



MASIF ALT GASTROİNTESTİNAL KANAMA OLGUSUNA ALTERNATİF BİR YAKLAŞIM*

Selahattin VURAL¹, Nimet SÜSLÜ¹, Barış TÜZÜN¹, Turgay ERGİNEL¹

Yetişkinlerde masif alt gastrointestinal kanamaların en sık nedeni divertiküler hastalık ve anjiyodisplazilerdir. Tanıda endoskopi, sintigrafi ve anjiyografi yardımcıdır. Hemodinamik stabilite sağlanamayan olgularda, kanama odağı belirlenerek segmenter rezeksiyon yapılması günümüz tedavi yöntemidir. Masif alt gastrointestinal kanama nedeni ile laparotomi ve sağ hemikolektomi yapılan olgumuzu sunduk.

Anahtar kelimeler: Alt gastrointestinal kanama, divertiküloz, endoskopi

AN ALTERNATIVE APPROACH TO A MASSIVE LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING CASE

In adults massive lower gastrointestinal bleeding is most often caused by diverticular disease and angiodysplasia. Endoscopy, scintigraphy and angiography are helpful tools in diagnosis. In hemodynamically unstable cases, bleeding site should be localized and segmental resection should be performed. We presented a case of massive lower gastrointestinal bleeding to whom laparotomy and right hemicolectomy was applied.

Keywords: Lower gastrointestinal bleeding, diverticular disease, endoscopy

Alt gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları Treitz ligamenti distalindeki intestinal kanalda meydana gelen kanamaları simgeler. Kanama okült ya da masif olabilir¹. Yetişkinlerde en sık alt GİS kanama nedeni divertiküler hastalık (%40) olup, bunu anjiyodisplaziler izlemektedir (%20). Diğer nedenler arasında neoplastik hastalıklar, mukozal enflamasyon, iskemik kolit yer alır¹⁻⁴. Günümüzde gelişmiş tanı yöntemlerine rağmen masif alt GİS kanamalarda tanı ve tedavi halen büyük bir problem olup mortalite %40'lara ulaşmaktadır⁵. Biz de masif alt GİS kanamaya neden olan bir divertiküloz olgusuna yaklaşımımızı irdeledik.

OLGU

Seksen yaşında erkek hasta bol miktarda rektal kanama şikayeti ile Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde rektal tuşede bol miktarda gaita ile karışık kırmızı kan dışında bir özellik yoktu. Nazogastrik sonda takıldı, hemoraji gözlenmedi. Hemodinamisi bozuk olan hastanın hemoglobin değeri 6 mg/dl idi. Hastaya 4 ünite tam kan transfüze edildi ancak hemodinamik stabilite sağlanamadı. Teknik imkansızlıklar nedeni ile tanı amaçlı anjiyografi ya da sintigrafi yapılamadı. Hastanemizde acil koşullarda endoskopi günün belirli saatlerinde yapılamamakta olduğundan kolonoskopi denenemedi. Operasyon kararı alındı.

Yapılan eksplorasyonda tüm kolonun hemoraji ile dolu olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine kanamanın yerini tespit etmek amaçlı apendektomi yapılarak, apendiks güdüğünden izotonik verildi ve tüm kolon yıkandı. Transvers kolona, medial kolik arterin distaline barsak klempsi kondu. Sol kolonda renk değişimi olmadığı, sağ kolonun şişerek içinin hemoraji ile dolduğunun gözlenmesi üzerine kanamanın

sağ kolonun herhangi bir noktasından kaynaklandığı düşünüldü ve genişletilmiş sağ hemikolektomi yapılarak uç ileostomi ve müköz fistül uygulandı. Hasta ameliyat sonrası 7. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu hepatic fleksurada divertiküler hastalık olarak geldi.

TARTIŞMA

Rektal kanama şikayeti ile başvuran bir hastada öncelikle iyi bir anamnez ile kanamanın miktarı ve şiddeti belirlenir. Fizik muayene ile vital bulgular değerlendirildikten sonra üst GİS kanama ekarte edilir. Rektal muayene ile kanamaya neden olabilecek patoloji araştırılır³.

Masif alt GİS kanama özellikle yaşlılarda yüksek mortalite ile seyredir⁵. Bu nedenle iyi bir resüsitasyon sonrası tanı endoskopi, anjiyografi ya da sintigrafi ile konmalıdır^{1,2}. Kanamanın %40'ında neden divertiküler hastalıktır. Divertiküller sıklıkla sigmoid kolonda yerleşirken (%90) kanama genellikle sağ kolondan kaynaklanmaktadır. Divertikül kanaması %90 kendiliğinden durur. Masif kanamalarda cerrahi gerekebilmektedir^{1,2,4}. Alt GİS kanamaların %20-22'si cerrahiye gerek duyar⁶.

Resüsitasyon sonrasında teşhiste ilk sırada kolonoskopi yer alır; ancak hemodinamik stabiliteyi bozan masif alt GİS kanamalarda kanama odağı anjiyografi ya da sintigrafi ile belirlenmeli ve sonrasında segmenter rezeksiyon yapılmalıdır^{4,7}. Olgumuzda anjiyografi ya da sintigrafi yapma olanağı olmadığı için resüsitasyon sonrası direkt laparotomiye karar verdik. Bu tür olgularda kanama yeri önceden belirlenmemiş ise subtotal kolektomi ön planda düşünülmektedir; ancak bu da %50 mortalite ile seyretmektedir^{2,4,7}. Biz de olgumuzda laparotomi

*25-28 Eylül 2003 tarihinde Kayseri'de yapılan IV. Bölgesel Travma ve Acil Cerrahi Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği



esnasında apendiks güdüğünden kolon yıkandıktan sonra klemlenerek kanama bölgesinin belirlenebileceğini ve subtotal kolektominin getireceği ek morbidite ve mortaliteden hastayı koruyabileceğimizi göstermiş olduk.

Her ne kadar tanı için algoritmayı adım adım takip etmediyse de doğru olan kolonoskopi, anjiyografi ya da sintigrafi ile kanama odağını belirledikten sonra laparotomi yapmaktır.

Sonuç olarak; masif alt GİS kanama olgularında hemodinamik stabilite sağlanamıyorsa sintigrafi ya da anjiyografi ile kanama odağı belirlenmeli ve segmenter rezeksiyon yapılmalıdır. Kanama odağı belirlenemiyorsa laparotomi yapılarak eksplorasyon sonrası rezeksiyonun genişliğine karar verilmelidir. Subtotal kolektomi son aşamada düşünülmelidir. Bu amaçla ameliyat esnasında tanıyı koymak amaçlı apendiks güdüğünden kolonun yıkanması ve klempajı etkin bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Anand AC, Patnaik PK, Bhalla VP, Chaudhary R, Saha A, Rana VS. Massive lower intestinal bleeding: A decade of experience. *Trop Gastroenterol* 2001; 22(3): 131-4.
2. Buttenschoen K, Buttenschoen DC, Odermath R, Beger HG. Diverticular disease-associated hemorrhage in the elderly. *Langenbecks Arch Surg* 2001; 386(1): 8-16.
3. Bono MJ. Lower gastrointestinal tract bleeding. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14(3): 547-56.
4. Keller P, Marescaux J. Colonic diverticular haemorrhage. *Rev Prat* 1995; 45(8): 983-9.
5. Guloglu R, Ertekin C, Alimoglu O, Taviloglu K, Akyildiz H. Massive lower gastrointestinal bleeding in the elderly. *Ulus Travma Derg* 2002; 8(4): 202-8.
6. Bannura G, Barrera A, Melo C, Contreras J, Soto D. Lower gastrointestinal bleedings: Results of a study and surgical treatment in 20 patients. *Rev Med Chil* 2002; 130(8): 869-78.
7. Parkes BM, Obeid FN, Sorensen VJ, Horst HM, Fath JJ. The management of massive lower gastrointestinal bleeding. *Am Surg* 1993; 59(10): 676-8.