

Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi

Acute upper gastrointestinal bleeding: Analysis of 230 cases

Sadi Kerem OKUTUR¹, Canan ALKIM², Cemal BES¹, Didem GÜRBÜZ¹, Özlem KINIK¹, Emine GÜLTÜRK¹, Emrah MAZI¹, Fatih BORLU¹

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Dahiliye Kliniği¹, Gastroenteroloji Kliniği², İstanbul

Giriş ve amaç: Akut üst gastrointestinal kanamalar, hastaneye yatan hastalar arasında mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden biridir. Tanı ve tedavideki tüm gelişmelere rağmen günümüzde acil birimlerine üst gastrointestinal kanama ile başvuran hastaların %2-10'u kaybedilmektedir. Bu çalışmada servisimize üst gastrointestinal kanama tanısıyla yatırılan hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerini, risk faktörlerini ve endoskopik bulgularını inceleyerek literatür eşliğinde sunduk. **Gereç ve yöntem:** 2002 Haziran ve 2005 Ocak tarihleri arasında kliniğimize üst gastrointestinal kanama tanısıyla yatırılan hastaların dosya bilgileri retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Çalışmaya alınan 230 hastanın %71.3'ü erkekti. Yaş ortalaması 52.4±19.4 yıl olarak saptandı. 91 hastada en az bir ek hastalık mevcuttu ve ilk sıralarda hipertansiyon (%46.2) ile diabetes mellitus (%22) geliyordu. Hastaların kullandığı ilaçlar arasında non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar %96.8 (n=122) ile ilk sıradaydı. En sık kullanılan non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar ise aspirin (%69.7) ve naproksen (%18.0)'di. 163 hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi, 24 hastaya endoskopik tedavi uygulanmıştı. Hastaların %10'unda nüks kanama meydana gelmişti. Endoskopi yapılan hastalarda en sık saptanan lezyonlar eroziv gastrit (%56.4) ve duodenal ülser (%47.2) olarak tespit edildi. 213 hasta (%92.6) medikal tedaviyle taburcu olurken, 2 hasta (%0.9) cerrahi girişime verildi, 13 hasta (%5.7) eksitus oldu. Eksitus olan 13 hastanın 9'u 60 yaşın üzerindediydi ve ek hastalıkları mevcuttu, 10 hasta hematemezle başvurmuştu. **Sonuç:** Non-steroid anti-inflamatuvar ilaç kullanımı üst gastrointestinal kanamalı hastalarda yüksek sıklığa sahiptir. Kanama nüksü, özellikle yaşlı hastalarda ve özofagus varisi olanlarda sık görülmekte olup yüksek mortaliteyle seyretmektedir. Yaşlı hastalarda üst gastrointestinal kanama riski açısından non-steroid anti-inflamatuvar ilaç kullanımına dikkat edilmeli, ek olarak mutlaka gastroprotektif tedavi verilmelidir. Mortalite ve nüks kanama riski yüksek hastalarda hızla tedaviye başlanmalı ve erken endoskopi planlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Üst gastrointestinal kanama, peptik ülser, non-steroid anti-inflamatuvar ilaç, endoskopi

GİRİŞ VE AMAÇ

Üst gastrointestinal kanama (ÜGK), Treitz ligamentine kadar olan proksimal duodenum ile üst özofagus sfinkteri arasında lümen içine olan kanamayı ifade eder. Şiddeti; subklinik gizli bir

Background/aims: Acute upper gastrointestinal bleeding is one of the most important causes of mortality and morbidity in hospitalized patients. 2-10% of patients with upper gastrointestinal bleeding who are admitted to the emergency department die despite major developments in diagnosis and treatment methods. In this study, patients with upper gastrointestinal bleeding who were admitted to our clinic were assessed for their clinical and laboratory features, risk factors and endoscopy findings in association with the literature. **Materials and methods:** The patients with upper gastrointestinal bleeding who were admitted to our clinic between June 2002 and January 2005 were examined retrospectively. **Results:** Among 230 patients who were recruited for the study group, 71.3% of cases were male. The mean age of the group was 52.4 ± 19.4. Ninety-one patients had at least one accompanying disease, with hypertension (46.2%) and diabetes mellitus (22%) the most common. The most commonly used drugs were NSAIDs (96.8%). Aspirin (69.7%) and naproxen (18.0%) use was found to be more frequent. Upper gastrointestinal system endoscopy was performed in 163 patients and 24 patients received endoscopic therapy. Rebleeding was seen in 10% of patients. The most frequently observed endoscopic lesions were erosive gastritis (56.4%) and duodenal ulcer (47.2%). Two hundred and thirteen patients (92.6%) were discharged with medical treatment, 2 patients (0.9%) required surgery, and 13 patients (5.7%) died. Of the 13 patients who died, 9 were over the age of 60 and had additional comorbidities and 10 had hematemesis at the time of admission. **Conclusions:** History of NSAID use was found to be common in patients with upper gastrointestinal bleeding. Rebleeding was most commonly observed in the elderly and was frequently associated with presence of variceal bleeding, and it carries a high mortality rate. Especially in elderly patients, increased risk of upper gastrointestinal bleeding should be taken into consideration when prescribing NSAIDs. Additionally, gastroprotective treatment should be given. In patients with a high risk of mortality and rebleeding, treatment should be applied immediately and early endoscopic procedure should be considered whenever possible.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, non-steroid anti-inflammatory drug, endoscopy

kanamadan abondan kanamaya, kronik anemiden akut hipovolemik şoka kadar değişebilen geniş bir spektrumunu kapsar (1). Sıklığı yılda 103/100.000'dir. ABD'de yılda 300.000 hastaneye

yatış nedenidir ve tüm hastaneye yatışların yaklaşık %1'ini teşkil eder. Farmakolojik ve girişimsel tedavi yöntemlerindeki tüm gelişmelere rağmen mortalite %2-10 arasındadır (2). Mortalite oranı yaşla yakından ilişkilidir. Öyle ki, 60 yaşın altında mortalite %8 iken, 60 yaşın üstünde bu oran %13'e çıkmaktadır (2). Mortaliteyle ilişkili diğer faktörler nüks kanama, yandaş hastalık varlığı (kardiyak hastalık, kronik karaciğer hastalığı, solunum sistemi veya merkezi sinir sistemi hastalığı, renal yetersizlik), peptik ülser veya geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü, hematemezle prezentasyon, hipotansiyon gelişimi ve özofagus varis kanamasıdır (3).

ÜGK'ların yaklaşık %50'sinin nedeni peptik ülerdir. Hastaların %30-50'sinde non-steroid anti-inflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullanımı mevcuttur. Özellikle yaşlı hastalarda NSAİİ'lara bağlı ÜGK riski yüksektir (4). Çoğunlukla kanamalar spontan olarak durur. Kanamanın devam ettiği olgularda endoskopik tedaviyle hemostaz sağlanabilir. Hemodinamik stabilitenin ve kanama kontrolünün sağlanamadığı veya nüks kanaması olan riskli olgular cerrahiye adaydır.

Bu çalışmada servisimize ÜGK tanısıyla yatırılarak tetkik ve tedavileri yapılan hastaların özellikleri incelenmiş ve sonuçlar literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

2002 Haziran ve 2005 Ocak tarihleri arasında kliniğimize ÜGK tanısıyla yatırılan 320 hastanın dosya bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, acile geliş prezentasyonları, ek hastalıkları, ilaç kullanımları, alışkanlıkları, geliş hemogram ve biyokimya değerleri, endoskopi sonuçları, uygulanan tedaviler, nüks kanama varlığı, erken endoskopik girişim, transfüzyon ihtiyaçları, hastanede kalış süreleri ve prognozları incelendi.

Nüks kanama; ilk kanama durduktan sonra, hastaneye yatışın ilk 72 saati içinde gelişen yeni kanama atağı olarak tanımlandı.

Erken endoskopik girişim; hemodinamik instabilite, aktif kanama veya nüks kanama nedeniyle hastanın acile başvurusundan sonraki ilk 24 saat içinde yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisi olarak tanımlandı.

İstatistiksel analizler için "SPSS for Windows Version 11.5" istatistik programı kullanıldı. Çalışma

verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren olgular Student t testi ile, normal dağılım göstermeyen olgular ise Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher Exact Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

İncelenen 320 hastadan 230'u çalışma kapsamına alındı. Diğer hastalar eksik dosya bilgileri nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Hastaların Klinik Özellikleri

230 hastanın 164'ü (%71.3) erkek, 66'sı (%28.7) kadındı. Hastaların yaş ortalamaları 52.4 ± 19.4 yıl olup, 15-90 yaş arasında değişmekteydi. Yaş dağılımına bakıldığında hastaların %5.3'ü 20 yaş altı, %23.9'u 21-40 yaş arası, %34.3'ü 41-60 yaş arası, %36.3'ü ise 60 yaş üstündeydi (Tablo 1). Mevsimsel dağılıma bakıldığında hastaların %28'i ilkbahar, %24'ü yaz, %21'i sonbahar ve %27'si kış aylarında başvurmuştu. Kan gruplarına bakıldığında 84 hasta ORh+ (%36.5) ve 76 hasta ARh+ (%33.0) ile ilk 2 grubu oluşturuyordu.

Hastaların %17'si hematemez, %37.8'i hematemez+melena, %45.2'si melena ile başvurmuştu. 74 hastada (%31.8) daha önce geçirilmiş üst GİS kanama öyküsü, 23 hastada (%10) geçirilmiş GİS operasyonu öyküsü mevcuttu (Tablo 1).

Hastaların %40'ında (n=91) en az bir ek hastalık mevcuttu ve bunlarda ilk sıralarda hipertansiyon (%46.2) ve diabetes mellitus (%22) geliyordu (Tablo 2).

Tablo 1. ÜGK'lı hastaların özellikleri

	n	(%)
Cinsiyet		
Erkek	164	(71.3)
Kadın	66	(28.7)
Yaş		
<20	12	(5.3)
21-40	55	(23.9)
41-60	79	(34.3)
>60	84	(36.5)
Prezentasyon		
Hematemez	39	(17.0)
Hematemez + melena	87	(37.8)
Melena	104	(45.2)
Geçirilmiş üst GİS kanama öyküsü	74	(31.8)
Geçirilmiş GİS operasyonu öyküsü	23	(10.0)

Tablo 2. ÜGK'lı hastalarda ek hastalık varlığı

Ek hastalık	n (%)
Hipertansiyon	42 (46.2)
Diabetes mellitus	20 (22.0)
İskemik kalp hastalığı	15 (16.5)
Serebrovasküler hastalık	15 (16.5)
Kronik karaciğer hastalığı	12 (13.2)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	11 (12.1)
Kalp yetersizliği	10 (11.0)
Osteoartroz	10 (11.0)
Kronik renal yetersizlik	9 (9.9)
Valvüler kalp hastalığı/protez kapak	4 (4.4)

Hastaların %38.7'sinde sigara (>10 adet/gün), %12.7'sinde alkol (>80 g/gün) kullanımı anamnezi bulunuyordu.

126 hastada (%54.8) en az 1 adet ilaç kullanımı vardı. Bunlardan NSAİİ'lar %96.8 (n=122) ile ilk sıradaydı, bunu warfarin %7.1 (n=9), heparin %1.6 (n=2) ve steroid %1.6 (n=2) takip ediyordu. En sık kullanılan NSAİİ'lar ise %69.7 (n=85) ile aspirin ve %18 (n=22) ile naprokseni; bunları diklofenak (%8.2, n=10), ibuprofen (%3.3, n=4), meloksikam (%1.6, n=2) ve diğer NSAİİ'lar (%5.7, n=7) izliyordu (Tablo 3).

Tablo 3. ÜGK'lı hastalarda kullanılan NSAİİ'ların dağılımı

NSAİİ	n (%)
Aspirin	85 (69.7)
Naproksen	22 (18.0)
Diklofenak	10 (8.2)
İbuprofen	4 (3.3)
Meloksikam	2 (1.6)
Diğer	7 (5.7)

Hastaların geliş hemogram değerlerine bakıldığında hemoglobin: 9.5±2.7 g/dl, hematokrit: %28.5±8.1, MCV:87.1±8.0 fl, platelet: 265991±139082/mm³ olarak saptandı.

163 hastaya (%71) üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi, 24 hastaya (%10.4) eşzamanlı skleroterapi uygulanmıştı. Bunların 36'ı (%22) erken endoskopik incelemeydi. Hastaların %10'unda (n=23) nüks kanama meydana gelmişti.

Nüks Kanaması Olan Hastalar

Nüks kanaması olan ve olmayan olgular birbiriyle karşılaştırıldığında; nüks kanamalı olguların yaş ortalaması daha büyük (p<0.001), hemoglobin ve hematokrit değerleri daha düşük (p<0.001), yapılan transfüzyon miktarı daha fazla (p<0.001), hastanede kalış süresi daha uzun (p<0.001) ve ölüm sıklığı daha yüksek (p<0.001) bulundu (Tablo 4). Prezantasyona bakıldığında, sadece hematemezle başvuru açısından fark bulunmazken, hematemez ve melenayla başvuran olguların sayısı nüks kanamalı olgularda anlamlı olarak fazlaydı (p<0.05). Sadece melenayla başvuran olgular ise nüks kanaması olmayan grupta anlamlı olarak daha fazlaydı (p<0.01).

2 grup endoskopik bulgular açısından karşılaştırıldığında ise nüks kanaması olan grupta özofageal varis sıklığı anlamlı olarak daha fazla bulundu (p<0.001), diğer endoskopik bulgular açısından 2 grup arasında fark saptanmadı (Tablo 4).

Tablo 4. Üst GİS kanamalı olguların nüks kanama varlığı ve acil endoskopi gereksinimi açısından karşılaştırılması

	Nüks kanama varlığı		p	Erken endoskopi		p
	Var (n = 23)	Yok (n = 207)		Var (n = 36)	Yok (n = 194)	
Yaş	53.7 ± 18.1	52.3 ± 19.6	<0.001	51.9 ± 17.5	52.5 ± 19.8	<0.001
Hematemez	6 (%26)	33 (%16)	>0.05	11 (%30)	28 (%14)	<0.05
Hematemez + melen	14 (%61)	73 (%36)	<0.05	20 (%55)	67 (%35)	<0.05
Melena	3 (%13)	101 (%48)	<0.01	5 (%14)	99 (%51)	<0.001
Ek hastalık	8 (%34)	83 (%40)	>0.05	12 (%33)	79 (%41)	>0.05
NSAİİ kullanımı	10 (%43)	112 (%54)	>0.05	22 (%61)	100 (%51)	>0.05
Hemoglobin (g/dl)	8.19 ± 2.20	9.68 ± 2.79	<0.001	8.3 ± 2.5	9.7 ± 2.7	<0.001
Hematokrit (%)	24.3 ± 6.4	29.0 ± 8.2	<0.001	25.0 ± 7.4	29.2 ± 8.1	<0.001
Transfüzyon (Ü)	4.5 ± 2.0	2.0 ± 1.7	<0.001	3.7 ± 2.2	2.0 ± 1.7	<0.001
Yatış süresi (gün)	8.7 ± 6.3	6.4 ± 3.8	<0.001	8.7 ± 5.1	6.3 ± 3.8	<0.001
Ölüm	7 (%30)	6 (%3)	<0.001	4 (%11)	9 (%4)	>0.05
Duodenal ülser	5 (%27)	72 (%34)	>0.05	15 (%41)	62 (%32)	>0.05
Gastrik ülser	4 (%17)	35 (%17)	>0.05	11 (%30)	28 (%14)	<0.05
Eroziv gastrit	9 (%39)	83 (%40)	>0.05	15 (%41)	77 (%40)	>0.05
Özofageal varis	5 (%27)	6 (%3)	<0.001	6 (%16)	5 (%2)	<0.01

Erken Endoskopik Girişim Uygulanan Hastalar

Erken endoskopi yapılan ve yapılmayan olgular karşılaştırıldığında, erken endoskopi gerektiren olgularda da nüks kanaması olan gruba benzer şekilde, yaş ortalaması daha büyük ($p<0.001$), hemoglobin ve hematokrit değerleri daha düşük ($p<0.001$), yapılan transfüzyon miktarı daha fazla ($p<0.001$), hastanede kalış süresi daha uzun ($p<0.001$) bulundu, ancak ölüm oranı açısından 2 grup arasında fark bulunmadı. Hematemezle ve hematemez+melenayla başvuran olguların sıklığı erken endoskopi gerektiren grupta anlamlı olarak daha fazla ($p<0.05$) bulunurken, sadece melenayla başvuran olguların sıklığı erken endoskopi gerekmeyen grupta daha fazla saptandı ($p<0.001$) (Tablo 4).

Endoskopik bulgulara bakıldığında ise, erken endoskopi gerektiren grupta gastrik ülser ve özofageal varis sıklığı erken endoskopi gerekmeyen gruba göre anlamlı olarak fazla saptandı (sırasıyla $p<0.05$ ve $p<0.01$), diğer endoskopik bulgular açısından 2 grup arasında fark bulunmadı (Tablo 4).

Endoskopik Lezyonlar

Endoskopi yapılan hastaların %56.4'ünde eroziv gastrit, %47.2'sinde duodenal ülser, %33.7'sinde duodenit, %23.9'unda gastrik ülser, %6.7'sinde özofageal varis, %3.1'inde mide karsinomu, %0.6'sında lenfoma, %0.6'sında Mallory-Weiss lezyonu, %0.6'sında Dieulafoy lezyonu ve %0.6'sında gastrik polip saptandı. 7 hastada (%4.3) endoskopi normal bulundu (Tablo 5).

Transfüzyon

182 hastaya (%79.1) transfüzyon uygulanmıştı. Transfüzyon ihtiyacı nüks kanaması olan ve erken endoskopi gerektiren hastalarda anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0.001$). Yapılan kan transfüzyonu miktarı hasta başına ortalama 2.42 ± 2.26 Ü olarak bulundu. 182 hastanın 62'si-

ne (%34) eritrosit süspansiyonu, 147 hastaya (%80) tam kan, 28 hastaya (%34) hem eritrosit süspansiyonu hem tam kan transfüzyonu uygulanmıştı. Transfüzyonlar içinde eritrosit süspansiyonu miktarı 0.67 ± 1.45 Ü, tam kan miktarı 1.75 ± 1.97 Ü olarak bulunuyordu.

Prognoz

Hastaların prognozlarına bakıldığında 213 hasta (%92.6) medikal tedaviyle taburcu olurken, 2 hasta (%0.9) cerrahi girişime verilmiş, 13 hasta (%5.7) eksitus olmuştu. Eksitus olan 13 hastanın 9'u 60 yaşın üzerindeydi ve ek hastalıkları mevcuttu, 10 hasta hematemezle başvurmuştu. Eksitus olan hastaların 6'sı durdurulamayan kanama ve hipovolemik şok sonucu, 3'ü dekompanse kalp yetersizliği, 2'si akut miyokard infarktüsü, 1'i hepatik ensefalopati, 1'i iskemik serebrovasküler atak nedeniyle kaybedildi. Kaybedilen hastalardan 4'üne endoskopi uygulanmış ve 3'ünde gastrik ülser, 1 hastada da eroziv gastrit saptanmıştı. Serviste yatış süresi 6.6 ± 4.1 gün bulundu. Hastanede kalış süresi endoskopide özofageal varis saptanan hastalarda anlamlı olarak daha uzundu ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda ÜGK'lı hastaların %71.3'ünün erkek ve %36.5'unun 60 yaş üzerinde olduğunu saptadık. Sonuçlar literatür ile uyumluydu (5-7). Başvuru prezentasyonu incelendiğinde hematemez+melena birlikteliği Kayaçetin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada %40.3, Aksöz ve arkadaşlarının serisinde %50, 157 hastalık bir başka seride ise %44.5 olarak bulunmuştur (7-9). Bizim çalışmamızda bu oran %37.8 olarak saptandı. Ek hastalık varlığı değerlendirildiğinde hastalarımızın %40'ında en az 1 ek hastalık bulunmaktaydı ve en sık ek hastalıklar diabetes mellitus ile hipertansiyondur. ÜGK'da 60 yaş üzerinde olmak, hematemezle başvuru ve ek hastalık varlığı mortaliteyi arttırmaktadır. Nitekim eksitus olan 13 hastanın 9'u 60 yaş üzerindeydi ve ek hastalıkları bulunmaktaydı, 10'u ise hematemezle başvurmuştu.

NSAİİ kullanımı, ÜGK için en iyi bilinen risk faktörlerinden biridir. NSAİİ'lar gastroduodenal mukozaya üzerinde dual mekanizmayla toksik etki gösterirler; lokal etkiyle mukozada hasara yol açarken, aynı zamanda sistemik etki sonucu COX1 ve prostaglandin sentezinin inhibisyonuna bağlı olarak epitelyal mukus ve bikarbonat

Tablo 5. Üst GİS endoskopisinde saptanan lezyonlar

Endoskopik lezyon	n (%)
Eroziv gastrit	92 (56.4)
Duodenal ülser	77 (47.2)
Duodenit	55 (33.7)
Gastrik ülser	39 (23.9)
Özofageal varis	11 (6.7)
Mide karsinomu	5 (3.1)
Mide lenfoması	1 (0.6)
Mallory Weiss lezyonu	1 (0.6)
Dieulafoy lezyonu	1 (0.6)
Gastrik polip	1 (0.6)

sekresyonunda, mukozal kan akımında ve epitelial hücre proliferasyonunda azalmaya neden olurlar (10). Sonuçta mukozanın koruyucu mekanizmaları yenik düşer ve ülserasyona kadar uzanan patolojik süreç başlar. NSAİİ kullananlarda peptik ülser gelişme riski kullanmayanlara göre 5-10 kat daha yüksektir (11). Ayrıca NSAİİ'ya bağlı ÜGK nedeniyle hospitalize edilen hastalarda mortalite oranı %5-10 civarındadır. Yaşlı hastalar NSAİİ'ların gastrik mukoza üzerindeki olumsuz etkilerine daha duyarlıdır (10, 12). Pek çok çalışmada ÜGK'ya en çok neden olan NSAİİ'nin aspirin olduğu saptanmıştır (13). Bu durum, sadece aspirinin kullanım endikasyonlarının genişliğine bağlı olmayıp, aynı zamanda gastrik mukozaya en zararlı NSAİİ olmasından da kaynaklanmaktadır. Çalışmamızda, hastaların %54.8'inde ilaç kullanımı mevcuttu ve bu ilaçların büyük bir kısmını NSAİİ'lar oluşturuyordu. NSAİİ'lar içinde en sık kullanılanlar ise %69.7 ile aspirin ve %18.0 ile naproksendi. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar mevcuttur. Ünsal ve arkadaşlarının 724 vakalılık çalışmasında aspirin kullanımı oranı %68 olarak bulunmuştur (14). Günşar ve arkadaşlarının çalışmasında aspirin ve diğer NSAİİ kullanımı %50 olarak saptanmıştır (5). Şimşek ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oran %74.6'dır (15).

Akut ÜGK'lı hastaların yaklaşık %80'inde kanama rekürrens olmaksızın spontan olarak durmaktadır (16). Mortalite ve morbidite, kanaması durmayan veya nükseden %20'lik hasta popülasyonunda ortaya çıkmaktadır (16). Bu yüksek riskli hastaları saptamak önemlidir, bu amaçla klinik ve endoskopik verilerin ışığında çeşitli risk faktörleri belirlenmiştir. Son 10 yıldaki çalışmalar göz önüne alınarak yapılan çoklu değişken analizde nüks kanama için artmış riski gösteren klinik göstergeler; 65 yaş üstünde olmak, şok tablosu, yandaş hastalık varlığı, geliş hemoglobin düzeyinin düşük olması, transfüzyon ihtiyacı olması, rektal tuşede veya mide lavajında taze kan varlığı ve hematemezdir (17). Ayrıca nüks kanaması olan olgularda mortalite daha yüksektir (18).

Nüks kanamayla sonuçlanabilecek yüksek riskli olguların erken dönemde saptanması ve yapılacak uygun tedavi ile bu olguların stabilize edilerek mortalitenin önlenmesi mümkündür. Birçok gözlemsel çalışmanın sonuçları, tüm risk grupları için erken endoskopik yaklaşımı desteklemektedir (19-22). Erken endoskopi, acile başvurudan

sonraki ilk 24 saat içinde yapılan endoskopi olarak tanımlanmaktadır (17). Düşük riskli hastalarda yapılan çalışmalarda, erken endoskopi ile major komplikasyon görülmemiş, üstelik hastanede yatış süresinin kısaldığı ve cerrahi ihtiyacının azaldığı görülmüştür (19, 22, 23). Diğer bazı çalışmalarda erken endoskopi ve endoskopik tedavi ile transfüzyon ihtiyacının ve hastanede kalış süresinin azaldığı, ayrıca hasta başına tedavi maliyetinin düştüğü gösterilmiştir (23-25).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak nüks kanaması olan olguların yaş ortalaması daha yüksek ve geliş hemoglobin değerleri daha düşük bulundu, ayrıca bu hastaların hastanede kalış süresi ve transfüzyon ihtiyacı daha fazlaydı. Daha da önemlisi nüks kanaması olan grupta ölüm oranı daha yüksekti. Sonuçlarımız nüks kanamalı olguların erken tanınmasının önemini ortaya koymaktadır. Bu olgularda özofageal varis sıklığının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Özofagus varis kanaması ile başvuran hastaların %30-40'ında ilk 6 hafta içinde nüks kanama ortaya çıkmaktadır, ilk 5 gün içinde bu risk en fazladır. Erken tanı ve tedaviye rağmen bu hastaların yaklaşık yarısı ilk kanamadan sonraki 6 hafta içinde kaybedilmektedir (26).

Erken endoskopi uygulanan hasta grubunda literatürden farklı olarak transfüzyon ihtiyacı ve hastanede kalış süresi daha uzun saptandı, ayrıca ölüm oranı açısından 2 grup arasında fark bulunmadı. Bu durum, erken endoskopik girişimin hastanemiz acil servisine başvuran tüm ÜGK'lı hastalara değil, sıklıkla klinik olarak instabil ve yüksek mortalite riski taşıyan hastalara uygulanmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hastalarımızın Tablo 5'deki endoskopi sonuçları değerlendirildiğinde eroziv gastrit ve duodenal ülserin en sık saptanan lezyonlar olduğu görülmektedir. Çeşitli serilerde sonuçlar değişken olmakla birlikte, genellikle endoskopide ilk 3 sırada rastlanan lezyonlar duodenal ülser, gastrit ve özofageal varislerdir. Bozathlı ve arkadaşlarının çalışmasında duodenal ülser sıklığı %49.3, Aksöz ve arkadaşlarının çalışmasında ise %40.3 bulunmuştur (8, 27). Günşar ve Akarsu'nun çalışmalarında ise bu oran sırasıyla %45 ve %36.9'dur (5, 28). Bizim serimizde duodenal ülser sıklığı %47.2 olarak saptandı. Özofageal varis sıklığı ise %6.7'ydi. Kayaçetin ve arkadaşlarının çalışmasında özofageal varis sıklığı %21.2, Akarsu ve arkadaşlarının çalışmasında %11.1, Tuncer ve arkadaşlarının çalışmasında ise %25 olarak saptanmıştır (7, 29, 38).

Çalışmamızda kronik karaciğer hastalığı ve özofageal varis sıklığı literatürle karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni bu hastaların acil ünitesinden öncelikle gastroenteroloji kliniğine yatırılmaları veya hastaların direkt olarak takipli oldukları merkeze başvurmaları olabilir. Endoskopide saptanan lezyonlar nüks kanama oranı, transfüzyon ihtiyacı ve hastanede kalış süresi açısından birbirleriyle karşılaştırıldığında, özofageal varisleri bulunan hastalarda nüks kanama oranı daha yüksek, hastanede kalış süresi daha uzun saptandı.

Hastalarımızın %92.6'sı medikal tedaviyle taburcu olurken, %5.7'si kaybedildi. Literatürde mortalite oranı; Aksöz ve arkadaşlarının çalışmasında %7.4, Ercan'ın çalışmasında %6.2, Ünsal ve Şimşek'in çalışmalarında ise %6 olarak saptanmıştır (8, 14, 15, 30). Endoskopik tanımlarla prognoz arasında ilişki saptanmadı. Yapılan çalışmalarda cerrahiye verilen hasta oranı %6-11 arasında değişmekteyken bizde ise bu oran %0.9 olarak bulundu (5, 15, 28). Bu farklılık, medikal tedaviye ek olarak uygulanan endoskopik tedavinin başarısını yansıtmaktadır. Hastalarımızın %71.2'sine endoskopi uygulanmıştı ve bunların %22'si erken endoskopik girişimdi. Nüks kanama ise %10 olguda gelişmişti.

Özellikle yüksek riskli endoskopik lezyonları olan hastalarda uygulanan endoskopik tedavi, medikal tedaviyle karşılaştırıldığında nüks kanama sıklığını, cerrahi ihtiyacını ve mortaliteyi belirgin olarak azaltmaktadır (17). En sık kullanılan endoskopik tedavi seçenekleri arasında skleroterapi (epinefrin, etanol, hipertonic NaCl, sklerozan ajanlar ile), heater prob termokoagülasyon, bipolar elektrokoagülasyon, lazer tedavisi ve argon plazma koagülasyon yer almaktadır. Skleroterapi, heater prob veya bipolar elektrokoagülasyon ile monoterapi sıklıkla efektif olmasına karşın, skleroterapi+heater prob kombine tedavisi ile hemostaz açısından çok daha iyi sonuçlar alınmak-

tadır (17). Son zamanlarda yapılan randomize bir çalışmada lazer tedavisi, heater prob ve bipolar elektrokoagülasyon aktif kanayan ülserli hastalarda karşılaştırılmış; nüks kanama oranı, hastanede kalış süresi ve cerrahi gereksinimi açısından aralarında fark bulunmamıştır (32). Biz bu yöntemlerden ucuz, etkin, güvenilir ve kolay uygulanabilir olması nedeni ile skleroterapiyi (1/10000'lik epinefrin kullanılarak) tercih etmekteyiz. Kliniğimize üst GİS kanama ile yatırılan 230 hastanın 24'üne (%10.4) skleroterapi uygulanmıştı. Skleroterapi yapılan 22 hastada nüks kanama veya cerrahi ihtiyacı ortaya çıkmamış ve bu hastalar medikal tedaviyle taburcu edilmişti. 2 hasta ise kanama dışı nedenlerle (iskemik sebrebrovasküler atak ve dekompanse kalp yetersizliği) kaybedilmişti.

Çalışmamızın sonuçları ÜGK geçiren hastalarda, NSAİİ kullanımının ve tedavi yaklaşımının önemini ortaya koymaktadır. NSAİİ'ler özellikle ileri yaş grubunda ÜGK riskini belirgin olarak arttırmaktadır (31). Bu nedenle, özellikle 60 yaş üstündeki hastalarda NSAİİ başlanacaksa, beraberinde mutlaka gastroprotektif tedavi de eklenmesi gerektiği kanaatindeyiz. ÜGK geçiren hastaların tedavisinde ise, amaç öncelikle hemodinamik stabilitenin sağlanması olmalıdır, bunun için uygun sıvı replasman tedavisi yanında farmakolojik tedavi de başlanmalıdır. Daha sonra mümkün olan en kısa zamanda endoskopi planlanmalı ve tanı konmalıdır. ÜGK'da endoskopik tanı-tedavi başarısı, kanama epizodu ve klinik prezentasyonla endoskopi arasında geçen süreyle bağlantılıdır. Bu nedenle, özellikle mortalite ve nüks kanama açısından yüksek risk göstergeleri bulunan hastalara mümkün olan en kısa zamanda endoskopi uygulanmalıdır. Acil cerrahi tedavi, elektif cerrahiye göre 2-3 kat daha yüksek mortalite hızına sahiptir. Bu nedenle de ancak endoskopik ve farmakolojik olarak durdurulamayan kanaması olan ve durumu giderek kötüleşen hastalarda düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Yamada T. *Handbook of Gastroenterology*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins 2002; 16-8.
2. Mungan Z. Üst gastrointestinal sistem kanamaları. In: Ökten A, editor. *Gastroenterohepatoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri 2001; 75.
3. Ulaşoğlu C. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamaları. *Çapa Gastroenteroloji Günleri Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu Kitabı* 2002; 28.
4. Hernandez-Diaz S, Garcia Rodriguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2093-9.
5. Günşar F, Akarca US, Yönetçi N, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 502 hastanın değerlendirilmesi. *Turk J Gastroenterol* 1997; 8: 188-93.

6. Güler K, Vatanserver S, Halıcı E. Üst gastrointestinal sistem kanamalarında klinik seyir üzerinde etkili faktörler. *Ulusal Travma Dergisi* 1997; 3: 62-6.
7. Kayaçetin E, Polat E. Üst GİS kanamaları. *Genel Tıp Dergisi* 2003; 13: 119-22.
8. Aksöz K, Ünsal B, Akyol Z, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. *Turk J Gastroenterol* 1995; 6: 262-4.
9. Demir M, Dede F, Arhan M, ve ark. İnatçı ve tekrarlayan üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda klinik risk faktörleri. *Gastroenterohepatoloji* 2003; 14: 32-9.
10. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal Toxicity of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. *N Engl J Med* 1999; 340: 1888-99.
11. Lanas A, Bajador E, Serrano P, et al. Nitrovasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk for upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2000; 343: 834-9.
12. Dequeker J, Hawkey J, Kahan A, et al. Improvement in gastrointestinal tolerability of the selective cyclooxygenase (COX)-2 inhibitor, meloxicam, compared with piroxicam: results of the Safety and Efficacy Large-scale Evaluation of COX-inhibiting Therapies (SE-LECT) trial in osteoarthritis. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 946-51.
13. Sorensen HT, MellemeJaer L, Blot WJ, et al. Risk of upper gastrointestinal bleeding associated with use of low dose aspirin. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 2218-24.
14. Ünsal B, Altınay ZA, Kara B, ve ark. 1987-1991 yıllarında kliniğimizde yatan üst gastrointestinal sistem kanamaları ve bunların içinde ilaca bağlı olanların değerlendirilmesi. *Turk J Gastroenterol* 1993; 4: 460-2.
15. Şimşek Z, Harzadın T, Yıldırım İS. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 161 hastanın değerlendirilmesi. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 2003; 9: 675-80.
16. Line L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994; 331: 717-21.
17. 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.
18. Guglielmi A, Ruzzenente A, Sandri M, et al. Risk assessment and prediction of rebleeding in bleeding gastroduodenal ulcer. *Endoscopy* 2002; 34: 778-86.
19. Lai KC, Hui WM, Wong BC, et al. A retrospective and prospective study on the safety of discharging selected patients with duodenal ulcer bleeding on the same day as endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: 26-30.
20. Cooper GS, Chak A, Connors AF Jr, et al. The effectiveness of early endoscopy for upper gastrointestinal hemorrhage: a community-based analysis. *Med Care* 1998; 36: 462-74.
21. Katschinski B, Logan R, Davies J, et al. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 706-12.
22. Longstreth GF, Feitelberg SP. Successful outpatient management of acute upper gastrointestinal hemorrhage: use of practice guidelines in a large patient series. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 219-22.
23. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, et al. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 1-5.
24. Lin HJ, Wang K, Perng CL, et al. Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding. A prospective randomized study. *J Clin Gastroenterol* 1996; 22: 267-71.
25. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 755-61.
26. Yucesoy M, Baskol M, Keklik M, ve ark. Efficacy of five days of subcutaneous octreotide treatment after sclerotherapy in preventing rebleeding from esophageal varices. *Turk J Gastroenterol* 2004; 15: 137-43.
27. Bozatlı L, Yerdel MA, Karayalçın K, ve ark. 322 Üst gastrointestinal sistem kanama olgusunun retrospektif ve acil diyagnostik endoskopisi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1991; 7: 15-20.
28. Akarsu E, Okçu N, Ören D, ve ark. Kuzeydoğu Anadolu'da üst gastrointestinal sistem kanamalı olguların bir değerlendirmesi. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 2000; 6: 435-8.
29. Tuncer İ, Uygan İ, Türkdoğan MK. Akut üst gastrointestinal sistem kanamalı olgularımızın demografik özellikleri ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi* 2001; 8: 113-6.
30. Ercan V. Üst gastrointestinal sistem kanamasında mevcut ek hastalıkların hastaneye yatış süreleri ve mortalite üzerine etkilerinin araştırılması. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı 2004; 164.
31. Küçükardalı Y, Yazgan Y, Çankır Z, ve ark. Geriatrik Popülasyonda Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlara Bağlı Olan ve Olmayan Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Olguların Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002; 5: 87-90.
32. Huang CS, Lichtenstein DR. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 1053-78.