



## Varis Dışı Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı 524 Olgunun Değerlendirilmesi

Fehmi Ateş, Melih Karıncaoğlu, Murat Aladağ  
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Gastroenteroloji BD, Malatya

**Giriş ve amaç:** Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması (VDÜGİSK), gastroenteroloji kliniklerinde sık karşılaşılan önemli acillerinden birisidir. Bu çalışmada; VDÜGİSK tanılı olgularımızın etiyolojik faktörlerinin, risk faktörlerinin, tedavilerinin ve mortalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği'nde 2003-2007 yılları arasında VDÜGİSK nedeniyle endoskopi yapılarak izlenmiş olan 524 olgu demografik özellikleri, etiyolojileri, risk faktörleri, tedavileri ve mortaliteleri yönünden retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Dört yüz dört erkek (%77), 120 kadın (%23), toplam 524 olgunun yaş ortalaması 58.4 (18-92) idi. Olguların 217'sinde (%41) sigara, 36'sinde (%7) alkol, 143'ünde (%27) aspirin 121'inde (%23) nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ), 28'inde (%5) antikoagulan ilaç, 5'inde (%1) steroid kullanımı, 269'unda (% 51) yandaş hastalık saptandı. Endoskopi ile en sık saptanan ilk üç kanama nedeni; 245 (%47) olguda duodenum ülseri, 122 (%23) olguda mide ülseri, 37 (%7) olguda eroziv gastrit idi. Olguların 503'ü (%96) medikal ve endoskopik tedaviye, 11'i (%2.1) cerrahi tedaviye yanıt verdi. Toplam olarak 10 olgu (%1.9) kaybedildi.

**Sonuç:** Endoskopik olarak, VDÜGİSK'nin en sık nedeninin duodenal ülser olduğu saptanmıştır. Kanamalı olguların yarısında Aspirin veya NSAİİ kullanımı risk faktörü olarak bulunmaktadır. Kanama erkeklerde ve yaşlılarda daha sık görülmekte, ileri yaş ve yandaş hastalıklar mortaliteyi artırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Üst gastrointestinal sistem kanaması, Etiyoloji, Mortalite

### Evaluation of 524 Cases With Non-Variceal Gastrointestinal System Bleeding

**Background/aim:** Non-variceal upper gastrointestinal system bleedings (NVUGISB) are one of the most frequent emergencies seen in the gastroenterology clinics. In the present study, we aimed to determine the etiologic and risk factors, treatment modalities and mortality rate of NVUGISB cases.

**Material and methods:** 524 cases with NVUGISB referred to İnönü University Medical School, Gastroenterology Department between 2003-2007 years and examined with endoscopy were evaluated retrospectively in terms of demographical characteristics, etiology, risk factors, treatment modalities and mortality.

**Results:** Mean age of 404 male (77%) and 120 female (23%), 524 cases in total was 58.4 (18-92). 217 of the cases (41%) were smoking, 36 (7%) were drinking alcohol, 143 (27%) were using acetyl salicylic acid (ASA), 21 (23%) non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID), 28 (5%) anticoagulant agent, 5 (1%) corticosteroid, and 269 (51%) had co-morbidity. The first three most common causes of bleeding detected by endoscopy were duodenal ulcer (245 (47%)), gastric ulcer 122 (%23) and erosive bulbitis (37 (7%)). 503 (%96) of the cases responded to medical therapy whereas 11 (2.1%) cases required surgical intervention. Only ten patients (1.9%) died.

**Conclusion:** Duodenal ulcer is the most common cause of NVUGISB detected by endoscopy. ASA or NSAID were found as risk factors in half of the bleeding cases. Bleeding is seen in males and elders more commonly and advanced age and co-morbid diseases increase the mortality.

**Key Words:** Upper gastrointestinal system bleeding, Etiology, Mortality

Üst gastrointestinal sistem kanamaları yıllık yaklaşık 100/100.000 olgu insidansı ile görülürler ve mortalite hızları %6-10'dur.<sup>1</sup> VDÜGİSK tanılı olgularda; Helikobakter pilori (Hp) eradikasyon tedavilerinin yaygınlaşmasına, terapötik endoskopi ve anjiyografideki gelişmelere rağmen morbidite ve mortalitede azalma sağlanamamıştır.<sup>2</sup> Bu durum gelişen tıbbi olanaklarla beraber hastaların yaşam sürelerinin uzaması, yandaş hastalıklarının artması ve yaygın aspirin veya NSAİİ kullanımını ile açıklanabilir. Bu çalışmanın amacı; kliniğimizde yatan VDÜGİSK tanılı olgularda etiyolojiyi, risk faktörlerini, tedavi yöntemlerini ve tedavi başarımları retrospektif olarak değerlendirmektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamıza İnönü Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniği'nde Ağustos 2003 ile Aralık 2007 tarihleri arasında yatarak tedavi gören VDÜGİSK tanılı 18 yaş üstü hastalar alınmıştır. Çalışmaya alınan tüm hastalara üst gastrointestinal sisteme yönelik endoskopik tetkikler yapılarak kanama nedeni ve yeri saptanmıştır. Ayrıca hastaların yaşı, cinsi, başvurma semptomları, sigara veya alkol kullanıp kullanmadığı, kullandıkları ilaçlar, beraberinde yandaş hastalıklarının olup olmadığı, uygulanan tedavi yöntemleri, hastanede yatış süreleri ve sonuç değerlendirildi. İstatistiksel analizler için "SPSS for Windows (Version 11)" bilgisayar programı kullanıldı. Kantitatif veriler, ortalama  $\pm$  standart sapma olarak ifade edildi. Uygun olan yerlerde Fisher'in ki-kare testi kullanıldı.  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Bu çalışmaya Ağustos 2003 ile Aralık 2007 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniği'nde, VDÜGİSK tanısı ile yatarak izlem ve tedavisi yapılan, yaşları 18-92 arasında (ortalama  $58.4 \pm 18.8$ ) olan toplam 524 hasta alındı. Bunlardan 404'ü (%77) erkek, yaş ort.:  $56.9 \pm 18.6$  idi, 120'si (%23) kadın, yaş ort.:  $63.5 \pm 18.4$  idi. VDÜGİSK'nin erkeklerde kadınlardan 3.4 kat fazla olduğu görüldü.

Çalışmaya alınan hastaların yaş grupları incelendiğinde; VDÜGİSK olgularının sıklıkla (%49.8) 61-80 yaş grupları arasında olduğu tespit edildi (Tablo 1).

VDÜGİSK olgularımızın başvuruları sırasında; 116'sında (%22) yalnız hematemez, 278'inde (%53) yalnız melana ve 120'sinde (%23) hematemezle birlikte melana, 10'unda (%2) sadece gaytada gizli kan mevcuttu.

Endoskopik olarak kanama nedenleri incelendiğinde; 245 olguda duodenum ülseri %47 ile 1. sırada, 122 olguda mide ülseri %23 ile 2. sırada, 37 olguda eroziv gastrit %7 ile 3. sırada saptandı. Diğer nedenler; 33 olguda (%6) eroziv bulbit, 32 olguda (%6) anastomoz ülseri, 27 olguda (%5) mide tümörü, 11 olguda (%2) Mallory-Weiss, 6 olguda (%1) özefajit-erozyon, 5 olguda (%1) vasküler lezyon idi. Altı olguda (%1) ise endoskopik olarak kanama yeri belirlenemedi (Tablo 2).

**Tablo I-** Hastaların Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş	Hasta sayısı		Erkek		Kadın	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
18-30	29	5.5	25	86.2	4	13.8
31-40	52	9.9	42	80.8	10	19.2
41-50	57	10.9	45	78.9	12	21.1
51-60	105	20.1	86	81.9	19	18.1
61-70	131	25.0	101	77.1	30	22.9
71-80	130	24.8	96	73.8	34	26.2
81-92	20	3.8	9	45.0	11	55.0
<b>Toplam</b>	<b>524</b>	<b>100.0</b>	<b>404</b>	<b>77.1</b>	<b>120</b>	<b>22.9</b>

**Tablo II-** VDÜGİSK Olgularında Endoskopi ile Saptanan Kanama Nedenleri

Endoskopik bulgular	(n)	(%)
Duodenum ülseri	245	46.8
Mide ülseri	122	23.3
Eroziv gastrit	37	7.1
Eroziv bulbit	33	6.3
Anastomoz ülseri	32	6.1
Mide tümörü	27	5.1
Mallory-Weiss	11	2.1
Özofajit-erozyon	6	1.1
Vasküler lezyon	5	1.0
Saptanamayan	6	1.1
<b>Toplam</b>	<b>524</b>	<b>100.0</b>

VDÜGİSK tanısı konan olgularımızın 217'sinde (%41) sigara, 36'sında (%7) alkol, 143'ünde (%27) aspirin 121'inde (%23) nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ), 28'inde (%5) antikoagulan ilaç, 5'inde (%1) steroid kullanımı ve 269'unda (%51) yandaş hastalık risk faktörü olarak bulunmaktaydı (Tablo 3).

**Tablo III-** VDÜGİSK Olgularında Risk Faktörleri

Risk faktörleri	Hasta sayısı ve yüzdesi	
	(n)	(%)
Sigara	217	41.4
Alkol	36	6.9
Aspirin	143	27.3
NSAİİ	121	23.1
Antikoagulan	28	5.3
Steroid	5	1.0
Yandaş hastalık	269	51.3

**Tablo V-** Duodenum ve mide ülserli olguların Forrest sınıflamasına göre dağılımı

Forrest	Tüm ülserli olgular		Duodenal ülserli olgular		Mide ülserli olgular	
	sayı	yüzde	sayı	yüzde	sayı	yüzde
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Ia	14	3.8	9	3.7	5	4.1
Ib	30	8.2	23	9.4	7	5.7
IIa	36	9.8	27	11.0	9	7.4
IIb	38	10.3	25	10.2	13	10.7
IIc	9	2.5	4	1.6	5	4.1
III	240	65.4	157	64.1	83	68.0
<b>Toplam</b>	<b>367</b>	<b>100.0</b>	<b>245</b>	<b>100.0</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>

Yandaş hastalıklar incelendiğinde; 90 olguyla (%17) koroner arter hastalığı ilk sırayı alırken, diyabetes mellitus 58 olguyla (%11), hipertansiyon 54 olguyla (10), kalp kapak hastalığı 23 olguyla (%4) sık görülen diğer komorbidite nedenleri olarak belirlendi (Tablo 4). Kırk iki hastada birden fazla yandaş hastalığa birlikte rastlandı.

**Tablo IV-** VDÜGİSK Olgularında Yandaş Hastalıklar

Yandaş hastalık	Hasta sayısı ve yüzdesi	
	(n)	(%)
Koroner arter hastalığı	90	17.2
Diyabetes mellitus	58	11.0
Hipertansiyon	54	10.3
Kalp kapak hastalığı	23	4.4
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	17	3.2
Kronik böbrek yetmezliği	16	3.1
Bağ doku hastalığı	6	1.1
Serebrovasküler hastalık	5	1.0
<b>Toplam</b>	<b>269</b>	<b>51.3</b>

Tablo 5'te duodenum ve mide ülserli olgularda lezyonların Forrest sınıflandırmasına göre dağılımı görülmektedir. Mide ve duodenum ülserli olgular arasında Forrest sınıflandırmasına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Hem mide ülserli hem de duodenum ülserli olgularda lezyonların çoğunun Forrest 3 oldukları görülmektedir.

VDÜĞİSK tanısı ile endoskopi yapılan 524 olgudan 132'sine (%25.2) endoskopik skleroterapi, 7'sine (%1.3) heater probe ile elektrokoagülasyon, 2'sine (%0.3) hemoklips uygulanmıştır. Kanama kontrolü sağlanamayan 28 (%5) olguya 2. kez endoskopik tedavi uygulanmış, bunlardan kanaması durmayan 3'üne (%0.6) hastanemiz radyoloji kliniğinde embolizasyon tedavisi uygulanmıştır. Toplam 12 olgu cerrahiye verilmiştir. Tüm olgularımızın 503'ü (%96.0) medikal tedaviye, 11'i (%2.1) cerrahi tedaviye yanıt verirken 10 olgu (%1.9) kaybedilmiştir.

Tablo VI'da VDÜĞİSK kanaması olgularındaki risk faktörleri ile ilişkili olarak ortalama hastanede yatış süresi ve mortalite oranları gösterildi.

Erkek cinsiyet ( $p>0.05$ ), sigara kullanımı ( $p>0.05$ ), alkol kullanımı ( $p>0.05$ ), aspirin kullanımı ( $p>0.05$ ), NSAİİ kullanımı ( $p>0.05$ ), antikoagülan kullanımı ( $p>0.05$ ), steroid kullanımı ( $p>0.05$ ) mortalite için risk faktörü olarak anlamlı bulunmadı. Altmış yaş üzeri olmak ve/veya yandaş hastalığa sahip olmak mortalite için anlamlı risk faktörleri olarak saptandı, sırasıyla  $p=0.049$  ( $p<0.05$ ) ve  $p=0.047$  ( $p<0.05$ ).

## TARTIŞMA

Üst gastrointestinal sistem kanamaları; sık karşılaşılan, tedaviye yönelik endoskopik ve anjiyografik gelişmelere rağmen, %10'lara varan oranlarda ölümlerle sonuçlanabilen önemli sağlık sorunlarından birisidir.<sup>1,2</sup> Erkeklerde ve 60 yaşın üzerindekielerde daha sık rastlanır.<sup>3</sup> Klinik olarak ağır vakalarda

özefagus varis kanamaları, orta ve hafif şiddetli kanamalarda peptik ülserler daha sık gözlenmektedir.<sup>4</sup> Çalışma olgularımızın %53.6'sı 60 yaşın üzerinde ve erkek/kadın oranı 3.4 idi. Bu sonuçlar diğer benzer çalışmaların yaş ve cinsiyet ve yaş dağılımlarıyla uyum göstermektedir.<sup>5-7</sup>

VDÜĞİSK'nin endoskopik olarak tanımlanan nedenleri farklı serilerde farklı oranlarda bildirilmiştir. VDÜĞİSK olgularının incelendiği bir çalışmada % 33 ile duodenal ülser ilk sırayı, % 14 ile gastrik ülser 2. sırayı, % 10 ile gastrik erozyon 3. sırayı almıştır.<sup>8</sup> Varis dışı üst GİS kanamalar ile ilgili yapılan başka bir çalışmada hastaların % 33'ünde duodenal ülser, % 18'inde gastrik ülser, % 4'ünde hem duodenal hem de gastrik ülser, % 13'ünde eroziv gastrit, % 4'ünde eroziv duodenit, % 10'unda eroziv özofajit, % 5'inde Mallory-Weiss sendromuna bağlı kanama olduğu saptanmıştır.<sup>9</sup> Bizim çalışmamızdaki 524 hastanın 518'inde (% 98.9) kanama nedeni olan lezyonlar endoskopik olarak tanımlandı. Duodenum ülseri %47 ile 1. sırada, mide ülseri %23 ile 2. sırada, eroziv gastrit %7 ile 3. sırada saptandı. Diğer nedenler; eroziv bulbit %6, anastomoz ülseri %6, mide tümörü %5, Mallory-Weiss %2, özofajit-erozyon %1, vasküler lezyon %1 idi. Olguların %1'inde ise endoskopik olarak kanama yeri belirlenemedi. Olgularımızın yaklaşık yarısında (%47) endoskopik olarak duodenal ülser saptanması; bölgemizde Hp enfeksiyonun sık bulunmasına ve ileri yaştaki olgularımızın çoğunun yandaş hastalıkları nedeniyle aspirin veya diğer NSAİİ kullanmasına bağlandı.

**Tablo VI-** VDÜĞİSK Olgularında Risk Faktörleri ve Mortalite Oranları

Risk faktörleri	Hastanede yatış süresi (gün)	Mortalite	
		(n)	(%)
Yaş (>60)	7.34±3.24	9	3.2
Erkek	5.28±3.05	6	1.5
Sigara	5.36±3.67	4	1.9
Alkol	5.31±3.96	1	2.8
Aspirin	7.19±3.68	3	2.1
NSAİİ	6.53±2.83	1	0.8
Antikoagülan	6.92±3.31	0	0.0
Steroid	6.47±3.59	0	0.0
Yandaş hastalık	8.05±3.12	9	3.3

Endoskopik olarak VDÜGİSK tanısı konan olgularımızın %41'inde sigara, %7'sinde alkol, %27'sinde aspirin, %23'ünde aspirin dışı NSAİİ, %5'inde antikoagulan ilaç, %1'inde steroid kullanımı, % 51'inde yandaş hastalık risk faktörü olarak bulunmaktaydı. Bini ve ark.<sup>10</sup> gastrik ülseri olan ve akut üst GİS kanaması ile başvuran 331 olguda %29 alkol kullanımı, %23.9 sigara kullanımı, %43.8 aspirin ve diğer NSAİİ kullanımı, %7.9 antikoagulan kullanımı, %20.5 peptik ülser öyküsü, %9.1 üst gastrointestinal sistem kanaması öyküsü, % 83.4 Hp pozitifliği saptamışlardır. Ülkemizden Gürel ve ark.<sup>11</sup> retrospektif, 221 olgulu çalışmada, olgularının %49.8'inde aspirin, %19.5'inde aspirin dışı NSAİİ kullanımı, % 43.4'ünde sigara, %17.6'sında alkol alışkanlığı bulunduğunu bildirmişlerdir.

Aspirin ve diğer NSAİİ'ler direkt lokal iritasyon etkileri veya sistemik prostaglandin sentezi inhibisyonu ile mukozal savunma mekanizmalarını bozarak ya da mikrosirkülasyon hasarı ile VDÜGİSK'ye neden olurlar.<sup>12</sup> İleri yaşta aspirin veya diğer NSAİİ kullanan VDÜGİSK olgularının prognozunun daha kötü olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte çalışma olgularımızın yarısında (%50.4) aspirin veya diğer NSAİİ kullanma öyküsü olmasına rağmen, mortalite ile aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Diğer risk faktörlerinden erkek cinsiyetli olmak, sigara, alkol, antikoagulan veya steroid kullanımı da mortalite ile ilişkili bulunmazken ( $p>0.05$ ), ileri yaş ve/veya yandaş hastalığa sahip olmak mortaliteyi artıran faktörler olarak belirlendi ( $p<0.05$ ).

İleri yaşta VDÜGİSK geçiren olgularda ölüm oranının artmasının sebebi genellikle ileri yaşta sık görülen diğer hastalıklardır. VDÜGİSK ile başvuran hastaları içeren bir çalışmada mortaliteyi etkileyen en önemli sebeplerden birisinin, birlikte saptanan yandaş hastalıklar olduğu belirtilmektedir.<sup>13</sup> Kaplan ve ark.<sup>14</sup> ileri yaşta ve semptomatik olmasa bile yandaş hastalığı olan hastalarda üst GİS kanamalarının daha ağır seyir gösterdiğini ve mortalite oranının daha yüksek olduğunu ifade etmektedirler. Ülkemizden Gürel ve ark.'nın<sup>11</sup> çalışmasında hastaların % 58.4'ünde komorbid hastalık mevcuttu ve komorbidite varis ve malignite dışı üst gastrointestinal sistem kanamasında mortalite için risk faktörü olarak saptandı. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde olgularımızın

%51.3'ünde bulunan yandaş hastalıkların mortaliteyi etkilediği görüldü.

Yaşlı ve yandaş hastalığı olan VDÜGİSK olguları kan kaybını ve acil cerrahi girişimi tolere edemez. Bu olgularda endoskopik olarak hemostaz sağlanarak tekrar kanama, acil cerrahi girişim, cerrahi komplikasyon veya eşlik eden hastalıklardan ölüm oranları azaltılabilir.<sup>15</sup> Bizim olgularımızdan %25.2'sine endoskopik skleroterapi, %1.3'üne heater probe ile elektrokoagülasyon, %0.3'üne hemoklips uygulanmıştır. Kanama kontrolü sağlanamayan 28 (%5) olguya 2. kez endoskopik tedavi yapılmış, bunlardan kanaması durmayan 3'üne (%0.6) hastanemiz radyoloji kliniğinde embolizasyon tedavisi uygulanmıştır. Toplam 12 olgu (%2.3) cerrahiye verilmiştir. Bu çalışmanın temel amaçlarından birisi de VDÜGİSK olgularında tedavi başarı oranlarımızı saptamaktır. Literatürde endoskopik tedavinin VDÜGİSK'de kanamayı durdurma oranı %94 olarak bildirilmektedir.<sup>16</sup> Bizim olgularımızın; 503'ü (%96.0) medikal ve endoskopik tedaviye, 11'i (%2.1) cerrahi tedaviye yanıt verirken, 10 olgu (%1.9) kaybedilmiştir. VDÜGİSK olgularının tümüne 24 saat deneyimli uzmanlar tarafından acil endoskopik girişim yapılmasının ve kliniğimizde endoskopik tedavi yöntemlerinin başarıyla uygulanmasının, mortalite ve morbidite oranlarımızı olumlu yönde etkilediği kanısındayız.

Sonuç olarak; ülkemizdeki diğer çalışmalarda da bildirildiği gibi bizim hastalarımızda da VDÜGİSK'nin en sık nedeni duodenal ülserdir.<sup>11,17-19</sup> Bu ülselerin oluşumunda ana etiyolojik faktörler Hp, aspirin ve diğer NSAİİ kullanımıdır. Özellikle aspirin ve diğer NSAİİ'lerin gereksiz kullanımlarından kaçınılması, kullanılması gerekiyorsa dikkatli kullanılması ve riskli hastalarda gerekli önlemlerin alınması tıbbi bir zorunluluktur. Mortalitenin azaltılması için, kanama kontrolünün sağlanmasının yanında, eşlik eden diğer hastalıkların da dikkatle tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle yaşlı ve yandaş hastalığı olan olguların, mortaliteleri yüksek olduğundan, yoğun bakım koşullarında izlenmeleri önerilir.

## KAYNAKLAR

1. De Caestecker J. Upper Gastrointestinal Bleeding: Surgical Perspective. Medicine 2002; 9:1-33.

## Ateş ve Ark

2. Rolihauer C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2004; 36: 52-8.
3. Di Fiore F, Leclaire S, Merl V, et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2005; 6: 641-7.
4. Goldman E, Ausiello D, et al. Cecil Textbook of Medicine 22nd Edition, Chapter 133: Gastrointestinal Haemorrhage and Occult Gastrointestinal Bleeding David J. Bjorkman: 796.
5. Van Leerdam M.E., Vreburg E.M., Rauws A.J., et al. Acute Upper GI Bleeding: Did Anything Change? Time trend Analysis of Incidence and Outcome of Acute Upper GI Bleeding Between 1993/1994 and 2000. *The American Journal of Gastroenterology* 2003; 98:1494-9.
6. Thomopoulos K, Vagenas K, Vagianos C, et al. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during last 15 years. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2004; 16: 177-82.
7. Garcia-Rodriguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1994; 343: 769-72.
8. Longstreth GF, Feitelberg SP. Outpatient care of selected patients with acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1995; 345:108-11.
9. Park KG, Steele RJ, Mollison J, Crofts TJ. Prediction of recurrent bleeding after endoscopic haemostasis in nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg* 1994; 81(10):1465-8.
10. Bini EJ, Unger JS, Cohen J. Predictors of gastrointestinal hemorrhage in 893 patients with benign-appearing gastric ulcers. *Gastroenterology* 1998; 114 Suppl A5:G0015.
11. Gürel S, İmadoğlu O. Varis ve malignite dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarının değerlendirilmesi. *Uludağ üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 2:87-91.
12. Hochain P, Capet C, Colin R. Digestive complications of aspirin. *Rev Med Interne* 2000; 21:50-9.
13. Branicki FJ, Coleman SY, Pritchett CJ, et al. Emergency surgical treatment for nonvariceal bleeding of the upper part of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172: 113-20.
14. Kaplan RC, Hebert SR, Psaty BM. Risk factors for hospitalized upper or lower gastrointestinal tract bleeding in treated hypertensives. *Prev Med* 2002; 34:455-62.
15. Fluarton GM, Birnie GG, MacDonald A, et al. The effect of introducing endoscopic therapy on surgery and mortality rates for peptic ulcer hemorrhage. A single center analysis of 1125 cases. *Endoscopy* 1990; 22: 110-3.
16. Schoenberg MH. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding. *Langenbecks Arch Surg* 2001; 386: 98-103.
17. Aksöz K, Ünsal B, Akyol Z. Üst gastrointestinal kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. *Türk J Gastroenterol* 1995; 6: 262-4.
18. Ertem S, Kasrğa E, Sarul AR, ve ark. The role of endoscopic injection sclerotherapy in upper gastrointestinal bleeding due to peptic ulcers. *Türk J Gastroenterol* 1999; 10: 15-7.
19. Yenigün EC, Pırpir A, Aytan P, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2006; 2: 116-22.

### Yazışma Adresi:

Dr. Fehmi ATEŞ

Malatya Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Ünitesi,

44300, Malatya

e-mail: drfehmiates@hotmail.com