

# Üst Gastrointestinal Kanamalı Yüz Kırk Sekiz Olgunun Analizi

Murat Gençay, Osman Maviş, Rahime Özgür, Zeynep Taşkın Özsiğınan, Gülay Arıcı

S.B. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Üst GİS kanamaları en önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanama tanısı ile takip edilen olgularımızın özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2005-Aralık 2008 yılları arasında kliniğimizde takip edilmiş 148 üst GİS kanamalı hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, başvuru yakınmaları, ilaç kullanımı, eski kanama öyküsü, laboratuvar değerleri, endoskopik bulgular, uygulanan tedavi, transfüzyon gereksinimi, yatış süresi, ek hastalık, sigara, alkol kullanımı ve mortalite açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların 106'sı erkek (% 71,6), 42'si kadın (% 28,4), yaş ortalaması 61,8±16.7 idi ve % 69,6'sında en az bir ek hastalık eşlik ediyordu. Başvuru yakınmaları melena (% 56,1), hematemez (% 10,1) ve hematemez+melena (% 33,8) idi. Hastaların 89'unda (% 61) en az bir ilaç kullanımı mevcuttu. Alkol kullanımı 35 (% 23,6), sigara kullanımı 92 (% 62,2) olarak tespit edildi. Ortalama geliş hemoglobini 8.8 g/dl, hematokrit % 27, üre 76.9 mg/dl, kreatinin 1.1 mg/dl idi. Üst GİS endoskopisinde en sık duodenal ülser 51 (% 34,5), gastrit 20 (% 13,5), varis kanaması 17 (% 11,5), mide ülseri 14 (% 9,5) olarak saptandı. 131 hastaya yalnızca medikal tedavi verilmiş, 4 hastaya band ligasyonu, 7 hastaya Sengstaken Blakemore tüpü, 4 hastaya skleroterapi, 7 hastaya cerrahi tedavi uygulanmıştır. Yüz on bir (% 75) hastaya kan ürünü transfüzyonu uygulanmıştır. Ortalama yatış süresi 7,18±6.64 gün idi. On sekiz hasta kaybedildi, bu hastaların 16'sı 60 yaş üzerindedir.

**Sonuç:** Mortalitenin azaltılabilmesi için kanama kontrolünün sağlanmasının yanında, eşlik eden hastalıkların da dikkatle tedavi edilmesi gerekmektedir. Aspirin ve NSAİİ kullanan hastalarda protektif ilaçlar tedaviye eklenmelidir. Yaşlı ve ek hastalığı olan olgular yoğun bakım koşullarında izlenmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Gastrointestinal kanama, duodenal ülser, endoskopi, özofageal varisler

## SUMMARY

**Analysis of 148 Cases with Upper Gastrointestinal Bleeding**

**Objective:** Upper gastrointestinal bleeding is one of the most important causes of mortality and morbidity. We intended to investigate the characteristics of our cases with upper gastrointestinal bleeding.

**Material and Methods:** 148 cases with upper gastrointestinal system bleeding followed-up in our clinic between January 2005 and December 2008 were retrospectively evaluated. The patients were assessed as for age, gender, presenting complaints, previous drug and/or other therapies, bleeding episodes, laboratory, and endoscopic findings, need for transfusion, duration of hospitalization, concomitant diseases, smoking status, alcohol usage, and mortality.

**Findings:** Study participants consisted of 106 (71,6 %) male and 42 (28,4 %) female patients with a mean age of 61.8±16.7 years, and 69.8 % of the patients had at least one additional disease. Complaints at admission included melena (56.1 %), hematemesis (10.1 %) or both (33.8 %). Eighty-nine (61 %) patients had history of medication. Among the patients 35 (23.6 %) were smokers, while 92 (62.2 %) of them were routinely using alcoholic beverages. The mean values for hemoglobin (8.8 g/dl) hematocrit (27.0 %), urea (76.9 mg/dl), and serum creatinine (1.1 mg/dl) levels were also recorded. The most common findings observed during upper gastrointestinal system endoscopy were duodenal ulcer (n= 51; 34.5 %), gastritis (n= 20; 13.5 %), variceal bleeding (n= 17; 11.5 %), and gastric ulcer (n=25; 9.5 %). The patients received only medical treatment (n=131) Band ligation (n=4), Sengstaken Blakemore tube intubation (n= 7), sclerotherapy (n=4) and surgical treatment (n= 7) were also performed. The mean hospital stay was 7.18 days, and 18 (16 %) patients over 60 years of age died during follow-up period.

**Conclusion:** To reduce mortality in addition to providing control of bleeding, concomittant diseases should be treated carefully. Protective medications in patients using aspirin and NSAIDs should be added to the treatment. Elderly patients with additional diseases should be monitored in the intensive care unit.

**Key words:** Gastrointestinal bleeding, duodenal ulcers, endoscopy, esophageal varices

**Alındığı Tarih:** 15.11.2010

**Kabul Tarihi:** 06.01.2011

**Yazışma adresi:** Dr. Osman Maviş, S.B. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**e-posta:** osmanmavis@yahoo.com

## GİRİŞ

Üst GİS kanamaları sıklıkla rastlanan mortalite ve morbidite nedenlerindedir <sup>(1)</sup>. Bu çalışmamızda üst GİS kanaması tanısıyla yatırılan hastalarımızın özelliklerini irdelemeyi amaçladık.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamızda 01 Ocak 2005-31 Aralık 2008 tarihleri arasında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. İç Hastalıkları Kliniği'nde üst GİS kanama tanısı ile yatarak izlenen 148 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi ve hasta yaşı, cinsiyeti, başvuru yakınması, hastanede kalış süresi, ek hastalık varlığı, ilaç kullanım öyküsü, alkol ve sigara kullanımı, başvuru anındaki hemoglobin, hematokrit, trombosit sayısı, transfüzyon gereksinimi ve uygulanan tedavi ile ilgili bilgiler, endoskopik tanıları kaydedildi.

Kategorik veriler yüzde olarak, niceliksel veriler ise ortalama ve standart sapma cinsinden sunuldu. Kategorik bir özelliğin diğer bir kategorik özellik açısından kıyaslanması ki-kare veya Fisher kesin p değerlendirmesi ile yapıldı. İki gruba sahip bir özelliğin niceliksel kıyası t testi ile yapılırken ikiden fazla grup olduğunda tek yönlü anova ve posthoc, ikili kıyaslama testi olarak da tukey testi kullanıldı. Tüm testlerde anlamlılık seviyesi p<0.05 olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmamızda 1 Ocak 2005-31 Aralık 2008 tarihleri arasında 1. iç hastalıkları kliniğinde üst GİS kanama tanısıyla yatırılan 42'si kadın (% 28.4) ve 106'sı erkek (% 71.6) olmak üzere toplam 148 olguyu inceledik.

Tablo 1. Dekatlara göre yaş ve cinsiyet dağılımı.

Yaş grubu	Erkek	Kadın	Total-(%)
15-19	2	0	2 (% 1,4)
20-29	8	1	9 (% 6)
30-39	3	1	4 (% 2,8)
40-49	19	1	20 (% 13,5)
50-59	10	4	14 (% 9,4)
60-69	33	12	45 (% 30,4)
70-79	23	14	37 (% 25)
80+	8	9	17 (% 11,5)
Total	106 (% 71,6)	42 (% 28,4)	148 (% 100)

Olguların yaşları 17 ile 93 arasında değişmekte olup; ortalama yaş 61.8±16.7 yıldır ve % 66'sının yaşı 60 yaş üzerindedir (Tablo 1).

Olguların 35'inde (% 23,6) alkol kullanımı, 92'sinde (% 62,2) sigara kullanımı mevcuttu. Olguların % 69.6'sında en az bir ek hastalık tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Ek Hastalıklar.

Ek Hastalıklar	Sayı (%)
Hipertansiyon	52 (% 35)
İskemik kalp hastalığı	40 (% 27)
D. Mellitus Tip 2	23 (% 15,5)
Konjestif kalp yetersizliği	26 (% 17,6)
Serebrovasküler olay	6 (% 4,1)
Kronik böbrek yetersizliği	12 (% 8,1)
KOAH	9 (% 6,1)
Romatizmal hastalık	3 (% 2)
Diğer	48 (% 32,4)

Tablo 3. Dekatlara göre yaş ve cinsiyet dağılımı.

Endoskopik bulgular	ilaç Kullanmayan	ilaç Kullanan	Total
Gastrik ülser	3	11	14
Duodenal ülser	19	32	51
Gastrit	5	15	20
Özofagus hastalığı	2	2	4
Malignite	4	0	4
Anastomoz hattı ülseri	3	1	4
Endoskopi normal	2	2	4
Dialofoy	1	1	2
Varis	11	6	17
Endoskopi yapılamayan	9	19	28
Total	59 (% 39,8)	89 (% 60,2)	148 (% 100)

Olguların 46'sında (% 31.1) eski üst GİS kanama öyküsü mevcuttu. Eski kanama ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05). Olguların 59'unda (% 39) ilaç kullanım öyküsü yokken, 89'unda (% 61) en az bir ilaç kullanımı mevcuttu (Tablo 3). Bu ilaçlar içinde en sık kullanılanlar aspirin ve diğer NSAİİ idi. Tüm hastaların ise % 33'ü aspirin ve % 19.6'sı diğer NSAİİ kullanmaktaydı (Tablo 4).

Çalışmamızda ilaç kullanmayan hastaların yaş ortalaması 61 iken, ilaç kullananların yaş ortalaması 69 olarak saptanmış olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001); iki grup arasında başvuru anındaki üre düzeyleri ilaç kullananlarda istatistiksel olarak yüksekti

Tablo 4. Endoskopik bulgular ve kullanılan ilaçların türünün karşılaştırılması.

Endoskopik bulgular	Oral antiko agülan (OAK)	NSAİİ	Aspirin	OAK+Aspirin	NSAİİ+aspirin	Total
Duodenal ülser	3	10	11	4	4	32
Gastrik ülser	0	4	6	1	0	11
Gastrit	2	6	5	1	1	15
Özofagus hastalığı	0	0	1	1	0	2
Malignite	0	0	0	0	0	0
Anastomoz hattı ülseri	0	0	1	0	0	1
Endoskopi normal	1	0	1	0	0	2
Dialofoy	0	0	0	1	0	1
Varis	0	2	4	0	0	6
Endoskopi yapılamayan	4	1	8	4	2	19
Total	10	23	37	12	7	89

Tablo 5. İlaç kullanımı ile diğer parametrelerin karşılaştırılması.

	ilaç kullanımı yok			ilaç kullanımı var		
	median	minimum	maximum	median	minimum	maximum
Yaş	61	17	93	69	18	93
Yatış süresi	5	1	30	5	1	44
Htc	26,4	26,4	50	27,6	14	42
Hb	8,9	4,9	15,3	9	4	15,3
Üre	57	57	148	74	14	421
Kreatinin	0,8	0,8	6,6	1,01	0,3	20
Kan transf.	2	0	10	2	0	8
Trombosit	250000	24000	964000	225000	59000	665000

Tablo 6. Endoskopik tanılar ve cinsiyete göre dağılımı.

Endoskopik Lezyon	Erkek (n)	Kadın (n)	Total n (%)
Gastrit	13	7	20 (13,5)
Duodenal ülser	40	11	51 (34,5)
Gastrik ülser	9	5	14 (9,5)
Varis	14	3	17 (11,5)
Özofagus hastalığı	3	1	4 (2,7)
Malignite	3	1	4 (2,7)
Dialofoy	2	0	2 (1,4)
Anastomoz hattı ülseri	3	1	4 (2,7)
Lezyon saptanmadı	2	2	4 (2,7)
Endoskopi yapılamadı	17	11	28 (18,9)

(p=0.001) (Tablo 5).

Olguların 83'ü (% 56.1) yalnızca melena, 15'i (% 10.1) sadece hematemez, 50'si (% 33.8) hematemez+melena ile başvurmuştur. Toplam 120 olguya (% 81.1) tanı ve/veya tedavi amaçlı endoskopi yapılmıştır. Olguların endoskopik tanıları ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Transfüzyon gereksinimi olan olguların 111'inde (% 75) eritrosit süspansiyonu, 28'inde (% 18.9) taze donmuş plazma, 5'inde (% 3,4) trombosit süspansiyonu gereksinimi olduğu tespit edilmiştir, 37'sinde (% 25) transfüzyon gereksinimi olmamıştır. Tablo 7'de endosko-

pik bulgulara göre yatış süreleri ve transfüzyon ihtiyacı gösterildi. Ortalama yatış süreleri ve transfüzyon gereksinimi arasında anlamlı fark bulunmadı.

Varis dışı üst GİS kanama olgularının 123'üne proton pompa inhibitörü (PPI) uygulanırken, 4'üne H2 reseptör blokeri, 4'üne PPI+somatostatin, varis kanamalarının tümüne PPI+somatostatin verilmiştir. Tek başına somatostatin verilen hasta mevcut değildir. Varis kanamalarının 7'sine (Sengstaken Blakemore tüpü uygulanmıştır. Yüz on altı olgunun 8'ine (% 5.4) endoskopik tedavi uygulanmıştır. Endoskopik girişim uygulanan 8 olgunun 4'üne (% 2.7) skleroterapi, 4'üne de (% 2.7) band ligasyonu

Tablo 7. Endoskopik lezyona göre tekrar kanama, ortalama kan transfüzyonu ve yatış süresi.

Endoskopik lezyon	Tekrar kanama var	Tekrar kanama yok	Kan transfüzyon (median)	Yatış süresi (gün)
Varis	7	10	3	10
Duedenal ülser	8	43	2	5
Mide ülseri	0	14	0,5	5
Gastrit	2	18	3	5
Özofagus hastalığı	0	4	3,5	4,5
Mide tümörü	1	3	5	5
Anastomoz hattı ülseri	0	4	3	6
Dialofoy	1	1	2	3
Normal	1	3	2,5	3,5
Yapılmadı	8	20	2,5	4,5
Total	28	120		

Tablo 8. Ek hastalık varlığına göre yatış süresi.

Ek hastalık	Olgu sayısı (n)	Ortalama yatış süresi	
Var	103	7.8	P=0.039
Yok	45	5.78	

Tablo 9. Tekrar kanama varlığı.

	Tekrar kanama	N	Ortalama	Standart deviasyon	
Yaş	yok	120	61,05	17,183	P=0,428
	var	28	65,21	14,258	
Htc	yok	120	27,50	8,144	P=0.423
	var	28	26,18	6,298	
Hb	yok	120	9,202	2,4702	P=0,568
	var	28	11,843	17,2612	
Yatış süresi	yok	120	6,57	5,634	P=0,035
	var	28	9,82	9,580	
Kan transfüz.	yok	120	1,97	1,878	P<0,001
	var	28	3,75	1,917	

Tablo 10. Başvuru yakınmasına göre tekrar kanama.

		Hematemez	Melena	Hematemez Melena	Total
Tekrar kanama	Yok	12 10,0 %	74 61,7 %	34 28,3 %	120 100,0 %
	Var	3 10,7 %	9 32,1 %	16 57,1 %	28 100,0 %
Total		15 10,1 %	83 56,1 %	50 33,8 %	148 100,0 %

uygulanmıştır. Medikal tedaviye yanıt veremeyen kanaması devam eden 7 hastaya (% 4.7) cerrahi tedavi uygulanmıştır. Hastanede kalış süresi 1 gün ile 44 gün arasında değişmekte olup, ortalama süre 7.18±6.64 gündür. Ek hastalığı olan hastalarda yatış süresi istatistiksel olarak anlamlı olarak daha uzun saptandı (p=0,039) (Tablo 8).

Yaş, başvuru hemogloblin (hb), hematokrit (hct) değerleri, yatış süresi, kan transfüzyonu gereksinimine göre tekrar kanama kıyaslan-

dığında; yaş, Hb, Htc arasında fark yokken, tekrar kanayan hastalarda kan transfüzyonu gereksinimi ve yatış süresi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Sırası ile (p<0,001 ve p=0,035) (Tablo 9).

Hematemez ile başvuran olguların 3'ünde (% 10), melena ile başvuran olguların 9'unda (% 32,1), hematemez ve melena ile başvuran olguların 16'sında (% 57,1) tekrar kanama olmuştur (Tablo 10).

Tablo 11. İlaç kullanımına göre tekrar kanama.

		İlaç kullanımı		Total
		Yok	Var	
Tekrar kanama	Yok	46 38,3%	74 61,7%	120 100,0%
	Var	13 46,4%	15 53,6%	28 100,0%
Total		59 39,9%	89 60,1%	148 100,0%

Tablo 12. Alkol, sigara kullanımı ve tekrar kanama.

Tekrar kanama	Alkol yok	alkol var	Sigara yok	Sigara var
Yok	91 (%75,8)	29 (%24,2)	50 (%41,7)	70 (%58,3)
Var	22 (%78,6)	6 (%21,4)	6 (%21,4)	22 (%78,6)
Total	113 (%76,4)	35 (%23,6)	56 (%37,8)	92 (%62,2)

Tablo 13. Hasta yaşı ve ölüm oranı.

		Ölüm		Total
		Yok	Var	
Hasta yaşı	<60y	47 (%95,9)	2 (%4,1)	49
	>60y	83 (%83,8)	16 (%16,2)	99
Tekrar kanama	Yok	113 (%94,2)	7 (%5,8)	120
	Var	17 (%60,7)	11 (39,3)	28

İlaç kullanımına göre tekrar kanama kıyaslandığında istatistiki fark saptanmamıştır ( $p=0,431$ ) (Tablo 11).

Sigara ve alkol kullanımı ile tekrar kanama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Sırası ile  $p=0,05$  ve  $p=0,759$  (Tablo 12).

Endoskopik lezyona göre tekrar kanama oranlarına bakıldığında 51 duodenal ülserin 8'inde (% 15,6) 17 ösofagus varisinin 7'sinde (% 41), üst GİS endoskopi yapılamayan 28 hastanın 8'inde (% 28) tekrar kanama olmuştur (Tablo 7).

Çalışmamızda mortalite oranı % 12,2 (18 olgu) olarak tespit edilmiştir. Bu 18 olgunun 16'sı 60 yaş üzerindedir ( $p=0,034$ ) (Tablo 13). Üç olgu terminal akciğer kanseri, 4 olgu KOAH ve pnömoni'ye bağlı solunum yetersizliği, 1 olgu kronik böbrek yetersizliği, 4 olgu hepatik ensefalopati ve karaciğer yetersizliği, 2 olgu akut myokard infarktüsü, 3 olgu kalp yetersizliği ve 1 olgu diyabetik ketoasidoz ile kaybedildi. Tekrar kanaması olan olgularda ölüm oranı daha yüksekti ( $P<0,001$ ) (Tablo 13).

## TARTIŞMA

Üst GİS kanamaları sıklıkla karşılaşılan mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Üst GİS kanaması her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde 250000-300000 sıklıkta başvuruya neden olmaktadır <sup>(1)</sup>. Erkeklerde ve 60 yaşın üzerinde daha sık rastlanır <sup>(2)</sup>. Çalışmamızda üst GİS kanamalı hastaların % 71,6'sının erkek, % 28,4'ünün kadın ve % 66'sının 60 yaş üzerinde olduğunu saptadık. Sonuçlar literatür ile uyumluydu <sup>(3-5)</sup>. Ek hastalık varlığı değerlendirildiğinde hastalarımızın % 69,6'sında en az 1 ek hastalık bulunmaktaydı ve en sık ek rastlanan hastalıklar iskemik kalp hastalığı, diyabetes mellitus ve hipertansiyondur. Güler ve ark.'nın çalışmasında hastaların % 58,4'ünde ek hastalık mevcuttu ve ek hastalık varlığı varis ve malignite dışı üst GİS kanamasında mortalite için risk faktörü olarak saptandı <sup>(6)</sup>. Üst GİS kanamasında 60 yaş üzerinde olmak, hematemezle başvuru ve ek hastalık varlığı mortaliteyi artırmaktadır. Sonuç olarak, eksitus olan 18 hastanın 16'sı 60 yaş üzerindedir ve hepsinde ek hastalık bulunmaktaydı, fakat yalnızca 3'ü hematemezle

başvurmuştu.

Aspirin ve NSAİİ'ler, gastrointestinal mukozal prostaglandin sentezini inhibe edip savunma mekanizmalarını bozarak gastrointestinal hasara neden olur (7,8). Birçok çalışmada, NSAİİ kullanımı ile artmış üst GİS kanama insidansı arasındaki ilişki vurgulanmıştır (9,10). Di Fiore ve ark.'nın 1996 yılında yaptığı karşılaştırmalı çalışmada, 712 üst GİS kanamalı hastada, Aspirin/NSAİİ kullanım oranı peptik ülser saptanan hastalarda % 45.6, tüm hasta grubunda % 26.5 iken, 2000 yılında 453 üst GİS kanamalı hastada bu oran peptik ülser saptanan hastalarda % 53.9, tüm hasta grubunda % 32.6 olarak bildirilmiştir (2). Çalışmamızda hastaların % 60.1'inde ilaç kullanımı mevcuttu, % 44,6'sı bir ilaç, % 15,5'i iki ilaç kullanıyordu ve bu ilaçlar içinde en sık kullanılanlar aspirin ve NSAİİ'di. Tüm hastaların ise % 33'ü aspirin ve % 19.6'sı NSAİİ kullanmaktaydı. Çalışmamızda Aspirin+NSAİİ kullanımı duodenal ülser ve gastrik ülser saptanan hastaların 40'ında (% 61) mevcuttu. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar mevcuttur. Güler ve ark. retrospektif, 221 olguluk çalışmalarında; olgularının % 49.8'inde aspirin, % 19.5'inde aspirin dışı NSAİİ kullanımı, % 43.4'ünde sigara, % 17.6'sında alkol alışkanlığı bulunduğunu bildirmiştir (6). Çalışmamızda sigara kullanan 92 hasta (% 62,2), alkol kullanan 35 hasta (% 23,6) mevcuttu.

Başvuru prezentasyonu incelendiğinde hematemez+melena birlikteliği, Kayaçetin ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, % 40.3, Aksöz ve ark.'nın serisinde % 50, 157 hastalık bir başka seride ise % 44.5 olarak bulunmuştur (5,11,12). Çalışmamızda bu oran % 33.8 olarak saptandı.

Akut üst GİS kanamalı hastaların yaklaşık % 80'inde kanama rekürrens olmaksızın spontan olarak durmaktadır (13). Mortalite ve morbidite, kanaması durmayan veya nükseden % 20'lik hasta popülasyonunda ortaya çıkmaktadır (13). 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 gereksinimi olması, rektal tuşede veya mide lavajında taze kan varlığı ve hematemezdir (14). Ayrıca nüks kanaması olan olgularda mortalite daha yüksektir (15). Nüks kanamayla sonuçlanabilecek yüksek riskli olguların erken dönemde saptanması ve yapılacak uygun tedavi ile bu olguların stabilize edilerek mortalitenin önlenmesi olasıdır.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak nüks kanaması olan olguların yaş ortalaması daha yüksek (65.2 yıl), ayrıca bu hastaların hastanede kalış süresi (ortalama 9.8 gün) ve transfüzyon gereksinimi (3.75 Ü) daha fazlaydı, ancak literatürle uyumsuz olarak geliş hemoglobin değerleri (11.8 gr/dl) daha yüksek bulundu. Daha da önemlisi nüks kanaması olan grupta ölüm oranı daha yüksekti, tekrar kanaması olan 28 hastanın 11'inde (% 39) ölüm görüldü. 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 (16). Çalışmamızda endoskopik lezyona göre tekrar kanama oranlarına bakıldığında 51 duodenal ülserinin 8'inde (% 15,6), 17 ösofagus varisinin 7'sinde (% 41), üst GİS endoskopi yapılamayan 28 hastanın 8'inde (% 28) tekrar kanama olmuştur.

Hastalarımızın Tablo 6'daki endoskopi sonuçları değerlendirildiğinde, duodenal ülser, gastrit, varis ve gastrik 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. Bozatalı ve ark.'nın çalışmasında, duodenal ülser sıklığı % 49.3, Aksöz ve ark.'nın çalışmasında ise % 40.3 bulunmuştur (17,12). Günşar ve Akarsu'nun çalışmalarında ise bu oran sırasıyla % 45 ve % 36.9'dur (4,18). Serimizde duodenal ülser sıklığı % 34,5 olarak saptandı. Özofageal varis sıklığı ise % 11,5 idi.

Kayaçetin ve ark.'nın çalışmasında, özofageal varis sıklığı % 21.2; Akarsu ve ark.'nın çalışmasında, % 11.1; Tuncer ve ark.'nın çalışmasında ise % 25 olarak saptanmıştır (5,18,19).

Endoskopide saptanan lezyonlar, nüks kanama oranı, transfüzyon gereksinimi ve hastanede kalış süresi açısından birbirleriyle karşılaştırıldığında, özofageal varisleri bulunan hastalarda nüks kanama oranı daha yüksek, hastanede kalış süresini ise daha uzun saptadık. Hastalarımızın % 77'si medikal tedaviyle taburcu olurken, % 12.2'si kaybedildi. Üst GİS kanama tanısı ile hastaneye başvuran hastaların yaklaşık % 10'u kaybedilmektedir (20).

Mortalite oranı, kanamanın nedeni ve eşlik eden diğer hastalıkların varlığına göre değişmektedir (21). Literatürde mortalite oranı; Rockall ve ark.'nın İngiltere'de 74 hastanede yapmış olduğu büyük bir çalışmada, mortalitenin % 0-29 arasında değiştiğini bildirmiştir (22). Üst GİS kanamada mortalite oranları farklı merkezlerde değişik oranlarda elde edilmektedir (23). Bunun nedeni olarak çalışmaların ihtisas merkezlerinde az sayıda olgu seçimi yüzünden belli özelliği olan hastaların olgularda yer bulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (23). Thomopoulos ve ark., kaybedilen tüm hastalarının sıklıkla koroner arter hastalığı, malignansi, serebrovasküler olay ve siroz gibi eşlik eden hastalıklarının olduğunu bildirmiştir (23). Aksöz ve ark.'nın çalışmasında % 7.4, Ünsal ve Şimşek'in çalışmalarında ise % 6 olarak saptanmıştır (12,24,25). Endoskopik tanılarla prognoz arasında ilişki saptanmadı.

Yapılan çalışmalarda cerrahiye verilen hasta oranı % 6-11 arasında değişmekteyken, bizde ise bu oran % 4.7 olarak bulundu (4,25,18). Hastalarımızın % 81.1'ine endoskopi uygulanmıştı. Nüks kanama ise % 18,9 olguda gelişmişti. Özellikle yüksek riskli endoskopik lezyonları olan hastalarda uygulanan endoskopik tedavi, medikal tedaviyle karşılaştırıldığında nüks kanama sıklığını, cerrahi gereksinimini ve mortaliteyi belirgin olarak azaltmaktadır (14). En sık kullanılan endoskopik tedavi seçenekleri arasında skleroterapi, heater prob termokoagülasyon, bipolar elektrokoagülasyon, lazer tedavisi ve argon plazma koagülasyon

yer almaktadır. Biz bu yöntemlerden ucuz, etkin, güvenilir, kolay uygulanabilir olması ve endoskopi laboratuvarımızda diğer yöntemlerin uygulanamaması nedeni ile skleroterapiyi (1/10000'lik epinefrin kullanılarak) tercih etmekteyiz. Kliniğimize üst GİS kanama ile yatırılan 148 hastanın 4'üne (% 2,7) skleroterapi, 4'üne (% 2,7) band ligasyonu dış merkezde uygulanmıştı. Endoskopik tedavi yöntemlerinin kullanım azlığı hastanemiz endoskopi ünitesinin teknik yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Skleroterapi yapılan hastalarda nüks kanama veya cerrahi gereksinimi ortaya çıkmamış ve bu hastalar medikal tedaviyle taburcu edilmişti.

## SONUÇ

Çalışmamızın sonuçları üst GİS kanama geçiren hastalarda, NSAİİ kullanımının ve tedavi yaklaşımının önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, özellikle 60 yaş üstündeki hastalarda NSAİİ başlanacaksa, beraberinde kesinlikle gastroprotektif tedavi de eklenmesi gerektiği düşüncesindeyiz. Üst GİS kanama geçiren hastaların tedavisinde ise, amaç öncelikle hemodinamik stabilitenin sağlanması olmalıdır, bunun için uygun replasman tedavisi yanında farmakolojik tedavi de başlanmalıdır. Özellikle mortalite ve nüks kanama açısından yüksek risk göstergeleri bulunan hastalara olabilecek en kısa zamanda endoskopi uygulanmalıdır. Özellikle ileri yaş ve ek hastalığı olan hastalar olmak üzere üst GİS kanamalı hastalar, yüksek mortalite oranı nedeniyle yoğun bakım koşullarında takip edilmelidirler. 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.

Peptik ülserlerin oluşumunda ana etiyolojik faktörler H.pylori, aspirin ve diğer NSAİİ kullanımıdır. Özellikle aspirin ve diğer NSAİİ'lerin gereksiz kullanımlarından kaçınılması, kullanılması gerekiyorsa dikkatli kullanılması ve riskli hastalarda gerekli önlemlerin alınması tıbbi bir zorunluluktur. Mortalitenin azaltılması için, kanama kontrolünün sağlanmasının yanında, eşlik eden diğer hastalıkların da dik-

katle tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle yaşlı ve ek hastalığı olan olguların, mortalite-leri yüksek olduğundan, yoğun bakım koşullarında izlenmeleri önerilir.

## KAYNAKLAR

1. Goldman E, Ausiello D, et al. Cecil Textbook of Medicine 22<sup>nd</sup> Edition, Chapter 133: Gastrointestinal Haemorrhage and Occult Gastrointestinal Bleeding David J. Bjorkman: 796.
2. Di Fiore F, Leclaire S, Merl V, et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: A comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2005; 6:641-7. <http://dx.doi.org/10.1097/00042737-200506000-00008>
3. Yenigün EC, Pirpir A, Aytan P ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2006; 5(2):116-122.
4. Günşar F, Akarca US, Yönetçi N, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 502 hastanın değerlendirilmesi. *Turk J Gastroenterol* 1997; 8:188-93.
5. Kayaçetin E, Polat E. Üst GIS kanamaları. *Genel Tıp Dergisi* 2003; 13:119-22.
6. Güler K, Vatansever S, Halıcı E. Üst gastrointestinal sistem kanamalarında klinik seyir üzerinde etkili faktörler. *Ulusal Travma Dergisi* 1997; 3:62-6.
7. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal Toxicity of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. *N Engl J Med* 1999; 340:1888-99. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199906173402407> PMID:10369853
8. Singh G, Triada Filopoules G. Epidemiology of NSAID induced gastrointestinal complications. *J Rheumatol* 1999; 26:18-24.
9. 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. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM200009213431202> PMID:10995862
10. Garcia-Rodriguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1994; 343:769-72. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)91843-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)91843-0)
11. Demir M, Dede F, Arhan M, ve ark. İnatçı ve tekrarlayan üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda klinik risk faktörleri. *Gastroenterohepatoloji* 2003; 14:32-9.
12. Aksöz K, Ünsal B, Akyol Z, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. *Turk J Gastroenterol* 1995; 6:262-4.
13. Line L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994; 331: 717-21. *Ann Intern Med* 2003; 139:843-57. PMID:14623622
14. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003; 139(10):843-85 *Endosc* 1999; 50:755.
15. Guglielmi A, Ruzzenente A, Sandri M, et al. Risk assessment and prediction of rebleeding in bleeding gastroduodenal ulcer. *Endoscopy* 2002; 34:778-86. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2002-34261> PMID:12244498
16. 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. PMID:15492910
17. Bozatlı L, Yerdel MA, Karayağın K, ve ark. 322 Üst gastrointestinal sistem kanama olgusunun retrospektif ve acil diyagnostik endoskopisi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1991; 7:15-20.
18. 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.
19. Tuncer İ, Uygan İ, Türkdoğan MK. Akut üst gastrointestinal sistem kanamalı olgularımızın demografik özellikleri ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi* 2001; 8:113-6.
20. Ökten A. Gastroenterohepatoloji. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamaları. Mungan Z.: 2001: 75-87.
21. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, et al. İç Hastalıkları: 2003: Bölüm 9: Gastrointestinal Kanamalar, Gönen Ö, Okan A.: 1661-9.
22. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1996; 347:1138-40. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)90607-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(96)90607-8)
23. Thomopoulos K, Vagenas K, Vagianos C, et al. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during last 15 years. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2004; 16:177-82. <http://dx.doi.org/10.1097/00042737-200402000-00009>
24. 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.
25. Şimşek Z, Harzadın T, Yıldırım İS. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 161 hastanın değerlendirilmesi. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 2003; 9:675-80.