



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

1. İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

KLİNİK ŞEFİ : Doç.Dr.Tufan TÜKEK

**ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASI GEÇİREN  
GERİATRİK HASTALARIN UZUN SÜRELİ TAKİPTE  
MORTALİTE VE TEKRAR KANAMA AÇISINDAN  
İNCELENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR.ŞENGÜL AYDIN

İSTANBUL- 2011



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

1. İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

KLİNİK ŞEFİ : Doç.Dr.Tufan TÜKEK

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASI GEÇİREN  
GERİATRİK HASTALARIN UZUN SÜRELİ TAKİPTE  
MORTALİTE VE TEKRAR KANAMA AÇISINDAN  
İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR.ŞENGÜL AYDIN

TEZ DANIŞMANI: Doç.Dr.TUFAN TÜKEK

## ÖNSÖZ

İç Hastalıkları uzmanlık eğitimim süresince tıbbi bilgi ve deneyimlerimin artması için katkılarını esirgemeyen, yakın ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim, tezimin hazırlık aşamasında her türlü yardımı ve kolaylığı sağlayan çok değerli hocam **Sayın Doç. Dr.Tufan TÜKEK'e** saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Rotasyon eğitimlerim süresince bilgi ve deneyimlerimden yararlandığım sayın Prof.Dr.Levent Kart'a, sayın Uzm.Dr.Taner Yıldırım'a, sayın Doç.Dr.Zafer Ünsal Coşkun'a teşekkürlerimi sunarım .

Eğitimimin büyük bir bölümünü tamamladığım eski Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesinde birlikte çalışma fırsatı bulabildiğim ve şimdi bir çoğu ile yollarımızın ayrı düştüğü tüm uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma, hemşire ve personel arkadaşlarıma, sonradan aralarına katılmış olmamıza rağmen gülen yüzleri ve samimiyetleri ile bize hiç yabancılık hissettirmeyen birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniği uzman doktorlarına, asistan doktorlarına, hemşire, personel ve sekreterimize sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Ve çok uzun süren eğitimim süresince benimle birlikte sevinen, bazen üzülen, uykusuz kalan, yorulan ama hiç şikayet etmeyen her zaman sonsuz desteklerini ve sevgilerini hissettiğim canım annem ve babama, kilometrelerce uzakta olmasına rağmen ilgisi ve sevgisini hiç esirgemeyen ve tezimin hazırlanmasında emeği geçen kız kardeşim Kader'ime, sevgili Anıl'ıma, sabrı, anlayışı ve sevgisi için Bora'ya teşekkürlerimi sunarım...

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
VERİ VE YÖNTEM.....	24
BULGULAR.....	27
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	40
KAYNAKLAR.....	46

## ÖZET

Üst gastrointestinal sistem kanaması geçiren geriatric hastalar demografik özellikleri, kan transfüzyon ihtiyaçları, kanamaya neden olan lezyonlar, hastanede yatış süreleri, erken dönem ve uzun süreli takipte mortalite ve tekrar kanama açısından incelendi. Hastalar daha önce GİS kanama geçirmiş olanlar ve geçirmemiş olanlar olarak iki gruba ayrıldı. Ağustos 2009 – Ağustos 2010 tarihleri arasında, İç Hastalıkları Kliniğinde üst gastrointestinal sistem kanama tanısı almış 70 yaş ve üzeri 81 hasta alındı. Hastalar 1 yıl boyunca takip edildi. Transfüzyon ihtiyacı hemoglobin düzeyi 10 gr/dl üzerinde olacak şekilde belirlendi. İstatistik analiz için yüzde dağılım, kategorik verilerin değerlendirilmesinde Spearman, numerik verilerin değerlendirilmesinde Pearson testi kullanıldı. Demografik ve klinik parametreler hastaların ortalama yaşı  $78.07 \pm 6.03$ , kadın /erkek oranı 1.25, ortalama hastanede kalış süresi erkeklerin  $7.37 \pm 4.38$ , kadınların  $7.08 \pm 4.31$ , ortalama kan transfüzyonu ihtiyacı  $2.56 \pm 2.11$  ünite idi. 25 hastanın anamnezinde daha önce GİS kanama geçirme, 36'sında gastrotoksik ilaç (NSAİİ; aspirin, naproksen, diklofenak, meloksikam ve diğer) kullanım öyküsü vardı. Erken dönem mortalite %5, 1 yıllık takip sonu mortalite %27 idi. Endoskopi yapılabilen hastaların 20'sinde antral gastrit, 11'inde duodenal ülser, 22 sinde antral gastrit ve duodenal ülser, 6'sında mide Ca, 1'inde özofagus Ca, 2'sinde özofagus varis, 1' inde mallory weiss yırtığı, 1'inde özofagus hemanjiom, 3'ünde pangastrit ve 3 hastada da normal endoskopik bulgular saptandı. Daha önce GİS kanama geçiren ve geçirmeyen gruplar arasında mortalite açısından anlamlı bir fark yoktu ( $p > 0.05$ ). Bir yıllık takipte daha önce GİS kanama geçirmiş 25 hastanın 10'u (%40), daha önce GİS kanaması geçirmemiş 52 hastadan 8'i (%15) tekrar GİS kanaması geçirdi. Daha önce GİS kanama geçirmiş olanların 1 yıl içerisinde GİS kanaması geçirme oranı daha yüksek bulundu ( $p = 0.017$ )

Daha önce GİS kanama geçirmiş olmanın 1 yıl içerisinde tekrar GİS kanama geçirme olasılığını artırdığı fakat mortalite üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür.

Aynı zamanda geriatrik popülasyonun literatürle karşılaştırıldığında normal yaş grubundaki hastalara göre hastanede yatış süresinin daha uzun olduğu, kanama nedenleri arasında malignitenin önemli bir yer tuttuğu ve bir yıllık mortalite oranının yüksek olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelime:** GİS, Kanama, Yaşlı hasta



**RESEARCH ON GERIATRIC PATIENTS UNDERGOING  
UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN TERMS OF  
MORTALITY AND RE-BLEEDING AT THE LONG TERM  
FOLLOW-UP**

**(ABSTRACT)**

The demographic characteristics, the need of blood transfusion, the lesions that are causing bleeding, and the duration of hospital stay of the geriatric patients who are undergoing upper gastrointestinal system bleeding were evaluated in terms of mortality at early and long-term follow-up and re-bleeding. Patients were grouped in two as the ones who have suffered gastrointestinal bleeding previously, and those who did not suffer. 82 patients aged 70 and above, who were hospitalized between the dates August 2009 to August 2010 in Internal Medicine Clinic with a diagnosis of upper gastrointestinal bleeding, were enrolled to the study. Patients were followed up for 1 year. The hemoglobin level above 10gr/dl was determined as a criterion for the need of blood transfusion. Statistical analysis was done by using percent of the distribution. Spearman's test was used for the evaluation of categorical data, and Pearson's test was used for the evaluation of numerical data. Demographic and clinical parameters were the average age of patients:  $78.07 \pm 6.03$ , Female/Male: 1.25, the duration of hospital stay for males:  $7.37 \pm 4.38$  days, and for females:  $7.08 \pm 4.31$  days, the average need of blood transfusion:  $2.56 \pm 2.11$  units. A history of previous GIS bleeding was in 25 patients' anamnesis, and a history of use of gastric drugs (NSAII, aspirin, naproxen, diclofenac, meloxicam and others) was in 36 patients. The early mortality was 5%, and at the end of one year follow-up the mortality was 27%. Within the patients whom the endoscopy could be performed, antral gastritis for 20 patients, duodenal ulcer for 11 patients, antral gastritis and duodenal ulcer for 22 patients, gastric Ca for 6 patients, esophagus Ca for 1 patient, esophageal varices for 2 patients, mallory weiss tear for 1 patient, esophagus

hemangioma for 1 patient, pangastrit for 3 patients, and normal endoscopic findings for 3 patients were diagnosed. There were no significant differences between the groups who had GIS bleeding previously and who did not have in terms of mortality ( $p>0.05$ ). 10 of 25 patients (40%) who previously had undergone GIS bleeding, 8 of 52 patients (% 15) who previously had not undergone GIS bleeding suffered GIS bleeding again at the one-year follow up.

The rate of having GIS bleeding again with in 1 year for the patients who previously underwent GIS bleeding was found higher ( $p=0.017$ ). Undergoing GIS bleeding previously increases the risk of having GIS bleeding again within 1 year, but had no effect on mortality was seen. At the same time, for the geriatric population according to the normal age group of patients compared with the literature, the duration of hospital stay was longer, the malignancy was very important between the causes of bleeding and the rate of one-year mortality was high.

**Key Word:** Bleeding, GIS, Old Patient

## TABLolar LİSTESİ

TABLO - 1	GİS kanama nedenleri .....	30
TABLO - 2	Ortalama kan transfüzyonu sayısı .....	31
TABLO - 3	Ortalama yatış süresi.....	33
TABLO – 4	Daha önce GİS kanama geçiren hastaların .....	34
	hastaneden çıkış şekilleri	
TABLO – 5	GİS kanama anamnezi olan ve olmayan hastaların.. ....	36
	1 yıllık takip sonu mortaliteleri	
TABLO – 6	1. yıl sonunda hastaların ölüm nedenleri.....	37
TABLO – 7	1 yıllık takipte tekrar kanayan hastaların mortaliteleri...	37
TABLO – 8	Endoskopi bulgularına göre mortalite oranları.....	38

## ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL – 1	GİS kanamalı hastalarda cinsiyet dağılımı.....	27
ŞEKİL - 2	Cinsiyet-yatış süresi dağılımı.....	28
ŞEKİL – 3	Geçirilmiş GİS kanama anamnezi.....	28
ŞEKİL – 4	Endoskopi bulguları.....	29
ŞEKİL – 5	GİS kanama nedenleri.....	30
ŞEKİL – 6	Endoskopi bulgularının dağılımı.....	31
ŞEKİL – 7	Hastalara yapılan transfüzyon sayılarının dağılımı.....	32
ŞEKİL – 8	Hastane mortalitesi.....	32
ŞEKİL – 9	Transfüzyon sayısı – süre ilişkisi.....	33
ŞEKİL – 10	Cinsiyet mortalite dağılımı.....	34
ŞEKİL – 11	1 yıllık takipte tekrar kanama sayısı.....	35
ŞEKİL – 12	1 yıllık takip sonu mortalite.....	36
ŞEKİL – 13	Endoskopi bulgularına göre mortalite oranları.....	38
ŞEKİL – 14	Hastaneden taburcu edilen hastaların endoskopi.....	39
	sonuçlarına göre 1 yıl sonundaki mortalite oranları	

## KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	Adrenokortikotropik hormon
AIDS	Edinsel immün yetmezlik sendromu
ALT	Alanin aminotransferaz
AST	Aspartat aminotransferaz
aPTT	Aktive parsiyel tromboplastin zamanı
AVM	Arteriovenöz malformasyon
BUN	Serum üre nitrojeni
CA	Kanser
CREST	kalsinozis, raynoud's, özoagus, sklerodaktili, telenjektazi
DM	Diyabetes mellitus
EKG	Elektrokardiyografi
GİS	Gastrointestinal sistem
H2RA	Histamin 2 reseptör antagonisti
H2	Histamin 2
H. Pylori	Helikobakter pylori
HTC	Hematokrit
İKH	İskemik kalp hastalığı
İV	İntravenöz

KBY	Kronik böbrek yetmezliği
KKY	Konjestif kalp yetmezliği
KOAH	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
LDH	Laktat dehidrogenaz
ml	Mililitre
mmHg	Milimetreciva
MSS	Merkezi sinir sistemi
NSAİİ	Non steroid antiinflamatuvar ilaç
OAK	Oral antikoagülan
OP	Oral
ÖVK	Özofagus varis kanaması
PPI	Proton pompa inhibitörü
PT	Protrombin zamanı
SPSS	Statistical for social sciences
SVO	Serebro vasküler olayı
TDP	Taze donmuş plazma
TİPS	Transjuguler intrahepatik portosistemik şant

## GİRİŞ ve AMAÇ

Gastrointestinal sistem kanamalarında mortalite ve morbidite oranları yaşlılarda gençlerden daha fazladır. Yaşlanma olayı, komorbidite oranında artma, kanayan lezyonların gelişimini sağlayan ilaçların kullanılmasının artması yaşlılarda GI kanama oluşumunu arttırır. Genç hastalarda da görülen kanama unsurlarının bir kısmı yaşlı hastalara özgüdür. Genç hastalarda olduğu gibi, klinik görünüm, spesifik gastrointestinal belirtilerin bulunmadığı anemiden hayatı tehdit eden masif kanamaya kadar değişebilir. Yaşla ağrı algılanmasında değişme ve atipik klinik görünümle nedeniyle bazı gastrointestinal bozukluklar gençlerle karşılaştırıldığında yaşlılarda farklılıklar gösterebilir. Yaşlılarda GIS kanamanın değerlendirme ve tedavisi özellik ve giderek artan klinik zorluk göstermektedir(1).

20. yüzyılda, üst GİS kanama görülen yaşlı hastaların sayısında çarpıcı ve sürekli artış olmuştur. Bu artış sadece demografik değişiklikler temelinde açıklanamaz. 60 yaş üzerindeki bütün akut üst GİS kanamalı vakaların %35-45 ini, oluşturmaktadır. Yoğun bakım üniteleri, hemodinamik izleme, endoskopik ve anjiyografik önlemlerdeki düzelmelere rağmen Amerika'da 1960'dan beri üst GIS kanamalardan ölüm oranı yaşlılarda yaklaşık %10'dur. Mortalite oranlarında önemli azalmanın olmaması etkilenen popülasyonun yaş dağılımı değişimini yansıtabilir. Yaş arttıkça mortalite oranı artmaktadır(1).

60 yaş üstü gastrointestinal kanamalı yaşlı hastalarda morbidite ve hastanede yatış süreleri de artmıştır. Ek olarak genç hastalarda görülen kardiyak, nörolojik ve renal komplikasyonlarda da artış bulunmaktadır. Sepsis, olumsuz etkilenme ve transfüzyon sayısı da fazladır. Tekrar kanama riski de artmıştır(2).

70 yaş ve üstü geriatric hastalarda üst gastrointestinal sistem kanamalarının sürvi ve tekrarlama oranı, yatış süresini ve mortaliteyi etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile Bezmialem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları

Kliniğinde üst gastrointestinal sistem kanaması tanısıyla yatırılan 70 yaş üstü 81 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Ve hastalar 1 yıl boyunca takip edilmiştir.



## GENEL BİLGİLER

Üst GİS kanamaları, ösofagusun üst kısmı ile Treitz ligamanı arası herhangi bir yerden lümen içine olan kanamalardır. Üst GİS kanamaları hemen hemen her zaman organik bir lezyonun belirtisi ve habercisidir.

### EPİDEMIYOLOJİ

Büyük çoğunlukla mukozal erozif hastalıktan kaynaklanan akut üst GİS kanamalarının, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yıllık ölümlerin 20000 kadarından sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Akut üst GİS kanaması ile ilgili genel insidansın, 100000 hastaneye kabul edilme başına yaklaşık 100 kadar bir yıllık hastaneye yatırılma oranı ile birlikte olduğu tahmin edilmektedir(2). Üst GİS kanama insidansı yaşlı insanlarda yükselmektedir. Yapılan bir çalışmada, üst GİS kanaması bulunan hastaların %30 kadarını 65 yaşından büyüklerin oluşturduğu bulunmuştur (3).

### ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALI HASTAYA YAKLAŞIM

GİS kanamalı hastaya yaklaşımda en önemli nokta kanamanın yeri ve miktarının belirlenmesidir. İyi bir anamnez ve fizik muayene sonrasında endoskopi ve gerekirse diğer görüntüleme yöntemlerine başvurmak gerekir.

Üst GİS kanaması ile acil servise başvuran hastayı değerlendirirken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta kanama sebebinin ÖVK olup olmamasıdır. Ne şikayetle gelirse gelsin (melana, hematemez) splenomegalisi mevcut hastalar özofagus varis kanaması olarak kabul edilmeli ve tedavi edilmelidir. Hastada portal hipertansiyon ve siroz bulguların saptanması da tanımızı kuvvetlendirir. Kesin tanı

endoskopi ile konular. Unutulmamalıdır ki karaciğer sirozlu bir hastada tek üst gis kanama sebebi varisler değildir. Diğer nedenlerde gözlenebilir, ancak varis kanamalarında prognoz kötü olduğu için hasta özofagus varis kanaması olarak kabul edilmeli ve en kısa zamanda endoskopi yapılmalıdır(6).

### **Anamnez**

Koyu kahverengi kusma(kahve telvesi gibi), öğürtüyle birlikte ağızdan kırmızı renkli kan gelmesi, siyah katran şeklinde dışkılama üst GİS kanaması olabileceğini akla getirmelidir. Ancak aktif üst GİS kanamalarında da makattan kırmızı renkli kanama olacağı gibi ince barsak ve sağ kolondan olan kanamalarda da melana olabileceği akılda tutulmalıdır(7).

Hasta kanama öncesinde epigastrik bölgede yemek ya da antiasid ile geçen ağrı tanımlıyor ise peptik ülser, yoğun alkol alımı veya non-steroid antiinflamatuvar ilaç anemnezi mevcut ise erozif hemorajik gastrit öncelikle düşünülmelidir. Büyük cerrahi girişim, ağır kafa travması, yanık gibi stres nedenleriyle karşı karşıya kalan hastalarda da erozif gastrit düşünülmelidir. Yoğun alkol alımına ya da başka nedenlere bağlı sürekli bulantı, kusma ve öğürtüsü olan hastada Mallory-Weiss sendromu, dudaklarında telenjektazileri ve aile anemnezinde sık burun kanaması olan hastada Osler-Weber-Rendu hastalığı akla gelmelidir. Aort anevrizması nedeniyle cerrahi müdahale geçiren kişide melana görüldüğünde aorta-enterik fistül olabileceği hatırlanmalıdır. Ciltte peteşileri ve üremik frost' u olan kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda arterio venöz malformasyon(AVM) akla gelmelidir. Karaciğer sirozu olan hastalarda varis kanaması ön planda düşünülür ise de bazı çalışmalarda %40-50 oranında varis dışı kanama olabileceği bildirilmiştir(7).

### **Fizik muayene**

Ağızdan kırmızı renkli kan geldiğini söyleyen hastada orofaringeal bölge ve solunum sistemi mutlaka değerlendirilmelidir. Kronik karaciğer hastalığının periferik bulguları olan hastada özofagus varis kanaması, telenjektaziler varlığında Osler

Weber Rendu hastalığı, kaşeksi ve ele gelen abdominal kitle varlığında malignite akla gelmelidir(6).

Nazogastrik tüpten devamlı kırmızı renkli kan aspire edilmesi, sıvı replasmanı ve kan transfüzyonuna rağmen santral venöz basıncın normal seviyede (4-8cmsu) tutulamaması, sırt üstü yatan hastanın 2-3 dakika oturur pozisyona getirilmesi ile nabız dakika sayısının 20'den fazla artması, göz kararması, fenalık hissi tanımlaması ve sistolik tansiyonun 15mmHg'dan fazla düşmesi (tilt testi) kanamanın devam ettiğini gösterir(7).

### **Laboratuvar bulguları**

İlk istenecek tetkikler tam kan sayımı, kan grubu ve koagülasyon durumunun belirlenmesine yönelik tetkikler olmalıdır. Ancak ilk hematokrit değeri, gerçeği yansıtmayabilir. Bunun sebebi kanama ile birlikte hem plazma hem de eritrosit kaybının olması ve oranın değişmemesidir. 24-48 saat sonra endojen ve eksojen yolla intravasküler sıvı kaybı düzeltildiği zaman hematokrit değeri gerçek değeri gösterir. Hastada mikrositoz ve düşük hematokrit değeri kronik kan kaybını gösterir. Trombositopeni, otoimmün hastalıkları, kemik iliğine ait hastalıkları, portal hipertansiyon ile birlikte splenomegaliyi, protrombin zamanında uzama ise kronik karaciğer hastalıkları, malnutrisyon ve warfarin kullanımını akla getirmelidir. Anormal karaciğer enzim yükseklikleri karaciğer sirozu ve portal hipertansiyonu düşündürmelidir(6).

### **Takip ve tedavi**

Gastrointestinal sistem kanaması geçiren kişi riskli olsun veya olmasın en az üç gün yatak istirahatine alınmalıdır. Risksiz hasta bu süreyi evinde geçirebilir(7).

Kalın iğne ile damar yolu açılmalı, arteriyel tansiyon ölçümü, nabız dakika sayısı ve basit fizik muayene bulguları (soluk mu, terli mi, dispneik mi, ajitasyonu, konfüzyonu var mı? vb ) ile hızlı bir değerlendirme yapılarak riskli bir hasta olup olmadığı anlaşılmalı çalışılmalıdır. Yaşlı dispneik olan hastaya oksijen inhalasyon

tedavisi başlanmalı, aneminin ortaya çıkarabileceği koroner iskemi yönünden elektrokardiyografi(EKG) çekilmelidir.

Kaybedilen sıvının derhal yerine konulması sağlanmalıdır. Bu arada laboratuvar tetkikleri yapılmalı, kan grubu tayini için kan örneği alınmalıdır. Gerekli görülen hastaya kan ya da kan ürünleri verilmelidir. Verilecek paranteral sıvı içinde %5 dextroz, izotonik sodyum klorür veya laktatlı ringer solüsyonu olmalıdır. Şoktaki veya şoka eğilimli hastalarda kan buluncaya kadar volüm genişletici dekstran solüsyonları (makrodeks, reomakrodeks) kısa süre için verilebilir. Bu hastalarda şok nedeni hipovolemi olduğundan volüm replasmanı yapılmalı, vazokonstriktörler uygulanmamalıdır. Hastanın idrar miktarı takip edilmelidir. İdrar miktarı saatte 30-35 ml, yani günde 800 ml'den az olmamalı, bunu sağlayacak kadar sıvı verilmelidir(6).

Her hastada nazogastrik sonda ve lavaj konusu tartışmalıdır. Çünkü soğuk su ya da vazokonstriktör maddeler ile midenin yıkanmasının bir yararı olmadığı görülmüştür. Ayrıca nazogastrik sondanın uzun süre takılı kalması ülserasyona ve gastroözofageal reflü gelişimine neden olabilir. İlk 24 saat içerisinde gastroskopi yapma imkanı bulunan merkezlerde nazogastrik sonda takılmayabilir. Mide aspiratı kahve telvesi ya da kırmızı kan şeklinde ise tanı ve tedavi amacıyla uygulanacak olan endoskopik incelemelere hazırlık için oda sıcaklığındaki su ile yıkanmalıdır. Riskli hastada endoskopik tektik yapıncaya ya da kritik dönem olan ilk 48 saat sonuna kadar, kanamanın takibi amacıyla sonda yerinde bırakılabilir. Nazogastrik sonda takarak mide içeriğini görmek ayırıcı tanı için yararlıdır. Üst GİS kanamalarının %25'inde nazogastrik aspirat temiz gelebilir. Duodenum içeriğini düşündüren safralı bir aspirat bile üst gis kanamasını kesin ekarte ettirmez. Duodenumdan kanaması olan hastanın nazogastrik aspiratının temiz gelebileceği unutulmamalıdır. Kanama durmuşsa inflamasyon, ödem veya spazm nedeniyle kapalı bir halde bulunan pylorun ya da deforme hale gelmiş bir bulbusun ötesinden kaynaklanan kanamalarda kan mideye reflü olamayacağı için mide lavajı temiz gelebilir. Lavajda safralı sıvının görülmesi pylorun açık olduğunu gösterir ve büyük ölçüde üst gis kanamasını ekarte ettirir. Nazogastrik aspiratta gizli kan bakmak pratikte kullanılan bir yöntem değildir. Ancak yaşlı, mide boşalma zamanı yavaşlamış hastalarda, kahve telvesi görünümü kuma durumunda üst gis kanaması düşünülmüyorsa gerekli olabilir. Midenin oda sıcaklığındaki suyla yıkanması sonunda parlak kırmızı kanın gelmeye devam ettiği hastalarda, mortalite yaklaşık %30 civarındadır. Bu sebeple böyle hastalara acil

endoskopik girişim yapılması gerekmektedir. Hematemezi olan hastanın mide lavajı sonrası kahve telvesi şeklindeki materyalinin berraklaşması hastanın hemodinamik olarak düzeleceğini gösterir. Varis kanamalı hastalarda nazogastrik sonda kontrendike değildir. Ancak öğürtü ile kanama provoke olabilir. Nazogastrik lavaj aktif kanama için %79 duyarlılığa ve %55 özgülüğe sahiptir. Hastanın kanama aktivitesi ve ciddiyetini değerlendirirken tek başına nazogastrik lavaj yetersizdir. Vital bulguları ve diğer diagnostik kriterleride değerlendirme sırasında kullanmak gerekir(6, 7).

Toplam kan volümünün;%10'unu kaybeden hastada vagal senkop görülebilir. %20 kayıpta efor sonrası taşikardi, %30 kayıpta ayağa kalkınca hipotansiyon, %40 kayıpta sırt üstü yatarken hipotansiyon ve taşikardi, %50 kayıpta ise ciddi şok ve ölüm görülür(7).

Transfüzyon için genel kural yoktur. Şok tablosu, hematokrit değerinin %20-25'in altına inmesi, doku oksijenlenmesinin bozulduğunu gösteren ajitasyon, anjina gibi belirtiler transfüzyon endikasyonlarıdır. Genelde hematokrit değeri yaşlı hastada %30, sağlıklı genç hastada ise %20-25 civarında tutulmaya çalışılmalıdır. Kanamaya devam ediyor ise (nazogastrikten kan gelmesi, hematoşezi) hematokrit değerine bakmadan transfüzyon yapılmalıdır.

Masif kanama nedeniyle hızlı volüm replasmanı gerektiren durum dışında eritrosit süspansiyonu tercih edilmelidir. Sirozlu hastada olduğu gibi koagülasyon defekti mevcut ise taze donmuş plazma ve/veya trombosit süspansiyonu verilebilir.

Altmış yaşın üstünde, ilk şikayeti hematemez olan, ilave hastalığı bulunan, daha önce cerrahi girişim geçiren, hipotansiyonu, taşikardisi ve tilt testi pozitif olan, ilk 48 saat içerisinde kanaması tekrarlayan, kronik mide ülseri olduğu bilinen, hematoşezi(hemotokezya) tanımlayan, varis kanaması geçiren, transfüzyon gereken, endoskopisinde aktif kanama ya da yeni geçirilmiş kanama bulguları olan hastalar risklidir. Kan teminindeki güçlük nedeniyle zor bulunan kan grubu olan hastalar da ülkemiz koşullarında riskli hastalar sayılmalıdır.

İdeal olarak her riskli hasta yoğun bakım şartlarında takip edilmeli ve mutlaka santral venöz kateter takılmalıdır. Santral venöz kateter takibi hem tedavi açısından

hem de tekrarlayan kanamanın erken tanınması bakımından önemlidir. Ayrıca yaşlı ve kalp hastalığı olanları sıvı yüklenmesinden korumamıza yardımcı olur.

Nabız dakika sayısı ve arteriyel tansiyon ölçümü sık aralıklar ile tekrarlanmalı ve hematokrit değeri takip edilmelidir. Ancak bu bulguların her zaman hastanın gerçek durumunu yansıtmayabileceği de akıldan çıkartılmamalıdır. Beta bloker kullanan hastalarda taşikardi görülmeyebilir. Bazende ağır kanamalarda vagal etki nedeniyle bradikardi görülebilir.

Hematemez ve/ veya hematoşezisi olmayan, hipovolemi belirtileri olmayan, sadece bir kez melanası olan hasta risksiz hasta olarak kabul edilebilir. Sadece bir kez kanaması olan hastanın tekrar kanama olasılığı %5'den azdır. Risk taşımayan hastaları da 48 saat süreyle yataklı bir sağlık kurumunda izlemek gerekir. Ancak yatak problemi bulunduğu ve hasta trafiğinin yoğun olduğu durumlarda, risk taşımayan hematokrit değeri %35'den yüksek, tansiyon ve nabız dakika sayısı normal, sadece melana şikayeti olan hastaların birkaç saatlik gözlem altında tutulmalarını takiben evinde istirahat etmek üzere gönderilmesi çok yanlış bir davranış olmaz. Buna karşılık riskli hasta hematokrit değeri % 45 bile olsa mutlaka en az 48 saat hastanede tutulmalıdır(7).

Düşük risk grubu hastalarda mortalite, kan transfüzyon ihtiyacı, endoskopik girişim gereksinimi çok düşük oranlardadır. Bu hastalar yatırılmadan ayakta PPI tedavisi ile izlenebilir. Semiektif olarak endoskopi mutlaka planlanmalıdır. Ancak olası en kısa zamanda yapılması uygundur(6).

60 yaş üzeri, tansiyon arteriyel değeri 100 mmHg'nın altında, nabız sayısı dakikada 100'ün üzerinde olan hastalar yatırılarak multidisipliner yaklaşımın mümkün olduğu merkezlerde takip edilmelidir.

### **Takip süresi ve taburculuk**

Hastaneye yatırılan hastalarda yatış süresi endoskopik bulgulara göre planlanmalıdır. Mallory–Weiss sendromu olanlarda kanama durmuşsa 1 gün, endoskopik olarak girişimsel tedavi yapılmışsa 1-2 gün, kanama bulgusu olmayan temiz tabanlı ülseri olan hastalarda 1 gün, endoskopide yassı veya yapışık pıhtı tespit

edilen hastalarda 3 gün servis, endoskopide görünen damarı olan veya aktif kanayan hastalarda 1 gün yoğun bakım ünitesi, 2 gün servis, ÖVK saptanan hastalarda endoskopik tedavi yapılmışsa 1-2 gün yoğun bakım ünitesi, 2-3 gün serviste izlendikten sonra hasta klinik olarak değerlendirilerek taburcu edilebilir(6).

Vasküler profilaksi sebebiyle düşük doz aspirin kullanırken üst gis kanaması gelişen hastalarda mümkünse, ülser iyileşene kadar aspirin tedavisine ara verilmelidir. Bununla birlikte mutlak aspirin endikasyonu olan hastalarda(akut koroner sendrom, akut serobrovasküler yetersizlik, yeni perkutan revaskularizasyon) aspirin tedavisini uzun süre kesmek mümkün olmayabilir. Bu hastalarda endoskopik hemostaz sağlanır sağlanmaz tekrardan antiagregan tedavi başlamak düşünülebilir. Zira antiagregan tedavi verilmediği takdirde, akut kanamaya bağlı hemostatik değişiklikler ve hemodinamik instabilite, tromboz riskini daha da artırabilir(6).

Aktif ülser varlığında, clopidogrel daha emniyetli olduğuna dair bir kanıt yoktur. Böyle bir durumda ASA+PPI kombinasyonu clopidogrelle göre daha emniyetlidir. Aktif ülser kanamasının kontrolü için iv PPI ile yapılan randomize çalışmaların meta-analizi, kanama nüksü ve cerrahi gereksiniminin azaldığını göstermektedir. Ancak bu çalışmaların hiç birisinde kanama kontrolü süresince antiagregan tedaviye devam edilmemiştir. Fakat aspirinin kesilmesi başta kardiyovasküler sebepler olmak üzere tüm nedenlere bağlı mortaliteyi artırdığını gösteren çalışmalar vardır(6). Bu nedenle yüksek kardiyovasküler riskli hastalarda, indeks kanamadan sonra 3-7 gün içerisinde kanama nüksü olmaz ise anti agregan tedavi yeniden başlanmalıdır(6)

Antikoagulan tedavi ile ilgili veriler daha sınırlı olmakla birlikte, muhtemelen aynı ilkeler geçerlidir. Aspirinin antikoagulan tedavi ile kombine edilmesi kanama riskini anlamlı olarak artırır. Dolayısıyla bu kombinasyon ancak mutlak vasküler, aritmik, valvüler endikasyonlar varlığında, PPI profilaksisi ile birlikte kullanılmalıdır. ASA, clopidogrel tedavilerine warfarine ilave edildiğinde hedef INR:2-2.5 olmalıdır. Kronik antiagregan tedavi öncesinde H.pylori aranmalı, var ise eradike edilmelidir(6).

## **Etyoloji**

Peptik ülser, özofagus varis kanaması ve gastrik erozyonlar tüm üst gis kanamalarının %80-90'ını oluşturmaktadır. Peptik ülserle ilgili kanamalar bunlar içerisinde % 55 gibi bir oranla en sık görülen sebeptir.

Peptik ülser kanamaları arteriyel kanamaların, özofagus varis kanamaları venöz orjinli kanamaların prototipidir. Varis dışı üst gis kanamaların %80 kadarında aspirin ve/veya NSAİİ kullanım öyküsü mevcuttur.

### **Akut üst gastrointestinal kanama nedenleri:**

#### En sık nedenler

- Peptik ülser
- Özofagus varisleri
- Eroziv gastrit
- Gastrik ülser
- Mallory –weiss sendromu

#### Sıkça görülen nedenler

- Vasküler ektazi
- Özofajitler
- Portal hipertansif gastropati
- Tümörler
- Dieulafoy lezyonu
- Gastrik varisler
- Watermelon stomach(gastrik antral vasküler ektazi)

#### Nadir nedenler

- Amiloidoz
- Myokard infarktüsü
- Hemobilia
- Pankreas kaynaklı kanamalar
- Eroziv duodenit

- Özofajial ülserler
- Chron hastalığı
- Aorta enterik fistül
- Duodenal divertikül
- Behçet hastalığı
- Primer kan diskrazileri
- Kollajen doku hastalıkları (Poliarteritis nodoza, Sistemik lupus eritromatozu)
- AIDS

### **Peptik Ülser**

Peptik ülser, (gastrik ve duodenal ülser) akut üst gis kanamalarının %50 gibi bir oranla en sık sebebidir. Duodenal ülserli hastaların %15-25'inde gastrik ülserli hastaların %10-15'inde kanama görülmektedir. Peptik ülser erkek cinsiyette daha sık görülür. Üst gis kanamalarının erkeklerde ( %70 oranında), kadınlara göre daha sık görülmesi erkeklerde peptik ülser insidansının yüksek olması sebebiyledir. Kanama peptik ülserin en sık rastlanılan ve en önemli komplikasyonudur. Peptik ülserli hastaların yaklaşık %25'inde kanama meydana gelir.

Son 10 yıl içerisinde peptik ülser tedavisinde PPI ve antibiyoterapinin birlikte kullanılması, H.pylori eradikasyonuna önem verilmesi ülser komplikasyonu ve ülsere bağlı kanama oranlarının azalmasına yol açmıştır.

Son yıllarda teknik imkanların ve yeni tedavi şekillerinin ortaya çıkmasına rağmen mortalite % 6-10 arasındadır. Ek hastalığı bulunan hastalar ile yaşlı hastalarda bu oran %25'e yükselmektedir. Hastaların %10 'unda ilk semptom kanamadır. Geç yaşta görülen ülserlerde kanama insidansı daha yüksektir.

### **Kanamaya yönelik predispozan faktörler**

- İlaçlar(NSAİİ, Aspirin, ACTH, Antikoagulanlar, Kortikosteroidler, Butazolidine ve benzerleri)

- H.Pylori
- Asit hipersekrasyonu
- Emosyonel stres
- Aşırı yorgunluk ve fiziksel zorlanma
- Enfeksiyonlar (üst solunum yolu enfeksiyonları)
- Sigara, alkol, cola
- Hipertansiyon
- Koagulasyon bozukluğuna yol açan hastalıklar
- Portal hipertansiyon

### **NSAİİ İlaçlar ve Aspirin**

Yapılan kontrollü vaka çalışmalarında kronik NSAİİ kullananlarda mide ülserinde 4, duodenum ülserinde 1,7 kat artış saptanmıştır. Kronik NSAİİ kullananlarda ülser komplikasyon riski de 3-5 misli artmıştır. Komplikasyon riski her yıl için %2'dir. Ülser kanamalarının veya ülsere bağlı ölümlerin %30'u NSAİİ 'lar ile ilgilidir(3).

NSAİİ tarafından oluşan ülserasyondaki yardımcı faktörler çok çeşitlidir. Yaş ve önceden gis kanama geçirme öyküsü NSAİİ ile ilişkili kanamalar için önemli prediktör faktörlerdir. Yapılan bir çalışmada 75 yaş üzeri olmak, kalp ve peptik ülser hastalık öyküsü bulunması ile daha önce üst gis kanaması geçirme öyküsü bulunmasının NSAİİ ile oluşan komplikasyonlara ilişkin bağımsız prediktörler olduğu saptanmıştır(10).Alendoronat bifosfonat, kortikosteroidler ve etanol NSAİİ'ların etkisini güçlendirip üst gis kanamaya yatkınlık sağlayabilir(11, 12, 13).

### **H.Pylori**

Duodenum ülserlerinin %95'inde, mide ülserlerinin %65'inde etken H.pyloridir(7). Duodenumdaki gastrik metaplazi alanlarında H.Pylori duodenit oluşturur(4).

H.pylori eradikasyonu ülser nüksünü ve peptik ülserle bağılı tekrar kanamaları azaltmaktadır. Eradikasyon yapılmadığı takdirde tekrar kanama oranı %30'dur. Eradikasyonun sağlandığı kişilerde bu oran %1-2'ye düşmektedir(13,14,15).

NSAİİ kullanan hastalarda kanamaya neden olma bakımından H.pylori enfeksiyonunun rolü tartışmalıdır. NSAİİ kullanıp H.pylori ile enfekte olan 195 hasta üzerinde gerçekleştirilen randomize bir çalışmada, (omepazolunde yer aldığı üçlü tedaviye karşı, tek başına omeprazol ), kanayan ülserler üçlü tedavi grubunda %83, tek başına omeprazol grubunda %86 oranında (p=0.50) iyileşmiştir. Bu durum da H.pylori eradikasyonunun NSAİİ ile ilişkili olan ve kanayan peptik ülserin iyileşmesini etkilemediği telkin edilmiştir(16).

Diğer yandan H.pylori ile enfekte olan ve NSAİİ ilaç kullanan hastaların H.Pylori ile enfekte olmayan NSAİİ kullanan hastalara kıyasla yaklaşık iki kat kadar daha fazla ülser kanama riskine sahip olduğu tesbit edilmiştir(17).

### **Gastrik Asit**

Mide asitinin azaltılması kanamanın tekrarını, cerrahi gereksinimi ve mortaliteyi azaltabilmektedir. Ancak bu etkiler antiasit uygulanması ile sağlanamaz. Bu etkinin olabilmesi için pıhtının lizisinin engellenmesi, trombosit agregasyonu ve pepsinin irreversible inaktivasyonu için uygun PH'nın sağlanması gerekir. Pıhtının erimesinin engellenmesi için pH>4, trombosit agregasyonu ve pepsinin irreversible inaktivasyonu için ise pH>6 olmalıdır. Günümüzde histamin 2 reseptörleri ve proton pompa inhibitörleri ile güçlü asit inhibisyonu sağlanabilmektedir. Ancak yapılan tüm çalışmalarda PPI'leri asit inhibisyonu sağlama açısından H2RA'inden daha üstün bulunmuştur(7).

## **Ek Hastalıklar**

Kronik karaciğer, akciğer, böbrek, kalp damar hastalıkları, hipertiroidi, hiperparatroidi, karsinoid sendrom, porfiria, sistemik mastositoz gibi bazı metabolik ve endokrin hastalıklar peptik ülser sıklığını artırmaktadır(4). Diyabetik hastalarda peptik ülser sıklığında artış saptanmıştır. Ancak çok azında mide kanaması ile direkt ilişki saptanmıştır(8). KBY olan hastalarda üreminin sebep olduğu trombosit fonksiyon bozukluğunun direkt bir ilişki saptanmasa da GİS kanamaları için kolaylaştırıcı bir faktör olduğu düşünülmektedir(8).

Bir çalışmada, kardiovasküler ve serebrovasküler hastalıkların, peptik ülsere bağlı üst gis kanamasına zemin hazırlayan bağımsız prediktörler olduklarını gösterilmiştir(21).

## **Tedavi**

Farmakolojik tedavi: İntravenöz omeprazol veya yüksek doz oral omeprazol (2x40mg) kanamanın devam etmesi riskli olan hastalarda bu riski, transfüzyon ihtiyacını ve invazif girişim gerekliliğini azaltabilir. Kanamanın devam etme riski yüksek olan hastalarda, splanknik kan akımını azaltarak etki gösteren intravenöz somatostatine ve analoglarının (okteroid) yeri tartışmalıdır(3).

Spesifik tedavi verilmediği takdirde kanama geçiren hastaların 1/3'ünde kanama 3 yıl içerisinde nüks eder. Kanama nüksünün engellenmesi için H.Pylori pozitif olguların tümünde eradikasyon tedavisi yapılmalı tedavinin bitiminden 4-8 hafta sonra yapılan testler ile eradikasyon doğrulanmalıdır. Başarılı eradikasyon tedavisi yapılamayan olgularda veya H.pylori dışı sebeplere bağlı ülser vakalarında antisekretuar ajanlar ile kronik asit supresyonu (gece yatarken 150 mg/gün ranitidine ,vs) kanama nüksü olasılığını %10'un altına indirir. Sekretin, H2 reseptör antagonistleri, prostaglandinler, doğal somatostatin, somatostatin analogları ve vazopressin dahil bir çok farmakolojik ajan aktif ülser kanamalarını durdurmayı amaçlar. Bu ajanlar asit sekresyonunu baskılamada ve küçük damarları konstrikte etmede başarılı olup, büyük damarlardan kanamayı durdurmada etkisizdir.

Bir çalışmada omeprazolün (5 gün 12 saatte bir 40 mg oral) rekürren kanamaları, görülen damar kanamaları olmayan veya adezif pıhtı olanlarda cerrahi girişim sayısını azalttığını göstermişlerdir(23).

Aktif kanamalı veya görünür damarlı kanamasız hastalarda yapılan diğer bir randomize çalışmada omeprazolün (terapötik endoskopi sonrası 80 mg IV, sonrasında 72 saat 8 mg/saat infüzyon) plasebo ile karşılaştırıldığında tekrar kanama riskini azalttığı gösterilmiştir(24).

Endoskopik tedavi: Akut ülser kanamalarının kontrolünde ve yeniden kanamalardan korunmada geniş şekilde kabul gören en etkili metot olarak bilinir(4). Yapılan çalışmalar endoskopik tedavinin mortalite üzerindeki etkisini tam olarak yansıtmak için yetersiz olsalar bile, meta-analizler endoskopik tedavinin, sadece tekrarlayan kanamaları değil, aynı zamanda mortaliteyi de azalttığını göstermişlerdir(25).

Kanaması devam eden ya da tekrarlayan, karaciğer sirozu, portal hipertansiyon veya aorto-enterik fistül düşünülen her hastada en kısa sürede terapötik endoskopi yapılmalıdır. Terapötik endoskopi cerrahi tedavi gerekebilecek hastalar hakkında verilecek kararda da yol gösterici olacaktır. Kanaması durmuş, genel durumu iyi olan hastalarda endoskopi elektif şartlarda yapılabilir. Kanama ile birlikte perforasyon kuşkusu olan hastalar ile bilinç kaybı olan veya kardiyopulmoner yönden stabil olmayan hastalarda endoskopi kontrendikedir(8).

Tablo - 2 Forrest sınıflamasına göre ülserlerde tekrar kanama riski.

Forrest sınıflaması	Tanım	Tekrar kanama riski
I a	Aktif kanama (pulsatil)	%90-100
I b	Aktif kanama (sızma)	%80-85
II a	Görünen damar + pıhtı	%40-50
II b	Yapışık pıhtı	%20-30
II c	Siyah zemin (kahverengi leke)	%5
III	Kanama bulgusu yok	%1-2

Peptik ülserle bağı üst gastrointestinal sistem kanaması olan hastaya yaklaşım açısından temel yönlendirici, endoskopik olarak ülserin görünümüdür. Forrest Ia, Ib ve 2a olduğunu gösteren işaretlerin varlığı peptik ülser kanamasında önemlidir. Bu hastalara endoskopik tedavi yapılması gerekir. Forrest 2b olan hastalara ise sadece hastanın durumu kötüleşiyorsa veya devam eden kanamayı düşündüren diğer bulgular varsa endoskopik tedavi önerilmektedir. Yapışık pıhtı temizlendiğinde, bu ülserlerin %30'unda aktif kanama veya görünen damar ortaya çıkabilir. Yine bu hastalara da endoskopik tedavi yapılması gerekir. Forrest 2c ve 3 ülserli olan hastalar da ise tedavi yapmanın bir yararı yoktur(26, 27). Forrest 2a lezyonlarının rengi tekrar kanama için önemlidir. Beyaz renk lezyonlar kırmızı veya mor lezyonlara oranla daha yüksek (% 38-% 71) tekrar kanama riskine sahiptirler(28).

Aktif kanamalı veya kanamayan görünen damarı olan hastaların %20'ye yakınında tekrar kanama geliştiği için, yüksek riskli hastaların ilk endoskopik tedavilerinden sonra 24 saat içerisinde tekrar endoskopiyle kontrol edilmesinde fayda vardır. 104 hasta üzerinde yapılan tekrar gözden geçirme stratejisini inceleyen randomize bir çalışmada endoskopi tekrarının anlamlı derecede faydalı olduğu görülmüştür(29).

Kanayan hastanın ne zaman ameliyat edilmesi gerektiği konusunda farklı yaklaşımlar olsa da aşağıdaki durumlarda cerrahi girişim gereklidir.

1.Şok veya kardiyovasküler dengesizliğe neden olan aşırı kanama

2.Sürekli kan vermeyi gerektiren uzamış kanamalar(hastanın %50'den fazla kan kaybının olduğu, ilk 24 saat içerisinde 10 ünite transfüzyon ihtiyacı olan hastalar.)

3.Medikal ve endoskopik tedaviye cevapsız tekrarlayan kanama

4.Hastaneye yatmayı gerektiren mükerrer kanamalar

5.Perforasyon, obstruksiyon veya malignite gibi bir durumun eşlik etmesi

### **Özofagus varis kanaması**

Özofagus varis kanaması tüm üst gis kanamalarının %10-12'sini teşkil eder(4). Masif kanamaların 1/3'ünden özofagogastrik varisler sorumludur(31). Özofagus varis kanaması geçiren hastalarda mortalite %30 civarındadır. Bu hastalarda kanamanın tekrar etme riski ise %50-70 civarındadır(7). Varislerin etiyojisinden sorumlu olan siroz mortalitenin artmasına neden olur. Ölümlerin %40'ı varis kanamasına değil ilişkili medikal sorunlara (hepatik ensefalopati, hepatorenal sendrom) bağlıdır(31).

Özofagus varisleri büyük, fungal varisleri belirgin olan hastaların kanama riski daha yüksektir(31). Varislerin büyüklüğü ile kanamanın şiddeti arasında direkt ilişki yoktur. Portal basınçta ani artma, aşırı sıcak/soğuk gıdalar, iyice çiğnenmeden yutulan sert gıdalar, yanlışlıkla yutulan yabancı cisimlerin irritatif erozyon yapıcı etkisi kanamayı başlatabilir(4).

### **Gastrit**

#### **1-Akut hemorajik-erozif gastropati**

Erozif hemorajik gastrit çoğu kez asemptomatiktir. Epigastrik ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma, hematemez ve melana görülebilir. Endoskopik bulgular ile yakınmalar arasındaki korelasyon iyi değildir.(3) Histolojik lezyon mukozadaki bir açılmadır, fakat bu açılma muskularis mukozaya erişmez. Bu yüzden bu lezyonlar

major kan damarlarını etkilemez ve major kanamalara pek neden olmazlar. Tüm üst gis kanamalarının %10-20'sinden sorumludur(31).

En iyi tanı yöntemi endoskopidir. Endoskopik olarak, üzerinde veya etrafında pıhtı veya sızdırır tarzda kanama olan, 5 mm'den küçük, nekrotik tabanlı mukozal defektler şeklinde görülürler(3).

Erozif hemorajik gastrit yoğun bakım hastalarında (travma, yanık, hipotansiyon, şok, sepsis, MSS hasarı, koagulopati, mekanik solunum, böbrek/karaciğer yetersizliği, multiorgan yetersizliği) genellikle ilk 18 saat içerisinde gelişir. Hemodinamiyi bozan kanama sıklığı ise %1-3'dür. Kanama mortaliteyi artırmakla birlikte nadiren ölüm sebebidir(3).

Yanık sonrası, strese bağlı gelişen lezyonlara Curling ülserleri adı verilmektedir. Diğer stres ülserli hastalarla kıyaslandığında kafa travmalı hastaların gastrik asiditesi çok daha yüksektir. Bu hastalardaki stress ülserleri daha derin ve perfore olmaya eğilimli olup cushing ülserleri olarak adlandırılırlar(31).

Semptomatik NSAİİ kullanıcılarında ilacın etkin olacak şekilde en düşük doza indirilmesi, yemeklerle birlikte alınması, semptomları kontrol altına alabilir. NSAİİ gastritine bağlı kanamalar genellikle ciddi değildir. Ciddi kanamalar ülser lehinedir.

Kronik alkolikler de görülen üst gis kanamalarının %20' sinden erozif hemorajik gastrit sorumludur. Alkolik erozif gastrite bağlı kanamalar, genellikle hafiftir. Alkol kesilir, iki-dört hafta süre ile sukralfat, H2RA veya PPI verilir.

## **2-Nonerozif, nonspesifik gastrit**

Endoskopi çoğu olguda normaldir. Tanı histolojik inceleme ile konur. H.pylori infeksiyonu ve otoimmünite, en önemli iki sebeptir. Her ikisinde atrofi ile neticelenebilir.

## NADİR GÖRÜLEN GİS KANAMA SEBEBLERİ

Mallory –Weiss Sendromu: Aşırı kusma, öğürme ve hıçkırığa bağlı olarak alt özofagus ve mide proksimalinde meydana gelen laserasyonlardır. Üst gastrointestinal sistem kanamalarının %5'inden sorumludur Erkek "lerde daha sık rastlanır. Yırtık birden fazla olabilir. Klinik olarak kendisini üst gis kanaması olarak gösterir(5). Uzun süren kusma ve öğürtü nöbetlerini takiben hematemez gelişmesinde Mallory weiss sendromu akla gelmelidir. İlk kusmalarda kanama olmaması tanı için önemlidir(2). Eskiden bu lezyonun alkoliklerde olduğu söylenirdi ancak bugün böyle bir sınırlama yoktur. Yukarıda belirtilen durumlarda her hastada görülebilir(5). Klasik radyolojik yöntemlerle gösterilemez. Kullanılacak tanı yöntemi erken endoskopidir.

Duodenit: Üst gis kanamaları içerisinde nadir görülen bir nedendir. Genellikle antikoagulan kanama ile ilişkilidir. Kanama genellikle sınırlı olup kendiliğinden durur(7).

Özofajit: Üst gis kanamalarının %6-8'ini teşkil eder. Genellikle gaitada gizli kan pozitifliği şeklinde görülür. Klinik olarak aşikâr kanama özofagusun yaygın ülseratif hastalıklarında veya altta yatan koagulopatik durumlarda ortaya çıkar. Spesifik tedavisi reflü özofajitinin düzeltilmesine yönelik olarak yüksek doz proton pompa inhibitörleri ile yapılır. Yoğun kanamalarda endoskopik tedavi uygulanabilir. Ancak perforasyonlara karşı dikkatli olunmalıdır(7).

Malignite: Akut gis kanamalarının yaklaşık %3-5'i benign veya malign tümörlere bağlı olarak ortaya çıkar. Genellikle kronik ve gizli kanamaya sebep olurlar. Adenokarsinom, stromal tümörler, lenfoma, nöroendokrin tümörler gibi primer veya melanom, kaposi sarkomu, meme gibi metastaz yapabilen tümörler kanama nedeni olabilirler. Adenomatöz büyük ve saplı polipler ile leiomyosarkomlar masif kanamaya sebep olabilirler. Ampulla wateri ve duodenum tümörlerinin %30'unda

hematemez veya melana ortaya çıkabilir. Bazen nadirde olsa pankreas malign tümörleri duodenuma bası yaparak üst gis kanamasına yol açabilirler. Tedavi mümkünse tümörün cerrahi rezeksiyon yolu ile çıkarılmasıdır. Uygun olmayan hastalarda endoskopik tedavi veya kemoradyoterapi denenebilir(7).

Vasküler lezyonlar: Üst gis kanamalarının %1-5'inden sorumludur. Vasküler lezyonlar nadir olmakla birlikte, üst gis kanamalarının önemli nedenlerindedir.

Vasküler Ektazi: Üst gis kanama nedeni olarak en sık görülen vasküler lezyonlar vasküler ektazilerdir. Vasküler ektaziler sıklıkla mide veya duodenumda bulunurlar ve daha çok gizli alt gis kanamasına sebep olurlar.

Pek çok farklı durumlarda bu lezyonlar bulunabilir. (böbrek yetmezliği, siroz, skleroderma, CREST sendromu, radyasyon hasarı, psödoksantoma elastikum ve Ehler-Danlos sendromu gibi kollajen hastalıklar ile Von Willebrand hastalığı vb).

## **YAŞLI HASTALARDA GİS KANAMA**

Peptik ülser kanamaları sık rastlanması , yüksek mortalitesi ve yüksek maliyeti sebebiyle dünyadaki tüm sağlık sistemleri için dramatik bir sorundur. İleri yaş GİS kanamaları için bağımsız bir risk faktörüdür. Risk 65 yaş üstü kişilerde anlamlı derecede fazladır. 75 ve üzeri yaşlarda olmak riski daha da artırmaktadır(32). Yaşlanma olayı, komorbidite oranında artma, kanayan lezyonların gelişimini sağlayan ilaçların kullanılmasının artması yaşlılarda GIS kanama oluşumunu arttırır(1).

Genç hastalarda olduğu gibi, klinik görünüm, spesifik gastrointestinal belirtilerin bulunmadığı anemiden hayatı tehdit eden masif kanamaya kadar değişebilir. Semptomlar gençlere göre değişiklik göstermese bile, yaşlı hastaların doktora başvurma oranları daha yüksektir. Bazı gastrointestinal hastalıklar daha sık görülebilir ve klinik seyirleri gençlerden farklı olabilir. Örneğin yaşlılarda aklorhidri nedeni ile perforasyon sonrası kimyasal peritonit gelişmeyebilir, akut karın ayırıcı

tanısında malign hastalık ve kolesistit olasılığı daha sık olarak düşünölmelidir. Keza ağrının lokalizasyonu da atipik olabilir. Hastaların gastrointestinal yakınmalarını direkt olarak yaşlanmaya bağlamak olası organik patolojileri atlamaya neden olabilir. Ayrıca serebrovasköler olayların sıklığı, depresyon ve Alzheimer hastalığı gibi mental durum bozuklukları hastaların yakınmalarını tanımlamalarında güçlüğe neden olabilir.

Yaşlılarda GİS kanamanın değeriendirme ve tedavisi özellik ve giderek artan klinik zorluk göstermektedir. Örneğın 65 yaş üzeri olanlarda peptik ülserden ölenler %85'i bulmaktadır. Gençlerde olduğu gibi yaşlılarda da üst GİS kanama sebeplerinin yarısı peptik ülser hastalığıdır. Özefajit, gastrit ve peptik ülser yaşlılarda üst GİS kanama nedenlerin %70-91'ini oluşturmaktadır. Ek olarak yaşlılarda diğer önemli üst GİS kanama sebepleri; aortaenterik fistöller, Dieulafoy lezyonları, gastrik antral vasköler ektaziler, gastroduodenal arteriovenöz malformasyonlar, aortaenterik fistöller (yaşlılarda aort operasyon öyküsü olanlarda) arasında sayılabilir. Tanılar başlangıçta üst endoskopik ve bilgisayarlı tomografi ile yapılabilir. Gastrik antral vasköler ektazilerin tedavisi endoskopik ablasyon veya cerrahidir. Arteriovenöz malformasyonlar bazen endoskopik hemostaz veya bazı hastalarda oral östrojen ve progesteron kombinasyonu ile tedavi edilebilir.

Üst GİS kanaması olan yaşlı hastalarda da genc hastalarda olduğu gibi genellikle hematemez (%50), hematemez melena kombinasyonu (%20), tek başına melena (%30) oranındadır. Bununla birlikte yaşlılarda dispepsi sıklığı daha az, komplikasyonlar ise fazladır.

Yaşlı hastalar tek başına düşünöldüğünde NSAİİ kullanan veya kullanmayanlar arasında ana üst GİS kanama belirtileri açısından fark yoktur. Açıklanamayan senkop gastrointestinal sistem kanama şüphesini artırmalıdır. Gastrointestinal sistem içine açılan, hematemez ve melena olmadan büyük hacimde kan kaybı olabilir.

GİS kanamasının göröldüğü hastalarda kan kaybının, kardiyak durumun ve hemoraji sebeplerinin hızlı değeriendirilmesi esastır. Kan kaybı şokun derecesi ve nabzın seri şekilde belirlenmesiyle tahmin edilebilir. Halbuki, nabız hızı baroreflexe güvenilirlik nedeniyle hipovoleminin hassas belirtisi olmayabilir. Hemoglobin ve

hematokrit seviyeleri intravasküler dengelenme yetersizliği nedeniyle kan kaybının derecesini yansıtmayabilir. GİS kanama řu şekilde açıklanabilir;

- Ciddi : şokla aktif hemotokezya veya hematemez.
- Orta : Kan basıncında ortostatik değişiklik ile aktif hematokezya veya hematemez.
- Occult (Gizli): Dışkıda pozitif gizli kan sonucu, hemoglobin ve hematokrit seviyelerinde dışme, yorgunluk, halsizlik ve stabil kan basıncı.

Ciddi ve orta derecede kanamalı hastalar acil değerlendirme ve stabilizasyon gerektirir. Gizli kan kaybı olanlar eğer hemodinamik olarak stabillerse ayaktan değerlendirmeleri yapılabilir. Yaşlı hastalarda üst ve alt GİS kanama tedavisi gençlerde yapılanlara benzerdir. Tedavi intravasküler volümün replase edilmesine, hemodinamik stabilizasyon sağlamaya ve kanama yerinin lokalizasyonuna yöneliktir. Geniş delikli (16-18 Gauge) intravenöz kateter yerleştirilir ve kan veya sıvı verilir. Eğer kanama ciddi ise veya kardiyak bozukluk bulgusu varsa, pulmoner arter kateteri sıvı tedavisini izlemek için gerekli olabilir. Takiben laboratuvar çalışmaları; Tam kan sayımı, PTT, PT, kan tipi ve crossmatch, elektrolitler, glukoz, ve kreatinin seviyeleri tayin edilmelidir. Nazogastrik tüp (No. 16 French ve Ewald) üst GİS kanamasını tayin için yerleştirilir. Nazogastrik aspirasyonda kan veya kahve telvesi görünümü varsa mide 1-2 litre oda sıcaklığında su veya salinle aspirasyon sıvısı temiz gelinceye kadar yıkanır. Nazogastrik tüp tanısal aspirasyon sıvısı elde edildikten sonra çıkartılabilir, fakat eğer hastada bir obtruksiyon veya fışkıran tarzda kusma keza bulantı varsa bırakılabilir. Oral alım kesilmeli fakat mümkün olan en kısa zamanda tekrar başlatılmalıdır. Eğer rektumdan parlak kırmızı kan gelirse kanama muhtemelen alt GİS tendir. Divertikülozis ve vasküler ektaziler en çok belirtilenlerdir. Cerrahi konsültasyon muhtemel acil önlemler açısından yapılmalıdır. Hemodinamik stabilizasyon sağlandıktan sonra kanama nedeni belirlenmelidir. Ek olarak ilaç kullanım hikayesi, abdominal vasküler cerrahi, kanama problemleri, veya eşlik eden hastalıklar bulunmalıdır.

Peptik ulkusa bağlı komplikasyonlar yaşlı ve genç hastalarda benzerdir, fakat yaşlı hastalarda seyri gençlere göre daha ciddidir. NSAİİ'lar her zaman yaşlıdaki komplikasyon gelişimini belirleyici faktör değildir. Ülser perforasyonu en ciddi komplikasyondur (36).

60 yaş üstü GİS kanamalı yaşlı hastalarda morbidite ve hastanede yatış süreleri de artmıştır. Ek olarak genç hastalarda görölen kardiyak, nörolojik ve renal komplikasyonlarda da artış bulunmaktadır. Sepsis, ilaçlardan olumsuz etkilenme ve transfüzyon sayısı da fazladır. Tekrar kanama riski de artmıştır. Yaşlı hastalarda cerrahi ile birlikte mortalite oranı (%13.6 – 25.2) ve postoperatif komplikasyonlar da artmaktadır. Operasyon sonrası ölümler arasında pulmoner emboli, pnömoni, kalp hastalığı ve böbrek yetersizliği sayılabilir.



## VERİ ve YÖNTEM

Bu çalışmaya Ağustos 2009 – Ağustos 2010 tarihleri arasında, Bezmi-alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinde üst gastrointestinal sistem kanama tanısı almış 70 yaş ve üzeri 81 hasta alındı. Hastalar 1 yıl boyunca takip edildi.

Çalışma aşağıda belirtilen kriterlere göre yürütüldü.

Ağustos 2009 – Ağustos 2010 tarihleri arasında hastanemiz dahiliye servisinde yatarak tedavi edilmiş tüm 70 yaş ve üzeri üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalar çalışmamıza dahil edilmiştir.

Alt gastrointestinal sistem kanamalı hastalar, 70 yaş altı hastalar, tıbbi tedavi ve takibi tamamlanmadığı halde kendi isteğiyle taburcu olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Bir yıl süre ile takip sırasında vizite gelmeyen ve takip edilemeyen hastalar çalışma kapsamından çıkarılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan hastaların cinsiyet, yaş, daha önce geçirilmiş GİS kanama varlığı, eğer geçirmişse kanama sayısı, GİS kanamasına yol açabilecek nedenler kaydedildi (gastrotoksik ilaç kullanım öyküsü, özofagus varisleri, malignite vs.). GİS kanama sonrası tespit edilen endoskopik bulgular, taze donmuş plazma(TDP) ve kan transfüzyon sayısı, biyokimyasal ve hematolojik laboratuvar bulguları, hastaların hastanede yatış süresi ve mortalite ile ilgili bilgiler elde edildi.

Üst GIS kanama tanısı ile servise yatırılan hastalardan lökosit, hemoglobin, hemotokrit, trombosit, üre, kreatinin, AST, ALT, LDH, PT, INR, aPTT, demir, demir bağlama kapasitesi değerleri ile rutin biyokimya tahlilleri alındı.

Üst GİS kanaması geçiren hastalara hastanemiz endoskopi ünitesinde Üst GİS endoskopisi yapıldı. Kanamaya neden olabilecek patolojiler kaydedildi. Gerekli olan hastalardan biyopsiler alındı ve patoloji laboratuvarlarında incelendi.

Tanısal yaklaşımdan sonra her hastaya üst GİS kanamalı hastalara uygulanan takip ve tedavi protokolü uygulandı. Hastalara yakın gözlem altında sıvı, elektrolit, gerekirse kan transfüzyonu yapıldı. Kan değerleri ve vital bulguları belli periyotlarda takip edildi. Transfüzyon ihtiyacı olan hastalara uygun donörlerden elde edilen eritrosit süspansiyonları verildi. Transfüzyon gereksinimi kaydedildi.

Altta yatan hastalığı olan hastalar hem bu hastalıklarına yönelik tedavilerini hem de kanamaya neden olan durumla ilgili tedavilerini aldılar. Kanaması duran ve vital bulguları normale dönen hastalar taburcu edildi.

Hastalar hastaneden taburcu olduktan sonra 1 yıl boyunca, 1. Ay, 6. Ay ve 12. ayda olmak üzere toplam 3 kez çağırılarak takip edildi. Vizitler Bezmi-alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinde yapıldı, bazı hastaların vizitleri mevcut ek hastalıkları ve mobilizasyonlarının kısıtlı olması nedeni ile telefon ile yapıldı. Vizitlerde hastanın şikayetleri, tedavisi ve tekrar üst GİS kanama geçirip geçirmediği sorgulandı.

Hastaların hastanede yatış süresi ve mortaliteleri üzerine etkili olan faktörler araştırıldı. Çalışmanın amacına uygun olarak yaşlı hasta popülasyonunda üst GİS kanamasının 1 yıllık seyri takip edildi.

Daha önce üst GİS kanaması geçiren hastalar ile ilk kez üst GİS kanaması geçiren hastalar, taburculuklarından sonraki 1 yıl boyunca takip edildi. Tekrar GİS kanaması geçiren hastalar tespit edildi ve iki grup karşılaştırıldı.

Yaşlı hasta grubunda üst GİS kanamasının nedenleri, tedavi yaklaşımları, nasıl seyrettiği, kısa süreli takiplerde mortalite oranı, uzun süreli takipte nüks sıklığı, tekrar kanama geçirenlerle geçirmeyen hastaların özellikleri araştırıldı

Bulguların istatistiki değerlendirilmesi sırasında Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows 15.0) programı kullanıldı. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Spearman, numerik verilerin değerlendirilmesinde Pearson testi kullanıldı. Mortalite ve yatış süresi için bağımsız risk faktörleri Spearman's

korelasyon testi ile belirlendi. Buna göre; p değerinin  $<0,05$  olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. r değerine göre anlamlılık derecesi sınıflandığında; 0,00-0,200 anlamsız, 0,200-0,400 hafif anlamlı, 0,400-0,600 orta derecede anlamlı, 0,600-0,800 iyi derecede anlamlı ve 0,800-1,00 ileri derecede anlamlı kabul edildi.  $r >0,150$  ve/veya  $p <0,05$  olanlar tekrar değerlendirilmeye alındı. Lineer regresyon metodu ile ileri istatistik analiz yapılarak gerçekten etkili değişkenler bulundu. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık  $p <0,05$  düzeyinde değerlendirildi. Elde edilen veriler literatür bilgileri ışığında yorumlandı



## BULGULAR

Bu çalışmaya Bezm-İ Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğinde üst gastrointestinal sistem kanama tanısı almış 70 yaş ve üzeri 81 hasta alındı.

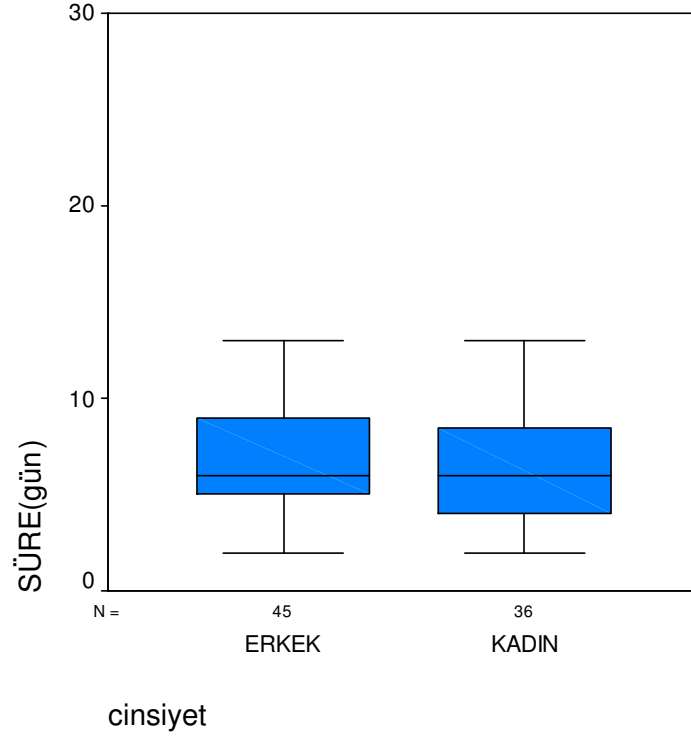
Hastaların yaşları 70 ile 97 arasında değişmekte idi. Ortalama yaş  $78.07 \pm 6.03$  yıl idi.

Hastaların 45'i erkek (%55.6), 36'sı (%44.4) kadın, erkek/kadın oranı 1.25 idi.



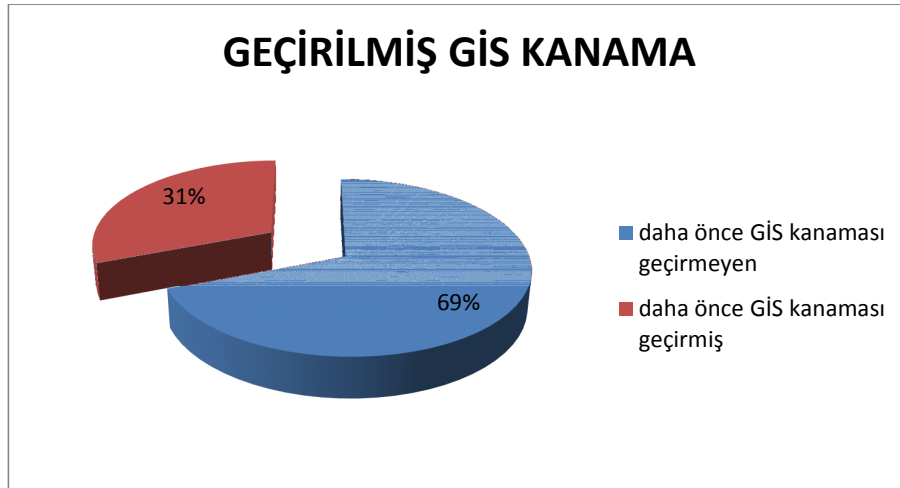
Şekil – 1 GİS kanamalı hastalarda cinsiyet dağılımı

Hastalar minimum 2 gün, maksimum 25 gün hastanede yatmışlardır. Erkeklerin ortalama yatış süreleri  $7.37 \pm 4.38$  gün, kadınların  $7.08 \pm 4.31$  gün idi.



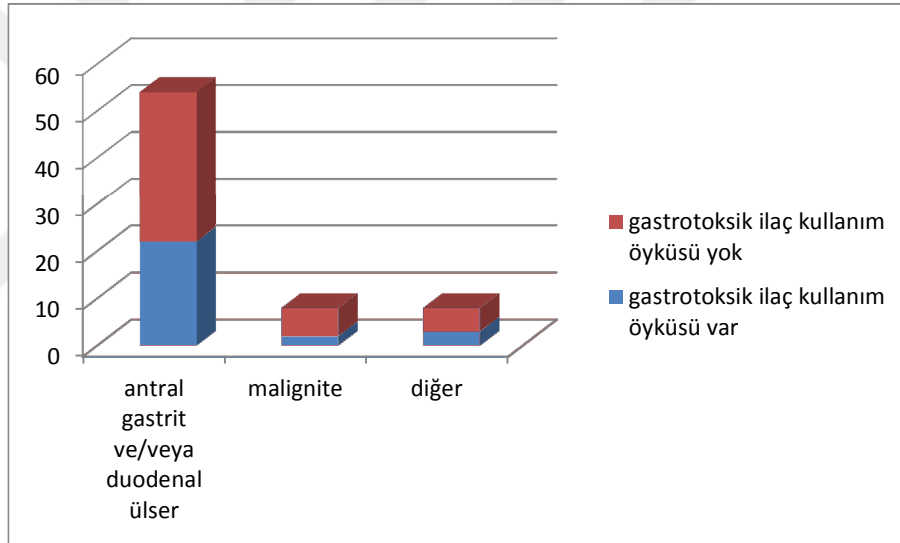
Şekil - 2 Cinsiyet-yatış süresi dağılımı

Hastaların anemnezlerinde daha önce GİS kanama geçirip geçirmediikleri sorgulandı. 56 hasta ilk kez GİS kanama geçirmiş, 25 hasta ise daha önce bir veya birden fazla GİS kanaması geçirmişti.



Şekil – 3 Geçirilmiş GİS kanama anamnezi

Çalışma kapsamına alınan 81 hastanın 36'sında (%44.4) gastrotoksik (NSAİİ; aspirin, naproksen, diklofenak, meloksikam ve diğer) ilaç kullanımı mevcuttu. Endoskopisi yapılabilen 70 hastanın endoskopi sonuçları ile gastrotoksik ilaç kullanım öyküleri arasındaki ilişkiye bakıldı. Endoskopi sonucunda antral gastrit ve/veya ülser görülen 54 hastanın 22'sinde(%40), malignite tespit edilen 8 hastanın 2'sinde (%25), diğer nedenler görülen 8 hastanın 3'ünde(%37) gastrotoksik ilaç kullanımı tespit edildi. Antral gastrit ve/veya ülser tespit edilen hastalarda öncesinde gastrotoksik ilaç kullanım oranı fazla idi. Bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı idi (p=0.048).

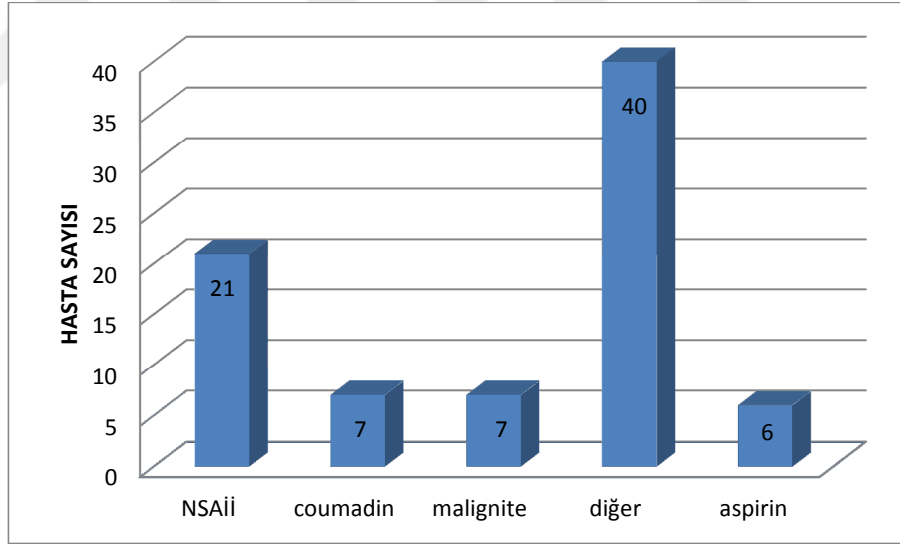


Şekil – 4 Endoskopi bulguları

Hastaların anamnezlerinden GİS kanamasına neden olabilecek etkenler sorgulandı. 21(%25.9) hastada NSAİİ (ASA dışı) kullanımı, 7 (%8.6) hastada coumadin kullanımı, 7(%8.6) hastada malignite ve 6 (%7.4) hastada ASA kullanımı tespit edildi. Geriye kalan 40 (%49.4) hastanın anamnezinde GİS kanamaya neden olabilecek gastrotoksik ilaç ya da etken saptanmadı.

Tablo – 1 GİS kanama nedenleri

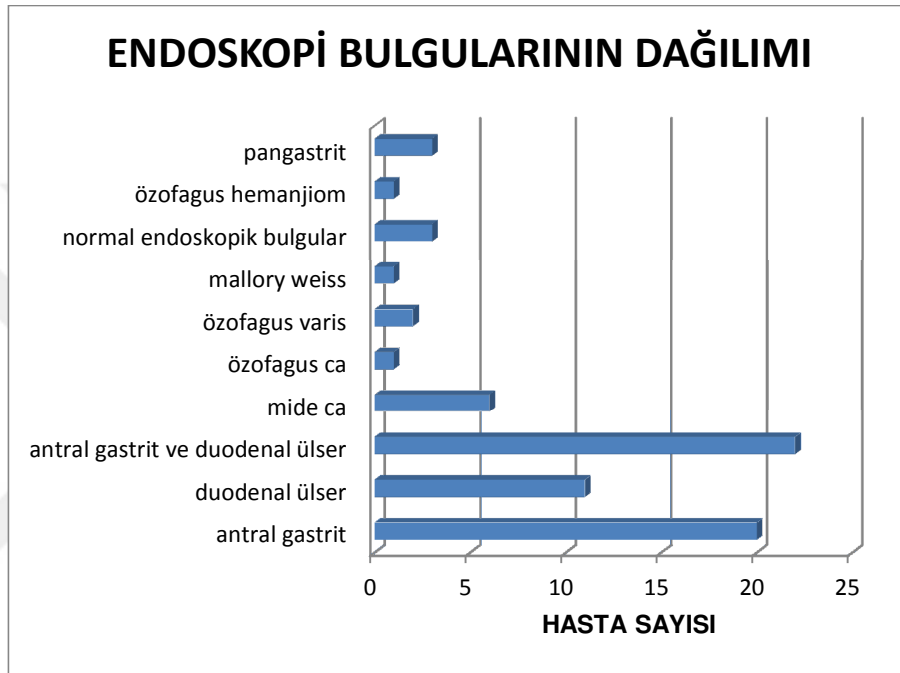
	HASTA SAYISI	ORAN(%)
NSAİİ	21	25.90%
coumadin	7	8.60%
malignite	7	8.60%
diğer	40	49.40%
aspirin	6	7.40%
Total	81	100%



Şekil – 5 GİS kanama nedenleri

GİS kanaması sebebiyle hastaneye başvuran tüm hastalara mümkün olan en kısa süre içerisinde endoskopi yapılması esastır. Çalışmaya alınan 81 hastanın 70 tanesine özofagogastrodedonoskopi yapıldı. Diğer 11 hastaya hastanın genel durumunun müsaade etmemesi ya da hastanın işlem için rıza göstermemesi nedeni ile endoskopi yapılamadı.

Endoskopi yapılan hastaların 20'sinde antral gastrit, 10'inde duodenal ülser, 22 sinde antral gastrit ve duodenal ülser, 7'sinde mide Ca, 1'inde özofagus Ca, 2'sinde özofagus varis, 1' inde mallory weiss yırtığı, 1 inde özofagus hemanjiom, 3'ünde pangastrit ve 3 hastada da normal endoskopik bulgular saptandı.

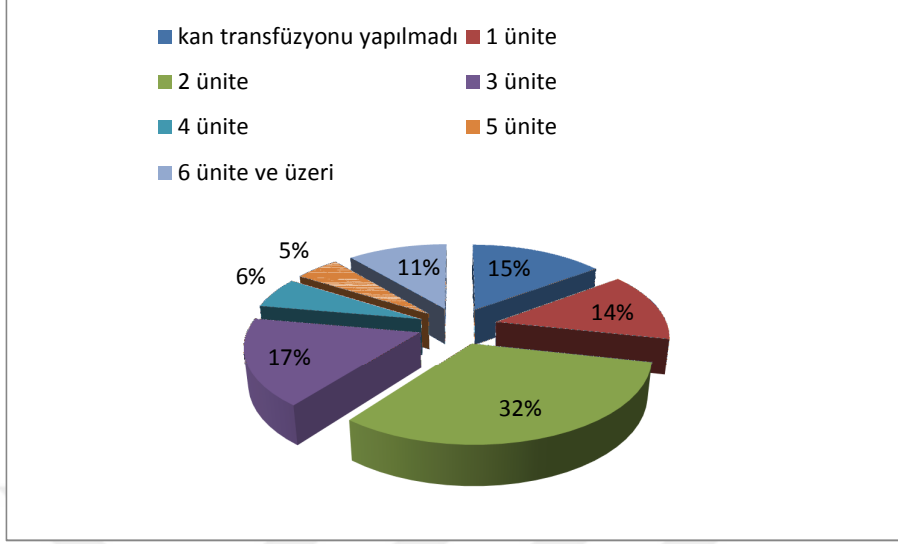


Şekil – 6 Endoskopi bulgularının dağılımı

Hastaların yatışları boyunca kan transfüzyon ihtiyacı oldu. Bu ihtiyaçlar eritrosit süspansiyonu ile karşılandı. Kan transfüzyon ihtiyacı minimum 0, maksimum 12 ünite, ortalama  $2.56 \pm 2.11$  ünite idi.

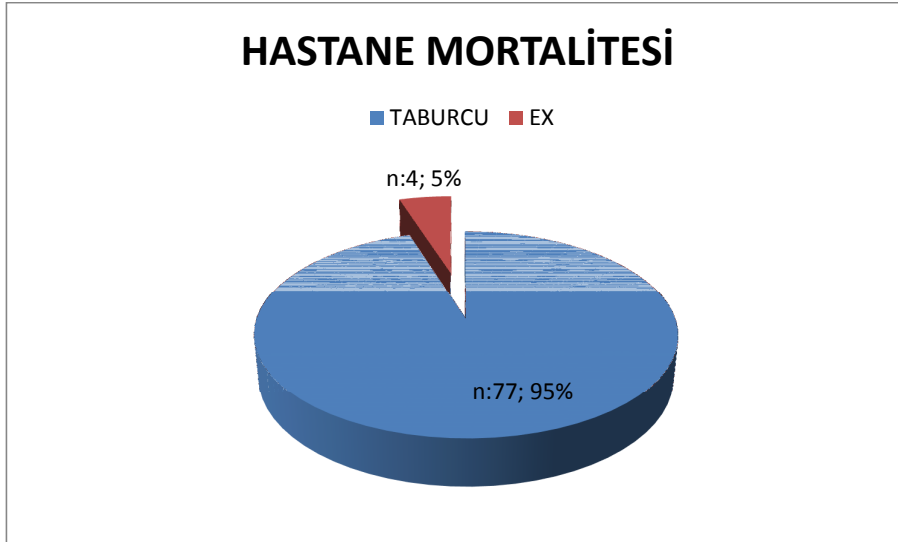
Tablo – 2 Ortalama kan transfüzyonu sayısı

	minimum	maksimum	ortalama	Std. Sapma
eritrosit süspansiyonu(ünite)	0	12	2.56	2.11



Şekil – 7 Hastalara yapılan transfüzyon sayılarının dağılımı

Üst GIS kanama nedeni ile hastaneye yatan ve çalışmamıza dahil ettiğimiz 81 hastadan 4 tanesi hastanede yatışı sırasında vefat etti. Taburcu edilebilen hastaların ortalama hastanede yatış süresi 6 gün (2-25 gün), ölen hastaların ortalama yatış süresi 3.5 gün (2-7 gün) olarak bulundu. Yatış süresi ile mortalite arasındaki ilişkiye bakıldı. Ölenlerde yatış süresi daha kısa idi. Bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı idi ( $p=0.048$ ).

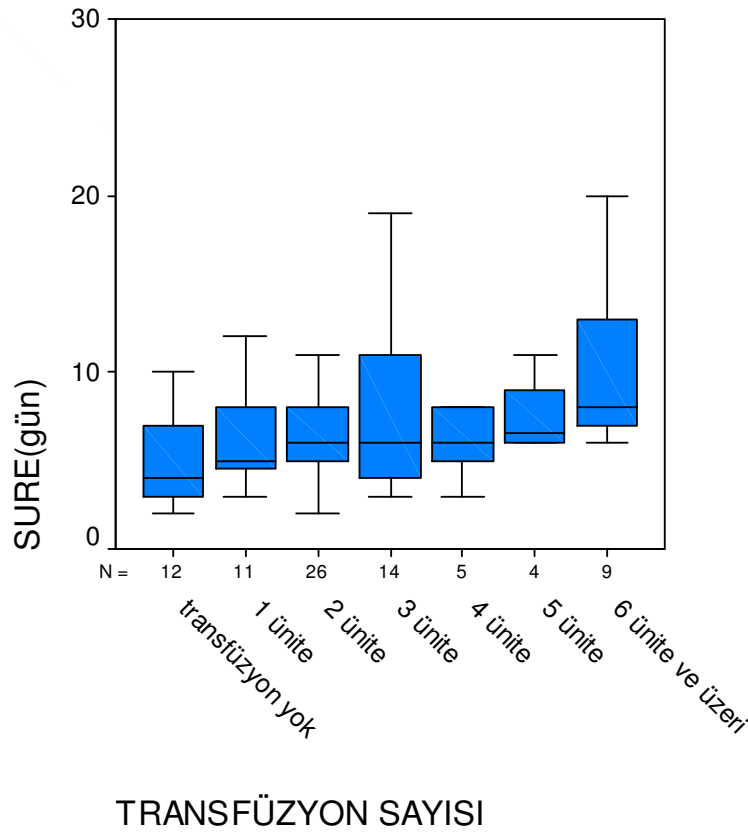


Şekil – 8 Hastane mortalitesi

Tablo – 3 Ortalama yatış süreleri

	ortalama yatış süresi(gün)	std. Sapma	minimum	Maksimum
taburcu edilenler	7.4	4.41	2	25
ex olanlar	5	2.91	2	9

Hastalara yapılan kan transfüzyonu sayısı ile hastaların hastanede yatış süreleri arasındaki ilişkiye bakıldı. Transfüzyon sayısı arttıkça hastaların yatış sürelerinin uzadığı görüldü. Transfüzyon sayısı ile yatış süresi arasında ılımlı pozitif korelasyon görüldü. Korelasyon katsayısı  $r = 0.339$   $p = 0.002$  dir.



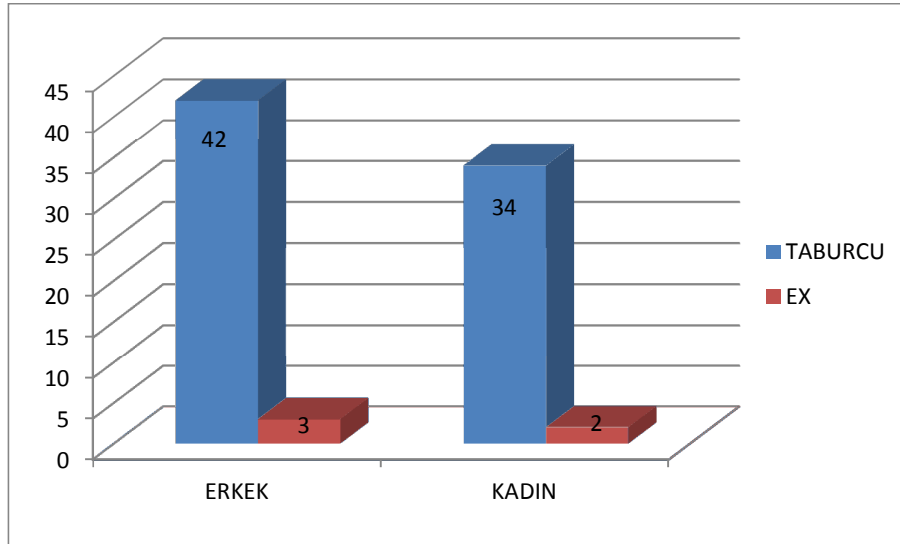
Şekil – 9 Transfüzyon sayısı – süre ilişkisi

Daha önce GİS kanama geçirmek ile mortalite arasındaki ilişkiye bakıldı. Daha önce GİS kanama geçiren 25 hastanın tamamı taburcu oldu, ex olan olmadı. Daha önce GİS kanaması geçirmeyen 56 hastanın 4'ü ex oldu, 52 hasta taburcu oldu. Daha önce GİS kanama geçirmek ile mortalite arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0.171$ ).

Tablo – 4 Daha önce GİS kanama geçiren hastaların hastaneden çıkış şekilleri

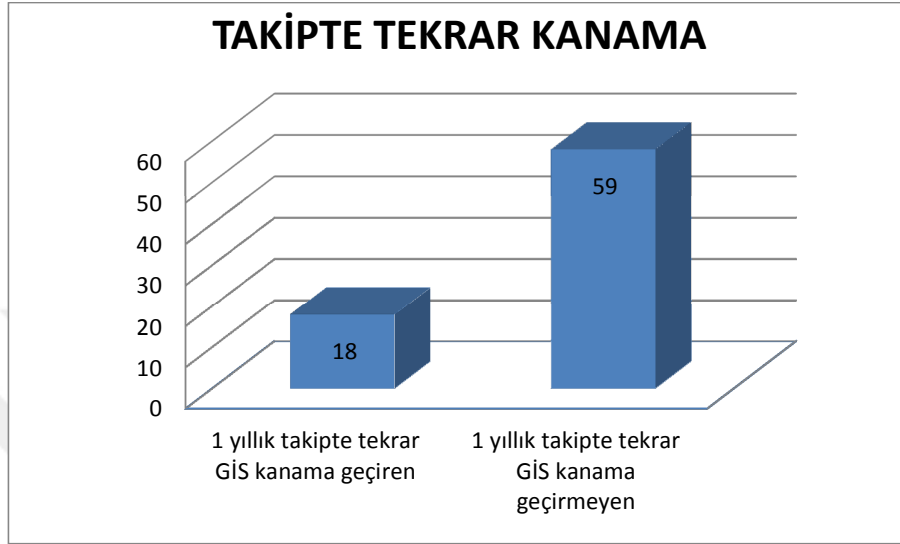
		HASTANEDEN ÇIKIŞ		TOPLAM
		taburcu	ex	
GİS KANAMA	Daha önce geçirmemiş	52	4	56
	Daha önce geçirmiş	25	0	25
TOPLAM		76	4	81

Mortalite ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldı. Erkek hastaların 42'si taburcu, 2 si ex oldu. Kadın hastaların 34'ü taburcu, 2 'si ex oldu. Kadın ve erkek hastaların mortaliteleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0.819$ ).



Şekil – 10 Cinsiyet mortalite dağılımı

77 hasta taburcu edilerek 1 yıl boyunca takibe alındı. 1 yıllık takip sırasında hastaların 18 tanesi yeniden GİS kanama geçirdi, 59 tanesinde tekrar GİS kanama görülmedi.



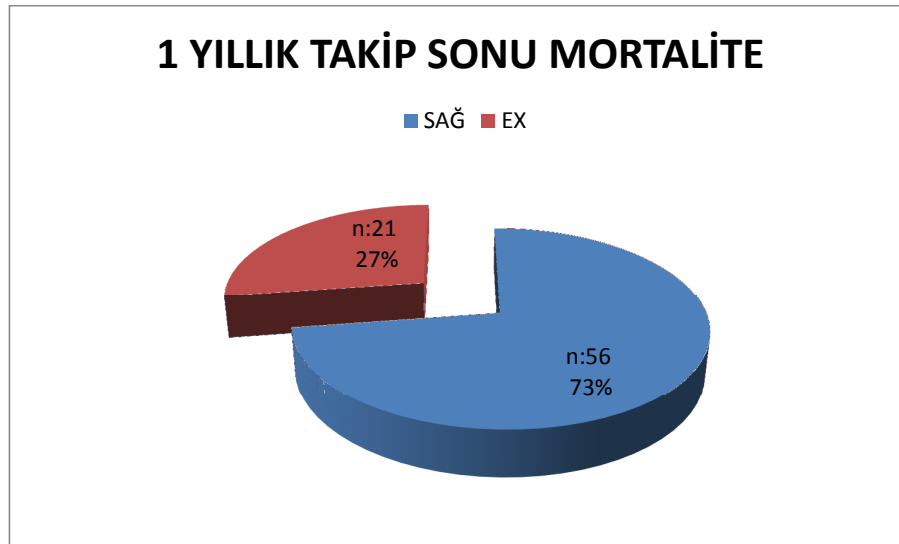
Şekil – 11 1 yıllık takipte tekrar kanama sayısı

Hastalar daha önce GİS kanama geçirenler ve geçirmeyenler olarak gruplandırılarak 1 yıllık takipte tekrar GİS kanama geçirip geçirmediğine bakıldı. Daha önce GİS kanama geçirmiş 25 hastanın 10'u (%40) 1 yıllık takip süresinde yeniden GİS kanama geçirdi. Daha önce GİS kanaması geçirmemiş 52 hastadan 8'i (%15) tekrar GİS kanaması geçirdi. Daha önce GİS kanama geçirmiş olanların 1 yıl içerisinde GİS kanaması geçirme oranı daha yüksek bulundu. İstatistiksel olarak bakıldığında daha önce GİS kanama geçiren hastalar ile geçirmeyen hastaların 1 yıllık süre içerisinde tekrar GİS kanama geçirmeleri arasındaki fark anlamlı bulundu ( $p=0.017$ ).

Tablo – 5 GİS kanama anamnezi olan ve olmayan hastaların 1 yıllık takip sonu mortaliteleri

		TEKRAR KANAMA		TOPLAM
		1 yıllık takipte tekrar kanamadı	1 yıllık takipte tekrar kanadı	
KANAMA	daha önce GIS kanama geçimemiş	44	8	52
	daha önce GIS kanama gecirmiş	15	10	25
TOPLAM		59	18	77

Hastaneden taburcu edilen 77 hastanın bir yıl sonundaki mortalite oranlarına bakıldı. 1 yıllık takipte 21 hasta öldü. Ölen hastaların 6 (%29) tanesi tekrar GİS kanama geçirerek kanama nedeni ile, diğer 15 (%71) hasta başka nedenlerle öldü.



Şekil – 12 1 yıllık takip sonu mortalite

Tablo – 6 1. yıl sonunda hastaların ölüm nedenleri

	ÖLÜM NEDENİ		TOPLAM
	GİS KANAMA	DİĞER NEDENLER	
HASTA ÖLDÜ	6	15	21
HASTA SAĞ	0	0	56
	6	15	77

Bir yıl içerisinde tekrar GİS kanama geçiren hastalarda mortalite oranlarına bakılarak, ölüm sıklığında tekrarlayan kanamaların bir rolü olup olmadığı araştırıldı. Tekrar GİS kanama geçiren 18 hastanın 8 tanesi, tekrar kanama geçirmeyen 59 hastanın 13 tanesi 1 yıl sonunda öldü. Tekrar kanayan ve kanamayan gruplar arasında mortalite açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı ( $p=0.062$ ).

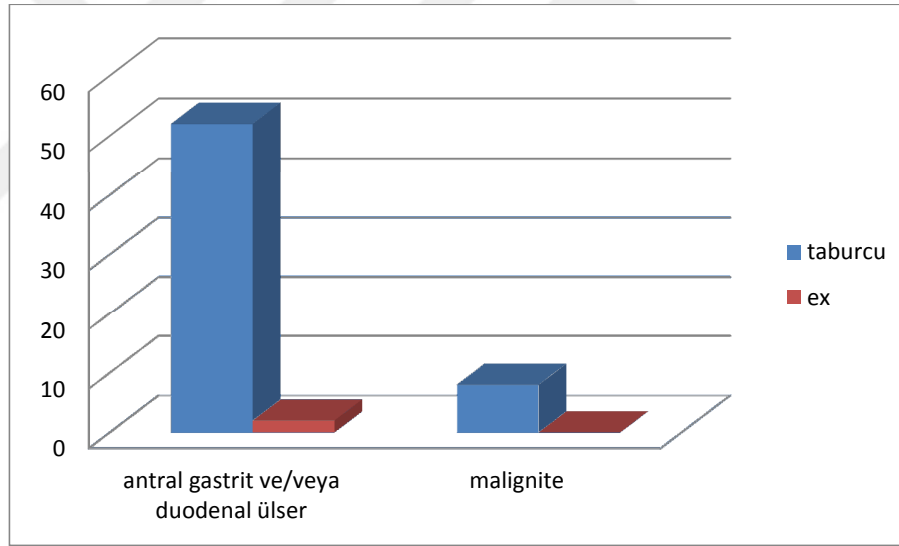
Tablo – 7 1 yıllık takipte tekrar kanayan hastaların mortaliteleri

	YIL SONU		TOPLAM
	hasta öldü	hasta sağ	
1 yıllık takipte tekrar kanadı	8	10	18
1 yıllık takipte tekrar kanamadı	13	46	59
Toplam	21	56	77

Çalışmaya alınan 81 hastanın 11'ine çeşitli nedenlerle endoskopi yapılamadı. Endoskopi yapılabilen 70 hastanın endoskopi sonuçları ve hastane mortaliteleri karşılaştırıldı. Hastaların yalnız 2'si ex oldu. Her iki hastanın da endoskopi sonucu antral gastrit ve/veya duodenal ülser idi. Hastaların endoskopi sonuçları ile hastane mortaliteleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p=0.837$ ).

Tablo – 8 Endoskopi bulgularına göre mortalite oranları

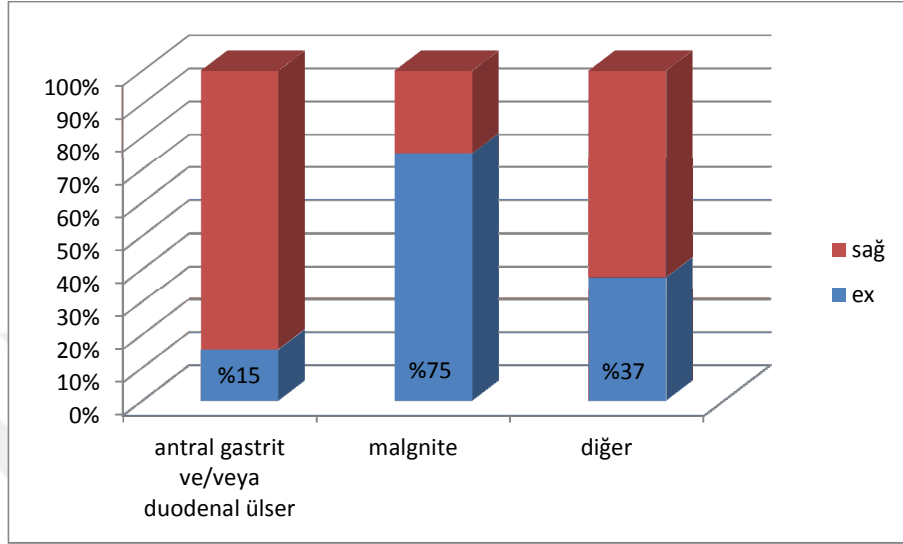
	HASTANE ÇIKIŞI		TOPLAM
	taburcu	ex	
ENDOSKPI BULGULARI			
gastrit ve/veya ülser	52	2	54
malignite	8	0	8
diğer nedenler	8	0	8
TOPLAM	68	2	70



Şekil – 13 Endoskopi bulgularına göre mortalite oranları

Hastaneden taburcu edilen hastaların endoskopi sonuçları ile 1 yıl sonundaki mortaliteleri karşılaştırıldı. Endoskopisinde antral gastrit ve/veya ülser tespit edilen hastaların 8 'i, malignite tespit edilen hastaların 2 'si, diğer nedenler (varis, özofagus hemanjiom, mallory weiss, hiatal herni ) tespit edilen hastaların 3'ü ex oldu. Endoskopi sonucunda malignite bulunan hastaların 1 yıllık takip sonunda ölüm

oranları %75 ile diğer nedenlerden oldukça yüksek saptandı. Yapılan istatistiksel değerlendirme de anlamlı bulundu (p:0.001) .



Şekil – 14 Hastaneden taburcu edilen hastaların endoskopi sonuçlarına göre 1. yıl sonundaki mortalite oranları

## TARTIŞMA VE SONUÇ

21. yüzyılda erken ölümlerin azaltılmasına doğum oranlarının azalmasının eşlik etmesi ile daha yaşlı bir toplum ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla bu durum bu gruba özgün gastrointestinal hastalıklarla daha sık olarak karşılaşmayı da beraberinde getirmiştir (34).

Tedavideki tüm gelişmelere rağmen akut gastrointestinal sistem kanamaları yaşlılarda halen ciddi ve sıklıkla ölümcül bir klinik problem olarak durmaktadır. Akut gastrointestinal sistem kanamalardan kaynaklanan ölümlerin % 90'ı yaşlı hastalarda görülmektedir. Yaşlı hastalarda GİS kanamaların sık görülmesinin en önemli nedeni bu grupta yaygın olarak NSAİİ kullanılmasıdır. Ayrıca yaşlılarda kardiyovasküler hastalıkların profilaksisi için uygulanan antitrombotik tedavi de akut gastrointestinal kanama için bir diğer riski (veya var olan riskte artış) oluşturur(34).

Yaşlılardaki akut GİS kanamalarının bir başka nedeni de gastrointestinal kanserlerdir. Gastrointestinal kanser insidansı yetmişli ve seksenli yaşlarda kesin bir şekilde artmıştır. Bu hastaların bir kısmının tanısı akut üst veya alt GİS kanama nedeni ile hastaneye yatışları sırasında konmaktadır. Vaka serimizde kanserli hasta sayısı 8 (%9) idi. Bunların 2 tanesi 1 yıl içerisinde tekrar kanamıştır. Bu bulgu kanser dışı hastalıkların etkinliğini daha iyi değerlendirmek için önemlidir. Kanserli hasta sayısının az olması verilerin daha güvenle yorumlanmasını sağlamıştır. Malignite insidansı yaşla birlikte artmasına rağmen, kanamaya neden olan ve takipte sorunlara neden olan kanser dışı hastalıkların da olumsuz bir seyir gösterdiğini söyleyebiliriz.

Günümüzde üst GİS kanama görülen yaşlı hastaların sayısında çarpıcı ve sürekli artış olmuştur. Bu artış sadece demografik değişiklikler temelinde açıklanamaz. 60 yaş üzerindeki hastalar bütün akut üst GİS kanamalı vakaların %35-45 ini, bunlarında %60'ını kadın hastalar oluşturmaktadır (1). İtalya merkezli bir

çalışmada üst GİS kanama nedeni ile yatan 36 yaşlı hasta incelenmiş ve erkek/kadın oranı 16/20, yaş ortalaması  $82.8 \pm 7.9$  (erkek  $80.1 \pm 4.8$ , kadın  $84.9 \pm 9.3$  ;  $p < 0.05$ ) bulunmuştur (35). 92 vakalık geriatrik popülasyonda GİS kanamaların karşılaştırıldığı başka bir çalışmada K/E oranı 40/52 imiş(36). Bizim çalışmamıza dahil olan 81 hastanın 45'i erkek, 36'sı kadın ve yaş ortalamaları  $78.07 \pm 6.03$ 'dür (erkek  $77.93 \pm 6.7$ , kadın  $78.25 \pm 5.02$  ;  $p > 0.05$ ). Daha önce yapılmış bir çok analizde erkek cinsiyetin GİS kanama için bağımsız bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir(8). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda erkek hasta sayısı kadın hastalardan fazla idi.

Yaş grubu ayrımı olmadan yapılan çalışmalarda üst GİS kanama nedeni ile serviste yatış süresi  $6.6 \pm 4.1$  gündür(37). Geriatrik hasta grubu ile yapılan başka bir seride ortalama hastanede kalış süresi kadınların 5.8 gün, erkeklerin 6.9 gün olarak bulunmuş (36). Çalışmamızda 70 yaş ve üzeri hastaların yatış süreleri incelendi. Ortalama yatış süresi  $7.37 \pm 4.38$  (2 gün-25 gün) gündü. Erkeklerin ortalama yatış süreleri  $7.37 \pm 4.38$  gün, kadınların  $7.08 \pm 4.31$  gün bundu. Literatüre göre takip ettiğimiz yaşlı hastaların yatış süreleri genel popülasyona göre daha uzun bulundu. Klasik NSAİİ'lerin kullanımı gastroduodenal hastalık için iyi bilinen bir risk faktörü olup bu risk gençlere göre yaşlılarda daha fazla önem arz eder. NSAİİ kullanan yaşlı hastalardaki en önemli soru bu ilacın düşük doz aspirin ile kombinasyonunun gastrointestinal sistem kanamalarını artırıp artırmadığıdır. Bu risk yaşlılarda yapılan bir çalışmaya göre kesin olarak artmaktadır(34). Cullen ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada Helicobacter pylori ve NSAİİ'lerin yaşlılardaki peptik ülser kanaması ile ilişkisini incelemişler ve 201 hasta taramışlar (82 vaka, 93 kontrol). Peptik ülser kanaması geçiren hastalarda NSAİİ kullanım kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş( $\%68$ 'e  $\%34$ )(38). Öyküdeki ilaçların  $\%41$ 'i aspirin dışı NSAİİ,  $\%27$ 'si ise aspirin olarak tespit edilmiş. Ünsal ve arkadaşlarının tüm yaş gruplarında yaptıkları 724 vakalık bir araştırmada üst GİS kanamalı hastalarda kullandığı NSAİİ'lerin  $\%68$ 'inin aspirin olduğu görülmüş (39). Geriatrik popülasyonda ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada NSAİİ kullanım öyküsü  $\%54$  olarak bulunmuş (8). Bizim çalışmamızda NSAİİ kullanımını  $\%44,4$  idi. Bu NSAİİ'lerin  $\%37$ 'si non-aspirin,  $\%7,4$ 'ü aspirindi. Yaygın ağrı sendromlarının fazla olması ve osteoartroz nedeniyle yaşlı hastalar çok sık ağrı kesici ilaç kullanmaktadır. Bu ilaçların mide ve duodenumda

bariyer sistemleri üzerine olumsuz etki yaptıkları bilinmektedir. Gereksiz ilaç kullanımı yaşlı hastada üst GİS kanaması yapan ilaçların kullanılmaması gerekmektedir.

Çalışma kapsamına alınan 81 hastanın 70 tanesine endoskopi yapıldı. Diğer 11 hastaya hastanın genel durumunun el vermemesi ya da hastanın işlemi reddetmesi nedeni ile endoskopi yapılmadı. Endoskopisi yapılan hastaların 20'sinde antral gastrit, 11'inde duodenal ülser, 22 sinde antral gastrit ve duodenal ülser, 7'sinde mide Ca , 1'inde özofagus Ca, 2'sinde özofagus varis, 1' inde mallory weiss yırtığı, 1 inde özofagus hemanjiom, 3'ünde pangastrit ve 3 hastada da normal endoskopik bulgular saptandı. Endoskopi sonuçları değerlendirildiğinde antral gastrit ve duodenal ülserlerin en sık rastlanan lezyonlar olduğu görülmektedir. Tüm yaş grupları değerlendirildiğinde çeşitli serilerde değişiklik olmakla birlikte, genellikle endoskopide ilk 3 sırada rastlanan lezyonlar duodenal ülser, gastrit ve özofageal varislerdir. 1996 yılında yayınlanan 80 yaş üzeri GİS kanamalı 63 hasta ile yapılan bir çalışmada ana neden % 53 ile gastrik ve duodenal ülser bulunmuş(40). 2010 da JAGS'de yayımlanan 65 yaş üstü 113 vakalık bir çalışmada %66 ile gastrik ve duodenal ülser en sık üst gastrointestinal sistem kanama nedeni olarak bulunmuştur (41). Bizim çalışmamızda hastaların %77' inde antral gastrit ve/veya duodenal ülser, %11'inde malignite, %2' sinde özofagus varis tespit edilmiştir.

Çalışmaya alınan üst GİS kanaması geçirmiş hastaların anamnezlerinde daha önce GİS kanama geçirip geçirmediği sorgulandı. 56(%69) hasta ilk kez GİS kanaması geçirmiş, 25(%31) hasta ise daha önce bir veya birden fazla GİS kanaması geçirmişti. Okutur ve arkadaşlarının her yaşta hasta grubu ile yaptıkları 230 vakalık çalışmada geçirilmiş üst GİS kanama öyküsü oranı bizim çalışmamızla benzer olarak %31(74) olarak bulunmuştur (37). Yaşlı grupta GİS kanamasının tekrarlama oranı daha yüksek olmaktadır. İyileşmenin yavaş olması, tedavinin yetersiz uygulanması, takipte yapılan yetersizlikler, NSAİİ'lerin kullanılmaya devam edilmesi tekrarlayan kanamalara neden olmaktadır.

Endoskopi yapılabilen hastaların endoskopi sonuçları 3 başlık altında toplandı ve gastrotoksik ilaç kullanım öyküleri ile arasındaki ilişkiye bakıldı. Endoskopi sonucunda antral gastrit ve/veya ülser görülen 54 hastanın 22'sinde(%40), malignite tespit edilen 8 hastanın 2'sinde (%25), diğer nedenler görülen 8 hastanın 3'ünde (%37) gastrotoksik ilaç kullanımı tespit edildi. Antral gastrit ve/veya ülser

tespit edilen hastalarda öncesinde gastrotoksik ilaç kullanım oranı fazla idi. Bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı kabul edildi ( $p=0.048$ ).

Hastaların yatışları boyunca kan transfüzyonu ihtiyaçları oldu. Bu ihtiyaçlar eritrosit süspansiyonları ile karşılandı. Literatürde tüm yaş gruplarındaki serilerde yapılan transfüzyon miktarı hasta başına ortalama  $2.42\pm 2.26$  Ü idi(37). Bizim çalışmamızda kan transfüzyon ihtiyacı minimum 0, maksimum 12 ünite, ortalama  $2.56\pm 2.11$  Ü bulundu. Hastalara yapılan kan transfüzyonu sayısı ile hastaların hastanede yatış süreleri arasındaki ilişkiye bakıldı. Transfüzyon sayısı arttıkça hastaların yatış sürelerinin uzadığı görüldü. Transfüzyon sayısı ile yatış süresi arasında ılımlı pozitif korelasyon görüldü. Korelasyon katsayısı  $r = 0.339$ ,  $p = 0.002$  dir.

GİS kanamalarda farmakolojik ve girişimsel tedavi yöntemlerindeki tüm gelişmelere rağmen mortalite %2-10 arasındadır (42). Mortalite oranı yaşla yakından ilişkilidir. Altmış yaşın altında mortalite %8 iken, 60 yaş üstünde %13'e çıkmaktadır (42). Çalışmamıza dahil olan 81 hastadan 4 (%5) tanesi hastanede yatışı sırasında ex oldu. Mortalite ile ilişkili diğer faktörler nüks kanama, yandaş hastalık varlığı, peptik ülser veya geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü, hematemezle prezentasyon, hipotansiyon gelişimi ve özofagus varis kanamasıdır (43). Bunların dışında daha önce GİS kanama geçirmenin mortalite üzerine etkisine bakıldı. Daha önce GİS kanama geçiren 25 hastanın tamamı taburcu oldu, ex olan olmadı. Daha önce GİS kanama geçirmeyen 56 hastanın 4'ü ex oldu, 52' si taburcu oldu. Daha önce GİS kanaması geçirmek ile mortalite arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ( $p=0,171$ ).

Taburcu edilen hastaların ortalama hastanede yatış süresi 6 gün (2-25 gün), ölen olan hastaların ortalama yatış süresi 3,5 gün (2-7 gün) olarak bulundu. Yatış süresi ile mortalite arasındaki ilişkiye bakıldı. Ölen olanlarda yatış süresi daha kısa idi. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p=0,048$ ). Bu bulgu hastaların erken dönemde vefat etmeleri ile ilgili olabilir. Ayrıca daha ağır kanama geçirenlerin erken dönemde ölmelerine bağlı olabilir.

Mortalite ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldı. Erkek hastaların 42'si taburcu, 2 si ex oldu. Kadın hastaların 34'ü taburcu, 2 'si ex oldu. Kadın ve erkek

hastaların mortaliteleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,819)

77 hasta taburcu edilerek 1 yıl boyunca takibe alındı. Hastalara 1, 6, 12. ayda vizit yapıldı. Takip sırasında hastaların 18'i yeniden GİS kanama geçirdi, 59'unda tekrar GİS kanama görülmedi.

Hastalar daha önce GİS kanama geçirenler ve geçirmeyenler olarak gruplandırılarak 1 yıllık takipte tekrar GİS kanaması geçirip geçirmediğine bakıldı. Daha önce GİS kanaması geçirmiş 25 hastanın 10 tanesi (%40) 1 yıllık takip süresinde yeniden GİS kanama geçirdi. Daha önce GİS kanama geçirmemiş 52 hastadan 8 'i (%15) tekrar GİS kanama geçirdi. Daha önce GİS kanama geçirmiş olanların 1 yıl içerisinde GİS kanaması geçirme oranı daha yüksek olarak bulundu. İstatistiksel olarak bakıldığında daha önce GİS kanama geçiren hastalar ile geçirmeyen hastaların 1 yıllık süre içerisinde tekrar GİS kanama geçirmeleri arasındaki fark anlamlı bulundu (p=0,017). Buradan elde edilen verilerle daha önce GİS kanama geçirmiş geriatrik yaş grubunda bulunan hastaların yakın takip edilmeleri, tekrar GİS kanama geçirme ihtimallerinin çok yüksek olduğu sonucuna varıldı. Bu oranın yüksek olmasının nedenleri yetersiz tedavi, mide koruyucu sistemlerinin yaşla birlikte bozulması, Üst gastrointestinal sistemdeki mukozanın incilmesi kanamaya daha müsait hale gelmesi, çok sık NSAİİ ilaçların kullanımı olarak sayılabilir. Geriatrik hastalarda yapılacak tedavi yöntemlerinin yakın takip edilmesi, bariyer sistemlerini kuvvetlendirici tedavilerin ön planda uygulanması, gerekirse endoskopik olarak ülserin iyileşmesinin izlenmesi ve gerekmedikçe ilaç kullanılmaması ile bu nüks oranı azaltılabilir

Bir yıllık takip süresince tekrar kanayan hastaların endoskopi bulguları karşılaştırıldı. Gastrit ve duodenal ülserli hastaların %17'si, malignitelerin %62'si ve diğer endoskopik bulguları olan hastaların %37 si tekrar GIS kanama geçirdi (p=0,023). Tekrar kanama yapan nedenlerin başında mide tümörlerinin olması çok şartıcı bulunmadı. Hem sıklığı hem de operabilitesi açısından bakıldığında bu yaş grubundaki hastaların operasyona uygun olmaması, tanıda gecikme ve mide tümörü insidansının artmış olması böyle bir sonucu beraberinde getirmiştir.

Hastaneden taburcu edilen 77 hastanın bir yıl sonundaki mortalite oranlarına bakıldı. 1 yıllık takipte 21 (%27) hasta öldü. Ölen hastaların 6'sı(%29) tekrar GİS

kanama geçirerek kanama nedeni ile, diğer 15 hasta (%71) başka nedenlerle öldü. ABD merkezli başka bir çalışmada üst GİS kanama geçirmiş >65 yaş hastaların 2 yıllık mortalitelerine bakılmış, erkeklerin %18,8, kadınların %40, total mortalite oranı %30,6 olarak bulunmuş (35). Bu bulgu bu yaş grubundaki hastaların 1 yıllık mortalitesinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Akut kanama esnasında 4 hasta kanama nedeni ile kaybedilmiş iken 1 yıllık takipte yeniden kanama geçirdiklerinde mortalite oranının %30 a çıktığı görülmüştür. Bu bulgu bu hasta grubunda malignitelerin fazla olmasına bağlı olabileceği gibi eşlik eden ek hastalıklar nedeni ile de tekrarlayan kanama nedeniyledir olmuş olabilir. Bu sonuç bu hasta grubunun daha yakından ve enerjik bir şekilde takip edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bir yıl içerisinde tekrar GİS kanama geçirmek ile yıl sonunda GİS kanama ya da diğer nedenlere bağlı olan mortalite arasındaki ilişkiye bakıldı. Tekrar GİS kanama geçiren 18 hastanın 8 tanesi, tekrar kanama geçirmeyen 59 hastanın 13 tanesi 1 yıl sonunda öldü. Tekrar kanayan ve kanamayan gruplar arasında mortalite açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı ( $p=0.062$ ). İstatistiksel olarak her ne kadar anlamlı bir fark bulunmasa da sonuçlar tekrar GİS kanama geçirenlerin ölüm oranlarının arttığını göstermektedir. Aradaki fark anlamlı olmaya çok yakın düzeydedir. Hasta sayısı arttığında aradaki farkın daha da belirgin olacağını tahmin ediyoruz. Burada dikkati çeken nokta bu tekrarlayan kanama neticesi ölen hastalar arasında mide tümörü olan hasta sayısının az olması, antral gastrit ve veya ülser tespit edilenlerin daha fazla olmasıdır. Bu da daha önce söylediğimiz tedavi ve takip stratejilerinin yeniden gözden geçirilmesi önerimizi haklı çıkarmaktadır.

Hastaneden taburcu edilen hastaların endoskopi sonuçları ile 1 yıl sonundaki mortaliteleri karşılaştırıldı. Endoskopisinde antral gastrit ve/veya ülser tespit edilen hastaların 8 'i, malignite tespit edilen hastaların 6 'sı, diğer nedenler (varis, özofagus hemanjiom, mallory weiss, hiatal herni ) tespit edilen hastaların 3'ü ex oldu. Endoskopi sonucunda malignite bulunan hastaların 1 yıllık takip sonunda ölüm oranları %75 ile diğer nedenlerden oldukça yüksek saptandı. Yapılan istatistiksel değerlendirme de anlamlı bulundu ( $p:0.001$ ) .

## KAYNAKLAR

1. Bal Kadir, Yaşlılarda gastrointestinal kanamalar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, 8. Ulusal İç hastalıkları Kongresi ; 2006.
2. Blatchford O, Davidson LA, Murray WR, et al. J. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. BMJ 1997;315:510-1489.
3. Beşışık F, Büyüköztürk K, Atamer T, Peptik ülser hastalığı. gastrointestinal kanamalarına yaklaşım İç hastalıkları 1. Baskı 785-823.
4. Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A. Gastrointestinal Kanamalar Cerrahpaşa İç hastalıkları 1.baskı 800.
5. Gönen Ö, Okan A. Peptik ülser komplikasyonları, Gastrointestinal kanamalar. İliçin, Biberoglu, Süleymanlar, Ünal. İç hastalıkları 2.baskı 1532, 1661.
6. Akyüz F, Demir K, Beşışık F, ve ark. Üst gastrointestinal Sistem kanamasına yaklaşım. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı İstanbul Tıp Fakültesi Geleneksel İç hastalıkları Günleri İnteraktif Güncelleştirme 2009;23-31.
7. Mungan Z. Üst gastrointestinal sistem kanamaları, Gülen K, Çalangu S, Acil dahiliye 7.baskı 359.
8. Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Sleisenger S Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: pathophysiology, diagnosis, management. 7th ed. :211-243.

9. Chalasani N, Cotsonis G, Wilcox CM. Upper gastrointestinal bleeding in patients with chronic renal failure: Role of vascular ectasia. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:2329.
10. Silverstein FE, Graham DY, Senior JR, et al. Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Ann Intern Med* 1995; 123: 241.
11. Lanza F, Rack MF, Simon TJ, et al. Effect of alendronate on gastric and duodenal mucosa. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 753.
12. Piper JM, Ray WA, Daugherty JR, et al. Corticosteroid use and peptic ulcer disease: Role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Intern Med* 1991; 114: 735.
13. Kaufman DW, Kelly JP, Wiholm BE, et al. The risk of acute major upper gastrointestinal bleeding among users of aspirin and ibuprofen at various levels of alcohol consumption. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3189.
14. Rokkas T, Karameris A, Mavrogeorgis A, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* reduces the possibility of rebleeding in peptic ulcer disease. *Gastrointest Endosc* 1995; 41(1): 1-4.
15. Jaspersen D. *Helicobacter pylori* eradication: the best long-term prophylaxis for ulcer bleeding recurrence? *Endoscopy* 1995; 27(8): 622-625.
16. Chan FK, Sung JJ, Suen R, et al. Does eradication of *Helicobacter pylori* impair healing of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated bleeding peptic ulcers? A prospective randomized study. *Aliment Pharmacol Ther* 1998; 12: 1201.
17. Hawkey CJ. Risk of ulcer bleeding in patients infected with *Helicobacter pylori* taking non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Gut* 2000; 46: 310.

18. Bateson MC: Cigarette smoking and Helicobacter pylori infection. Postgrad Med J 1993;69:41-44.
19. Ainsworth MA, Hogan DL, Koss MA, et al. Cigarette smoking inhibits acidstimulated duodenal mucosal bicarbonate secretion. Ann Intern Med 1993; 119:882-886.
20. Kaufman DW, Kelly JP, Wiholm BE, et al: The risk of acute major upper gastrointestinal bleeding among users of aspirin and ibuprofen at various levels of alcohol consumption. Am J Gastroenterol 1999;94:3 189.
21. Lanas A, Bajador E, Serrano P, et al. Nitrovasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med 2000; 343: 834 .
22. Collins R, Langman M. Treatment with histamine H2 — antagonist in acute upper gastrointestinal hemorrhage. Implications of randomized trials. N Engl J Med 1985; 313: 660.
23. Khuroo MS, Yattoo UN, Javid G, et al. A comparison of omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer. N Engl J Med 1997; 336: 1054.
24. 28. Lau JY, Sung JJ, Lee KK, et al. Effect of intravenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. N Engl J Med 2000; 343: 310.
25. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, et al. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: A meta-analysis. Gastroenterology 1992; 102:139.
26. ASGE Standards of Practice Committee. ASGE guideline: the role of endoscopyin acute non-variceal upper-GI hemorrhage. Gastrointest Endosc 2004; 60(4):497-504.

27. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. Gut 2002; 51:iv1-iv6.
28. Huang CS, Lichtenstein DR. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am 2003; 32(4): 1053-1078.
29. Villanueva C, Balanzo J, Torras X, et al. Value of second-look endoscopy after injection therapy for bleeding peptic ulcer: A prospective and randomized trial. Gastrointest Endosc 1994; 40: 34.
30. Kramer SC, Gorich J, Rilinger N, et al. Embolization for gastrointestinal hemorrhages. Eur Radiol 2000; 10: 802.
31. Alkım H, Şaşmaz N. Akut Üst gastrointestinal sistem kanaması. Edit: Özden A, Şahin B, Yılmaz U ve ark. Gastroenteroloji. 2002: 14 1-48.
32. Zullo A, Hassan C, Campo S Bleeding Peptic Ulcer in the Elderly: Risk Factors and Prevention Strategies Drugs & Aging Volume 24, Number 10, 2007, 815-828(14) .
33. Militello C, Volpin E, De Santis L, et al. Complications of peptic ulcer disease in the elderly. Chir Ital. 1997;49(4-5): 37-41.
34. Sentürk Ö. Yaşlılık ve Gastrointestinal Sistem ([http://www.dromersenturk.com/ders\\_sunuyaslilik-ve-gastrointestinal-sistem.pdf](http://www.dromersenturk.com/ders_sunuyaslilik-ve-gastrointestinal-sistem.pdf))
35. Alberto Pilotto, Luigi Ferrucci, Carlo Scarcelli et al. Usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment in Older Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding: A two-year Follow-Up Study. Dig.Dis. 2007 ; 25(2) : 124-128.
36. Küçükardalı Y, Yazgan Y, Çankır Z ve ark. Geriatrik popülasyonda NSAİİ' a Bağlı Olan ve Olmayan Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Olguların Karşılaştırılması. Turkish Journal of Geriatrics 2002; 5(3); 87-90.

37. Okutur SK, Alkım C, Bes C, ve ark. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2007; 6: 30-6.
38. Hawkey CJ. Non steroidal anti-inflammatory drugs and peptic ulcers. BMJ 1990; 300: 278-84.
39. Ünsal B, Altınay ZA, Kara B, ve ark. 1987-1991 yıllarında kliniğimizde yatan üst gastrointestinal sistem kanamaları ve bunların içinde ilaca bağlı olanların değerlendirilmesi. Turk J Gastroenteroloji. 1993; 4: 460-2.
40. Hochain P, Merle V, Capet C, et al. Gastroenterol Clin Biol, 1996; 20(8-9): 638-44.
41. Amer A. Alkhatib, Fateh A. Elkhatib, Samer M. Abubakr, et al. JAGS 2010; 58(1); 182-184.
42. Mungan Z. Üst gastrointestinal sistem kanamalar. In: Ökten A, editor. Gastroenterohepatoloji. Nobel Tıp Kitabevleri 2001; 75.
43. Ulaşoğlu C. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamaları. Çapa Gastroenteroloji Günleri Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu Kitabı 2002; 28.



## ÖZGEÇMİŞ

12 Ocak 1980'de Bolu'da doğdum. İlkokul ve ortaokul eğitimimi Adana'da, lise eğitimimi Kütahya Lisesinde tamamladım. Tıp eğitimimi İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde tamamladım(2004). 2005-2007 yılları arasında Medline Sağlık A.Ş. de çalıştım. 2007 yılı Nisan ayı TUS sınavı ile birlikte Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Dahiliye Kliniğinde dahiliye uzmanlık eğitimime başladım. Hastanenin özel bir kuruma devredilmesi sebebi ile Kasım 2010'dan itibaren Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitimime devam etmekteyim. İyi derecede ingilizce bilmekteyim.