

Ust Gastrointestinal Sistem Kanamaları (38 Vakanın İncelenmesi)

Dr. Aydın BİLGİN, Dr. Muammer KARAAYVAZ, Dr. Osman DOĞRU, Dr. Nuri Aydın KAMA

Özet: Üst Gastrointestinal Sistem (ÜĞİS) kanamaları acil cerrahide sık karşılaşılan sorunlardan birisidir. Bu nedenle Acil cerrahi Kliniğinde şiddetli ÜĞİS kanaması olan 38 hasta çalışmaya konu edildi. 28 hasta erken dönemde ameliyat edildi. 10'u ise değişik nedenlerden dolayı tıbbi tedaviye alındı. Şiddetli ÜĞİS kanaması olan vakalarda; özellikle tekrarlayan kanamalarda ve yaşlı hastalarda kanayan damarın aterosklerotik olması yönüyle kendiliğinden hemostazın sağlanamayacağı düşünülmesiyle hemodinamik denge bozulmadan, erken dönemde radikal cerrahi girişim uygulanmalıdır.

Summary: UPPER GASTROINTESTINAL TRACT BLEEDING (EVALUATION OF 38 PATIENTS)

Upper Gastrointestinal bleeding is one of the problems which is frequently seen in surgery. So, 38 patients with extensive upper gastrointestinal bleeding were studied. Of these patients, 28 of them were operated in an early period. 10 of them had medical therapy due to several reasons. As a result, for the patients with extensive upper gastrointestinal bleedings, especially in cases who have repeating bleedings & old ones, considering the fact that the bleeding vessels are usually atherosclerotic & the hemostasis of these vessels can not be performed by the vessel itself, a radical surgery should be considered in an early period before the hemodynamic balance is not disturbed.

Anahtar Kelimeler: Üst Gastrointestinal kanamaları, Tedavi

Key Words: Upper Gastrointestinal Bleeding, Therapy

Üst gastrointestinal sistem (ÜĞİS) kanamaları acil cerrahide sık karşılaşılan sorunlardan birisidir. Bu kanamalara bağlı morbitite ve mortalite oranları değişik serilerde farklı olarak bildirilmekle %10-20 arasında değişmektedir (1,2,3,4,5). Peptik ülser kanamaları ÜĞİS kanamaları arasında en sık görülen nedenlerden biridir (2,3,4,5). Tüm ÜĞİS kanamalarının tekrarlama insidansı %23-32 olarak rapor edilmektedir (6,7). Bu oran peptik ulkus kanamalarında daha da yüksektir ve tekrarlayan kanamalar şiddetli olma eğilimindedir.

Daha önce yapılan çalışmalarda farklı tıbbi ve cerrahi yaklaşımlar uygulanmış ve gelmiştir (8,9). Bazı yazarlar medikal tedaviye öncelik verip cerrahi girişimi geciktirirken, diğer bir grup yazar ise masif ÜĞİS kanamalarında erken dönemde cerrahiye savunmaktadırlar (1,10).

Bu çalışmada Numune Hastanesi Acil Cerrahi Kliniğinde ÜĞİS kanaması nedeniyle tetkik ve tedavi edilen hastalar prospektif olarak incelenmiştir. Bu vakalarda erken dönemde uygulanan cerrahi girişimin etkinliği değerlendirilmiş, literatürde bildirilen vakalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

MATERYAL ve METOD

Nisan 1990-Temmuz 1991 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi Acil Cerrahi Kliniğinde şiddetli ÜĞİS kanaması olan 38 hasta çalışmaya konu edildi. Alt GİS kanamaları çalışma dışı tutuldu. Ayrıca poliklinikten takip edilen veya sadece subjektif kanama tarif edip tıbbi tedavi uygulanan ÜĞİS kanama vakaları incelenmeye alınmadı.

Hastalar acil yoğun bakıma alındıktan sonra; damar yolu açıldı. İdrar sondası ve nazogast-

Tablo I: Yaş Dağılımı

	Vaka Sayısı	%
20 Yaş	4	10,5
21-40	18	47,3
41-60	11	28,9
61 Yaş	5	13,1
Toplam	38	100

Tablo II: Kanama Nedenleri

	Vaka Sayısı	%
Duodenal ülser	23	60,5
Gastrik ülser	3	7,8
İlaç kullanımı	3	7,8
Hemorajik antral gastrit	2	5,2
Özefagus varis kanaması	2	5,2
Stress ülseri	1	2,6
Bilinmeyen	4	10,5
Toplam	38	100

rik tüp takıldı. Buzlu su ile irrigasyon yapıldı. Kan transfüzyonlarına başlandı. Her bir hastaya 3-18 ünite arasında kan transfüzyonu yapıldı. Nabız sayısı 100/dk üstündeki değerler taşıkardi, sistolik kan basıncının 90 mmHg'nın altındaki ölçümler hipotansiyon olarak değerlendirildi. Vakaların kan kayıpları sık tekrarlanan kan ölçümleri (Hb,Hct gibi) ile takip edildi.

BULGULAR

38 vakanın 32'si (84,2) erkek ve 6'sı (%15,7) kadındı. Yaş dağılımı 17 ile 72 arasında değişiyordu yaş ortalaması 40,5 idi (Tablo 1). En sık başvurma nedenleri 17 vakada hematemez ile birlikte olan melena, 10 vakada sadece hematemez, 13 vakada ise sadece melena idi.

Fizik muayenede 13 vakada taşıkardi; 12 vakada solukluk 8 vakada hipotansiyon, karın hassasiyeti ve diğer nonspesifik bulgular saptandı.

Yine vakaların hikayesinden 18'inde ilk kez, 7'sinde 2. kez, 6'sında 3. kez ve 5'inde 4 veya 5 kez ÜGİS kanaması geçirmiş oldukları öğrenildi. 4 hastada daha önce ÜGİS kanaması

nedeniyle başka bir merkezde cerrahi girişim uygulanmıştı. Ancak bu vakalardan daha önce geçirdiği cerrahi operasyon hakkında ayrıntılı bilgi alınamadı. Vakalarımızın 18'i daha önce ülser hastalığı nedeniyle H₂ reseptör antagonisti kullanmıştı.

Bizim serimizde 3 vakada kanamayı başlatan sebep olarak ilaç alımı (Aspirin ve Antiromatizmal ilaçlar) hikayesi vardı. Diğer kanama nedenleri ve lokalizasyonları Tablo 2'de özetlenmiştir.

30 vakada endoskopi yapılırken 6 vakada değişik nedenlerle (genel durumun kötü olması, cerrahi öncesi yeterli zaman olmaması v.s) endoskopi uygulanamadı. Endoskopik incelemede; 23 vakada duodenuma lokalize ülserin varlığı saptandı. Bunların 7'si aktif kanama gösteriyordu. Ayrıca 2 vakada hemorajik antral gastrit, 3 vakada gastrik ülser, 2 vakada pilor darlığı mevcuttu. Gastrik ülserli vakalardan alınan endoskopik biopsi materyalinin 2'sinde tümör tespit edildi.

28 hasta erken dönemde ameliyat edildi. 10'u ise değişik nedenlerden dolayı tıbbi tedaviye alındı. Bu 10 vakanın 6'sına cerrahi girişim önerilmesine rağmen hastalar cerrahi yaklaşımı kabul etmedi. Bu 10 vakadan biri 30 yaşında erkek hastaydı ve bilinen Hemofili A hastalığı vardı. Bu hasta taze kan ve plazma tranfüzyonu ile kombine edilen tedavi yanında endoskopik koterizasyon uygulanarak kanaması kontrol altına alındı.

Operasyona alınan vakaların tamamına operasyon öncesi 3 ila 5 ünite taze kan verildi. Buna rağmen kanama devam ettiği ve genel durum dahada kötüleştiği için acil operasyona karar verildi ve hastalar hemen ameliyata alındılar. Acil operasyon endikasyonları Tablo 3'de verilmiştir. Bu şekilde kanama halindeki 10 hastaya hemen müdahalede bulunuldu. 7'sinde duodenal ülser kanaması nedeniyle kanayan bölgeye primer sütür+Bilateral Trunkal Vagotomi+piloroplasti ameliyatı yapılırken 1 vakada hemorajik antral gastrit nedeniyle hemigastrektomi uygulandı. 2 vakamızda masif ÜGİS kanaması nedeniyle acil dahiliye kliniğinden alınmıştı. Bu hastalara

Tablo III: Acil Operasyon Endikasyonları

Hemodinamik stabilitenin sağlanması için fazla miktarda kan transfüzyonu (örnek 5 ü/24 saatin üzerinde) gerektiren şiddetli kanama

Masif kanamanın, durduktan sonra, tıbbi tedaviye rağmen tekrarlaması

Kanama ile birlikte perforasyonun mevcudiyeti
Penetre ülserle bağlı masif kanama
Transfüzyon için yeteri kadar kan bulmada güçlük
Tıbbi tedavinin yürütülmesinde teknik imkansızlık
40-55 yaşındaki şahıslarda kronik mide ülserine bağlı masif kanama
Daha önce bir kaç masif kanama geçirilmiş olması
Sebebi belli olmayan masif kanamalar

Tablo IV: Cerrahi Yaklaşımlar

	Vaka Sayısı	%
BTV+BII	15	53,5
BTV+piloroplasti	7	25
Total gastrektomi	2	7,1
Hemigastrektomi	1	3,5
Eksploratif laparotomi	2	7,1
Porto kaval şant	1	3,5
Toplam	28	100

acil operasyon girişiminde bulunuldu ve özefagus varis kanaması olduğu gözlemlendi. Bir hasta operasyon anında eks olurken portal basıncı çok yüksek olan diğer hastamıza portokaval şant operasyonu yapıldı. Hasta post operatif 10. gün taburcu edildi.

Diğer vakalarda hasta stabil hale gelmesine rağmen bizi operasyona yönelten sebep; hastaların hepsinin 2 veya daha fazla kanama geçirmeleriydi. Bu şekilde stabil hale gelen 18 hasta operasyona alındı. Yapılan ameliyat türleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

Kontrol muayenelerinde; cerrahi tedavi uygulanan vakaların hemen tamamında başarılı sonuçların alındığı tespit edildi. Bir vaka operasyondan sonra tekrarlayan ÜGİS kanamasıyla tekrar müracaat etti. Bu hastaya Biletral Trunkal Vagotomi+Finney piloroplastisi uygulanmıştı. Yapılan endoskopik incelemede kanama odağı tespit edilemedi. Zinetics Graphprobe pH meter ile yapılan vagotomi kontrolünde vagotomisinin komplet olduğu saptandı. (Hasta 12 saat aç bırakıldıktan

sonra özel test yemeği verildi. Daha sonra 18F Gastrik pH sump kateteri yutturularak ölçüm sağlandı).

Gözleme alınan hastalar 3 aylık kontrollere gelmek üzere taburcu edildi.

Cerrahi tedavi gören 2, medikal tedavi gören 2 hasta olmak üzere toplam 4 hasta eksitus olmuştur. Bu hastaların biri hariç yaşları 60 ve üstü idi. Genç olan bir hastada ilave olarak genel vücut travması ve buna bağlı bilateral subdural hematoma vardı. Bu hastaya kanama halinde total gastrektomi yapıldı ve patoloji sonucu taşlı yüzük hücreli karsinoma geldi. Bir hastada kalp yetmezliği, bir hastada batında asit ve kanama diyatezi vardı. Diğer 4. hasta ise Hemofili A'lı hastaydı.

TARTIŞMA

ÜGİS kanamalarında en sık karşılaşılan etyolojik nedenler; peptik ulkus, eroziv gastritis, gastrik ülser ve özefajial varislerdir. Bunların görülme insidansı farklı serilerde değişik olarak bildirilmektedir (1,4,6). Larson ve arkadaşlarının (1) 115 vakalık serisinde %41 vakada kanama odağı gastritisdir. Diğer odaklar sırasıyla %16 vakada gastrik ülser, %13 vakada duodenal ülser ve %11 vakada özefajial varislerdir.

Bizim çalışmamızda en sık kanama odağı %60,5 vakada duodenal ülser, %7,8 vakada gastrik ülser, %7,8 vakada ilaç kullanımı, %5,2 vakada özefagus varis kanaması, %5,2 vakada hemorajik antral gastrit, %2,6 vakada stres ülseri idi. %10,5 vakada kanama odağı tespit edilemedi.

Bizim serimizde kanama nedenlerinin literatürden farklı sıralanmasının sebebi, acil cerrahi kliniğine teşhisleri konan belirli hasta grubunun müracaat etmesi ve acil cerrahi kliniğinin yetersiz imkanları ile açıklanabilir. Tüm hastalarımıza Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Kliniğinden randevu alınarak ve acil şartlarda hastayı nakletmek suretiyle endoskopik inceleme yapılabilmektedir. Bunun yanında sözkonusu diğer serilerin yapıldığı yerlerde endoskopik her türlü teşhis ve

tedavi ünitelerine sahip olmalarına bağlanabilir. Bu şekilde cerrahi tedavi gerektirmeyen birçok ÜGİS kanama vakaları serilerine dahil olmaktadır (1,8,9,10).

Endoskopik incelemede %90-92 oranında kanama odağının bulunabildiği belirtilmekte ve endoskopik korterizasyonun önemi vurgulanmaktadır (1,10). Bizim çalışmamızda endoskopi yapılan 30 vakanın 7'sinde aktif kanama odağı belirlenmiştir. Endoskopik koterizasyon bir hastaya uygulanmıştır.

ÜGİS kanamalarında morbitite ve mortaliteyi etkileyen en önemli etkenler; yaş, birlikte olan sistemik hastalıklar, tekrarlayan kanama olup olmadığı ve tekrarlayan kanamaları provoke eden faktörlerdir (stress, ilaç v.s)

Literatürde yaş yükseldikçe morbitite ve mortalite oranlarının arttığı bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda eksitus olan 4 vakadan

3'ünün 60 yaşının üstünde ve genel durumlarının bozuk olması ve sistemik hastalıklardan ileri geldiği düşünüldü. Vakalarımızdan 3'ünde kanamayı başlatan sebep ilaç alımı idi.

Sonuç olarak şiddetli ÜGİS kanaması olan vakalarda; özellikle tekrarlayan kanamalarda ve yaşlı hastalarda kanayan damarın aterosklerotik olması yönüyle kendiliğinden hemostazın sağlanamayacağı düşüncesiyle hemodinamik denge bozulmadan, erken dönemde radikal cerrahi girişim uygulanmalıdır. Cerrahi tedavi düşünülen vakalarda, cerrahi öncesi kanama odağının bilinmesi yönünden endoskopi yapılmalıdır. Abondan kanamanın olduğu vakalarda acil radikal cerrahi müdahale yapılması gerektiği kanısındayız.

Cerrahi teknik olarak her vaka kendi içinde değerlendirilmeli, kanama odağı bulunup hemostaz yapıldıktan sonra primer patolojiye yönelik efektif cerrahi geciktirmeden uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Larson G, Schmidt T, Gott V, Bond S, O'conur CA, Richardson DJ: Upper Gastrointestinal Bleeding Predictors of outcome. *Surgery* 100: 1986, 765-770.
2. Bekada H, Charikhi M, Haicheur R, Yanes Y, Mentouri B: Bleeding Peptic Ulcer 10 Year's Experience. *Am J. Surg.* 147:1984,375-377.
3. Branicki FS, Boey J, Fok PJ, Lai ECS, Mok FPT et al. Bleeding Duodenal Ulcer. *Ann. Surg.* 211: 1990, 411-418.
4. Larson DE, Farnell MB: Upper Gastrointestinal Hemorrhage. *Mayo Clin Proc* 58: 1983, 371-387.
5. Wara P, Host V, Stockilde H: Clinical Factors Predisposing to Major Ulcer Bleeding. A Logistic Regression Analysis. *Act Chir. Scand* 151: 1985, 347-354.
6. Morgan AG, Clamp SE: O.M.G.E. International Upper Gastro-Intestinal Bleeding Survey 1978-1982 *Scand J Gastroenterol* 19-1984 (suppl 95): 41-58.
7. Barer D, Ogilvie A, Henry D, et al: Cimetidine and Trenexamic Acid in the Treatment of Acute Upper Gastro-intestinal Tract Bleeding. *N. Engl. J. Med.* 30826:1983, 1571-1575.
8. Schiller K.F.R., Truelove S.C., Williams D.G.: Haematemesis and Melaena, with Special Reference to Factors Influencing the Outcome. *Br. Med. J.* 2: 1970, 7-14.
9. Silverstein F. E., Gilbat D.A, Tedesco FJ, Buerger NK, Persing J: Upper Gastrointestinal Endoscopy 26: 1980, 77-84.
10. Wana P: Endoscopic Prediction of Major Rebleeding A Prospective Study of Stigmata of Hemorrhage in Bleeding Ulcer. *Gastroenterology* 88: 1985, 1209-1213.
11. Menteş N: Klinik Gastroenteroloji: 1982,230
12. Darle N, Haglund U, Larsson I, Medegard A, Olbe L: Management of massive gastroduodenal haemorrhage. *Acta Chir Scand* 146:1980, 277-282.
13. Kim B, Wright HK, Bordan D, Fielding LP, Swaney R: Risks of surgery for upper gastrointestinal hemorrhage: 1972 versus 1982. *Am J Surg* 149: 1985, 474-476.
14. Antler AS, Pitchumoni CS, Thomas Guy Orangio E, Scanlan BS: Gastrointestinal bleeding in the elderly, morbidity, mortality, and cause. *Am J Surg* 142: 1981, 271-273.
15. Hunt PS. Bleeding gastroduodenal ulcers: Selection of patients for surgery. *World J Surg* 11: 1987, 289-294.
16. Brolin RE, Stemple JF. Emergency operation for upper gastrointestinal haemorrhage. *Am Surg* 7: 1982, 302-308.
17. Hunt P. Bleeding ulcer: timing and technique in surgical management. *Aust NZJ Surg* 56: 1986, 25-30.