

## Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamasında endoskopik tedavinin başarısı ve tekrar kanama oranları

Endoscopic treatment success and rebleeding rates in non-variceal upper GI bleeding

İrfan KORUK, Hakan ÇAM, Musa AYDINLI, Murat Taner GÜLŞEN, Mehmet KORUK, Cemil SAVAŞ, Abdurrahman KADAYIFÇI

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep

**Giriş ve Amaç:** Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarında endoskopik tedaviler arasında injeksiyon tedavisi, termal koagülasyon metodları, argon plazma koagülasyon ve endoskopik klip uygulaması sayılabilir. Bu çalışmada endoskopik tedavi yöntemleri ile tekrar kanama arasındaki ilişki araştırıldı. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya bir yıllık süre içerisinde Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Ünitesi'nde üst gastrointestinal sistem kanama nedeni ile endoskopi yapılan hastalar alındı. **Bulgular:** Toplam 5451 hastanın 305 tanesinde üst gastrointestinal sistem kanama ön tanısı ile endoskopi yapıldı. Bu hastaların 68 adedinde (%22,2) varis dışı kanama tespit edildi. Bu hastaların 38 tanesinde (%55,8) duodenal ülser, 23'ünde (%33,8) gastrik ülser, 7'sinde (%10,2) eroziv gastropati-bulbopati nedeni kanama izlendi. Duodenal ülserli hastaların 28'inde (%73,6) ve gastrik ülserli hastaların 13'ünde (%56,5) sadece injeksiyon tedavisi, her iki grupta 10'ar hastada (%26,3/%43,4) kombine tedavi (injeksiyon tedavisi+termal koagülasyon; injeksiyon tedavisi+argon plazma koagülasyon) uygulandı. Tekrar kanama; monoterapi uygulanan hastaların yine sırasıyla 4/1'inde (%14,2/%7,6); kombine tedavi yapılanların ise sırasıyla 0/2'sinde (%0/%20) tespit edildi. **Sonuç:** Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarında, özellikle duodenal ülser varlığında kombine tedavi seçeneklerinin tercih edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Üst gastrointestinal sistem kanama, endoskopik tedavi, tekrar kanama

### GİRİŞ

Varis dışı üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarında endoskopik tedavi etkin ve başarılı tedavi yöntemlerindedir (1). Endoskopik tedaviler arasında endoskopik skleroterapi (ES), termal koagülasyon (TK) metodları, argon plazma koagülasyon (APK) ve endoskopik klip uygulaması sayılabilir. Tanı ve tedavideki ilerlemelere rağmen mortalite %11'e kadar çıkmaktadır (2). Mortalite çoğunlukla kanaması durmayan veya tekrar eden %20'lik

**Background and Aims:** Upper gastrointestinal system bleeding is an important and sometimes mortal situation. For endoscopic treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding, some methods, such as injection treatment, thermal coagulation, argon plasma coagulation, and endoscopic clipping, can be used. In this study, we evaluated the relation between the endoscopic treatment modality for upper gastrointestinal bleeding and the re-bleeding rates. **Materials and Methods:** Patients who underwent gastrointestinal endoscopy for bleeding over a one-year period were included in the study. **Results:** We performed upper gastrointestinal endoscopy in a total of 5451 patients, and endoscopy was performed for upper gastrointestinal bleeding in 305 of them. In 68 of 305 patients (22.2%), there was active non-variceal bleeding. Among those patients, 38 of 68 (55.8%) had duodenal ulcer, 23 (33.8%) gastric ulcer, and 7 (10.2%) erosive gastro-bulbopathy. Twenty-eight of 38 duodenal ulcer patients (73.6%) and 13 of 23 gastric ulcer patients (56.5%) had only injection treatment. Ten patients in each group (duodenal/gastric ulcer; 26.3% and 43.4%, respectively) received combined endoscopic therapy (injection treatment + thermal coagulation or injection treatment + argon plasma coagulation). In the monotherapy group, re-bleeding occurred in 4 of 28 duodenal ulcer patients (14.2%) and in 1 of 13 gastric ulcer patients (7.6%). In the combined therapy group, there was no re-bleeding in duodenal ulcer patients, but re-bleeding occurred in 2 of 10 patients (20%) with gastric ulcer. **Conclusions:** We believe that combined endoscopic therapy for upper gastrointestinal bleeding is more effective than monotherapy, especially in duodenal ulcer.

**Key words:** Upper gastrointestinal bleeding, endoscopic treatment, re-bleeding.

hasta popülasyonunda ortaya çıkmaktadır (3). Bu yüksek riskli hastaları saptamak oldukça önemlidir. Ülkemizde de yapılan birçok çalışmada tekrar kanama ile mortalite arasındaki ilişki belirtilmiştir (4). Fakat endoskopik tedavi sonrası tekrar kanama ile ilgili farklı oranlar bildirilmiştir. Bu çalışmada endoskopik tedavi yöntemleri ile tekrar kanama arasındaki ilişki araştırılmıştır.

**İletişim:** İrfan KORUK

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, 27310, Şehitkamil, Gaziantep • Tel: +90 342 360 60 60 - 76190  
E-posta: ikoruk@hotmail.com

**Geliş Tarihi:** 25.02.2013 • **Kabul Tarihi:** 09.03.2013

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya son bir yıl içerisinde Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Endoskopi Ünitesi'nde üst GİS kanama nedeni ile endoskopi yapılan hastalar alındı. Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalarda kanama etyolojileri, uygulanan tedavi yöntemleri, bu tedavilerin etkinlikleri ve tekrar kanama oranları kaydedildi. Tekrar kanama; ilk kanama durduktan sonra, hastaneye yatışın ilk 72 saati içinde gelişen yeni kanama atağı olarak tanımlandı. Hastalarda endoskopik kanama indeksi olarak Forrest sınıflaması (5) kullanıldı (Tablo 1). Forrest sınıflamasına göre uygulanan tedavilerin başarısı ve tekrar kanama oranları takip edildi. ES, 1/10000'lik epinefrin ile yapıldı. TK olarak heater prob ve/veya hot forseps koagülasyon uygulandı. Özofagus varis kanaması tespit edilen hastalar ise çalışma dışı bırakıldı.

## BULGULAR

Belirtilen tarihler arasında toplamda 5451 adet üst endoskopi yapıldı. Vakaların 305 tanesi üst GİS kanama ön tanısı ile işleme alındı (%5,6). 305 endoskopinin 68 adedinde (%22,2) varis dışı üst GİS kanama tespit edilmiştir. Bu hastaların 38 tanesinde (%55,8) duodenal ülser, 23'ünde (%33,8) gastrik ülser, 7'sinde (%10,2) eroziv gastropati-bulbopati nedeniyle kanama izlendi (Tablo 2). Özofagus

varis kanaması tespit edilen 9 hasta (%11,6) çalışma dışı bırakılmıştır. Kanama nedenlerine göre cinsiyet dağılımı ve yaş ortalaması da Tablo 2'de verilmiştir. Tüm kanamalarda erkekler sayı olarak daha fazlaydı. Özellikle duodenal ülser kanamasının erkek hastalarda daha sık görüldüğü tespit edildi (%81,5 erkek, %18,5 kadın). Hem duodenal hem de gastrik ülser kanamalarında 60 yaş üzeri hasta oranı belirgin yüksekti (sırasıyla %68,4 ve %69,5). Eroziv gastropati/bulbopati nedeni ile kanayan hastaların ise hepsi 60 yaşın altındaydı. Aktif duodenal ülser kanaması tespit edilen hastaların 5'inde (%13,1) Forrest 1a; 12'sinde (%31,5) Forrest 1b; 10'unda (%26,3) Forrest 2a; 11'inde (%28,9) Forrest 2b lezyon izlendi (Şekil 1). Gastrik ülser kanaması tespit edilen hastaların hiçbirinde Forrest 1a kanama görülmezken; 7'sinde (%30,4) Forrest 1b; 10'unda (%43,4) Forrest 2a; 6'sında (%26) Forrest 2b lezyon izlendi (Şekil 1). Duodenal ülserli hastaların 28'inde (%73,6) sadece ES, 10'unda (%26,3) kombine tedavi (ES-TK; ES-APK) uygulandı (Tablo 3). Gastrik ülserli hastaların 13'ünde (%56,5) sadece ES, 10'unda (%43,4) kombine tedavi (ES-TK; ES-APK) uygulandı (Tablo 3). Tekrar kanama monoterapi uygulanan duodenal ülserli hastaların 4'ünde (%14,2) ve gastrik ülserli hastaların 1'inde (%7,6); kombine tedavi yapılan gastrik ülserli hastaların 2'sinde (%20) tespit edildi. Kombine tedavi uygulanan duodenal ülserli hastalarda tekrar kanama izlenmedi (Tablo 4).

**Tablo 1.** Forrest Sınıflaması

Sınıflama	Anlamı	Tekrar Kanama Oranı (%)
Forrest 1a	Fışkırır tarzda aktif kanama	90-100
Forrest 1b	Sızıntı tarzında aktif kanama	80-85
Forrest 2a	Kanamayan görünür damar	40-50
Forrest 2b	Yapışık pıhtı	20-30
Forrest 2c	Kirli zemin	5
Forrest 3	Temiz tabanlı	1-2

**Tablo 3.** Uygulanan endoskopik tedaviler

Endoskopik Tedavi	Duodenum ülseri (n/%)	Mide ülseri (n/%)
ES	28/73,6	13/56,5
ES-TK; ES-APK	10/26,3	10/43,4

ES: Endoskopik skleroterapi, TK: Termal koagülasyon, APK: Argon plazma koagülasyon

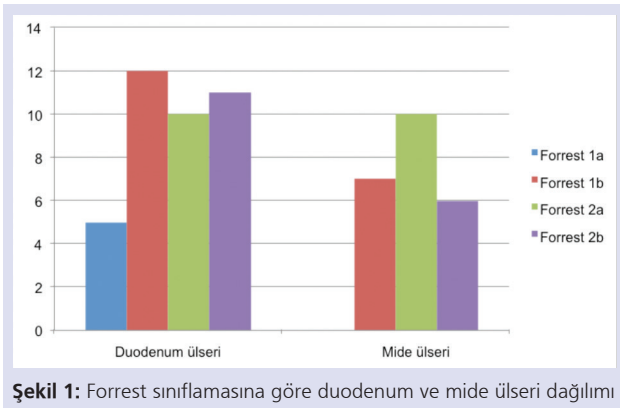
**Tablo 4.** Tekrar kanama oranları

Endoskopik Tedavi	Duodenum ülseri n/ toplam hasta (%)	Mide ülseri n/ toplam hasta (%)
ES	4/28 (14,2)	1/13 (7,6)
ES-TK; ES-APK	0/10 (0)	2/10 (20)

ES: Endoskopik skleroterapi, TK: Termal koagülasyon, APK: Argon plazma koagülasyon

**Tablo 2.** Kanama nedenleri ve demografik özellikleri

Saptanan Lezyon	Olgu Sayısı	Erkek	Kadın	Yaş (ort)	>60 yaş
Duodenum ülseri	38 (%55,8)	31 (%45,5)	7 (%10,3)	66,1	26 (%68,4)
Mide ülseri	23 (%33,8)	14 (%20,5)	9 (%13,2)	63,0	16 (%69,5)
Eroziv gastrit + bulbit	7 (%10,2)	4 (%5,8)	3 (%4,5)	47,2	0 (%0)



Şekil 1: Forrest sınıflamasına göre duodenum ve mide ülseri dağılımı

## TARTIŞMA

Üst GİS kanaması geçiren hastalarda kanama çoğunlukla kendiliğinden durmaktadır (3). Kanamalı hastaların tedavisinde öncelikle hemodinamik stabilize sağlanmalıdır. Bunun için uygun sıvı replasman tedavisi ve farmakolojik tedavi başlanmalıdır. Bilindiği gibi hemodinamisi bozuk olan hastada endoskopik işlem yapmak zor ve de risklidir. Kanamanın devam ettiği olgularda mümkün olan en kısa zamanda endoskopi planlanmalıdır.

Yapılan çalışmalarda endoskopik tedavilerin klinik sonuçları iyileştirdiği gösterilmiştir (6, 7). Özellikle yüksek riskli endoskopik lezyonları olan hastalarda uygulanan endoskopik tedavi, nüks kanama sıklığını, cerrahi ihtiyacını ve mortaliteyi belirgin olarak azaltmaktadır (1, 8). Yaygın olarak kullanılan Forrest sınıflamasına göre tekrar kanama Forrest 1a'da %90-100, 1b'de %80-85, 2a'da %40-50, 2b'de %20-30 olarak bildirilmiştir (9). Ayrıca endoskopi üst GİS kanamalarında hem doğru tanı hem de tedavi için bilinen en iyi yöntemdir (10). Literatürde endoskopik tedavinin varis dışı üst GİS kanamalarında kanamayı durdurma oranı %94'lere kadar çıkmaktadır (11). Bizim kayıtlarımızdaki başarı oranları da duodenal ülserde %89, mide ülserinde de %86 olarak gerçekleşmiştir. Bu oranlar yeterli olmakla birlikte hasta sayısının az ve kayıtların yetersiz olması gibi faktörlerden olumsuz etkilendiğini düşünmekteyiz.

Yakında yapılan bir çalışmada tekrar kanama oranı %10 olarak saptanmış ve bu hastaların hastanede kalış süresi daha uzun, yapılan transfüzyon miktarı daha fazla, mortalite oranları daha yüksek bulunmuştur (12). Bu oran bazı yayınlarda %20'lere kadar çıkmaktadır (13, 14). Bu nedenle tekrar kanamanın engellenmesi oldukça önemlidir. Tekrar kanama ile karşılaşılan hastalarda kanamanın kontrol edilebilmesi ve etkin tedavi için cerrahi yöntemler gibi komplikasyon riski daha yüksek olan farklı alternatifler devreye girmektedir.

Endoskopik tedavide, ES, TK ve APK yöntemlerinin hepsinin de güvenilir ve etkin olduğu tespit edilmiştir (15). Kliniğimizde monoterapi olarak öncelikle ES tercih etmekteyiz. ES ucuz, etkin, kolay uygulanabilir ve güvenilir bulunmuştur (12). ES, TK veya APK ile monoterapi çoğunlukla efektif olmasına karşın, kombine tedavi ile çok daha iyi sonuçlar alınmaktadır. Prospektif randomize bir çalışmada aktif ülser kanamalı hastalarda ES ve TK tedavilerinin kombine uygulanması ile tek başına ES karşılaştırılmıştır. Kombine uygulamanın tekrar kanama oranlarını %22'lerden %6 seviyesine düşürdüğü görülmüştür (16). Çalışmamızda kombine tedavi uygulanan duodenal ülserli hastaların hiçbirinde tekrar kanama olmazken, mide ülserli hastaların birinde (%20) tekrar kanama meydana gelmiştir. Hasta sayısının düşük olması oranı yüksek göstermekle birlikte vaka sayısının artması ile daha objektif sonuçlara ulaşılabileceğini düşünmekteyiz. Mide ülserli hastalarda sadece ES ile çok daha düşük oranda nüks kanama görülmüştür. Fakat ES duodenal ülserinde tek başına yeterli olamamaktadır. Nüks kanama oranı oldukça yüksektir (%14,2). Sonuçlar literatürle uyumludur. Nüks kanama görülen duodenal ülserlerin biri Forrest 2a, diğerleri ise Forrest 1b kategorisinde idi. Kombine tedaviye rağmen kanayan mide ülserlerinin etyolojisinin malign olduğu alınan biyopsi örneklerinde tespit edilmiştir.

Tekrar kanama için yüksek riskli hastaların erken dönemde saptanması ve yapılacak uygun tedavi ile bu hastaların stabilize edilerek mortalitenin önlenmesi mümkündür. Şok tablosu, ek hastalık varlığı, düşük hemoglobin düzeyi, 65 yaş üstünde olmak ve hematemez başlıca riskli grupları oluşturmaktadır (17). Çalışmamızda tekrar kanaması olan hastaların biri hariç diğerleri 70 yaş üzerindedir. Üst GİS kanamalı hastaların %72,1'i erkek ve %61,7'si 60 yaş üzerindedir. Yenigün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada oranlar sırasıyla %77,4 ve %51,8 (18), Ateş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sırasıyla %77 ve %49,8 (19) bulunmuştur. Erkek cinsiyet ve 60 yaşın üzerinde olmak aktif üst GİS kanama için önemli risk faktörleridir. Bu nedenle risk grubundan bir hasta ile karşılaşıldığında, en kısa zamanda endoskopi yapılmalıdır. Özellikle ileri yaşlı ve erkek hastalarda duodenal ülser varlığında kombine endoskopik tedavi düşünülmelidir.

Varis dışı üst GİS kanamalarında etyoloji ülkelere göre farklılık göstermektedir. Ülkemizde en sık neden duodenal ülserdir (20, 21). Bu çalışmada da en sık nedenin duodenal ülser olduğu, bunu mide ülseri ve eroziv gastropati-bulbopatinin izlediği görülmüştür. Özellikle duodenal ülserde kombine tedavi seçenekleri üzerinde durulması gerektiği kanaatindeyiz. Yine de bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Nonvariceal Upper GI Bleeding Consensus Conference Group. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003;139:843-57.
2. Sandel MH, Kolkman JJ, Kuipers EJ, et al. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding; differences in outcome for patients admitted to internal medicine and gastroenterological services. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2357-62.
3. Line L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994;331:717-27.
4. Ulaşoğlu C. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamaları. Çapa Gastroenteroloji Günleri Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu Kitabı 2002;28.
5. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974;2:394-7.
6. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995;311:222-6.
7. Vreeburg EM, Snel P, de Bruijne JW, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam arena: incidence, diagnosis, and clinical outcome. *Am J Gastroenterol* 1997;92:236-43.
8. Büyükcüncü Y. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi. Kalaycı G (ed). Genel Cerrahi. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002;2:1029-49.
9. Conrad SA. Acute upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients: Causes and treatment modalities. *Crit Care Med* 2002;30 (6 Suppl):S365-8.
10. Arasaradnam RP, Donnelly MT. Acute endoscopic intervention in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Postgrad Med J* 2005;81:92-8.
11. Schoenberg MH. Surgical therapy for peptik ulcer and nonvariceal bleeding. *Langenbecks Arch Surg* 2001;386:98-103.
12. Okutur SK, Alkim C, Bes C, et al. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2007;6:30-6.
13. Rivkin K, Lyakhovetskiy A. Treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Am J Health Syst Pharm* 2005;62:1159-70.
14. Rolihauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2004;36:52-8.
15. Adler DG, Leighton JA, Davila RE, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60:497-504.
16. Oh DS, Pisegna JR. Management of upper gastrointestinal bleeding. *Clin Fam Pract* 2004;6:631-45.
17. Guglielmi A, Ruzzenente A, Sandri M, et al. Risk assessment and prediction of rebleeding in bleeding gastroduodenal ulcer. *Endoscopy* 2002;34:778-86.
18. Yenigün EC, Pirpir A, Aytaç P, et al. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2006;5:116-22.
19. Ateş F, Karıncaoğlu M, Aladağ M. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı 524 olgunun değerlendirilmesi. *Turgut Özal Tıp merkezi Dergisi* 2008;15:93-8.
20. Özen E, Tekin F, Oruç N, et al. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı 412 olgunun irdelenmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2007;6:62-7.
21. Günşar F, Akarca US, Yönetçi N, et al. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 502 hastanın değerlendirilmesi. *Türk J Gastroenterol* 1997;3:188-93.