

ÜST GASTROİNTESTİNAL VARİS DIŞI KANAMALAR VE ENDOSKOPIK TEDAVİSİ

Lütfi DEĞİRMENCİOĞLU (1)

DOĞAL SEYİR

- Sıklık

Üst Gastrointestinal Sistem (GIS) kanamaları sık rastlanılan acil durumlardır. Prince of Wales Hospital'da rastlanılan acil kanamaların % 5'i üst GIS kanamalarıdır. Senelik ortalama 100.000 kişiden İskandinavya'da 48, USA'da 53 ve İskoçya'da 144 kişi kanama geçirmiştir (17).

Dünya çapında bölgesel farklılıklara rağmen peptik ülser en sık rastlanılan kanama nedenidir. Prince of Wales Hospital'deki vakaların 3/4'ü GIS kanamasıdır ve doudenal ülser gastrik ülserle göre iki kez sık görülmektedir.

- Mortalite

ABD'de ve dünya da yapılan geniş çaplı araştırmalara göre üst GIS kanamalarının mortalitesi yaklaşık % 10 oranındadır. Bu konuda özel hastanelere alınan gastrik ülserli veya kanamalı hastalarda bu oran daha aza indirilebilmektedir (2).

- Tekrar Kanamalar

Ülser kanaması geçiren hastaların % 80'inde kanamalar spontan olarak durmaktadır. Geriye kalan % 20'si de tekrar kanama geçirmektedir. Bunların prognozları çok daha kötüdür. Tekrar kanama olunca kanamanın devam etmesi mortalitenin yükselmesini gösterir ve bunun durdurulmaması mortalite oranını 6'dan 12'ye çıkarır (3).

- Klinik bulgular

Hematemez ve şok tekrar kanamayı gösterir. Tekrar kanama olması en son geçirilen kanama epizotuna bağlıdır. 48 saat içinde kanama bulgusu göstermeyen bir hastanın tekrar kanama olasılığı azdır (4).

- Yeni kanama geçiren hastalardaki bulgular

Endoskopi sırasında ülser tabanında görülen yeni geçirilmiş hemoraji varlığı, tekrar kanama ihtimalini gösterebilir. Bunlar; aktif kanama (sızıntı) (Forset Tip I) yapışmış pıhtı, görünür damarlar, kırmızı veya mavi noktalar (Forrest Tip II) (5).

Görünür damar rezeksiyon spesimenlerinden yapılan çalışmalara göre erozyonlu arterden dışarı çıkan kan pıhtısıdır. Bu terimin (visible vessel) ortamda pıhtı olan görünmeyen damar olarak değiştirilmesi teklif edilmektedir (6).

Değişik serilerde yakın tarihlerde kanama bulguları olanlarda yeniden kanama oranı % 25-100 arasında değişmektedir. Yeni kanama bulgusu (stigmata of recent haemorrhage SRH) belirtileri olmayan ülser vakalarında tekrar kanama şansı yaklaşık sifıra inmiştir. Bu konuda değişik yazarlar arasında anlaşma mevcuttur. Ancak değişik belirtiler gösteren vakalarda ve hastaların tekrar kanama riski üzerinde herhangi bir fikir anlaşması mevcut değildir. Bu anlaşmazlığın sebebi de; değişik endoskoplarla görülen bulguların farklı yorumlanmasından ka-

ynaklanmaktadır. Bu bulgular; görülebilen damar ve kırmızı ve mavi noktalar (7).

ENDOSKOPIK TEDAVİ

Endoskopik deneyimli hekim tarafından yapılan endoskopide % 90 oranında kanamanın yeri doğru olarak belirlenebilir.

Son yüzyılda kanamayı endoskopiyle belirlemek endoskopik hemostaz yapma imkanını sağlamıştır. Endoskopik metodların avantajı; laparotomi ve genel anesteziye kaçınılmazdır.

Endoskopik Hemostaz metodları üç grupta sınıflandırılır:

Mekanik :

- Klipsler
- Doku yapıştırıcılar
- Pıhtılaştırıcı faktörler
- Sütür aletleri

Termal :

- Nonkontakt - Lazer
- Kontakt - BICAP
- Heater probe

İnjesiyon:

- Sklerozanlar
- Hipertonik saline
- Adrenalin

Aşağıda anlatılanlar hastanelerde daha sık kullanılan faydalı metodlardır.

- Lazer

Endoskopik hemostaz metodları arasında en çok kabul gören, beğenilen lazer tedavisidir. Endoskopun biyopsi kanalından yüksek enerjili lazer ışığı verilir. Bu yüksek enerji hedef hücreler tarafından absorbe edilip ısıya dönüştürülür ve bu ısı kanayan damarı koagüle eder.

İki tip lazer mevcuttur; Neodymium YAG lazer ve argon lazer. Hemostaz için ikisi de kullanılır. Nd-YAG lazer, Argon lazerinden daha güçlüdür. Dünya çapında yapılan araştırmalar sonucu, Argon lazeri % 70-100 vakada başarılı, Nd-YAG lazer ise % 84 oranında başarılıdır. Bazı kliniklerde bu sonuçlar alınmamıştır (8).

Lazer üniteleri pahalıdır. Özel cihazlar vardır ki, hastanın yatağı başında kullanılmaz, teknik olarak kullanımı zordur. Optimal tedavi için kesin olarak kanayan bölgenin bilinmesi şarttır. Pıhtı ile kaplanmış bölgeye uygulanamaz.

Endoskopik lazerle hemostaz için daha ucuz, teknik kullanımı daha kolay olan bir metod bulunması gereklidir.

- Kontakt-Termal Proplar

Diğer bir metod kanayan noktaya direk temas eden kanayan damarı ısı ile koagüle eden proplardır. Lazerle karşılaştırılırsa; temastan dolayı prop kanayan damarı önce baskılar sonra koagüle eder ve böylece "coaptive coagulation" elde edilir. Damar

böylece daha iyi tedavi görmüş olur. Prop belirli bir açıdan veya tanjansiyel olarak kullanılır. En çok kullanılan termal proplar BICAP. (ACMI) ve Heater PROBE (Olympus)lardır.

BICAP Ünitesi bioplar elektrokoagülasyon sistemi içerir, 6 tane elektrod vardır ve bu elektrotların bir çember içinde değişen polariteleri vardır. Isı lokal diatermi ile oluşur: Heater propların teflonla kaplanmış bakır uçları vardır. Bu uçlar ısı cihazlarını taşır. İki bölmeli olan bu uçların bölmelerinin bir irigasyon (pıhtı ve kan) için diğeri de koagülasyon için kullanılır. BICAP ile Heater Probu maliyetleri hemen hemen aynıdır. Lazerle karşılaştırılınca lazerin % 10'u kadardır (9).

Yapılan randomize kontrollü çalışmalar BICAP'la Heater Probu sonuçlarının özellikle ülser hemostazında başarılı olduğunu gösteriyor. Lazer, BICAP ve Heater Propların hepsi efektif olup, yalnız hangisinin daha üstün olduğuna ait henüz bir fikir birliği mevcut değildir.

- İnfeksiyon

Skleroterapi daha çok hemoroid ve özofageal varis kanamalarında kullanılıyor. Son zamanlarda ülser kanamalarında da dikkati çekmiştir.

Skleroterapide; alkol, poldocanol, adrenalin, adrenalin ve hipertonic tuz karışımı ve adrenalin yalnız sırayla kullanılır. Bu maddeler direkt olarak skleroterapi iğnesi ile endoskopun biyopsi kanalına yerleştirilip kanayan bölgeye verilir. Başarı oranı % 80-% 100 arasındadır. Klinik etkinliği randomize kontrollü çalışmalarla ispat edilmiştir (10).

Sklerozanlar geniş bir şekilde kullanılırsa ülser alanını genişletebilir veya perforasyona yol açabilirler.

Sadece adrenalin de etkilidir. Yalnız adrenalin 1/10.000 oranında sulandırılır. Randomize bir karşılaştırmada yalnız adrenalin; Adrenalin % 3 STD ile karşılaştırılmış ve daha etkili olmadığı görülmüştür (11, 12).

İnjesiyon tedavisinin avantajı herhangi bir özel araç ve endoskop gerektirmemesidir. Aktif kanayan hastalarda adrenalin kanayan bölgeye doğrudan enjekte edilebilir. Adrenalin kanayan bölgenin etrafına enjekte edilirse, kanamanın miktarını azaltır. Kanayan bölge daha iyi görülür ve sonraki enjesiyonlar çabuk yapılabilir(13,14). Yapılan randomize bir çalışmada adrenalin enjesiyonu ile heater prop karşılaştırılmış sonuçta adrenalin enjesiyonunun daha kolay uygulanabilir olduğu gösterilmiştir.

ENDOSKOPIK HEMOSTAZDA DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

Şu durumda endoskopi ile ülser kanamalarının durdurulması yeni bir tedavi yöntemidir. Endoskopistin etkili oldukları belirlenmiş değişik endoskopik hemostaz metodlarından birini seçme imkanı vardır. Ülser kanamalarının ilk tedavisi sağlanamayan vakalar için endikedir.

- Ne zaman başlanır?

Hastanın resüsitasyon'u en önemli öncelikli iştir. Unstable bir hastada kanamayı durdurma teşebbüsünün yanı sıra kan volümünün yerine konmasına çalışılmalı ve endoskopi, volüm yerine konulana kadar ertelenmelidir. Kanamalı hastada acil endoskopi hem daha zor, hem daha tehlikelidir. Bu tür tetkikler endoskopi öğrencileri tarafından yapılmamalıdır. Kanamayı durdurmak için yapılan terapötik manevralar ilave endoskopik yetenekler gerektirir. 500'den fazla rutin endoskopi yapmış tecrübeli kişilerce yapılmalıdır.

-Ne kullanılır?

En ideal metod ucuz, etkin, kullanımı kolay ve emniyetli olanıdır. Lazer pahalı ve kullanımı bilen kişi tarafından dahi zordur. Kalan seçenekler ise ya termal proplar veya enjesiyonlardır. Adrenalin enjesiyonu emniyeti, ucuzluğu ve kolay kullanımından dolayı tavsiye edilir.

-Kime tedavi uygulanacak?

Ülser kanamalarının %80'i spontan olarak durmaktadır. Gereksiz yere bir işlem yapılırsa hastalar gereksiz yere tedavi görmüş olurlar. Endoskopik muayene sırasında görünen aktif kanama endoskopik tedavinin endikasyonudur.

Aktif kanama göstermeyen hastaların tekrar kanama şansı, yeni kanama bulgularının bulunmasına bağlıdır. Örneğin; görünen bir damar bulunması. Bu tür lezyonları profilaktik olarak tekrar kanamayı önlemek için tedavi etmek gerekir. Bu belirtileri göstermeyen ülserlerin tekrar kanama şansı olmadığı için tedavisi gereksizdir.

-Tedavi ne zaman sonlandırılır?

Cerrahi; ülser kanamasının kontrolü için en kesin metoddur. Acil cerrahi girişimin ertelenmeden yapılması gereken durumlar: A) Massif kanamadan dolayı lezyon görülmüyorsa, b) Aktif kanama endoskopi ile kontrol edilemiyorsa, c) Başarılı bir endoskopik tedaviden sonra tekrar kanama oluyorsa.

Bunların dışında endoskopik tedavi cerrahi gibi ülser diyatezini etkileyemez.

Uzun ülser hikayeli hastalar veya ülserle bağlı komplikasyonlu hastalar cerrahi olarak tedavi edilmelidirler. Endoskopi ile hemostaz sağlanmasına rağmen hastaya hastanede bulunduğu sürece ülseri iyileştirme amacıyla elektif bir ameliyat tavsiye etmek gerekir.

KAYNAKLAR

1. Herner, B., Kallgard, B., Lauristzen, G.: Haemetemesis and malaena from a limited reception during a 5 year period. Acta Medica Scand 177:483; 1965.
2. Morgan, A.G., Clapm, S.E.: OMGE international Upper Gastrointestinal Bleeding Survey 1978-1982. Scand J Gastroenterol 1984 (suppl 95) : 41-58.
3. Avery-Jones, F.:Haemetemesis and melaena. Br. Med J ii: 441-446; 1947.
4. Macieod, I.A., Mills, P.R.: Factors identifying the probability of further haemorrhage after acute upper gastrointestinal haemorrhage Br. J. Surg. 69:256-258; 1982.
5. Northfield, T.C.: Factors predisposing to recurrent haemorrhage after acute gastrointestinal bleeding. Br. Med. J. i: 26-28; 1971.
6. Forrest, JAH, Finlasyon, NDC, Sherarman, DJV: Endoscopy in gastrointesinal bleeding, Lancet 2:394: 1974.
7. Wara, P:Endoscopic prediction of major rebleeding-a prospective study of stigmata of hemorrhage in bleeding ulcer.Gastroeterology 88:1209-1214;1985.
8. Macleod IA, Mills PR, Mackenize JF etal: Neodymium-Yag laser photocoagulation for major haemorrhage from peptic ulcers and single vessels, Br. Med. I. 286:345-349; 1983.
9. Fullerton GM, Birnie GG, Macdonald A, et al: Controlled trial of heater probe treatment in bleeding peptic ulcers. BR d Surg. 76: 541-544; 1989.
10. Sugawa C, Fugita Y, Ikeda T, Walt AI: Endoscopic hemostasis of bleeding of the upper gastrointestinal tract by local injection of ninety-eight percent dehydrate ethanol. Surg Gynaecol Obstet 162: 161-163; 1986.
11. Pascu O, Dagici A, Acubuchi I: The effect of endoscopic hesotasis with alchol on the mortality rate of non-variceal upper pastrointestinal hemorrhage. A randomized prospective study. Endoscopy 21: 53-55; 1989.
12. Soehendra N, Grimm H, Stenzel M; Injection of nonvariceal bleeding lesions ofthe gastrointestinal tract. Endoscopy 17: 129-132; 1985.
13. Leung, JWC Chung SCS: Endoscopic injection of adrenaline in bleeding peptic ulces. Gastrointest Endosc. 33: 73-75; 1987.