

## ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI (58 OLGUNUN İNCELENMESİ)

### UPPER GASTROİNTESTİNAL HAEMORRHAGE

Dr.Rıza KÜPELİOĞLU Dr.Salih SELMAN Dr.Servet KARAHAN Dr.Davut AYDEMİR Dr.Yaşar AYDIN\*

**ÖZET:** 1990-1994 yılları arasında Haseki Hastanesi'nde cerrahi tedavi uygulanan üst Gastrointestinal Kanamalı 58 olgu retrospektif incelendi. Bulgu ve sonuçlar literatürdekilerle karşılaştırılarak değerlendirildi. Yaşlılarda, gecikmiş olgularda ve yeterince resüsite edilmeden ameliyata alınanlarda mortalitenin daha yüksek olduğu gözlemlendi.

**SUMMARY:** 58 cases with upper gastrointestinal haemorrhage treated surgically at Haseki Hospital from 1990 through 1994 have been investigated being compared with datas in recent literature. Mortality was observed to be higher in patients who are old, delayed and not resuscitated adequately.

Üst gastrointestinal sistem (ÜGIS) kanamaları günümüzde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. ÜGIS kanamalarında global mortalite halen %10 civarındadır ve %15-20'sine cerrahi girişim gerekmektedir (1,2,3,4). Yaşlılık, massif transfüzyon ve şok mortaliteyi yükseltmektedir (1,2,3). Hızlı ve dinamik resüsitasyonu takiben erken opere edilen olgularda %5'ten daha düşük bir mortalite bildirilmektedir (5,6).

Kliniğimizde son 4 yıl içinde cerrahi Kliniği'nde 1990-1994 yılları arasında 34 erkek, 24 kadın olmak üzere toplam ÜGIS kanamalı hasta tedavi edilmiştir (Tablo-I).

Hastaların 14 (%25)'ü doğrudan kliniğimize başvurmuş, diğerleri (%75) İç Hastalıkları Kliniklerinden alınmıştır.

Tüm hastalara ortalama olarak; preoperatif 4.75, perioperatif 2.25 ve postoperatif 1.75 ünite kan transfüzyonu yapılmıştır (Tablo-II).

Cerrahi tedavi olarak; 2(%3.4) hemostaz (yalnız transfüzyon sütürü), 24(%41.2) bilateral trunkal vagotomi (BTV) + pıloroplasti, 16(%27.7) BTV+gastrojejunostomi 12(%20.7) BTV+antrektomi, 3(%5.1) subtotal distal gastrektomi ve 1(%1.7) total gastrektomi uygulanmıştır (Tablo-III).

Haseki Hastanesi II. Cerrahi Kliniği

Yazışma Adresi: Dr.Rıza Küpelioğlu

Haseki Hastanesi II. Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Tablo-I: Yaş ve cins dağılımı**

	Erkek	Kadın
Hasta sayısı	34	24
Ortalama yaş	50.7(16-86)	57.5 (28-84)

**Tablo-II: Kan transfüzyonu (ortalama)**

	Sayı
Ameliyat öncesi	4.75 Ünite
Ameliyat esnasında	2.75 Ünite
Ameliyat sonrasında	1.75 Ünite

**Tablo-III: Tedavi yöntemleri**

	Sayı	%
Transfüzyon sütürü (yalnız)	2	3.4
BTV+ Pıloroplasti	24	41.2
BTV + Gastrojejunostomi	16	27.2
BTV + Antrektomi	12	20.7
Subtotal Distal Gastrektomi	3	5.1
Proksimal Gastrik Vagotomi	0	
Total Gastrektomi	1	1.7
Toplam	58	100

### BULGULAR VE SONUÇLAR

Kanama nedeni olarak; 30(%51.4) duodenal ülser, 12 (20.7) mide ülseri, 7(%12) akut eroziv gastrit, 6(%10.3) mide CA saptandı. 2(%3.4) olguda kanama diğer nedenlere bağlıdır ve 1(%1.7) hastada da neden bulunamamıştır (Tablo-IV).

Ameliyat sonrası dönemde; 3(%5.1) olgu yeniden kanamıştır. Bunların 1(%1.7)'ine ikinci operasyon uygulanmıştır (Tablo-V). İlk operasyonda kanama nedeni saptanamayan bu olguda sentetik aort grefinin duodenum 3. kıtasına açıldığı gözlenmiş ve hasta operasyon sırasında kaybedilmiştir. Ayrıca toplam 14 hastada çeşitli cerrahi komplikasyonlar gelişmiş, total morbidite %29.3 (17 olgu) bulunmuştur. Biri perioperatuar olmak üzere toplam 13 hasta kaybedilmiş, mortalite oranı %22.5 bulunmuştur (Tablo-V).

Hastalar ortalama olarak; ameliyat öncesinde 3.1 (0-6), ameliyat sonrasında 11.4 (7-64) gün hastanede kalmıştır. En uzun süre (64) duodenal stumfu atan bir BTV + antrektomili duodenal ülser olgusuna aittir (Tablo-VI).

**Tablo-IV: Kanama nedenleri**

	Sayı	%
Duodenal Ülser	30	51.4
Mide Ülseri	12	20.7
Akut eroziv gastrit	7	12.1
Özefagus varisi	0	
Mide Ca	6	10.3
Diğer	2	3.4
Kaynağı saptanamayan	1	1.7
<b>Toplam</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Tablo-V: Prognoz**

	Sayı	%
Ameliyat sonrası kanama	3	5.1
İkinci operasyon	1	1.7
ARDS	1	1.7
Diğer komplikasyonlar	14	25
Mortalite	13	25.2
<b>Toplam</b>	<b>58</b>	

**Tablo-VI: Yatış süreleri**

	Süre
Ameliyat öncesi	4.1 gün
Ameliyat sonrasında	11.4 gün

### TARTIŞMA

ÜGIS kanamalarının en sık nedenleri sırasıyla; peptik ülser (daha çoğu duodenal ülser), akut eroziv gastrit ve özefagus varisleridir (1,2,7). Serimizde en sık neden (%51.4) duodenal ülserdir. Bunu mide ülseri ve akut eroziv gastrit izlemekte, özefagus varisli olgu bulunmamaktadır (Tablo-IV).

Son yıllarda endoskopideki gelişmelerle kanama nedeni birçok olguda erken saptanabilmekte, uygun olanlarda da tedavi edilebilmektedir (5,6,8).

Medikal tedavide; antasitler, sukralfat, H2 reseptör antagonistleri, somatostatin ve misoprostol kullanılmaktadır. Bu ilaçların başta varis kanamaları ve tekrarlayan kanamalar olmak üzere bir çok olguda etkin olmadığı bilinmekte, ancak cerrahiye hazırlık aşamasında yararlı olabileceği düşünülmektedir (9,10,11).

ÜGIS kanamalarının tedavisinde çeşitli stratejiler uygulanmaktadır. Cerrahi girişim için genelde kabul edilen 2 temel endikasyon massif kanama ve tekrarlayan kanamalardır (1,12,13). Birmingham protokolüne göre; 60 yaş üzerinde 4 ünite transfüzyon gerektiren veya 1 yeniden kanama atağı geçiren olgulara, 60 yaş altında ise 8 ünite transfüzyon gerektiren veya 2 yeniden kanama atağı geçiren olgulara cerrahi girişim önerilmektedir (14,15). Kliniğimizde de bu endikasyonların dışına pek çıkılmamıştır.

Tedavi yöntemleri içinde BTV+antrektominin kanamayı daha iyi durdurduğu, ancak morbidite ve mortalitesinin BTV + pyloroplastiye oranla yüksek olduğu izlenmiştir. Serimizde global olarak %22.5 bulunan mortalite oranı; yaş esas alındığında 40 yaş üzerindekielerde %34.2 (12/35), 40 yaş altındakilerde ise %4.3 (1/23) olarak hesaplanmıştır. Buradan bizim koşullarımızda da yaşın mortaliteyi en çok etkileyen bir faktör olduğu ve yaşlı olgularda erken cerrahi girişim yönünden daha agresif olunması gerektiği kanısına varıldı.

Serimizdeki mortalite, tedavi yöntemlerine göre hesaplandığında; BTV+drenaj grubunda %15 (6/40), BTV+antrektomi grubunda %32.5 (4/12), subtotal distal gastrektomilerde %66.6 (2/3) ve total gastrektomi için %100 (1/1) olarak bulundu.

Serimizdeki bulguların literatürdekilere genelde uyduğu gözlemlendi. Yaşlılık, şok ve tekrarlayan kanama mortaliteyi yükselten faktörler olarak kabul edildi. ÜGIS kanamalarında, morbidite ve mortalitesi daha düşük olan BTV+drenaj'ın uygun bir girişim olduğu kanısına varıldı.

KAYNAKLAR

1. Çakmakçı M, Sayek İ, Haberal M, Hersek E: Üst gastrointestinal kanamalarda cerrahi tedavi, *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 1: 19-24, 1985.
2. Broughan TA, Vogt DP: Upper gastrointestinal bleeding: a review, *Cleveland Clinic Quarterly*, 49: 97-105, 1982.
3. Grossman MI (Moderator) : Peptic ulcer: New therapies. new diseases (UCLA Confrence), *Annals of Internal Medicine*, 95: 609-627, 1981.
4. Marshall JB: Management of acute upper gastrointestinal bleeding, *postgraduate Medicine*, 71: 149-158, 1982.
5. Watson RGP, Porter KG: An audit of hospital admissions for acute upper gastrointestinal haemorrhage, *Ulster Med J* 58: 140-144, 1989.
6. Duggan JM: Haematemesis patient should be managed in special units. *Med J Aust* 144: 247-250, 1986.
7. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, persing J: The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. I. Study desing and baseline data. *Gastrointest Endosc* 27: 73-79, 1981.
8. Sacks HS, Chalmers TC, Blum AL, Barrier J: Endoscopic hemostasis. An effective therapy for bleeding peptic ulcers. *JAMA* 264: 494-499, 1990.
9. Walt RP, Cottrel J, Mann SG, Freemanle NP: Continuous intravenous famotidine for haemorrhage from peptic ulcer. *Lancet* 340: 1058-1062, 1992.
10. Daneshmend TK, Hawkey CJ, Lanman MJ, Logan RF: Omeprazole versus placebo for acute upper gastrointestinal bleeding: randomised double blind controlled trial. *Br Med J* 304: 143-147, 1992.
11. Christiansen J, Ottenjann R, VonArx F: Placebo-controlled trial with the somatostatin analogue SMS 201-995 in epitic ulcer bleeding. *Gastroenterology* 97: 568-574, 1989.
12. Crook JN, Gray LW, Nance FC, Cohn I: Upper gastrointestinal bleeding, *Annals of surgery* 175: 771-779, 1972.
13. Donahhue PE, Nyhus LM: Massive upper gastrointestinal haemorrhage, in: Nyhus L, M.L.M. Wastell C *Surgery of the stomach and duodenum*, Little, Brown and Company, Boston, 3.ed: 405-439, 1977.
14. Wheatley KE, Snyman JH, Brearley S, Keighley MR: Mortality in patients with bleeding peptic ulcer when those aged 60 or over are operated on early. *Br Med J* 301: 272, 1990.
15. Anonymous. Guidelines for good practice in and audit of the management of upper gastrointestinal haemorrhage. eport of a joint working group of the British Society of Gastroenterology, the Research Unit of the Royal College of Physicians of London and the Audit Unit of the Royal College of Surgeons of England. *JR Coll Physicians Lond* 26: 281-289, 1992.
16. Grime RT: Gastroduodenal hemorrhage, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 61: 123-131, 1979.

Üst gastrointestinal kanama, akut ve kronik peptik ülser, duodenal ülser, gastroduodenal divertikül, varis, ateroskleroz ve diğer nedenlerle oluşur. Kanama şiddeti, lokalize olması ve hastanın genel durumu tedavi yaklaşımını belirler. Kanama şiddetli ve yaygın ise endoskopik tedavi başarısızlığında cerrahi müdahale gerektirir. Kanama lokal ve hafif ise endoskopik tedavi yeterli olabilir. Kanama şiddetli ve yaygın ise endoskopik tedavi başarısızlığında cerrahi müdahale gerektirir. Kanama lokal ve hafif ise endoskopik tedavi yeterli olabilir.

Üst gastrointestinal kanama, akut ve kronik peptik ülser, duodenal ülser, gastroduodenal divertikül, varis, ateroskleroz ve diğer nedenlerle oluşur. Kanama şiddeti, lokalize olması ve hastanın genel durumu tedavi yaklaşımını belirler. Kanama şiddetli ve yaygın ise endoskopik tedavi başarısızlığında cerrahi müdahale gerektirir. Kanama lokal ve hafif ise endoskopik tedavi yeterli olabilir. Kanama şiddetli ve yaygın ise endoskopik tedavi başarısızlığında cerrahi müdahale gerektirir. Kanama lokal ve hafif ise endoskopik tedavi yeterli olabilir.