

Üst Gastrointestinal Sistem Kanaması Nedeniyle Takip Edilen Hastaların Geriye Dönük İncelenmesi

Evaluation Of Patients With Upper Gastrointestinal Bleeding Retrospectively

Serdar Olt¹, İhsan Uslan², Ahmet Tarık Eminler², Ali Tamer³, Emine Ülkü Akçay³, Atilla Baştemir⁴, Selçuk Yaylacı⁵, Hasan Ergenç³

¹ Bitlis Mutki Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

² Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

³ Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

⁴ Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

⁵ Rize Fındıklı Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Özet

Geliş Tarihi: 12.11.2014 Kabul Tarihi: 27.01.2015

Bu çalışmada Gastroenteroloji Kliniğimizde 2010-2012 tarihleri arasında üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle takip ettiğimiz 198 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak analiz edildi. Endoskopik olarak en sık rastlanan lezyonlar sırasıyla %31,8 duodenal ülser, %29,2 gastrit, %12,6 gastrik ülser, %6,1 mide Ca, % 5,1 özefagial varis, %4 anastomoz hattında ülser, %3 angiodisplazi, %2,5 Mallory-Weiss sendromu ve %2 bulbit olarak saptandı. Hastaların 7'si (%3,5) exitus oldu. Exitus olan hastaların 1'ine endoskopi yapılamadı, 2'sinde endoskopik lezyon saptanmadı, 2'sinde duodenal ülser, 1'inde mide Ca, 1'inde özefagial varis saptandı. Hastaların sadece 1'ine acil cerrahi girişim yapıldı. 198 hastanın 19'una endoskopik adrenalın enjeksiyon skleroterapisi, 5'ine endoskopik band ligasyonu ve 2'sine endoskopik argon koagülasyon tedavisi uygulandı. Yatış süresini etkileyen faktörler lökosit, üre, eritrosit süspansiyonu transfüzyon ünite sayısı ve TDP transfüzyon ünite sayısı olarak tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Üst gastrointestinal sistem kanama, mortalite, epidemiyoloji

Abstract

Received : 12.11.2014 Accepted: 27.01.2015

In this study, we analyzed retrospectively demographics, clinical and laboratory data of 198 patients that followed in our gastroenterology clinic due to upper gastrointestinal bleeding between 2010-2012. The most frequent endoscopic lesions were, respectively; %31,8 duodenal ulcer, %29,2 gastritis, %12,6 gastric ulcer, %6,1 gastric cancer, % 5,1 esophageal varices, %4 anastomotic ulcer, %3 angiodysplasia, %2,5 Mallory-Weiss syndrom and %2 bulbitis. 7 patients (%3,5) died. Endoscopy, could not be performed one of the patient who died. Endoscopic lesions were'nt detected in two patients who died. Duodenal ulcer detected in two patient, gastric cancer detected one patient and esophageal varices detected one patient who died. Emergency surgical intervention was performed only one of the patients who died. Endoscopic adrenalın sclerotherapy was performed in 19 patients, endoscopic band ligation was performed in 5 patients, endoscopic argon coagulation was performed in 2 patients. The factors that influence hospital stay in our study were leukocytes, urea, transfusion unit number of red blood cells and Fresh Frozen Plasma (FFP).

Keywords: Upper gastrointestinal bleeding, mortality, epidemiology

Giriş

Üst GİS kanamaları acil servislere başvurunun sık sebepleri arasında yer alır ve önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Üst GİS kanama Treitz ligamentinin üstünden kaynaklanan kanamalardır. Üst GİS kanama etiolojisine bakıldığında literatürde en sık neden peptik ülser olarak karşımıza çıkmaktadır. Varis dışı Üst GİS kanamalarında kanama yaklaşık olarak %80 oranında kendiliğinden durmakta ve mortalite oranı %3-12 arasında değişmekte iken¹, varis kanamalarında mortalite oranı %15-20 gibi çok yüksek olarak saptanmaktadır.² Son zamanlarda GİS kanamaya yönelik endoskopik band ligasyonu, beta bloker ilaç kullanımı ve riskli hastalarda NSAİ ilaçlarla asit baskılayıcı ilaçların kombine edilmesi gibi profilaktik önlemlerin artması neticesinde GİS kanama insidansında düşüş sağlanmıştır. Fakat mortalite oranlarında çok ciddi bir azalma göze çarpmamaktadır.³ Mortalite açısından önemli risk faktörleri 60 yaşın üzerinde olmak, hematemez ile prezenteasyon, varis kanama, tekrarlayan kanama, yandaş kronik hastalık varlığı, peptik ülser öyküsü, geçirilmiş GİS operasyonu ve hipotansiyon gelişimi olarak özetlenebilir. Biz de bu çalışmamızda hastanemizde üst GİS kanama tanısıyla yatırarak takip ve tedavilerini yaptığımız 198 hastanın demografik özelliklerini, etyolojisini ve mortalite oranlarını saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniğimizde 2010-2012 arasında Üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle yatarak tedavi gören 198 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar verileri hasta dosyalarından dökümanite edilerek retrospektif olarak analiz edildi. Çalışmaya 18 yaş üstü hastalar alındı. Hasta dosyalarından yaş, cinsiyet, ASA kullanımı, NSAİ ilaç kullanımı, kumadin kullanımı, ek hastalıklar, endoskopik tanı, ülser lokalizasyonu, ülser çapı, Forrest sınıflaması, endoskopik tedavi yöntemleri, kan transfüzyon miktarları, yatış süresi, intravenöz PPI kullanım süresi, yoğun bakım ünitesine yatış varlığı, acil cerrahi girişim varlığı ve hastaneden şifa ile taburcu olduğu veya exitus olduğu dökümanite edildi. İstatistiksel olarak SPSS 17.0 programından yararlanıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların 142'si erkek, 56'sı kadındı, yaşların medyan ortalaması 67, yaş aralığı 18-96 arasındaydı. 60 yaş

üstü hasta sayısı 150 (% 60,2) idi. Hastaların 9'unda (%4,5) GİS kanama öyküsü mevcuttu. Hastaların 38'inde (%19,1) kanama nedeni olarak ASA veya NSAİ ilaçlar, 14'ünde (%7,1) ise kumadin kullanımı saptandı. Transfüzyon yapılan eritrosit süspansiyonu ünite sayısı ortalama 2,4±2,3, Transfüzyon yapılan TDP ünite sayısı ortalama 0,4±1,2, Yatış süresi gün sayısı ortalama 4,4±3, intravenöz proton pompa inhibitörü kullanım gün sayısı ortalama 2,5±1,6, yoğun bakımda takip edilen hasta sayısı 21 (%10,6) olarak saptandı (Tablo 1).

Tablo 1:
Üst GİS kanamalı hastaların demografik ve klinik verileri

Parametre*	
Yaş**	67 (18-96)
Cinsiyet (E/K)	142(%72)/56(%28)
Ek hastalık varlığı	95 (%48)
GİS kanama öyküsü	9 (%4,5)
ASA kullanımı	32 (%16,2)
NSAİ kullanım	31 (%15,7)
Kumadin kullanımı	14 (7,1)
ES transfüzyonu (ünite)***	2,4±2,3
TDP transfüzyonu (ünite)***	0,4±1,2
Yatış süresi(gün)***	4,4±3
İv PPI süresi (gün)***	2,5±1,6
YBÜ yatış varlığı	21 (%10,6)
Acil cerrahi girişim	1 (%0.5)
Mortalite oranı	7 (%3,5)
*aksi belirtilmediği müddetçe n%	
** medyan (minimum-maximum)	
*** ortalama±standart sapma	

Endoskopik olarak en sık rastlanan lezyonlar sırasıyla %31,8 duodenal ülser, %29,2 gastrit, %12,6 gastrik ülser, %6,1 mide Ca, % 5,1 özefagial varis, %4 anastomoz hattında ülser, %3 angiodisplazi, %2,5 Mallory-Weiss sendromu ve %2 bulbit olarak saptandı (Tablo 2). Hastaların 7'si (%3,5) exitus oldu. Exitus olan hastaların 3'ünde endoskopik lezyon saptanmadı, hastaların 1'inde duodenal ülser, 1'inde mide Ca, 1'inde özefagial varis ve 1'inde gastrik ülser saptandı. Hastaların sadece 1'ine acil cerrahi girişim yapıldı. 198 hastanın 19'una endoskopik adrenalın enjeksiyon skleroterapisi, 5'ine endoskopik band ligasyonu ve 2'sine endoskopik argon koagülasyon tedavisi uygulandı. Hastaların laboratuvar değerleri geliş hemoglobin ortalama 9,4±2,5, geliş trombosit sayısı

ortalama 268 ± 124 , geliş lökosit ortalama $10,5 \pm 5$, geliş INR ortalama $1,5 \pm 1,6$, geliş üre $79,3 \pm 46$, geliş kreatinin ortalama $1,2 \pm 1$, geliş AST ortalama $22,4 \pm 16,9$, geliş ALT ortalama $18,5 \pm 18,2$, çıkış hemoglobini ortalama $10,2 \pm 1,6$ olarak saptandı (Tablo3). Peptik ülser saptanan hastalar Forrest sınıflamasına göre klasifiye edildi. Forrest sınıflamasına göre en sık Forrest 3 ve 2c görüldü (Tablo 4). Hastaların 95'inde (%48) ek hastalıklar mevcuttu. En sık görülen ek hastalıklar sırasıyla %18,1 HT, %12,6 DM, %10 KAH, %6,5 malignite, %5,5 kalp kapak hastalığı, %5 siroz olarak saptandı (Tablo5).

Tablo 2: Üst GIS kanamalı hastaların endoskopik bulguları

Endoskopik bulgular*	
Duodenal ülser	63 (%31,8)
Gastrit	38 (%29,2)
Gastrik ülser	25 (%12,6)
Mide Ca	12 (%6,1)
Özefageal varis	10 (%5,1)
Anastomoz ülseri	8 (%4)
Angiodisplazi	6 (%3)
Mallory-Weiss sendromu	5 (%2,5)
Bulbit	4 (%2)
Özofajit	2 (%1)
Dieulafoy lezyonu	1 (%0,5)
Özofagus Ca	1 (%0,5)
Diğer	12 (%6)
Normal Endoskopi yapılamayan	10 (%5)
	1 (%0,5)
*n%	

Tablo 3: Üst GIS kanamalı hastaların laboratuvar verileri

Parametre*	
Geliş hemoglobin	$9,4 \pm 2,5$
Geliş trombosit	268 ± 124
Geliş lökosit	10500 ± 5000
Geliş INR	$1,5 \pm 1,6$
Geliş üre	$79,3 \pm 46$
Geliş kreatinin	$1,2 \pm 1$
Geliş AST	$22,4 \pm 16,9$
Geliş ALT	$18,5 \pm 18,2$
Çıkış hemoglobini	$10,2 \pm 1,6$
*ortalama \pm standart sapma	

Tablo 4: Duodenal ülser ve mide ülserli vakaların Forrest sınıflaması

Parametre*	Toplam	Duodenal ülser	Mide ülseri
Forrest 1a	1 (%0,5)	-	-
Forrest 1b	7 (%3,5)	7 (%12,2)	1 (%4,3)
Forrest 2a	11 (%5,6)	5 (%8,7)	3 (%13)
Forrest 2b	6 (%3)	5 (%8,7)	1 (%4,3)
Forrest 2c	13 (%6,6)	9 (%15,7)	4 (%17,3)
Forrest 3	47 (%23,7)	31 (%54,3)	14 (%60,8)
*n%			

Tablo 5: Üst GIS kanamalı olguların ek hastalık verileri

Endoskopik bulgular*	
DM	25 (%12,6)
HT	36 (%18,1)
GIS kanama	9 (%4,5)
Atriyal fibrilasyon	2 (%1)
Koroner arter hastalığı	20 (%10)
KBY	9 (%4,5)
Malignite	13 (%6,5)
SVO	9 (%4,5)
Kalp kapak hastalığı	11 (%5,5)
KKY	5 (%2,5)
Siroz	10 (%5)
KOAH	1 (%0,5)
Osler Weber Randu Ek hastalığı olmayanlar	1 (%0,5)
	103 (%52)
*n%	

Tartışma

Üst GIS kanamalar tüm dünyada en sık gastroenterolojik aciller arasında yer almakta ve morbidite ve mortalitesinde yeni gelişen tedavi olanaklarına rağmen ciddi oranda azalma sağlanamamasına rağmen preventif yöntemlerle insidansı azalmaktadır.^{4,5} Bu preventif yöntemler varis kanamalı hastalarda endoskopik band ligasyonu, beta bloker ilaç kullanımı, TİPS ve peptik ülser açısından riskli hastalarda NSAİ ilaçlarla asit baskılayıcı ilaçların kombine edilmesi olarak özetlenebilir.⁶ Üst GIS kanamalarında en sık saptanan endoskopik lezyonlar duodenal veya gastrik ülser olarak sıralanmaktadır.⁷ Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak en sık etyolojik lezyon peptik ülser olarak görüldü. Çalışmamızda etyolojik lezyonlar

sırasıyla %31,8 duodenal ülser, %29,2 gastrit, %12,6 gastrik ülser, %6,1 mide Ca, % 5,1 özefagial varis, %4 anastomoz hattında ülser, %3 angiodisplazi, %2,5 Mallory-Weiss sendromu ve %2 bulbit, %1 özefajit, %0,5 Dieulafoy lezyonu, %0,5 özefagus Ca, %6,5 diğer nedenler ve %5 normal olarak saptandı. Türkiye’de yapılan çalışmalara benzer şekilde çalışmamızda erkek popülasyonu kadın popülasyonunun iki katından fazla tespit edildi. Çalışmamızda yer alan hastaların ortalama yaşı diğer çalışmalara göre daha yüksek tespit edildi.

Mortalite oranları ülkeler arasında değişkenlik göstermektedir; Japonya’da %1,1 iken Danimarka’da bu oran %11’e çıkmaktadır.¹ Üst GIS kanamalarda mortalite oranı %3-14 arasında değişmektedir.⁸ Çalışmamızda mortalite oranı %3,5 olarak saptandı. Exitus olan hastaların 1’ine endoskopi yapılamadı, 2’sinde endoskopik lezyon saptanmadı, 2’sinde duodenal ülser, 1’inde mide Ca, 1’inde özefagial varis saptandı ve hastaların sadece 1’ine acil cerrahi girişim yapıldı. İntravenöz proton pompa inhibitörü ve endoskopik tedaviler neticesinde bu hastaların cerrahi müdahaleye olan ihtiyaçlarının belirgin şekilde azaldığı çalışmamızda da net olarak ortaya konulmuştur.

Varis kanaması ile prezente olan hastalarda mortalite oranı %10 saptandı bu oranın literatürdeki verilerden düşük olmasının sebebi hasta sayısının az olması ve hastalara profilaktik endoskopik band ligasyonu ve b-bloker kullanımına bağlandı. Üst Gis kanamada Mortalite açısından önemli risk faktörleri 60 yaşın üzerinde olmak, hematemez ile prezenteasyon, varis kanama, tekrarlayan kanama, yandaş kronik hastalık varlığı, peptik ülser öyküsü, geçirilmiş GIS operasyonu ve hipotansiyon gelişimi olarak özetlenebilir.

Çalışmamızda hastaların 95’inde (%48) ek hastalıklar mevcuttu. Rockall ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kronik hastalıklarla Üst GIS kanama arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve bu ilişki diğer birçok çalışma ile doğrulanmıştır.⁸⁻⁹ Çalışmamızda en sık görülen ek hastalıklar sırasıyla %18,1 HT, %12,6 DM, %10 KAH, %6,5 malignite, %5,5 kalp kapak hastalığı, %5 siroz olarak saptandı. Dünya çapında kullanım oranları yüksek olan NSAİİ ve asetil salisilik asit Üst GIS kanama etyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır.¹⁰ Bu tür hastalar genelde komorbid hastalığa sahip olmakta ve hastane yatış oranları ve yatış süresi gibi yüksek morbidite oranlarına

yol açmaktadırlar. Çalışmamızda hastaların 38’inde (%19,1) kanama nedeni olarak ASA veya NSAİ ilaçlar, 14’ünde (%7,1) ise kumadin kullanımı saptandı.

Çalışmaya alınan popülasyonda 60 yaş üstü vakaların çoğunlukta olmasına karşın mortalite oranının diğer çalışmalara göre belirgin olarak düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca exitus olan vakaların hepsinin 80 yaşın üzerinde ve en az iki kronik ek hastalık taşıdıkları göze çarpmaktadır. Türkiye’de benzer şekilde yayınlanan çalışmalara kıyasla bizim çalışmamızda hasta popülasyonumuzun daha yaşlı olduğu ancak mortalite açısından diğer çalışmalara göre daha düşük bir oranda kalabilmeyi başardığımız anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak çalışmamızda Üst GIS kanamalı hastalarda; en sık etyoloji peptik ülser saptandı, hastalarımızın %48’inde komorbid hastalıklar mevcuttu, kanama %19,1 ASA veya NSAİ kullanımını, %14 kumadin kullanımına bağlı idi ve mortalite oranı %3,7 olarak saptandı. Yatış süresini etkileyen faktörler lökosit, üre, eritrosit süspansiyonu transfüzyon ünite sayısı ve TDP transfüzyon ünite sayısı olarak tespit edildi. Yatış süresini arttıran bu faktörler aynı zamanda mortaliteyi de arttıran abondan kanama, enfeksiyon ve renal yetmezlik ile açıklandı.

Kaynaklar

1. Jairath V, Martel M, Logan RF, Barkun AN. Why do mortality rates for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding differ around the world? A systematic review of cohort studies. *Can J Gastroenterol*. 2012 Aug;26(8):537-43.
2. Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *N Engl J Med*. 2010 Mar 4;362(9):823-32. doi: 10.1056/NEJMra0901512.
3. Botianu A, Matei D, Tantau M, Acalovschi M. Mortality and need of surgical treatment in acute upper gastrointestinal bleeding: a one year study in a tertiary center with a 24 hours / day-7 days / week endoscopy call. Has anything changed? *Chirurgia (Bucur)*. 2013 May-Jun;108(3):312-8.
4. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol*. 2013 Apr;48(4):439-47. doi: 10.3109/00365521.2012.763174. Epub 2013 Jan 29.
5. Lanas A, García-Rodríguez LA, Polo-Tomás M, Ponce M, Alonso-Abreu I, Perez-Aisa MA, Perez-Gisbert J, Bujanda L, Castro M, Muñoz M, Rodrigo L, Calvet X, Del-Pino D, Garcia S. Time trends and impact of upper and lower gastrointestinal bleeding and perforation in clinical practice. *Am J Gastroenterol*. 2009 Jul;104(7):1633-41. doi: 10.1038/ajg.2009.164. Epub 2009 May 5.
6. Brooks J, Warburton R, Beales IL. Prevention of upper gastrointestinal haemorrhage: current controversies and clinical guidance. *Ther Adv Chronic Dis*. 2013 Sep;4(5):206-22. doi: 10.1177/2040622313492188.
7. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, Björnsson ES. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting. *Scand J Gastroenterol*. 2013 Apr;48(4):439-47. doi: 10.3109/00365521.2012.763174. Epub 2013 Jan 29.
8. van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2008;22(2):209-24. doi: 10.1016/j.bpg.2007.10.011.
9. 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. *Comment in BMJ*. 1995 Sep 30;311(7009):874.
10. Vargas E(1), Cabrera L, Morón A, García M, Soto J, Guadarrama I. Assessment of hospital costs related to the diagnosis and treatment of upper gastrointestinal haemorrhages in patients consuming non steroid anti-inflammatory drugs. *Rev Esp Enferm Dig*. 2001 Jun;93(6):390-7.

