

GASTROİNTESTİNAL KANAMALI HASTAYA YAKLAŞIM

Özge ONUR*

GİRİŞ

Gastrointestinal (GIS) kanama, acil servis başvuruları arasında önemli bir yer tutmakta olup, hayatı tehdit edici bir patolojidir. Her yaşta görülebilmelerine karşın 50-80 yaşlarında (ortalama 59 yaş) daha sık oldukları gözlenmiştir (1).

Genel olarak Üst GIS kanama ve Alt GIS kanama olarak iki grupta incelenir. Üst GIS kanama insidansı 50- 150 / 100.000 civarında iken, alt GIS kanama insidansı yaklaşık 20 /100.000'dir (1). Tüm üst GIS kanamalar içinde mortalite yaklaşık %14 iken alt GIS kanamalarda bu %5 civarındadır. Yaş ilerledikçe hastanın akut kan kaybını hemodinamik olarak kompanse etme yeteneği azalmaktadır. Kanamaların çoğu (%80) kendiliğinden durmaktadır. Fakat tekrarlayan ya da inatçı kanamalara da sık rastlanmakta olup, mortalite oranları bu hastalarda yüksek bulunmuştur. Yüksek morbidite ile ilişkili faktörler arasında hemodinamik instabilite, tekrarlayan hematemez ya da hematokezya, gastrik lavaj sıvısının temizlenememesi, yaşın 60'dan büyük olması ve eşlik eden diğer organ sistemi hastalıkları (kardiyak hastalık, kronik karaciğer hastalığı, solunum sistemi ya da merkezi sinir sistemi hastalığı, renal yetmezlik), özofagus varis kanaması bulunmaktadır (2).

Gerek üst gerekse alt GIS kanamalı hastalara multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Bu hastalar ile acil tıp doktorları, gastroenterologlar ve genel cerrahlar beraber ilgilenmektedir. Hatta 1960'lardan sonra bu ekibe selektif arteriyel embolizasyon aşamasında radyologlar da katılmıştır.

Klinikte görülme şekli kanamanın odağı ve süresine bağlıdır. Kronik kanama, rutin incelemeler sırasında tespit edilebilir ve demir eksikliği anemisi şeklinde ya da gaytada gizli kan şeklinde ortaya çıkabilir.

Akut GIS kanamalı hastalar hematemez veya kanlı kusma gibi daha belirgin bulgularla başvururlar. Melena genelde üst GIS kanama işareti olmasına rağmen, sağ kolondan kaynaklanan şiddetli kanamalarda da görülebilir. Hematokezya ise genelde alt GIS kanamalarına bağlıdır. Eğer üst GIS kanamaya bağlı ise masif kanamanın işaretidir.

1. ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMA

Üst GIS kanama (ÜGK), Treitz ligamentine kadar olan proksimal duodenum ile üst özofagus sfinkteri arasında lümen içine olan kanamayı ifade eder. Amerika'da yıllık 300.000'den fazla yatışın sebebidir (2).

Üst GIS kanamaların yaklaşık %50'sinin nedeni peptik ülserdir. Diğer sebepler arasında; gastrit veya gastrik erozyona bağlı kanamalar, özofagus veya gastrik varisler, Mallory-Weiss Sendromu, anjiodisplazi, maligniteler bulunmaktadır.

1.1. Peptik ülserle bağlı kanamalar

Üst GIS kanamaların %50'sini duodenal, gastrik ve stomal ülserler oluşturmaktadır. Anatomik olarak midenin küçük kurvatürü veya duodenum arka duvarında lokalize olan ülserler, tekrarlayan kanamalara daha yatkındır (3). Tüm ülserlerin %30'unu oluşturan duodenal ülserler, %10 vakada ilk 24- 48 saatte tekrar kanar. Peptik ülser hastalarının %30-50'sinde non-steroid ilaç (NSAİİ) kullanım hikayesi mevcuttur. Son 15 yıl içerisinde peptik ülserle karşı etkin tedavilerin geliştirilmiş olmasına rağmen, bunun kanayan ülser vakalarının hastaneye yatırılma oranı üzerinde çok az olumlu etkiye sahip olduğu bilinmektedir.

1.2. Gastrit veya gastrik erozyona bağlı kanamalar

Gastritin patolojik ve endoskopik tanımı arasında farklar bulunmaktadır. Histolojik olarak gastrit, epitel harabiyeti ve inflamatuvar hücre infiltrasyonudur. Bu kronik (plazma hücre hakimiyeti) ya da akut (polimorfonukleer hücre hakimiyeti) formda gözlenebilen bir patolojidir. Biyopside ciddi gastrit bulgusu olsa da endoskopide normal görüntü veren bu tip gastritlerin kanama ile ilgisi yoktur. Endoskopik olarak ise gastrit, mukozal kanama, eritem ve erozyonun beliren olarak görülmesidir. Bu tip gastritler daha çok kanamaya neden olmaktadır.

Aspirin veya diğer NSAİİ'lerin neden olduğu gastritler çok sık karşılaşılan bir durumdur. NSAİİ gastropatilerde en önemli nokta profilaksidir. Prostoglandinlerin kullanımının bu tip gastropatilerde etkili olduğu saptanmıştır.

* Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Strese bağlı gastritler, ciddi kanama nedeni olabilirler. Daha çok solunum yetmezliği, hipotansiyon, sepsis, böbrek yetmezliği, yanık, peritonit ve nörolojik travmaya maruz kalmış yoğun bakım ünitelerinde yatan vakalarda görülür. Bu tip vakalarda kanama meydana geldiği zaman, kontrolün çok güç olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni, mukoza yüzeyinde birçok kanama odaklarının bulunmasıdır. Tedavi modalitelerinin çoğunun bu vakalarda başarısızlıkla sonuçlandığı ve endoskopik tedavinin ilk ve en güvenilir yöntem olduğunu kanıtlanmıştır. Kanayan ülserlere nazaran gastrik mukozal kanamalarda, anjiografinin başarı oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu vakalarda cerrahi mortalite çok yüksek olup, operasyondan sonra tekrar kanama olasılığı da yüksek olduğundan operasyon son seçenek olarak kullanılmalıdır. En son üzerinde durulan nokta, yoğun bakımda yatan tüm hastalarda profilaksi uygulanmasıdır.

1.3. Özofagus varis kanamaları

Üst gastrointestinal kanama nedeni olarak ilk başvuruda özofagus varislerinden kanayan vakaların mortalite oranı %30-50 arasında bulunmuş olup, bunların üçte ikisinin ilk yıl içinde ölümlü sonuçlandığı bildirilmiştir. Yüksek mortalitenin nedeni akut kanayan varislerin tedavisinde karşılaşılan zorluklar ve kanamaların tekrarlama oranının yüksek olmasıdır.

Varis kanamaları tüm GİS kanamaları arasında en hızlı ve en dramatik kanama olup erken resüsitasyon tedbirlerinin alınması tedavide belirleyici rol oynamaktadır. Kanama epizodları hematokritin %30 kadar düşmesine neden olup çoğu zaman transfüzyona ihtiyaç duyulmaktadır. Diğer tüm GİS kanamalarda olduğu gibi %70-80'ni kendiliğinden durmaktadır.

1.4. Mallory-Weiss yırtığı

Mallory-Weiss yırtığı aşırı öğürme sonucunda mide-özofagus birleşiminde mide ya da özofagial mukozada meydana gelmektedir. Üst GİS kanamalarının %5-10'unun nedenidir (4). Bu hastalar genellikle hematemiz ile başvururlar ve öncesinde kansız kusma tarif ederler, ancak ilk kusma atağında da hematemiz oluşabilir. Mallory-Weiss yırtığı olan vakaların çoğunda alkol öyküsü bulunmaktadır. Kanama genelde konservatif yaklaşımla kendiliğinden durmaktadır. Fakat bazen endoskopik tedavi ve intra-arteriyel vazopressin kullanımı gerekmektedir.

1.5. Anjiyodisplaziler

Mide ve duodenumdan daha çok kolonda karşılaşılan bu lezyonlar, üst GİS kanamalarının %5-7'sini oluşturmaktadır. Daha çok yaşlılarda karşılaşılan bu lezyonlar, aort kapak hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, herediter hemorajik telanjiektazi (Osler-Weber-Rendu Sendromu) gibi hastalıklar ile ilişkili bulunmuştur. Genelde endoskopi ile tanı konulmaktadır.

1.6. Neoplazmlara bağlı kanamalar

Mide, özofagus, duodenum neoplazmları üst GİS kanamala-

rın %2-4'ünü oluşturmaktadır. Genelde tedavi olarak primer hemostaz sağlandıktan sonra cerrahi ya da onkoloji bölümüne bırakılır, çünkü bu lezyondan kaynaklanan kanamalar genelde kendiliğinden dururlar. Eğer cerrahi rezeksiyona uygun olmayan bir vakada devam eden ya da tekrarlayan kanama olursa endoskopik tedavi ya da anjiyografik arteriyel embolizasyon yapılabilir.

2. ALT GASTROİNTESTİNAL KANAMA

Alt GIS kanama (AGK), Treitz ligamentinin distalinde kalan bölgeden lümen içine kanamayı ifade eder. En sık üst GIS kanama hastaları, alt GIS kanama gibi prezente olur (5).

Akut alt GIS kanama hastalarındaki en sık patoloji kolonik divertiküllerden kanamadır. Diğer sebepler arasında damarsal ektaziler, neoplazi, perianal hastalıklar, Meckel divertikülü, inflamatuvar barsak hastalığı, iskemik kolit, radyasyon koliti gibi çok farklı patolojiler bulunmaktadır.

2.1. Divertikül kanamaları

Divertikül kanaması, divertikülozisi olan hastaların yalnızca yaklaşık %3'ünde görülür. Divertiküller genelde kolon duvarında besin damarlarının deldiği yerde bulunurlar. Kanamanın divertikülün tepesini delen bir kolon arterinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Arter divertikül kesesinin içine rüptüre olur ve ciddi kanamaya neden olur. Beraberinde divertikülit ya da enflamasyonun klinik bulgusu genelde bulunmaz. Anjiyografi çalışmalarında divertiküllerin kolonun sol tarafındaki yaygınlığına karşın divertikül kanamalarının %70'inin kolonun sağ tarafında meydana geldiğini gösterilmiştir.

Divertikül kanaması olan hasta, akut, ağrısız, bordo – parlak kırmızı arası hematokezya ya da melena ile başvurur. Kan kaybı genelde önemli derecededir ve riskli yaşlı popülasyon tarafından tolere edilemeyebilir. Eğer ilk divertikül kanaması kendiliğinden durursa, hastaların çoğunda kanama tekrar etmediğinden daha ileri tedaviye gerek yoktur.

2.2. Vasküler ektazi

Vasküler ektaziler ya da anjiyodisplaziler, hem ciddi alt GİS kanamanın hem de intermitant kan kaybının yaygın nedenidir. Anjiyodisplazi lezyonları genelde çoğul, çapları 5 mm'den küçük lezyonlardır ve en çok çekum ile sağ kolonda görülürler. Bu vasküler ektazilerin çoğunluğu yaşlanmaya bağlı dejeneratif lezyonlardır. Kolon anjiyodisplazili hastaların üçte ikisi 70 yaşının üzerindedir.

Vasküler ektazilerinin tanısı kolonoskopi ile ya da anjiyografi ile konabilir. Kolonoskopinin tanısal duyarlılığı %80 kadar olup spesifitesi %90'dır.

Transfüzyon gerektiren ya da dikkate değer anemiye yol açan rekürren ya da persistan GİS kanamalı bir hastada başka bir GİS kanama kaynağı tanımlanamıyorsa anjiyodisplazinin mevcudiyeti bir tedavi endikasyonudur.

2.3. Neoplazilere bağlı kanamalar

Kolonun selim ya da habis neoplazileri, divertiküloz ve anjiodisplazi gibi çoğunlukla yaşlılarda görülen yaygın lezyonlardır. Çok nadiren ciddi kanamalara yol açarlar, ancak hastalar genelde küçük intermitant kanamalarla ya da dışkıda gizli kanla başvururlar. Teşhis, kolonoskopi ya da baryum eneması ile yapılır ve tedavide cerrahi ya da kolonoskopik eksizyon uygulanır. İnce barsak tümörleri nadirdir, ancak ince barsak röntgenogramı ya da enterokliz ile teşhis edilebilirler. Kimi zaman teşhisin konabilmesi için anjiyografi yapmak gerekebilir. Alt GİS kanama ile başvuran bir hastada aralıklı ince barsak obstrüksiyon öyküsü varsa, ince barsak tümörlerinin alt GİS kanamasına neden olabileceği düşünülebilir.

2.4. Perianal hastalıklar

Hemoroid ve anal fissürler muhtemelen minör alt GİS kanamanın en sık nedenleridir. Kanamanın miktarı ancak çok nadiren demir eksikliği anemisi yapacak kadar şiddetlidir ve nadiren transfüzyon gerektirecek kadar akut ve şiddetli olabilmektedir. Basit hemoroidlerden masif kanama çok nadirdir ancak, portal hipertansiyonlu hastalarda rektal varisler nedeniyle oluşabilir. Kanama genelde internal hemoroidlerden kaynaklanır ve ağrısızdır. Karakteristik klinik öykü, tuvalet kağıdının üzerinde ya da dışkının üzerinde, ona karışmamış olarak görülen parlak kırmızı renkli kan şeklindedir. Kanama sıklıkla ıkınma ya da katı dışkının çıkışı ile görülür. Benzer bir öykü anal fissür nedeniyle kanaması olan hastalarda da yaygındır, ne var ki bunlar genelde ağrılıdır. Rektal polipler ya da karsinomlar da benzeri bir öyküyle başvurabilirler. Eksternal anal kanalın da dikkatlice dışarıdan muayenesi de gereklidir. Perianal hastalıklar oturma banyoları, ıkınmadan kaçınma, fitiller ya da damlalar ile tedavi edilir. Bu hastalarda kanama ya da diğer şikayetler problem oluşturduğunda cerrahi girişim endikedir.

2.5. Meckel Divertikülü

Meckel divertikülü intestinal traktusun en sık görülen konjenital anomalisidir. İnsidansı otopsi raporlarında %0.3 - %3.0 arasında bildirilmiştir. Hastalar, klasik olarak "vişneçürüğü" diye tanımlandığı halde, melena ya da parlak kırmızı olabilen ağrısız kanamayla başvururlar. Çoğu Meckel divertikülü asemptomatik kalır ve tesadüfen bulduklarında cerrahi eksizyon gerekmez. En yaygın komplikasyon olan kanama genelde çocuklarda meydana gelir, bazı erişkinler de bu şikayetle başvurabilirler. Cerrahi eksizyon tercih edilen tedavi şeklidir.

2.6. İnflamatuvar Barsak Hastalığına bağlı kanamalar

İnflamatuvar barsak hastalığı nedeniyle meydana gelen kanamalar genelde hafif ya da orta şiddettedir, nadiren de olsa masif olabilir. Transfüzyon sıklıkla gerekmezse de hastalarda demir eksikliği anemisinin gelişmesi ender değildir. Kan dışkının içinde karışmıştır ve hastalığın diyare, tenesmus ve ağrı gibi diğer semptomlarıyla ilişkilidir. Bu kanamanın teşhis ve tedavisi altta yatan patolojinin düzeltilmesine bağlıdır.

2.7. İskemiye, Enfeksiyona ya da Radyasyona Bağlı Kolit

İskemik kolit yaşlı popülasyonda sıkça rastlanan bir durumdur. Genelde az akıma ve küçük damar hastalığına bağlıdır. En sık splenik fleksura, inen ve sigmoid kolonlar olmakla birlikte kolonun her bölgesinde görülebilir. Tipik başvuru şikayeti, sol alt tarafa lokalize olmuş hafif kramp tarzında karın ağrısı ve bunu 24 saat içinde izleyen rektal kanama ya da kanlı diyaredir. Masif kanamalar da bildirilmiş olmakla birlikte kan kaybı karakteristik olarak minimaldir. Düz karın grafileri kolonun klasik "parmak izi" manzarasını gösterebilir. Vakaların çoğunluğu gözlem ve tıbbi destek ile kendiliğinden düzelmektedir. Cerrahi nadiren endikedir.

Enfeksiyöz kolit genelde kanlı diyare ile kendini gösterir. Kan kaybının derecesi nadiren dikkate değer düzeydedir. Teşhis biyopsili sigmoidoskopi ve dışkı kültürü ile konur. Tedavi ya gereksizdir ya da spesifik patojene göre düzenlenir.

Radyasyona bağlı kolit radyasyonu hemen ya da birkaç yıl içinde izleyebilen kronik rekürren bir sorundur. Yine, kan kaybı nadiren masiftir ancak lezyonun kronikliği nedeniyle demir eksikliği anemisi gelişebilmektedir. Teşhis, radyasyon öyküsünün varlığı ve endoskopik biyopsi ile yapılan doğrulamaya dayanır.

GİS Kanamalarda Morbidite ve Mortalitenin Bağımsız Belirleyicileri (6,7)

Yaş: 60 yaş üzerindeki mortalite oranı 60 yaş altındakiler ile kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur.

Kanamamanın başlangıcı: Kanamanın başlangıcı önemli bir faktördür. Hastanedeyken kanamaya başlayan (sekonder kanama) vakalarda mortalite oranı %32.7 iken, hastaneye gelmeden önce başlayan kanamalarda (primer kanama) bu oran %14.7 olarak bulunmuştur. Bu farkın en önemli nedeni hastanedeyken kanayanların zaten hastaneye yatışlarını gerektiren altta yatan komorbid hastalıkların varlığına bağlanmıştır.

Komorbidite: Komorbid hastalıkların varlığı mortalitede en önemli faktördür.

Fizik Muayene: İlk vital bulgular fizik muayenedeki en önemli belirteçlerdir. Schiller, sistolik kan basıncı (KB) 100mmHg ya da daha yüksek olan hastalarda %7'lik bir mortaliteye kıyasla 80 ile 99 mmHg arası sistolik KB'li hastalarda %17'lik bir mortalite bildirilmiştir. KB'daki veya nabızdaki ortostatik değişiklikler daha şiddetli kanamayı ve artmış bir mortalite riskini göstermektedirler.

Nazogastrik tüp aspirasyonu üst veya alt olarak GİS kanamanın kaynağının ve kanama temposunun belirlenmesine yardımcı olur. Rektal muayene ise GİS kanama odağı ve temposu hakkında az da olsa ipucu vermesine rağmen daha az güvenilir bilgi sağlamaktadır. Çeşitli araştırmacılar nazogastrik aspiratın rengi ve gayta renginin GİS kanamalı hastalardaki sonucun, önemli belirteçleri olduklarını ortaya

koymuşlardır (6). Kahverengi gayta ve temiz nazogastrik aspiratlı hastalar %8'lik mortaliteye sahipken rektumda koyu kırmızı kan ile ve kanlı veya "kahve telvesi" nazogastrik aspiratla prezente olan hastaların mortalitesi ise %30'dur.

5. Laboratuvar Testleri: Aşağıdaki laboratuvar anormalliklerinin morbidite ve mortaliteyi kötü yönde etkilediği bildirilmiştir :

- Anlamli derecede anormal bir elektrokardiyogram (EKG)
- Yükselmiş serum alkalen fosfataz, bilirubin, üre, transaminazlar ve kreatinin seviyeleri
- Uzamış protrombin ve kısmi tromboplastin zamanları
- Lökositoz
- Trombositopeni
- Hipoalbuminemi
- Hemogloblin ve hematokrit seviyelerinin genellikle prognostik olarak anlamlı olmadığına inanılmaktadır. Örneğin hızlı ve şiddetli GİS kanaması olan bir hasta başlangıçta normal hematokrit ile karşımıza gelebilmektedir, hematokrit azalması kademeli bir dengeleme nedeniyle gecikmektedir. Hemogloblin seviyesinin özellikle zaman içinde izlenmesi kanama şiddetinin ve transfüzyonun gereksimi hakkında faydalı bir belirteçtir .

6. Paketlenmiş Eritrosit Transfüzyonları: Beş üniteden fazla transfüzyon gerektiren hastalarda mortalite %26-70 artmaktadır. Birçok otorite beş üniteden fazla transfüzyonunun, koagülopati ve yaygın damar içi pıhtılaşma riski dolayısıyla kısmen bir cerrahi endikasyonu olduğuna inanmaktadır. Bununla birlikte diğer klinik belirtiler olmaksızın tek başına transfüze edilen ünite sayısı genellikle yanıtıcı olmaktadır.

7. Endoskopik Bulgular: Endoskopi genellikle tanı koydurucudur ve prognozun belirlenmesini sağlar. Foster ve arkadaşları gastrik ve duodenal ülseri olan hastalarda son zamanlarda yapılan endoskopide işaret oluştuysa (aktif kanama dahil) , yapışık pıhtının varlığı veya ülser tabanında "visible vessel" varsa önemli derecede "rebleeding" insidansında artış, acil cerrahi gereksiniminde artış bildirmişlerdir. Endoskopide kanama belirtisi olan hastaların yaklaşık %38'i 5 üniteden fazla eritrosit süspansiyonuna ihtiyaç duyarlar ve %25'i cerrahi gerektirmektedir. Endoskopide sızan veya fışkırır tarzda kanayan bir lezyonu olan hastalar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek (%16. 1) bir mortalite oranına sahiptir.

GİS lezyonunun tipi ve yeri de sonucu belirlemede etkilidir. Bu durum özellikle ülserden çok varisler için geçerlidir. Duodenal ülserli hastalardaki %8'e kıyasla aktif olarak kanayan özofagus varisli hastalarda mortalite %26'dan %36'ya yükselmektedir. Posterior duodenal bulbus ve proksimal gastrik küçük kurvatürdeki kanayan peptik ülserler büyük arterlerin yanında yerleşir ve tekrar kanamaya meyillidirler. Hastaların yaklaşık %10'u endoskopi sonrası yeniden kanar-

lar. Devamlı ya da aralıklı üst GİS kanama belirgin ölçüde artmış mortalite ile ilişkilidir. Endoskopi sırasında yeniden kanama (rebleeding) riskinin tespit edilmesi gastroenteroloğa endoskopik terapiyi uygulaması, hemostaz sağlanması ve yeniden kanamayı (rebleeding) engellemesi için fırsat tanımaktadır. Kanamaya devam edenler genellikle cerrahi girişim gerektirmektedirler.

TEŞHİS (1)

1. Medikal hikaye: Kanamanın kaynağını belirtmekte yardımcı olmasına rağmen bu durum sıklıkla yanıltıcıdır. Bu nedenle klinisyenler geniş bir yaklaşımda bulunmak zorundadırlar. Hasta hematemez, melena ya da hematokezya gibi şikayetler ile başvurabileceği gibi; hipotansiyon, taşikardi angina, senkop, konfüzyon veya kardiyak arrest şeklinde de gelebilir.

- Klasik olarak hematemez genellikle sağ kolonun proksimalinde görülür. Hematokezya ise daha distal kolorektal lezyonlarda görülür.
- Kilo kaybı ve dışkılama alışkanlıklarındaki değişiklikler malignansinin klasik semptomlarıdır.
- Bulantı ve kusmayı izleyen hematemez; Mallory-Weiss sendromunu düşündürür. Aortik greft öyküsü olanlarda aorto-enterik fistül düşünülmelidir.
- Antikoagülan kullanımı, NSAİİ, glukokortikoidler, alkol, salisilatların kullanılıp kullanılmadığı da sorgulanmalıdır.
- Demir, bizmut gibi melena benzeri bulgu verecek ajanlarda sorgulanmalıdır.

2. Fizik Muayene: GİS kanaması ile gelen hastada ilk olarak yapılması gereken durumun aciliyetini belirlemektir. Solukluk, hipotansiyon ve taşikardi acil hacim replasmanı gerektiren hipovolemik şokun belirtileri olabilir. Çok ciddi kan kaybı olan hastalar taşikardi yerine, vagusun etkisine bağlı olarak bradikardi ile başvurabilirler . Şok, toplam kan hacminin %40'I kadar kaybedildiğinde meydana gelmektedir. 10 mmHg veya daha fazla postural hipotansiyon, toplam kan hacminin %20 kadar kaybının işaretidir. Bu nedenle vital bulgular hemen bakılmalıdır. Hipotansiyon, taşikardi, takipne, azalmış nabız basıncına dikkat edilmelidir. Yine de bazı hastaların önemli hacim kayıplarını minimal veya vital bulgularda hiç değişiklik olmadan tolere edebileceği akılda tutulmalıdır. Spider anjioma, palmar eritem, sarılık jinekoma masti karaciğer hastalığı varlığını düşündürmelidir. Peteşi, purpura koagülopatiyi akla getirmelidir. Dikkatli bir kulak, burun, boğaz muayenesi yapılmalıdır. Abdominal muayenede duyarlılık, kitle, asit, organomegali belirlenebilir. Rektal muayenede kitle ele gelebilir, parlak kırmızı, koyu kahverengi veya melena görünümü tespit edilebilir.

3. Laboratuvar: Belirgin GIS kanaması olan hastalarda en önemli laboratuvar testi kan grubunu belirleyip, "cross-match" çalışmaktır. Bu testlerden başka tam kan sayımı,

kan üre nitrojeni (BUN), kreatinin, elektrolitler, glukoz, koagülasyon faktörleri (PT, PTZ), KC fonksiyon testleri istenmelidir. İlk olarak hematokrit düzeyi gerçek kan kaybını göstermez. Üst traktus hemorajilerinde BUN, hemoglobinin sindirim ve absorpsiyonu sonucunda yükselir. PT, PTT ve trombosit sayımı antikoagülan alan ve KC hastalığı bulunanlarda bakılmalıdır. Koroner arter hastalığı riski olabilecek yaşlılarda EKG çekilmelidir.

4. Diyagnostik Testler: Üst GIS kanamalı hastalarda endoskopi primer tanı ve tedavi metotlarıdır.

- Anjiyografi, bazen yeri belirlenemeyen alt GIS kanamalarda kanamanın yerini belirlemede faydalı olabilir. Terapötik yararı da vardır. Ama diyagnostik olabilmesi için dakikada 0.5 -2 ml kanama hızı gerekmektedir.
- Teknesyum işaretli taramalar da kanamanın yerini belirlemek için kullanılmaktadır. Sintigrafi, anjiyografiden daha hassas görünmektedir ve 0.1 ml/ dakika olan kanama hızında kanamanın yerini tespit edebilir.
- Alt GIS kanamalarda bir başka lokalizasyon belirleme yaklaşımı da kolonoskopidir. Bu metodun da terapötik yararı da vardır. Çoğu durumda anjiyografi ve sintigrafiden daha kullanışlı ve faydalıdır.
- Literatürde alt GIS kanama lokalizasyonu için hangi metodun öncelikli kullanımı ile ilgili tartışmalı yayınlar vardır. Karar ilgili merkezin koşullarına göre belirlenmelidir.

TEDAVİ PRİMER

Gelişmiş tanısal yöntemlerine rağmen GIS kanamalarına yaklaşımda en önemli noktanın hastanın hızlı değerlendirilmesi ve doğru resüsitasyonun uygulanması olduğu unutulmamalıdır. Tanı ve tedavide ilk önce hastanın hemodinamik olarak stabil hale getirilmesi şarttır(1).

GIS kanaması ile gelen hastada ilk olarak yapılması gereken, durumun aciliyetini belirlemektir. Masif üst GIS kanaması olan hastalarda kan aspirasyonunu önlemek için havayolu koruma metotlarına ihtiyaç olabilir. Oksijen her hastaya başlanmalıdır, kardiyak monitörizasyon da endikedir. Solukluk, hipotansiyon ve taşikardi acil hacim replasmanı gerektiren hipovolemik şokun belirtileri olabilir. Çok ciddi kan kaybı olan hastalar taşikardi yerine, vagusun etkisine bağlı olarak bradikardi ile başvurabilirler. Şok, toplam kan hacminin %40'i kadar kaybedildiğinde meydana gelmektedir. 10 mmHg veya daha fazla postural hipotansiyon, toplam kan hacminin %20 kadar kaybının işaretidir.

Ciddi kan kaybı ile başvuran hastalarda, geniş en az iki adet damar yolu açılıp gerekli tahliller (tam kan sayımı, PT, PTT, kan grubu) istendikten sonra replasman tedavisine başlanmalıdır. Cross-match sonucu çıkana kadar izotonik sıvılar ilk olarak tercih edilebilir. Oksijen tedavisi, vital bulguların yakın takibi, saatlik idrar takibi ve santral venöz basıncının takibi bu hastalarda önemlidir.

Transfüzyon kararı hastanın yaşı, komorbid kardiyovasküler hastalığın varlığı ve devam eden kanamanın varlığı ile değişkenlik göstermektedir. Bu kararın verilmesinde ilk çıkan hematokrit değerinden çok klinik bulgular göz önüne alınmalıdır. Genel olarak hematokritin, yaşlılarda %30, sağlıklı gençlerde %20 civarında tutulması gerekmektedir. Genellikle eritrosit süspansiyonları tercih edilir. Tam kan ise koagülasyon faktörlerin gerektiği masif kanamalar için tercih edilmelidir.

Hematemez ile gelen hastada nazogastrik tüpün takılması asıl amacı kanamanın hızını belirlemektir. Nazogastrik tüp takılmasının varisi olan hastalarda kanamayı tetikleyeceğine dair olan iddialar asılsızdır. Epigastrik yakınmaları olan veya rektal tuşesinde melena tespit edilen hastalarda takılan nazogastrik tüpten kan gelmesi durumunda kanamanın üst GIS kaynaklı olduğu kesinleşmektedir. Eğer nazogastrik tüpten taze kırmızı kanama geliyorsa nazik bir şekilde gastrik lavaj yapılmalıdır. İrrigasyonda oda sıcaklığında su kullanılması idealdir. Buzlu ya da soğuk su ile yıkama gereksizdir. Bazı duodenum kaynaklı kanamalarda negatif nazogastrik aspiratın elde edilebileceği unutulmamalıdır. Hematokezya genelde alt GIS kanamanın işaretidir. Fakat vakaların %11'inde gastrointestinal geçişin hızlı olmasına bağlı olarak, hematokezya üst GIS kaynaklı olabilmektedir. Endoskopi, kanama yerinin kesin olarak belirlenmesinde en etkili yöntemdir.

SEKONDER ENDOSKOPİ

Üst GI endoskopi, üst GI sistem kanamalarının yerini belirlemede en doğru metottur (8). Gerek özofagus mukozasındaki gerekse midedeki lezyonların tanımlanmasında etkilidir. Hem morbiditeyi belirler, hem de terapötik uygulama imkanı sağlar. Kanamalı hastalarda erken endoskopi için konsültasyon istemekten kaçınılmamalıdır.

Özofagus varisleri, endoskopik olarak band ligasyonu ya da enjeksiyon skleroterapi ile endoskopik olarak tedavi edilebilir. Skleroterapi, akut kanama kontrolünde etkindir; ama perforasyon, sepsis, striktür oluşumu gibi komplikasyonları vardır. Endoskopik band ligasyonu da skleroterapi kadar etkindir, daha az komplikasyon oranı mevcuttur, uzun dönemde de daha etkili görünmektedir.

Üst GIS kanamanın varis dışı sebeplerinin endoskopik hemostazi (enjeksiyon skleroterapisi, elektrokoagülasyon, lazer, ısıtıcı prob) başarılıdır.

Alt GIS kanamada, proktoskopi genelde anorektal kaynaklı kanamaların belirlenmesinde diyagnostiktir. Diğer durumlarda kolonoskopi ile tanı konabilir.

İLAÇ TEDAVİSİ

Somatostatin ve sentetiği oktreotid infüzyonunun varis ve

Resim 1. Sangstaken Blakemore tüpü



peptik ülser kanamasını azaltmada etkin olduğu saptanmıştır. Her iki ajanın tek başına kullanılması ile skleroterapi ile kombine kullanılması kıyaslanmış ve beraber kullanımının daha etkin olduğu saptanmıştır. Oktreotid dozu, 50 µg iv bolus, ardından 50 µg 8-24 saat; somatostatin dozu ise 250-500 µg iv bolus, ardından 250- 500 µg/ saat şeklindedir (1).

Vazopressin de GIS kanama kontrolü için kullanılmaktaydı, yalnız yan etkilerinin fazla olması (hipertansiyon, disritmi, miyokardiyal ya da splenik iskemi) sebebi ile kullanımı azalmaktadır.

Çalışmalar proton pompa inhibitörü, omeprazolün de kanamayı, transfüzyon ihtiyacını ve cerrahi oranını azalttığını göstermiştir (1,9).

H2 antagonistlerinin üst GIS kanamada kullanımının tam olarak etkinliği gösterilememiştir.

BALON TAMPONAD (1)

Sangstaken Blakemore tüpü (Resim 1) ya da benzerleri ile balon tamponad, terapötik bir yarar sağlayabilir. Dökümente varis kanamasını %40- 80 hastada kontrol edebilir. Cihazın iki ayrı balonu vardır, türüne göre 2 ayrı aspirat bölümü de olabilir. Gastrik balon öncelikle 200- 250 cc ile şişirilmelidir. Eğer kanama durmuyorsa, özofagus balonu bir manometre yardımı ile uygulanan basınç 40- 50 mmHg 'yi geçmeyecek şekilde şişirilmelidir. Yerinde olduğuna dair radyolojik doğrulama önerilir. Kanama durduktan sonra 24 saat ci-

haz yerinde tutulmalıdır. Bazı otörler özofagus balonunun her 8 saatte bir 30- 60 dakika indirilmesini mukozal ülserleri önlemek için tavsiye eder.

Balon tedavisinin olası komplikasyonları arasında mukozal ülserler, özofagus ya da mide rüptürü, asfiksi, trakeal bası, aspirasyon pnömonisi bulunmaktadır. Bu nedenle çoğu otör, öncesinde endotrakeal entübasyonu önerir. Günümüzde endoskopik tedaviler daha ön plana geçmiştir.

CERRAHİ (1)

Tüm medikal tedavilere rağmen 24 saatten fazla devam eden kanamalar, 6-8 üniteden fazla transfüzyona ihtiyaç duyanlar ve endoskopi sonrası tekrarlayan kanamalarda cerrahi girişimler düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tintinalli JE, eds. Emergency Medicine. McGraw-Hill; 2004.
2. Okutur SK, Alkım C, Bes C ve ark. Akut gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 2007;6(1): 30- 36.
3. Swain CP, Salmon PR. Gastrointestinal bleeding--upper gastrointestinal tract. Scand J Gastroenterol Suppl. 1984;102:53- 60. Review.
4. Sugawa C, Benishek D, Walt AJ. Mallory-Weiss syndrome. A study of 224 patients. Am J Surg 1983; 145: 30-33.
5. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. Gastrointes Endosc 2005; 62(5): 656-660.
6. Elmunzer BJ, Inadomi JM, Elta GH. Risk stratification in upper gastrointestinal bleeding. J Clin Gastroenterol 2007; 41(6): 559- 563.
7. Das A, Wong R. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. Gastrointest Endos 2004; 60(1): 85- 93.
8. Charbonnet P, Toman J, Bühler L ve ark. Treatment of gastrointestinal hemorrhage. Abdom Imaging 2005; 30(7): 719- 726.
9. Blocksom JM, Tokioka S, Sugawa C. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Surg Endosc 2004; 18: 186- 192.