

# Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı 412 olgunun irdelenmesi

Review of 412 patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding

Erdal ÖZEN, Fatih TEKİN, Nevin ORUÇ, Ömer ÖZÜTEMİZ, Ahmet AYDIN, Fulya GÜNŞAR, Serhat BOR, Galip ERSÖZ, Ahmet MUSOĞLU, Necla OSMANOĞLU, Zeki KARASU, Ulus Salih AKARCA, Oktay TEKEŞİN, Yücel BATUR, Tankut ILTER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

**Giriş ve amaç:** Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamaları Gastroenteroloji Bilim Dalı'nın en önemli acillerinden birisidir. Bu çalışmanın amacı varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması tanısı ile takip edilen olgularımızın özelliklerini değerlendirmektir. **Gereç ve yöntem:** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği'nde 1998-2005 yılları arasında varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle izlenmiş olan 412 olgu demografik özellikleri, etyolojileri, tedavileri ve sonuçları yönünden retrospektif olarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** 311'i erkek (%75), 101'i (%25) kadın olan olguların yaş ortalaması 62 (19-101) idi. Olguların 136'sının (%33) nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç, 103'ünün (%25) aspirin, 20'sinin (%6) antikoagulan ilaç kullandığı saptanmıştır. Olguların 397'sine (%96.4) endoskopik tetkik uygulanmıştır. En sık rastlanılan kanama nedenleri olarak duodenum ülseri (175 hasta, %42.5), mide ülseri (95 hasta, %23.1), eroziv gastrit (29 hasta, %7.1) ve anastomoz ülseri (23 hasta, %5.6) bulunmuştur. Toplam olarak 8 hasta (%2) kaybedilmiştir. **Sonuç:** Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanama etyolojisi olarak en sık duodenal ülser saptanmıştır. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarında endoskopik tedavi başarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

**Anahtar sözcükler:** Üst gastrointestinal sistem kanaması, etyoloji, endoskopik tedavi

**Background/aims:** Non-variceal upper gastrointestinal bleeding is one of the most common medical emergencies in the gastroenterology section. The aim of this study was to evaluate the characteristics of our patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding. **Materials and methods:** Four hundred and twelve patients who presented with non-variceal upper gastrointestinal bleeding and were admitted to Ege University Gastroenterology Department between 1998-2005 were retrospectively analyzed with respect to demographic data, etiology, treatment and outcome. **Results:** There were 311 (75%) male and 101 (25%) female patients with an average age of 62±18 (19-101). Of the patients, 136 (33%) had been using a nonsteroidal anti-inflammatory drug, 103 (25%) had been using aspirin, and 20 (6%) had been using an anticoagulant drug. Upper endoscopy was performed in 397 (96.4%) of the patients. The most common causes of bleeding were duodenal ulcer (175 patients, 42.5%), gastric ulcer (95 patients, 23.1%), erosive gastritis (29 patients, 7.1%), and anastomotic ulcers (23 patients, 5.6%). Overall, 8 (2%) patients died. **Conclusions:** Duodenal ulcer was the most common cause of non-variceal upper gastrointestinal system bleeding. Our success rate of endoscopic therapy for non-variceal upper gastrointestinal bleeding is similar to that in the literature.

**Key words:** Upper gastrointestinal bleeding, etiology, endoscopic therapy

## GİRİŞ VE AMAÇ

Varis dışı üst gastrointestinal sistem (VDÜĞİS) kanamaları gastroenteroloji kliniklerinin halen en yaygın hastalıklarından birisi olup bunların %80'i spontan olarak durmaktadır (1, 2). Ancak tekrarlayan kanama bu hastalarda önemli oranlarda mortalite ve morbiditeye yol açmaktadır (3). Aktif kanamaların durdurulmasında ve tekrarlayan kanamaların önlenmesinde endoskopik tedavi altın standarttır. Ancak endoskopik tedavi olanaklarının artışına rağmen (İnjesiyonla skleroterapi, lazer koagülasyon, argon koagülasyon gibi) mortalitede beklenen azalma görülememektedir (4). Burada en önemli nedenlerin başında, gelişen tıbbi olanaklarla beraber hastaların

yaşam sürelerinin uzaması, yandaş hastalıkların artması ve yaygın nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımını olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde yatan hastaların yaklaşık %5'ini oluşturan VDÜĞİS kanamalı hastalarda etyolojiyi, risk faktörlerini, tedavi yöntemlerini ve endoskopik tedavi başarımızı retrospektif olarak irdelemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Ege Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Kliniği'nde Ocak 1998 ile Şubat 2005 arasında yatarak tedavi gören ÜĞİS kanaması tanılı olgu-

lar arşiv defterinde taranmış ve ardından olguların dosyaları arşivimizden çıkartılmıştır. Varis kanamalı olgular, diğer kliniklerde yatarken ÜGİS kanaması nedeniyle ÜGİS endoskopisi yaptığımız olgular ve dosyalarına ulaşamayan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil olan VDÜGİS kanamalı olgular anamnez, demografik bulgular, yandaş hastalıklar, kullandığı antikoagulan ve antiagregan ilaçlar, endoskopi bulguları (lezyon, lezyonun yeri, endoskopik tedavi) ve sonları yönünden değerlendirilmiştir. *Helikobakter pilori* (*Hp*) durumunu saptamak amacıyla sadece hızlı üreaz testi sonuçları değerlendirilmiştir. Duodenum ve mide ülserleri Forrest sınıflandırmasına göre gruplandırılmıştır (5). Özellikle kanamaların etyolojileri ve endoskopik tedavi başarımız üzerinde durulması amaçlanmıştır. Sonuçlar SPSS-11 programında değerlendirilmiştir. Mide ve duodenum ülserli olgular arasında Forrest sınıflandırmasına göre fark olup olmadığı student t testi ile değerlendirilmiştir. Etiyolojilere göre kanama için risk faktörlerinin tespitinde ise x2 testi kullanılmıştır. 0.05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Arşiv defterimizde VDÜGİS kanama tanısı alan 452 olgu saptanmış ancak 40 olgunun dosyalarına ulaşamamıştır. Çalışmaya toplam 412 olgu dahil edilmiştir. Olguların yaş ortalaması 62 (19-101) olup 311 (%75)'i erkek, 101 (%25)'i ise kadındır. VDÜGİS kanamalı 412 olgudan 397'ine (%96.4) endoskopik tetkik uygulanmıştır. Onbeş (%3.6) olguya genel durum bozukluğu, hipoksi, kardiyak nedenler gibi çeşitli nedenlerle endoskopi yapılamamıştır. Altı (%1.6) olguda ise endoskopide kanama yeri saptanamamıştır. Kanama etyolojileri olarak olguların 175'inde (%42.5) duodenum ülseri, 95'inde (%23.1) ise mide ülseri saptanmıştır (Tablo 1). Hastaların 159'unda

**Tablo 1.** Varis dışı üst GİS kanaması geçiren 412 olguda kanama nedenleri

Saptanan Lezyon	Olgu Sayısı (%)
Duodenum ülseri	175 (% 42.5)
Mide ülseri	95 (% 23.1)
Eroziv gastrit	29 (% 7.1)
Anastomoz ülseri	23 (% 5.6)
Eroziv bulbit	23 (% 5.6)
Mide tümörü	21 (% 5.1)
Mallory-Weiss	11 (% 2.6)
Özofajit, erozyon	6 (% 1.5)
Dielofoy lezyonu	4 (% 1.0)
Aorto-enterik fistül	1 (% 0.2)
Hemobilia	1 (% 0.2)
Özofagus tümörü	1 (% 0.2)
Duodenum tümörü	1 (% 0.2)
Odak bulunamayan	6 (% 1.5)
Endoskopi uygulanamayan	15 (% 3.6)

**Tablo 2.** Olguların yandaş hastalıkları (n= 412)

Yandaş hastalık	Olgu sayısı, %
Aterosklerotik kalp hastalığı	77 / 412 (% 18.7)
Diyabetes mellitus	39 / 412 (% 9.5)
Hipertansiyon	24 / 412 (% 5.8)
Kalp kapak hastalığı	18 / 412 (% 4.4)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	17 / 412 (% 4.1)
Kronik böbrek yetmezliği	17 / 412 (% 4.1)
Bağ doku hastalığı	10 / 412 (% 2.4)
Serebrovasküler hastalık	9 / 412 (% 2.2)
Toplam	211 / 412 (% 51.2)

toplam 211 (% 51.2) yandaş hastalık olduğu görülmüştür (Tablo 2). En sık yandaş hastalık %18.7 oranla aterosklerotik kalp hastalığı iken, 33 hastada birden fazla yandaş hastalık olduğu dikkati çekmiştir.

VDÜGİS kanamaları için olası risk faktörleri (Yaş, cinsiyet, sigara, alkol, yandaş hastalık, antikoagulan, aspirin ve NSAİİ kullanımı, *Hp* durumu) Tablo 3 ve Tablo 4'te görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı saptananlar cinsiyet, sigara kullanımı ve yandaş hastalık varlığı olmuştur. Duodenum ülserine bağlı kanamalı olgularda, mide ülseri ve eroziv gastrite bağlı kanamalı olgulara

**Tablo 3.** Varis dışı kanamaya sebep olan başlıca lezyonlarda risk faktörleri

Endoskopik lezyon	n	Yaş (Ort ± SD)	Cinsiyet (Erkek / kadın)	Sigara* n (%)	Alkol* n (%)	Yandaş hastalık* n (%)
Duodenum ülseri	175	57.3 ± 18.5	137 / 38	29 / 159 (% 37.7)	29 / 159 (% 18.2)	73 / 175 (% 41.7)
Mide ülseri	95	65.9 ± 15.9	61 / 34	36 / 90 (% 40)	22 / 90 (% 24.4)	58 / 78 (% 74.3)
Eroziv gastrit	29	65.0 ± 19.1	16 / 13	5 / 26 (% 19.2)	3 / 26 (% 11.5)	20 / 24 (% 83.3)
Anostomoz ülseri	23	62.7 ± 14.9	21 / 2	7 / 20 (% 35)	4 / 20 (% 20)	8 / 23 (% 30.4)
Eroziv bulbit	23	62.6 ± 16.0	19 / 4	6 / 19 (% 31.5)	1 / 19 (% 5.2)	10 / 23 (% 43.4)
Mide tümörü	21	63.1 ± 14.8	14 / 7	4 / 15 (% 26.6)	4 / 15 (% 26.6)	11 / 15 (% 73.3)
Mallory-Weiss	11	63.2 ± 15.9	9 / 2	4 / 7 (% 57.1)	2 / 7 (% 28.6)	7 / 7 (% 100)
Özofajit, erozyon	6	51.6 ± 10.1	3 / 3	0 / 6 (% 0)	0 / 6 (% 0)	6 / 6 (% 100)

n: olgu sayısı, \*: Dosyalarında verileri bulunan olgular dahil edilmiştir

**Tablo 4.** Varis dışı kanamaya sebep olan başlıca lezyonlarda diğer risk faktörleri (Antikoagulan ve/veya antiagregan ilaç kullanımı ve *Hp* pozitifliği)

Endoskopik lezyon	n	Antikoagulan* n (%)	Aspirin* n (%)	NSAİİ* n (%)	Hp pozitifliği* n (%)
Duodenum ülseri	175	8 /143 (% 5.5)	49 /144 (% 34)	60 /159 (% 34.3)	26 /161 (%16.1)
Mide ülseri	95	2 / 81 (% 2.4)	29 / 77 (% 37.6)	38 / 90 (% 42.2)	7 / 76 (% 9.2)
Eroziv gastrit	29	2 / 19 (% 10.5)	4 / 17 (% 23.5)	13 / 26 (% 50)	6 / 26 (% 23)
Anastomoz ülseri	23	0 / 23 (% 0)	5 / 19 (% 26.3)	6 / 20 (% 30)	2 / 18 (% 11.1)
Eroziv bulbit	23	0 / 23 (% 0)	6 / 16 (% 37.5)	1 / 19 (% 5.2)	4 / 21 (% 19)
Mide tümörü	21	1 / 11 (% 9)	2 / 10 (% 20)	7 / 15 (% 46.5)	1 / 15 (% 6.6)
Mallory-Weiss	11	1 / 6 (% 16.6)	2 / 6 (% 33.3)	3 / 7 (% 42.8)	1 / 5 (% 20)
Özofajit, erozyon	6	1 / 4 (% 25)	1 / 4 (% 25)	1 / 4 (% 25)	0 / 6 (% 0)

n: olgu sayısı, NSAİİ: Nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç, *Hp*: *Helicobacter pilori*, \*: Dosyalarında verileri bulunan olgular dahil edilmiştir.

göre istatistiksel olarak erkekler daha fazladır (sırasıyla p=0.02, p=0.03). Duodenum ülserli olgularda sigara kullanımı eroziv gastitlere göre daha yüksektir (p=0.04). Mide ülseri ve eroziv gastritli olgularda duodenal ülserli olgulara göre yandaş hastalıklar daha sık görülmektedir (p=0.03).

**Tablo 5.** Mide ve duodenum ülserli olgularda lezyonların Forrest sınıflandırılması

	Duodenum ülseri n = 175	Mide ülseri n = 95	Toplam (mide ve duodenum ülseri) n = 270
Forrest Ia	7 (% 4)	3 (% 3.1)	10 (% 3.7)
Forrest Ib	16 (% 9.1)	8 (% 8.4)	24 (% 8.9)
Forrest IIa	20 (% 11.5)	8 (% 8.4)	28 (% 10.2)
Forrest IIb	17 (% 9.7)	10 (% 10.6)	27 (% 10)
Forrest IIc	2 (% 1.1)	4 (% 4.2)	6 (% 2.3)
Forrest III	113 (% 64.6)	62 (% 65.3)	175 (% 64.9)

Mide ve duodenum ülserli olgularda lezyonların Forrest sınıflandırmasına göre dağılımı Tablo 5'te 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.

Endoskopik tetkik uygulanmış 397 olgudan 131'ine (%31.8) endoskopik skleroterapi, 3 (%0.7) olguya hemoklips uygulanmıştır (Tablo 6). Endoskopik skleroterapi yapılan olguların 22'sine (%16.8) tekrar kanama nedeniyle, 33'üne (%25.2) kontrol amaçlı olmak üzere ikinci kez endoskopik tetkik yapılmıştır. Tekrar kanama görülen 22 olgunun endoskopi bulguları Tablo 7'de görülmektedir. Kanaması durmayan 1 olguya ise girişimsel radyoloji bölümünde gastroduodenal artere embolizasyon tedavisi uygulanmıştır. İki olgu genel cerrahi, iki olgu ise anestezi yoğun

**Tablo 6.** Endoskopik lezyonlara göre endoskopik skleroterapi yapılma oranları

Endoskopik lezyon	n	ES yapılan olgu sayısı (%)
Duodenum ülseri	175	70 /175 (% 40)
Mide ülseri	95	36 / 95 (% 37.9)
Eroziv gastrit	29	1 / 29 (% 3.4)
Anastomoz ülseri	23	11 / 23 (% 47.8)
Eroziv bulbit	23	0 / 23 (% 0)
Mide tümörü	21	6 / 21 (% 28.6)
Mallory-Weiss	11	6 / 11 (% 54.5)
Özofajit, erozyon	6	1 / 6 (% 16.6)

ES: Endoskopik skleroterapi, n: olgu sayısı

**Tablo 7.** Tekrar kanama (rebleeding) görülen 22 olgunun ilk endoskopideki bulguları

Saptanan lezyon	Olgu sayısı (n = 22)
Duodenum ülseri	7
Forrest Ia	3
Forrest 2a	2
Forrest 2b	2
Mide ülseri	2
Forrest 1b	1
Forrest 2a	1
Anastomoz ülseri	4
Mide tümörü	6
Mallory-Weiss	1
Dieulafoy lezyonu	2

bakım ünitesine nakledilmiştir. Bu hastalardan anesteziye sevk edilen 2, cerrahiye sevk edilenlerden biri, toplam 3 hasta kaybedilmiştir. Beş olgu kliniğimizde kaybedilmiş olup toplam mortalite oranı %2 (8 hasta) olarak saptanmıştır (Tablo 8).

## TARTIŞMA

VDÜĞİS kanamalarında etyoloji ülkelere göre farklılık göstermektedir. Özellikle batı kaynaklı çalışmalarda en sık VDÜĞİS nedeni mide ülseri iken, ülkemizdeki diğer çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da en sık nedenin duodenal ülser olduğu görülmüştür. Bu farklılığa yol açan

**Tablo 8.** Olguların tedavi yaklaşımları ve sonuçları (n = 412)

Tedavi yaklaşımları	
Tıbbi tedavi	278 / 412 (% 67.5)
Hemoklips uygulaması	3 / 412 (% 0.7)
ES	131 / 412 (% 31.8)
ES yapılanlarda tekrar kanama	22 / 131 (% 16.8)
Olguların sonuçları	
Cerrahi kliniğine sevk ve operasyon	2 / 412 (% 0.5)
Cerrahi kliniğinde ölüm	1 / 412 (% 0.2)
Anestezi kliniğine sevk	2 / 412 (% 0.5)
Anestezi kliniğinde ölüm	2 / 412 (% 0.5)
Kliniğimizde ölüm	5 / 412 (% 1.2)
Toplam ölüm	8 / 412 (% 2)

ES: Endoskopik skleroterapi

nedenlerin başında duodenal ülser gelişimindeki en önemli neden olan *Hp* enfeksiyonunun batı toplumlarında az, gelişmemiş ülkelerde ve bizim ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde yüksek olmasıdır. Diğer bir nedenin de batı ülkelerinde yaşam sürelerinin daha uzun olması nedeniyle yaşlı ve yandaş hastalığı olan hastaların daha yüksek oranlarda NSAİİ kullanması olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde *Hp* enfeksiyonunun yüksek oranda pozitif olduğu bilinmesine rağmen bu çalışmada duodenal ülserli olgularda *Hp* pozitifliği %16.1, mide ülserli olgularda ise %9.2 olarak saptanmıştır. Ancak Tablo 9'da görüldüğü üzere *Hp* durumu olguların ilaç (antikoagulan, aspirin ve/veya NSAİİ) kullanım durumlarına göre oldukça farklılık göstermektedir. İlaç kullanan duodenal ülserli grupta *Hp* pozitifliği %10.4 iken ilaç kullanmayanlarda bu oran %58.8'dir ( $p<0.05$ ). İlaç kullanan mide ülserli grupta *Hp* pozitifliği %8 iken ilaç kullanmayanlarda bu oran %33.3'tür ( $p<0.05$ ). Yine de bu oranlar beklenenin çok altındadır. Bu durumdan çeşitli nedenlerin sorumlu olabileceğini düşünmekteyiz: 1) Bu çalışmada *Hp* durumu histopatolojik olarak değil endoskopi sırasında yapılan hızlı üreaz testi ile değerlendirilmiştir. 2) Kanama durumunda *Hp* pozitiflik oranlarının hızlı üreaz testi ile düşük bulunduğu bilinmektedir (6). 3) Birçok olgunun reçetesiz ve gelişigüzel proton pompa inhibitörü kullandığı ve proton pompa inhibitörü kullanımının da hızlı üreaz testinde yalancı negatifliğe yol açtığı bilinmektedir. 4) Gerek duodenal ülserli olguların gerekse mide ülserli olguların oldukça yüksek oranlarda NSAİİ ve/veya aspirin (80-300 mg/gün) kullandığı dikkati çekmektedir. Bu durum peptik ülser gelişiminde, NSAİİ'ler *Hp* enfeksiyonuna göre daha ön plana mı çıkıyor? sorusunu akla getirmektedir. 5) Çalışmamızın retrospektif olması yanlış değerlendirmelere yol açmış olabilir.

**Tablo 9.** Hızlı üreaz testi yapılan duodenal ve mide ülserli olguların ilaç (antikoagulan, aspirin ve/veya NSAİİ) kullanım durumlarına göre *Hp* oranları

		<i>Hp</i> (+) olgular
Duodenum ülseri (n = 161)		
İlaç kullananlar (n = 107)		11/107 (%10.4)
İlaç kullanmayanlar (n = 17)		10/ 17 (%58.8)
Dosyada bilgi yok (n = 37)		5/ 37 (%13.5)
Mide ülseri (n = 76)		
İlaç kullananlar (n = 50)		4/ 50 (%8)
İlaç kullanmayanlar (n = 9)		3/ 9 (%33.3)
Dosyada bilgi yok (n = 17)		0/ 17 (%0)

n: olgu sayısı, NSAİİ: Nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç, *Hp*: *Helicobacter pylori*

Duodenum ülserine bağlı kanamalı olgularda, mide ülseri ve eroziv gastrite bağlı kanamalı olgulara göre erkekler daha fazladır ( $p<0.05$ ). Bu durumun nedeni açık değildir. Duodenal ülserli olgularda sigara kullanımı eroziv gastritlere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ), bu durum duodenal ülserli olguların ağırlıklı olarak erkek olgularından kaynaklanabilir. Zira ülkemizde erkeklerin daha yüksek oranlarda sigara içtiği bilinmektedir (7). Diğer taraftan mide ülserli olgular ile duodenum ülserli olgular arasında cinsiyet bakımından fark olsa da ( $p<0.05$ ), sigara içmek bakımından fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kliniğimizden Günşar ve arkadaşlarının daha önce yaptığı çalışmaya benzer şekilde mide ülseri ve eroziv gastrite bağlı kanaması olan olguların yaş ortalaması, duodenum ülserine bağlı kanaması olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (8). Bu durumu yüksek oranlarda NSAİİ kullanan yaşlı populasyon ile açıklamak mantıklı gibi görünse de, NSAİİ kullanım bakımından gruplar arasında istatistiksel fark saptanmamıştır.

Alkol kullanımı beklenildiğinin aksine Mallory-Weiss sendromunda yüksek oranda bulunmamıştır. Tablo 3'te de görüldüğü üzere Mallory-Weiss sendromlu 7 hastanın tamamında yandaş hastalık saptanmıştır. Hastalarda yandaş hastalıklar veya daha başka nedenlerle aşırı öğürme ve kusma olabileceği gibi, hastaların alkol kullandıklarını gizlemeleri de bu düşük oranda etken olabilir. Nihayet, çalışmamızın retrospektif bir çalışma olması da yanlış değerlendirmeye yol açmış olabilir.

Endoskopi ÜGİS kanamalarında hem doğru tanı, hem de terapötik girişim için bilinen en iyi yöntemdir (9, 10). Endoskopik tedavinin etkili ve zamanında yapılması mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Kliniğimizde 24 saat uzman ekip tarafından acil endoskopik girişim uygulanmak-

tadır. Bu çalışmaya dahil edilen tüm olgulara da endoskopik girişim ilk 24 saat içinde gerçekleştirilmiştir. Diğer taraftan 15 (%3.6) olguya genel durum bozukluğu, hipoksi, kardiyak nedenler gibi çeşitli nedenlerle endoskopi yapılamamıştır. Bu 15 olgu da portal hipertansiyon öyküsü ya da klinik ve ultrasonografik olarak portal hipertansiyon bulgusu olmadığı için VDÜGİS kanaması grubuna dahil edilmişlerdir. Endoskopi yapılmasına rağmen 6 (%1.5) olguda kanama odağı saptanamamıştır. Bu oran literatür ile benzerlik göstermektedir (4, 11).

Dörtyüzoniki olgudan 397'sine endoskopi yapılmış, endoskopik girişim yapılanlardan aktif kanama odağı saptanan 131 olguya da endoskopik skleroterapi (klinikimizde rutin olarak 1/10000'lik adrenalin ve %1'lik polidokanol uygulanmaktadır) uygulanmıştır. Endoskopik skleroterapi yapılan olgulardan 55 tanesine (33'üne kontrol amacıyla, 22'sine de tekrar kanama nedeniyle) ikinci kez endoskopik girişim uygulanmıştır. Buna rağmen hemostaz sağlanamayan bir olguya girişimsel radyoloji bölümünde gastroduodenal artere embolizasyon uygulanmıştır. İki olgu ise genel cerrahi kliniğine operasyon için sevk edilmiştir. Bu olgulardan bir tanesi yaşlı ve yandaş hastalıklarının olması nedeniyle kaybedilmiştir. Ayrıca kanama sonrasında genel durumu bozulan, yaşlı, yandaş hastalıkları olan iki olgu anestezi yoğun bakım ünitesine sevk edilmiş, her iki olgu da kaybedilmiştir. Tablo 2'de de görüldüğü üzere VDÜGİS kanama ile başvuran bizim hasta popülasyonumuzda da oldukça yüksek oranlarda yandaş hastalık saptanmıştır. Buna rağmen toplam 8 hasta kaybedilmiş olup toplam mortalitenin %2 olduğu görülmüştür. Ancak bu

mortalite oranı hastanın kliniğimizden taburcu olana kadar geçen zaman için değerlendirilmiştir. Aksi takdirde, örneğin 21 mide tümürlü olgu olduğu da düşünülürse, daha uzun vadede mortalitenin artacağı açıktır.

Bu çalışmanın temel amaçlarından birisi de VDÜGİS kanamalı hastalarımızda endoskopik tedavi başarı oranlarımızı saptamaktır. Literatürde endoskopik tedavinin VDÜGİS kanamalarında kanamayı durdurma oranı %94 olarak bildirilmektedir (12). Endoskopik girişimin başarısı kullanılan aletlerin cinsinden çok endoskopik işlemi yapan kişinin yeteneğine bağlıdır. Çalışmaya dahil olan hastaların endoskopik tedavileri çoğunlukla mesai dışı saatlerde yapılmış olup, en az 3-4 farklı uzman tarafından gerçekleştirilmiştir. Literatürde endoskopik tedavi sonrasında %20 oranında tekrar kanama oranları bildirilmektedir (3, 4). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak %16.6 tekrar kanama oranı ve %2 mortalite oranı saptanmıştır.

Sonuç olarak ülkemizdeki diğer çalışmalarda da bildirildiği gibi bizim hastalarımızda da VDÜGİS kanamalarında en sık sebep duodenal ülserdir (8, 13-18). Bu ülselerin oluşumunda iki ana etiyolojik faktör *Hp* ve NSAİİ kullanımınıdır. Özellikle NSAİİ'lerin kullanımına dikkat edilmesi, bu ilaçların gereksiz kullanılmaması gerektiği ve eğer kullanılacaksa riskli hastalarda gerekli önlemlerin alınması gerektiği ortadadır. Diğer taraftan VDÜGİS kanamalı olgularda endoskopik tedavi yöntemlerinin kliniğimizde başarıyla uygulandığını, bunda 24 saat uzman ekip tarafından acil endoskopik girişim uygulayabilmemizin rolü olduğu kanısındayız.

## KAYNAKLAR

1. Pfau PR, Cooper GS, Carlson MD, et al. Success and shortcomings of a clinical care pathway in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 425-31.
2. Erickson RA, Glick ME. Why have controlled trials failed to demonstrate a benefit of esophagogastroduodenoscopy in acute upper gastrointestinal bleeding? A probability model analysis. *Dig Dis Sci* 1986; 31: 760-8.
3. Rivkin K, Lyakhovetskiy A. Treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62: 1159-70.
4. Rolihauer C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2004; 36: 52-8.
5. Forrest JAH, Finlayson NDC, Shearman DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *The Lancet* 1974; 17: 394-7.
6. Gisbert JP, Abaira V. Accuracy of *Helicobacter pylori* diagnostic tests in patients with bleeding peptic ulcer: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 848-63.
7. Tekbas ÖF, Açıkel CH, Erkuvan E, et al. Genç erişkin erkekler arasında nikotin bağımlılığı, sigara içme sıklığı ve bunları etkileyen faktörler. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5: 105-9.
8. Günşar F, Akarca US, Yönetçi N, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 502 hastanın değerlendirilmesi. *Turk J Gastroenterol* 1997; 3: 188-93.
9. Arasaradnam RP, Donnelly MT. Acute endoscopic intervention in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Postgrad Med J* 2005; 81: 92-8.
10. Lee JG. What is the value of early endoscopy in upper gastrointestinal bleeding? *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006; 3: 534-5.
11. Larson G, Schmidt T, Gott J. Upper gastrointestinal bleeding: predictors of outcome. *Surgery* 1986; 100: 765-73.
12. Schoenberg MH. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding. *Langenbecks Arch Surg* 2001; 386: 98-103.

## Üst GI kanama

13. Bilgin A, Karaayvaz M, Doğru O. Üst gastrointestinal sistem kanamaları. *Gastroenteroloji* 1992; 3: 704-7.
14. Demir A, Onat O, Dünder E. Üst gastrointestinal sistem kanaması ile gelen hastaların endoskopik değerlendirilmesi. *Gastroenteroloji* 1993; 4: 97-8.
15. Göral V, Doğan Y, Kartı S. Üst gastrointestinal sistem kanamaları. *Gastroenteroloji* 1994; 5: 238-41.
16. Aksöz K, Ünsal B, Akyol Z. Üst gastrointestinal kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. *Türk J Gastroenterol* 1995; 6: 262-4.
17. Ertem S, Kasırga 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.
18. Yenigün EC, Pirpir A, Aytan P, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2006; 2: 116-22.