviste denemeyi istedik.

Bu çalışma ile üst gastrointestinal sistem kanamalarında acil serviste Blatchford ve Rockall risk skorları uygulandı. Ve bu skorlama sistemlerinin mortalitenin ve yüksek risk gruplarının belirlenmesinde faydalı olduğu görüldü. Özellikle uluslararası tek güvenilirlik belgesi olan ve bizim çalışmamızda da düşük riskli hastaları saptamada ve mortaliteyi tahminde daha etkili olduğu düşünülen Rockall risk skorlama sistemleri gastroenteroloji servislerinde yapılan çalışmalara göre daha fazla oranda yüksek riskli hastanın saptandığı acil servislerde triajda uygulanabilir. Fakat Rockall indeksi daha subjektif verilerle oluşturulmuş olduğundan ve hesaplanması endoskopiye de gerektirdiğinden acil serviste triaj aşamasında kullanılması daha güçtür. Blatchford risk skoru endoskopi gerektirmez ve değişkenleri akılda kalıcı ve numeriktir. Bu sebeple acil serviste kullanımı daha pratik olabilir. Belki ileride erken endoskopi uygulaması yaygınlaşacak ve risk grubu belirlenmesinde rolü olabilecektir. Bu şekilde başka herhangi bir tetkik ve müdahaleye gerek kalmadan risk grupları belirlenebilecektir. Saptanan müspet sonuçlarla birlikte acil servisler için bu sonuçlara destek sağlayacak ve bu skorlama sistemlerinin daha uygulanabilir olmasını sağlayacak daha fazla prospektif çalışmaya ihtiyaç vardır.

ÖZET

Işık, Bahar. S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Uzmanlık Tezi, ANKARA 2011. Acil Serviste Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastalara Genel Bakış. Üst gastrointestinal sistem kanaması ön tanısıyla acil servise kabul edilen hastaların epidemiyolojik özelliklerinin ve mortaliteye etki eden faktörlerin belirlenmesi ve acil serviste bu hastaların Blatchford ve Rockall skorlama sistemleri kullanılarak düşük, orta ve yüksek riskli olarak kategorize edilmesi. Etik kurul onayı alındıktan sonra 6 ay süresince 17 yaş üzeri 150 hastaya ulaşılması planlandı. Bu hastaların kimlik bilgileri ve uygulanacak skorlama sistemleri için gerekli olacak bilgileri elde edildi. Sonrasında endoskopi öncesi Blatchford skorlaması; endoskopi sonrası Rockall skorlama sistemi her hasta için hesaplandı. Ayrıca ilk 24 saat içinde acil serviste tedavi altında iken ölüm gerçekleşen hastalar da kayıt altına alındı. Hastaların ortalama Blatchford risk skoru 10.0; ortalama Rockall risk skoru ise 4.273 idi. Rockall risk skorlama sistemine göre yüksek risk %44.0, orta risk %29.33, düşük risk %26.67 oranındaydı. Blatchford risk skoruna göre ise %23.3 hastanın risk skorlaması 6 puanın altında olup düşük riskliydi. Mortalitenin %6 oranında olduğu görüldü. Hastaların %10.67 oranında ilk değerlendirmede yanlış tanı konduğu görülmüştür. Daha öncesine ait üst gastrointestinal kanama, taze kan kusma, Rockall skoruna göre artan risk, senkopla başvurma, düşük tansiyon arteriyel, düşük hemoglobin seviyesi mortaliteyle ilişkili bulunmuştur. Acil serviste triajda üst gastrointestinal sistem kanamasıyla başvuran hastalarda düşük riskli hastaları saptayarak maliyeti azaltmak, gereksiz yatışları önlemek; yüksek riskli hastaları saptayarak bu hastalara daha iyi bakım sağlamak ve muhtemel hataları önlemek açısından risk skorlama sistemleri kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Üst gastrointestinal sistem kanaması, Rockall skorlama sistemi, Blatchford skorlama sistemi

ABSTRACT

Işık, Bahar. Overview of the patients with upper gastrointestinal bleeding in the emergency department. Health Ministry, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Dept. Of Emergency Medicine, MD thesis, Ankara, Turkey 2011. Determining epidemiological characteristics of the patients admitted to the emergency room with the diagnosis of upper gastrointestinal bleeding and the factors that effect mortality and to categorize these patients by using Blatchford and Rockall scoring systems as low, medium and high risk. During the 6 months after the approval of the ethics committee it is planned to reach 150 patients over the age of 17. The identification information and data which will be necessary for scoring systems were obtained. And than Blatchford scores prior to endoscopy; Rockall sores after endoscopy were calculated for each patient. Also within the first 24 hours the patients who died in the emergency room while under treatment were recorded. The patients's mean Blatchford risk score was 10.0 and the mean Rockall risk score was 4.273. According to Rockall scoring system 44.0%high risk rate, 29.33% medium risk rate and 26.67% low risk rate were detected. And according to Blatchford risk score 23.3% of patients were below 6 points and considered low risk. Mortality rate was seen 6%. In the initial assessment 10.67% of patients were seen misdiagnosed. Previously realized upper gastrointestinal bleeding, vomiting of fresh blood, increasing scores of Rockall scoring system, admitting by syncope, low arterial blood pressure, low hemoglobin level were associated with mortality. Risk scoring systems must be use for the patients presenting emergency room with upper gastrointestinal bleeding to reduce costs,to prevent unnecessary hospital admissions and to provide better care for high risked patients and to avoid errors.

Key Words: Upper gastrointestinal bleeding, Blatchford scoring system, Rockall scoring system.

6. KAYNAKLAR

1. Van Leeradam ME, Rauws AJ. et al: Acute upper GI bleeding: Did anything change? Am J Gastroenterol 98: 1494, 2003.
2. Van Leeradam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2008; 22: 209-224.
3. Fallah MA, Prakash C, Edmundowicz S; Acute gastrointestinal bleeding. Med Clin No0rth Am. 2000 Sep; 84(5): 1183-208. abstract
4. ASGE Standarts of Practice Committee. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper- GI hemorrhage. Gastrointest Endosc 2004; 60(4): 497-504.
5. Ernst AA, Haynes ML, Nick TG, Weiss SJ. Usefullness of the blood nitrogen/creatinine ratio in gastrointestinal bleeding:1999 Am JJ Med 17(1):70-2
6. Alican F. Abdomen: Genel konular. Alican F (ed). Cerrahi Dersleri. 2. Baskı. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık;1998. Cilt 1: 419-491.
7. Alkım H, Şaşmaz N. Akut üst gastrointestinal sistem kanaması. Özden A, Şahin B, Yılmaz U, Soykan İ (ed). Gastroenteroloji. 1. Baskı. Ankara: Fersa Matbaacılık: 2002. 141-148.
8. Gralnek IM. Outpatient management of low-risk nonvariceal upper GI hemorrhage. Are we ready to put evidence into practice. Gastrointest Endosc 2002; 55(1): 131-134.

9. Thomas C. Roland V. Can risk stratification improve the management of acute upper-gastrointestinal bleeding. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14(5): 475-476.
10. Hamoui N, Docherty SD, Crookes PF. Gastrointestinal hemorrhage: is the surgeon obsolete. *Emerg Med Clin North Am* 2003; 21(4): 1017-1056.
11. Brown LM. *Helicobacter pylori*: epidemiology and routes of transmission. 2000. *Epidemiol. Rev.* 22 (2):283-97.
12. Oh DS, Pisegna JR. Management of upper gastrointestinal bleeding. *Clin Fam Pract* 2004; 6(3): 631-645
13. Törüner M. Gastrointestinal hastalıkların belirtileri. Geçim İ E(çeviri ed). *Cerrahinin İlkeleri*. 1. Baskı. Ankara. Antıp; 2004. 1053-1100.
14. Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE, Margaritis VG, Blikas AP, Katsakoulis CE, Nikolopoulou VN. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16: 177-182.
15. Cullen DJ, Hawkey GM, Greenwood DC, et al. Peptic ulcer bleeding in the elderly: relative roles of *Helicobacter pylori* and non steroidal anti-inflammatory drugs. 1997. *Gut* 41(49):459-62.
16. Yachha SK, Khanduri A, Sharma BC, Kumar M. Gastrointestinal bleeding in children. *J Gastroenterol Hepatol* 1996; 11:903.
17. 'Gastritis' University of Maryland Medical Center(University of Maryland Medical System). 2002. Retrieved 2008.10.07

18. Cook DJ, Griffith LE et al. The attribute mortality and lenth of intensive care unit stay of clinically ill patients. *Critical Care* 2001 Dec;5(16):368-75. Epub 2001 Oct S.
19. Caroli A, Falloder R, Gobb V, Breda P, Ricci G. Mallory Weiss syndrome. Personal experience and review of the literature. *1989*.35(1):7-12
20. Weiss S, Mallory GK. Lesions of the cardiac orrifice of the stomach produced by vomiting. *Journal of the American Medical Association* 1932;98: 1353-55.
21. Gökşen Y. Peptik ülser ve stres gastriti. Kalaycı G (ed). Genel Cerrahi. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri: 2002. Cilt 2:973-1003.
22. Allan B. Wolfson, ed(2005), Harwood –Nuss Clinical Practice of Emergency Medicine (4th ed.) pp. 349-352.
23. Peura DA, Lanza FL, Gaustout CJ, et al.(1997). *Am J Gastroenterol*. Bleeding Registry: The American Collage of Gastroenterology. pp. 924.
24. Memişoğlu K. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları. *Türkiye klinikleri J Surg Med Sci* 2005; 1(4): 1-6.
25. Bjorkman DJ, Zaman A, Fennerty MB, Lieberman D, DiSario JA, Guest – Warnick G. Urgent elective endoscopynfor acute non-variceal upper GI bleeding: an effectiveness study. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(1): 1-8.
26. Writting MD, Ladger L, Heins AE, et al: ED predictors of upper gastrointestinal tract bleeding in patients without hematemesis. *Am J Emerg Med* 24: 280, 2006.
27. Barkun A, Bardou M, Marshall JK: Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 139:843, 2003.

28. Graber CJ et. al. (2007). ' A stitch in time-A64 year old man with an historynof coronary artery disease and peripheral vasculerbdisese was admitted to the hospital with a several month history of fivers, chills and fatigue' New Eng J Med 357(10):1029-34.
29. Writting MD, Ladger L, Heins AE, et al: Usefullness and validity of diagnostic nasogastric aspiration in patients without hematemesis. Ann Emerg Med 43:525, 2004.
30. British Society of Gastroenterology Endoscopy Commitee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. Gut 2002;51: iv1-iv6
31. Aljebreen AM, Fallone CA, Barkun A. Nasogastric aspirate predicts high risk endoscopic lesions in patients with acute upper GIbleeding. Gastrointest Endosc 2004; 59(2): 172-178.
32. Türel Ö. Gastrointestinal kanamalar. Kalaycı G(ed). Genel Cerrahi. 1. Baskı. İstanbul. Nöbel Tıp Kitabevleri; 2002. Cilt 1: 271-282.
33. Gökşen Y. Peptik ülser ve stres gastriti. Kalaycı G (ed). Genel Cerrahi. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri: 2002. Cilt 2:973-1003.
34. Akhras J, Patel P, Tobi M. (March 2007). Dieulafoy's lesion-like bleeding: an underrecognized cause of upper gastrointestinal hemorrhage in patients with advanced liver disease. Dig. Dis. Sci. 52(3):722-6.
35. Bass BL, Turner DJ. Acute gastrointestinal hemorrhage. Townsend CM (ed). Sabiston Textbook of Surgery. 17th edition. Philedelphia: Saunders Company; 2004. 1244-1255.
36. Das A, Wong RCK. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: areview of risk scores and predictive models. Gastrointest Endosc 2004; 60(1):85-93.
37. Rockall TA et. al. (1996). Risk assessment after upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 38:316-321.

38. Vreeburg EM et.al. (1999). Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. *Gut* 44: 331-335.
39. I Chuan Chen, Ming Szu Hunq, Te-Fa Chiu, Jih Chanq Chen, Chenq Tinq Hsio. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *American Journal of Emergency Medicine* 2007. Volume 25, pages 774-779.
40. Sung JJY. The role of acid suppression in the management and prevention of gastrointestinal hemorrhage associated with gastroduodenal ulcers. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32(3): 11-23.
41. Saeed ZA et. al. (2000). Prospective validation of the Baylor bleeding score for predicting the likelihood of rebleeding after endoscopic hemostasis of peptic ulcers. *Gastrointest Endoc* 41:561-565.
42. Blatchford O et. al. (2000). Arisk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal hemorrhage. *Lancet* 356:1318-1321.
43. Stanley A, Ashley D, Dalton H, Mowat C, Gaya D, Thompson E, Warshow U, Groome M, Cahill A, Benson G, Blatchford O, Murray W. Outpatient management of patients with low risk upper gastrointestinal haemorrhage: *Lancet*. 2008 Dec 15.
44. Adamopoulos AB, Baibas NM, Efstathiou SP, Tsioulos DI, Mitromaras AG, Tsami AA, Mountokalakis TD. Differentiation between patients with acute upper gastrointestinal bleeding who need early urgent gastrointestinal endoscopy and those who do not. A prospective study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15:381-387.
45. Ferguson JW, Tripathi D, Hayes PC: Review article. The management of acute variceal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 18: 253, 2003.

46. Dorward S, Sreedharan A, Leontiadis GI, Howden CW, Moayyedi P, Forman D. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding 2006;(4): Cochrane database of systematic reviews.
47. Bardou M, Toubouti Y, Benharberou-Brun D, et al; Meta-analysis: proton pump inhibition in high risk patients with acute peptic ulcer bleeding, *Aliment Pharmacol Ther* 21: 677, 2005.
48. Santander C, Gravalos RG, Gomez-Cedenilla A, et al: Antimicrobial therapy for *Helicobacter pylori* infection versus long-term maintenance antisecretion treatment in the prevention of recurrent hemorrhage from peptic ulcer: prospective nonrandomized trial on 125 patients. *Am J Gastroenterol* 91: 1549, 1996.
49. Laheij LGM, Van Rossum, Jansen, Straatman, Verbeek. Evaluation of treatment regimens to cure *Helicobacter pylori* infection –a meta analysis.2001.*Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. Volume 13. Issue 7. 857-864.
50. Frossard JL, Spahr L, Queneau PE, et al; Erythromycin intravenous bolus infusion in acute gastrointestinal bleeding: a randomized controlled double-blind trial, *Gastroenterology* 123: 17, 2002.
51. Corley DA, Stefan AM, Wolf M, et al: Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 93: 336, 1998.
52. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, et al: Outpatient management of patients with low-risk upper gastrointestinal haemorrhage: multicentre validation and prospective evaluation. *Lancet* 373: 42, 2009.

53. Romagnuolo J, Bakun AN, Enns R, et al: Simple clinical predictors may obviate urgent endoscopy in selected patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *Arch Intern Med* 167: 265,2007.
54. Writting MD, Ladger L, Heins AE, et al: Usefulness and validity of diagnostic nasogastric aspiration in patients without hematemesis. *Ann Emerg Med* 43:525, 2004.
55. Lau JYW, Chung CSC. Hematemesis and melena. Weinstein W, Hawkey C, Bosch J (ed). *Clinical gastroenterology and hepatology*. 1. St ed. Philadelphia: Mosby; 2004. 112-118.
56. Douglass A, Bramble MG, Barrison I. National survey of UK emergency endoscopy units. *BMJ* 2005; 330(7498): 1000-1001.
57. Vreeburg EM, Terwee CB, Snel P, Rauws EAJ, Bartelsman JFWM, Meulen JHP, Tytgat GNJ. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. *Gut* 1999; 44:331-335.
58. Klebl F, Bregenzner N, Schöfer L, Tamme W, Langgartner J, Schölmerich J, Messmann H. Risk factors for mortality in severe upper gastrointestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis* 2005;20:49-56.
59. David M. I, Alexander J. V. T, Koon K. S, Neville D. Y, Robert Y. M. C: *J Gastroenterol Hepatol*. 2008; 23(6): 938-942.
60. Cipotella L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R, Piscopo R. Outpatient management for low risk nonvariceal upper GI bleeding: A randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2002; 55(1): 1-5.
61. Camellini L. Comparison of three different risk scoring systems in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Liver Dis* 2004; 36(4):271-277(Abstract).

62. Selim N, Eylem Ç, Hakan T, Mustafa K. Prognostic value of mean platelet volume in patient with upper gastrointestinal bleeding: *Cent Eur J Med*; 4(2) 2009; 208-211.
63. Brullet E, Campo R, Calvet X, Guell M, Garcia-Monforte N, Cabrol J. A randomized study of the safety of outpatient care for patients with bleeding peptic ulcer treated by endoscopic injection. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(1): 15-21.
64. Zaitman C, Souza HS, Castro ME, Sobral Mide F, Dias PC, Lemos V. *Arq Gastroenterol* 2002 Apr-Jun; 39(2):74-80.
65. Papatheodoridis G. V, Papadelli D, Cholongitas E, Vassilopoulos D, Mentis A, Hadziyannis S.J. Effect of the *Helicobacter pylori* infection on the risk of upper gastrointestinal bleeding in users of NSAIDs. *Am J Med* 2004; 116: 601-605.
66. Leslie Kobayashi, MD. Original article: A comprehensive review of upper GI and small bowel bleeding: The role of modern imaging technology and advanced endoscopy. *J Surg Rad* Jan 2011: Page: 1-110.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Bahar IŞIK

Doğum Yeri-Tarihi : Uşak-24/04/1975

Medeni Hali : Bekar

Adres : Dik sk. Uğur Ap. No:3/4 /Aydınlıkevler/ANKARA

Telefon : 0505 93 83 226

E posta : drbaharisik7@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi KONYA

Görev Yerleri :Rize 4no'lu Merkez Sağlık Ocağı

İzmit Merkez Sağlık Ocağı

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğt. ve Arş. Hastanesi-ANKARA

Dernek Üyelikleri : -

Yabancı Dil : İngilizce

EKLER

EK -1 . ETİK KURUL ONAYI

27- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İmmünoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Emin Ümit BAĞRIACIK' a ait "Tiroid Stimüle Edici Hormonun Tiroid Stimüle Edici Hormon Reseptörü ile Olan Etkileşiminin Biyolojik Sonuçlarının Mezenkimal Kök Hücreler Üzerine Etkileri (Biological Consequences of TSH Interactions with The TSHR in Mesenchymal Stem Cells)" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

28- 2. KBB Kliniğinden Asistan Dr. Yusuf DÜNDAR' ın sorumlu araştırmacı olarak yürüteceği "Semptomsuz Ağır Tıkayıcı Uyku Apnesi (TUA) Hastaları ile Semptomatik Tıkayıcı Uyku Apnesi Sendromu (TUAS) Olan Hastaların Karşılaştırılması" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

29- 2. KBB Kliniğinden Asistan Dr. Yusuf DÜNDAR' ın sorumlu araştırmacı olarak yürüteceği "Adenoidektomi Sonrası Rezidü Adenoid Dokusunun Değerlendirilmesinde İntraoperatif Endoskopik Muayenenin Değeri" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

30- 2.Beyin Cerrahi Kliniğinden Doç.Dr. Uygur ER' e ait "Servikal Laminoplastide Ne Kadar Alan Kazanmalı, Ne Yükseklikte Greft Kullanılmalı" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

31- Kardiyoloji Kliniği, Göğüs Hastalıkları Kliniği ve 3.Nöroloji Kliniğinin ortaklaşa yürüteceği "Kriptojenik Strok Vakalarında Obstrüktif Uyku Apne Sıklığının Belirlenmesi" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

32- Kardiyoloji Kliniği, Göğüs Hastalıkları Kliniği ve 3.Nöroloji Kliniğinin ortaklaşa yürüteceği "Akut Myokard İnfarktüsü Sonrası Uyku Paterninin Myokard İyileşmesi Üzerine Etkisi" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

33- Radyoloji Kliniği Asistanı Dr.İdil GÜNEŞ TATAR' a ait "Acil Tomografi Çekilen Hastalarda İstem Formlarının ve Radyoloji Raporlarının Analizi" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

34- Hematoloji Kliniğinden Uz. Dr. Murat ALBAYRAK' a ait "Striking Promotion of the in Vitro Myeloma Monoclonal Immunoglobulin Aggregation by Ankaferd Hemostat" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

35- Acil Servis Kliniğinden Asistan Dr. Jale ŞEN' e ait "Acil Serviste Başvuran Travmalarda Ürogenital Yaralanmaların Değerlendirilmesi" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

36 Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniğinden Doç.Dr. Tulga ULUS' un sorumlu araştırmacı olarak yürüteceği "Aort ve Mitral Kapak Dokularında Mezenkimal Kök Hücre Araştırılması" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

37- Hastanemizde çalışan Hemşire Seda DUMAN' ın Yoğun Bakımlarda yürüteceği "Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Hasta Düşmeleri ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

38- Acil Tıp Kliniğinden Asistan Dr. Bahar IŞIK' a ait "Acil Serviste Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastalara Genel Bakış" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

39- Hastanemizde çalışan Hemşire Seher TURSUNOĞLU' nun Yoğun Bakımlarda yürüteceği "Farklı Yoğun Bakım Ünitelerindeki Hemşire İş Yükünün Hasta Mortalitesi Üzerine Etkisi" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

40- Radyoloji Kliniği Asistanı Dr.İdil GÜNEŞ TATAR' a ait "Spinal MRG Tetkiklerinde Saptanan Ekstrapinal Bulguların Değerlendirilmesi" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

41- Nefroloji Kliniğinden Asistan Dr. Barış ESER' e ait "Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Hastalarında Ekokardiografik Parametreler ve Karotis İntima-Media Kalınlığı ile Fibroblast Büyüme Faktörü-23 (FGF-23) Arasındaki İlişki" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

42- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğinden Uz.Dr. Deniz DÜLGEROĞLU ERDOĞDU' nun sorumlu araştırmacı olarak yürüteceği "Kadınlarda Nedeni Açıklanamayan Kas-İskelet Sistemi Ağrılarının İrdelenmesi" konulu çalışma incelenmiş olup Etik Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.

Ek- 2. ÜST GİS KANAMALI HASTA İNCELEME FORMU

ÜST GİS KANAMALI HASTA İNCELEME FORMU

Hastanın Adı:

BİM Numarası:

Acile Başvuru Şikayeti:

BLATCHFORD NONENDOSKOPIK RİSK SKORU Daha öncesine ait üst gis kanaması

Hastanın Başlangıçtaki Hemoglobin Düzeyi: Daha öncesine ait ülser

Kan Üre Azotu: Nabız: Sistolik Kan Basıncı:

Senkop Veya Melena Varlığı:

Hepatik Hastalık Veya Kardiyak Yetmezlik:

Hastanın Yaşı: 65 Yaş Üstü _ Evet/Hayır

Komorbid Hastalık Varlığı:

Kusmuk Veya Nazogastrik Tüp Aspiratında Taze Kan Varlığı:

Genel Durum Bozukluğu Veya Şokla Başvuru:

Transfüzyon İhtiyacı:

Endoskopi Uygulandı mı? _ Evet/Hayır

ENDOSKOPI SONUCU

-Gastrik Ülser

-Duedonal Ülser

-Varis(gastrik+özefajial)

-Erozif Gastrit

-Diğer

-Yapılamadı

-Gastrik+duedonal ülser

-Kanser

-Total

İlaç Kullanımı:warfarin/heparin/aspirin/NSAİD/cox 2

inhibitörü/clopidogrel/SSRI/Alkol kullanımı

KANSER / VASKÜLER LEZYON /KANAMA BOZUKLUĞU /AİLEDE GİS KANAMASI/KİLO KAYBI VARLIĞI

Troponin Düzeyi: h2res.blk/proton pom. inh. kullanımı: EKG: Trombosit sayısı:

Platelet sayısı: INRdüzeyi: AST, ALT Düzeyi:

MPV düzeyi:



2011-

ACİL TIP UZMANLIK TEZİ

Dr. Bahar IŞIK