

## Varis Dışı Üst Gastrointestinal Sistem Kanaması: II. Basamak Devlet Hastanesi Endoskopi Sonuçları

Candaş ERÇETİN<sup>1</sup>, Ahmet Cem DURAL<sup>2</sup>, Tugan TEZCANER<sup>3</sup>, Mahir KIRNAP<sup>2</sup>, Nazlı Ferhan SAYIT<sup>4</sup>, Coşkun AVCI<sup>5</sup>,  
Turgut ANUK<sup>2</sup>, İrfan TURSUN<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Iğdır Tuzluca İlçe Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Iğdır

<sup>2</sup>Iğdır Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Iğdır

<sup>3</sup>Başkent Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Nizip Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Gaziantep

<sup>5</sup>Gölköy Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ordu

<sup>6</sup>Iğdır Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Iğdır

### Özet

**Amaç:** Iğdır Devlet Hastanesi acil servisinde, 3 yıl içinde varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle endoskopi uygulanan hastaların sonuçlarının paylaşılması amaçlandı.

**Yöntem:** 2008-2011 yılları arasında üst gastrointestinal sistem kanaması tanısıyla gastroskopi uygulanan olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Elli iki olgunun yaş ortalaması 51,5 (22-87), K/E oranı 19/33 tür. Hematemez en sık (n=21) başvuru şeklidir (%40,3). Endoskopik bulgular, Forrest sınıflamasına göre ve lokalizasyona göre değerlendirilmiştir. En sık Forrest IIc (n=20) lezyon gözlenirken, en sık yerleşim yeri antrumdur (n=16). Yirmi dört olguda (%46,1) ülser gözlenirken, 13 hastada (%25) gastrit – duodenit, 12 hastada (%23) kanamalı malign lezyon saptanmıştır. Rockall risk skorlama sistemine göre; olguların 23'ü (%44,2) orta riskli idi (Rockall 3-4). Sekiz olguya tedavi amaçlı (%15,3), 44 olguya tanısız (%84,7) endoskopi uygulanmıştır. Üç olguda (%5,7) erken dönemde tekrar kanama saptanmış, 6 olguya (%11,5) ikincil endoskopik girişim uygulanmış, 1 olgu (%1,9) eks olmuş, 12 olgu (%23) üst merkeze sevk edilmiştir.

---

#### Yazışma Adresi:

Ahmet Cem DURAL

Adres: Iğdır Devlet Hastanesi

Kışla Mah. Melekli Yolu. 76000 Merkez / IĞDIR

Tel: +90533 4942969

E-mail: cemdural@hotmail.com

8. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

14 – 18 Eylül 2011, Antalya

---

**Sonuç:** Üst gastrointestinal sistem kanaması, medikal ve girişimsel işlemler uygulanarak tedavi edilebilen ancak mortalitesi yüksek bir hastalıktır. İkinci basamak düşük hacimli merkezimizde, komplikasyon oranı düşük olan ve cerrahi öncesi uygulanması gereken tedavi amaçlı endoskopik işlemler başarıyla uygulanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Üst gastrointestinal kanama, endoskopi, Rockall risk skorum sistemi

## Abstract

### Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Endoscopy Results Of A Second Level Public Hospital

**Objective:** The study was aimed to share the results of endoscopy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding at Igdir Public Hospital.

**Study design:** A retrospective study was carried out from January 2008 to December 2011 on patients who underwent gastroscopy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding.

**Results:** The mean age of 52 patients was 51.5 (22-87) years, with a female/male ratio (F/M) of 19/33. Hematemesis (n=21) was the most common forms of admission (40.2%). Endoscopic findings were classified according to Forrest classification and localization of the lesion. The largest number of patients belonged to the Forrest IIc group (n=20) and the antrum was the most common localization for the lesions (n=16). An ulcer (n=24), gastritis-duodenitis (n=13) or a bleeding malignant lesion (n=12) were seen 46.1%, 25%, 23%, respectively . The percentage of patients with an intermediate-risk (n=23) was 44.2% according to Rockall risk scoring system (Rockall 3-4). Diagnostic endoscopy (n=44) and therapeutic endoscopy (n=8) were performed 84.7%, 15.3% of the patients, respectively. Recurrent bleeding was seen in 3 (5.7%) patients within a short time and a repeat endoscopy was performed in 6 (11.5%) patients. One patient (1.9%) died and 12 (23%) patients were referred to a tertiary center.

**Conclusion:** Although upper gastrointestinal bleeding can be treated medically, endoscopically or surgically , there is still a high mortality rate. Therapeutic endoscopy which has low complication rates and should be performed before any surgical exploration was used successfully at our low-volume center.

**Key words:** Upper gastrointestinal bleeding, endoscopy, Rockall risk scoring system

## Giriş

Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları, özofagus üst kısmı ile duodenumda Treitz ligamenti seviyesi arasındaki lümen içi herhangi bir lokalizasyondan olan kan kaybıdır [1]. GİS kanamaları ciddi morbidite, mortalite, iş gücü kaybı ve sağlık harcamalarında artışa yol açan klinik bir sorundur. GİS kanamalarının %80-85'i üst GİS kay-

naklıdır [2]. Bu kanamaların %70-80'i kendiliğinden durur [3,4,5]. GİS kanama ortalama sıklığı 50-100 / 100000 civarında olup, Avrupa ve ABD ortalaması %0,1 civarındadır [1,6]. Üst GİS kanamaları, varis kaynaklı kanama ve varis dışı kanama olarak sınıflandırılır. GİS kanamalarının çoğunluğunu; en sık duodenal ülser olmak üzere, mukozal lezyon kaynaklı patolojiler oluşturur [7].

Son 50 yıl içerisinde yoğun bakım uygulamalarındaki ilerlemelere, proton pompa inhibitörleri ve anti-asit ilaçların geliştirilmesi ve akut GİS kanamada kullanılan yeni tanısallık ve terapötik yöntemlerdeki gelişmelere rağmen, mortalite oranları 1945'ten bu yana önemli ölçüde değişmemiştir [2]. Buna katanayan hasta popülasyonunun yaş ortalamasının artmasına ve GİS kanamaya predispozan ilaç kullanımındaki artışın sebep olduğu düşünülmektedir [8]. Hastalığa bağlı mortalite %6-10 arasında değişir [9,10]. Mortalite oranları, en yüksekten en düşüğe; kanayan özofagus varisleri, gastrik ülser, duodenal ülser şeklinde sıralanır [3]. Yaş; peptik ülserle bağlı kanamalarda mortaliteyi belirleyen önemli bir faktördür. Altmış yaşından küçük hastalarda mortalite %3 iken, 80 yaşından büyük hastalarda bu oran %20'lere çıkmaktadır. Bu ölümlerin çoğu kardiyovasküler komplikasyonlara bağlı olmaktadır [8,11].

Doğru yönetim için hastaların klinik olarak tekrarlayan kanama ve mortalite yönünden yüksek ve düşük risk gruplarına ayrılması gerekmektedir. Prognostik ölçütler, karar verilmesine yardımcı olabilir [10]. Rockall risk skorlama sistemi, bazı çalışmalarda tekrar kanama, ölüm riskini doğru belirlemeye bile, sık kullanılan bir skor olup yaş, şok varlığı, komorbid durum, tanı ve yeni geçirilmiş kanamaya ait bulguların varlığı kriterlerini kullanır [12,13]. Bu çalışmamızda; İğdır Devlet Hastanesi acil servisinde, 3 yıl içinde üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle endoskopi uygulanan hastaların sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

### Yöntem ve Gereç

Bu retrospektif klinik çalışmada; Ocak 2008 – Aralık 2011 tarihleri arasında üst gastrointestinal sistem kanaması tanısıyla, devlet hizmet yükümlülüğü kapsamında görev yapan genel cerrahi ve iç hastalıkları uzmanlarınca, gastroskopi uygulanan olguların; acil servis başvuru kayıtları, endoskopi raporları, dosya, epikriz raporları, bilgisayar, servis ve poliklinik kayıtları incelendi.

Acil birimine GİS kanama şikayeti ile başvuran hastaların; hikaye ve fizik muayene değerlendirilmesi yapıldı, vital parametreleri değerlendirildi, intravenöz damar yolu açıldı, intravenöz sıvı replasmanı uygulandı, laboratuvar tetkikleri gönderildi, gerekli kan ürünleri transfüzyonu yapıp hasta stabilize edildikten sonra gastroskopik incelemeleri planlandı.

Acil birimine üst GİS kanama nedeniyle ile başvuran olguların kayıtlarından; demografi (yaş, cinsiyet), hikaye ve fizik muayene bulguları, kısa özgeçmiş (kullanılan ilaçlar, ek hastalık, geçirilmiş kanama, GİS cerrahisi), başvuru anındaki vital parametreleri, başvuru ve kontrol laboratuvar değerleri, transfüzyon bilgileri, gastroskopi raporlarından; kanamaya neden olan lezyonun adedi, yerleşim yeri, Forrest sınıflaması, hastane kayıtlarından servis ve yoğun bakım yatış, tıbbi seyir, morbidite ve mortalite bilgileri değerlendirildi.

Tüm gastroskopi işlemlerinde; Fujinon® EG-450WR5 (4G201A505) gastroskopi cihazı, Fujinon® EPX-4400 dijital video işleme ünitesi, Endocam görüntü aktarım sistemleri kullanıldı (FUJIFILM® Europe GmbH, Endocam® Digital Image Transferring and Archiving System).

Tüm veriler "SPSS 17 for Windows" (SPSS Inc. Chicago IL.) istatistik program ile değerlendirildi. Kategorik veriler X<sup>2</sup> testi kullanılarak olgu sayısı ve % olarak analiz edildi.

### Bulgular

Ocak 2008 – Aralık 2011 tarihleri arasında gastroskopi uygulanan 3854 olgu içerisinde üst gastrointestinal sistem kanaması tanısıyla işlem uygulanan 52 olgunun; yaş ortalaması 51,5 (22-87), kadın erkek oranı 19/33 idi. Başvuru şekline göre; %65,3'ü (n=34) acil, %34,7'si (n=18) elektifti. Başvuru şikayetleri; %40,4 hematemez (n=21), %34,6 melena (n=18), %19,3 hematemez ve melena, %1,9 hematoşezi (n=1) olup, %3,8 olgunun (n=2) şikayeti yoktu.

İlaç kullanım öyküsü incelendiğinde; olguların %32,7'sinde ilaç kullanım öyküsü olmayıp (n=17), %46,1'inde nonsteroid antiinflamatuar

ilaç (NSAİİ) (n=24), %19,2'sinde asetilsalisilik asit (n=10), %1,9'unda heparin (n=1) kullanımı mevcuttu.

Olguların %57,6'sında (n=30) ek hastalık mevcuttu. Koroner arter hastalığı %9,6 (n=5), kronik akciğer hastalığı %5,7 (n=3), hipertansiyon %5,7 (n=3), diabetes mellitus %3,8 (n=2), kronik böbrek yetmezliği %1,9 (n=1), diğer %30,7 (n=16) idi. İki olguda (%3,8) geçirilmiş üst GİS kanama öyküsü, bir olguda (%1,9) geçirilmiş mide cerrahisi öyküsü mevcuttu.

Acile başvuru anında; olguların ortalama hemoglobin (Hb)  $9,4 \pm 1,5$  g/dl, hematokrit (Hct) %  $29 \pm 4$ , trombosit  $267 \pm 69$  103/ $\mu$ l, INR değerleri  $1,07 \pm 0,11$  olup, 24. saat kontrollerinde, ortalama Hb  $10,1 \pm 1,4$  g/dl, Hct %  $30,7 \pm 3,7$  idi.

Endoskopik girişimlerin; %84,6'sı (n=44) tanısal, %15,4'ü (n=8) tedavi amaçlı uygulandı. Serideki olgulara cerrahi ve radyolojik tedavi uygulanmadı.

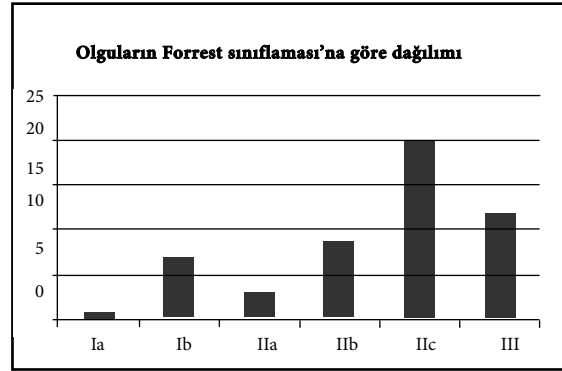
Olguların %28,8'inde endoskopi bulgusu; gastrik ülser (n=15), %23'ünde malign lezyon (n=12), %19,2'sinde eroziv gastrit (n=10), %17,3'ünde duodenal ülser (n=9), %5,7'sinde duodenit (n=3), %1,9'unda özofagus varisi (n=1), %1,9'unda Mallory Weiss yırtığı (n=1), %1,9'unda atrofik gastrit (n=1) idi. Lezyonların %30,7'si antrum, %25'i korpus, %25'i bulbus, %17,3'ü kardiya, %1,9'u fundus yerleşimli idi. Olguların %67,3'ünde kanama odağı tek, %32,7'sinde diffüz idi.

Forrest sınıflamasına göre lezyonların; %38,4'ü (n=20) Forrest IIc idi (Tablo 1). Tedavi edici endoskopik girişimde olguların; %9,6'sında (n=5) serum fizyolojik (SF) ve 1/10000 adrenalın enjeksiyonu, %3,8'inde (n=2) kanama durdurucu ajan lezyon üzerine püskürtme yöntemi ile uygulandı, %1,9'unda (n=1) kombine tedavi (termal koagülasyon ve enjeksiyon tedavisi) uygulandı.

Rockall risk sınıflandırmasına göre; olguların %44,2'si (n=23) Rockall 3-4 (orta risk) idi (Tablo 2). Rockall sınıflamasına göre orta ve yüksek risk grubuna giren 4'er olguya tedavi amaçlı endoskopik girişim yapıldı. Orta riskli bir ve yüksek riskli iki olguda tekrarlayan GİS kanaması nedeniyle endoskopik girişim ihtiyacı oldu.

Yüksek risk grubunda olup ikincil girişim uygulanan bir olgu (72 yaşında, geçirilmiş mide cer-

Tablo 1. Olguların Forrest Sınıflaması'na göre dağılımı



rahisi öyküsü (piloroplastili), kronik akciğer ve karaciğer hastalığı (alkolik siroz) mevcut, asetilsalisilik asit kullanımı, bulbus yerleşimli Forrest IIb lezyon, geç başvuruda bulunan) kaybedildi (Tablo 3).

### Tartışma

Üst GİS kanamaları; sık karşılaşılan, tedaviye yönelik endoskopik ve anjiyografik gelişmelere rağmen, %10'lara varan oranlarda ölümle sonuçlanabilen önemli sağlık sorunlarından birisidir [14,15]. Erkeklerde ve 60 yaş üzerindekielerde daha sık rastlanır [16]. Rockall ve ark 1995 yılında yayınladıkları çalışmada erkek / kadın oranı 1,7/1 olarak bulunmuştur [17]. Literatürde erkek/kadın oranı 1,7 - 3/1 olup, çalışmamızda 1,73/1 olarak saptanmıştır [17].

Tablo 2. Olguların Rockall Risk Sınıflandırması'na göre dağılımları

Rockall risk sınıflandırması	Olgu sayısı (n)
Rockall 0-2 (düşük risk)	10
Rockall 3-4 (orta risk)	23
Rockall >5 (yüksek risk)	19

Tablo 3. Olguların Rockall Risk Sınıflandırması, endoskopik girişim ve mortaliteye göre dağılımları

Rockall	Tedavi edici girişim	Tekrar kanama	İkincil girişim	YBÜ takip	Mortalite
Düşük	-	-	-	-	-
Orta	4	1	2	2	-
Yüksek	4	2	2	2	1

Üst GİS kanamalarında hastaların başvuru anındaki hikaye ve fizik muayenelerinin değerlendirilmesi önem taşır. Üst GİS kanamalarında risk arttırıcı faktör olarak; sigara ve alkol tüketimi, nonsteroid ve steroid antienflamatuar ilaçların kullanımı, antikoagülanlar, ileri yaş, peptik ülser hikayesi, kronik karaciğer hastalıkları, kronik böbrek yetmezliği, kronik akciğer hastalıkları sayılabilir.

Ateş ve ark.'nın çalışmasında varis dışı üst GİS kanamalı 524 olgunun değerlendirilmesinde; başvuruları sırasında, %22 yalnız hematemez, %53 yalnız melena, %23'ünde hematemezle birlikte melena, %2'sinde sadece gaitada gizli kan saptanmıştır [18]. Literatürde üst GİS kanama nedeni olarak ön planda % 36,1 - % 45 peptik ülser, % 10,3 - 10,8 erozif gastrit ve % 4 - 7,2 malignite belirtilmektedir. Kanama nedenleri, çalışmamızda sırasıyla % 28,8, % 19,2 ve % 23 olarak saptanmıştır [19].

Üst GİS kanamalarında risk - prognoz değerlendirmesi yapmak amacıyla bazı skorlama sistemleri kullanılmaktadır [20,21,22]. Rockall skoru tekrar kanama riski ve mortaliteyi tahmin etmek amacı ile beş değişken üzerine kurulu bir sistemdir [20]. Bu sistemde; yaş, şok bulguları, eşlik eden hastalıklar, endoskopik tanı ve son kanamanın seyri değerlendirilmektedir. Bu sistem ayrıca düşük riskli hastaların erken taburcu edilmesi için yardımcıdır. Blatchford ve ark yaptıkları çalışmada özellikle kan transfüzyonu ihtiyacı, tekrar kanama riski ve mortaliteyi erken dönemde

tespit etmek amacı ile hastanın acil başvuru sırasındaki kan üre seviyesi, kalp hızı, sistolik ve diyastolik kan basıncı, senkop, melena, kronik karaciğer hastalığı ve kalp yetmezliği bulguları değerlendirilmektedir [21]. Modifiye Baylor skorunda ise yaş, eşlik eden hastalığın sayısı ve ağırlığı, hastanın kabulü sırasındaki hemoglobün değeri, ülserin yeri ve büyüklüğü ve son kanamanın özellikleri gibi parametreler kullanılmaktadır [22]. Çalışmamızda hastalar Rockall sistemine göre sınıflandırılmış olup; 10 olgu Rockall 0-2 (düşük risk), 23 olgu Rockall 3-4 (orta risk), 19 olgu Rockall >5 (yüksek risk) olarak değerlendirildi.

Üst GİS kanaması ile gelen hastaların takibi, prognozu ve tedavisinin yönlendirilmesinde hastanın gelişindeki sistolik ve diyastolik kan basınçları ile hemoglobün ve hematokrit değerlerinin tespiti büyük önem taşır. Corley ve ark. hastanın kabulü sırasındaki sistolik kan basıncının <100 mmHg, diyastolik kan basıncının <80 mmHg, hematokrit değerinin < %30 olması kötü prognoz göstergesi olduğunu bildirmektedirler [23]. Üst GİS kanamalarında kalp hızının >100/dk'nın, sistolik kan basıncı değerinin <90mmHg olması, soğuk ekstremiteler, senkop, masif hematemez ve hematokezya gibi şok belirtileri kötü prognoz belirtileri olarak değerlendirilmektedir. En önemli kötü prognoz kriteri hasta yaşının >60 olmasıdır [15]. Çalışmamızda 18 olgu (%34) >60 yaş grubunda olup; <60 yaş grubunda mortalite saptanmazken, >60 yaş grubunda %1,9 (n=1) idi.

GİS kanama şüphesi olan hastalarda endoskopi öncesi proton pompa inhibitörlerinin (PPI) kullanımı önerilmektedir. Yakın zamanda yapılmış sistematik derlemelerde, endoskopi öncesi PPI kullanımının birincil endoskopik bulguların ve töropatik endoskopik girişim ihtiyacını anlamlı bir şekilde azalttığı saptanmıştır. Fakat tekrar kanama, mortalite ve cerrahi gereksinimi üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır [24,25,27].

Teşhis ve tedavinin temel unsuru endoskopi- dir. Uluslar arası yönergelerde, ilk 24 saat içinde yapılan endoskopilerin hastanede kalış süresini azalttığı ve kazanımların arttığı saptanmıştır. İlk 12 saatten önce yapılan ve ilk 24 saat içinde yapılan endoskopik incelemeler karşılaştırıldığında, tekrar kanama, cerrahi ve mortalite oranları üzerine olumlu etkisi olmadığı görülmüştür [24,26,27]. Üst GİS kanamalı hastaların %47'sinin acil endoskopiye ihtiyacı olduğu bildirilmektedir [28]. Üst GİS kanamalarında medikal tedavinin yanı sıra uygulanan tedavi amaçlı endoskopi özellikle kanamakta olan peptik ülser tedavisinde büyük öneme sahiptir. Endoskopik ve medikal tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu durumlarda cerrahi tedavi zorunludur. Tekrarlayan masif kanamalarda da cerrahi tedavi gerekir. Bu gruptaki hastalarda morbidite ve mortalite yüksektir [29,30]. Çalışmamızda 72 yaşındaki komorditesi yüksek ve geçirilmiş mide cerrahisi öyküsü olan hasta iki kez endoskopik girişim uygulanmış fakat YBÜ'nde takibinde kaybedilmiştir. Yavoski ve ark. bir çalışmalarında kan transfüzyonu ihtiyacı ile artan mortalite arasında anlamlı ( $p<0,001$ ) bir ilişki saptamışlardır [31]. Çalışmamızda 7 ünite eritrosit süspansiyonu ve 9 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapılan hasta kaybedilmiştir. Literatürde yeniden kanama oranları % 15 - 16 olarak verilmekte olup, çalışmamızda % 5,7 (n=3) olarak saptanmıştır [11].

Kaplan ve ark. ileri yaşta ve semptomatik olmasa bile ilave medikal problemleri olan hastalarda üst GİS kanamalarının daha ağır seyir gösterdiği ve mortalite oranının daha yüksek olduğunu ifade etmektedirler [32]. Gelişmiş hasta bakım

koşulları, yeni endoskopik ve cerrahi tekniklere rağmen mortalite oranları % 5-10 'dur. Çalışmamızda % 1,9 (n=1) olarak saptanmıştır [32]. Çalışmamızda olgu sayısının azlığından ve üst merkeze sevk oranımızın yüksekliğinden dolayı mortalite oranı ortalamanın altındadır. Yaşlı ve yandaş hastalığı olan üst GİS kanama olguları, kan kaybını ve acil cerrahi girişimi iyi tolere edememektedirler. Bu olgularda endoskopik olarak hemostaz sağlanması suretiyle tekrar kanama, acil cerrahi girişim, cerrahi komplikasyonlar veya eşlik eden hastalıklara bağlı ölüm oranlarını azaltmak mümkün olabilir [33].

İlk başvuru sırasında yapılan endoskopik kontrol sonrası, yeniden kanayan hastalarda yapılan ikincil endoskopik girişimlerde, cerrahi ihtiyacını ölüm riskinde artışa neden olmaksızın azaltmakta ve cerrahiden daha az komplikasyon oranları belirtilmektedir [34]. Çalışmamızda 3 olguya erken dönemde tekrar kanama nedeniyle endoskopik girişim uygulanmış, 1 hasta eks olmuştur.

## Sonuç

Üst gastrointestinal sistem kanaması, medikal ve girişimsel işlemler uygulanarak tedavi edilebilen ancak mortalitesi yüksek bir hastalık olup tanı ve tedavi maliyeti yüksek, sıklıkla hastaneye yatış ve YBÜ takibi gerektiren, genellikle tanı ve ayırıcı tanıda zorlanılan, multidisipliner yaklaşım gerektirebilen bir klinik problemdir. İkinci basamak ve düşük hasta hacimli kliniğimizde, komplikasyon oranı düşük olan ve cerrahi öncesi uygulanması gereken terapötik endoskopik işlemler başarıyla uygulanmıştır.

## Kaynaklar

1. Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology. Scott L Freidman, Keneth R McQuaid. Lange Medical Books/McGraw-Hill. Güneş kitabevi, çeviri editörü Sivri B, Gönen.2.baskı 2007 Bölüm 3:53.
2. Longstreth GF: Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: A population- based study. Am J Gastroenterol 1997;90:206.

3. Alican F. Abdomen: Genel konular. Alican F (ed). Cerrahi Dersleri. 2. baskı. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık; 1998. Cilt 1: 419-491.
4. Memişoğlu K. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2005;1(4):1-6.
5. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003;139(10):843-857.
6. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: pathophysiology, diagnosis, management / ( edited by) Mark Feldman, Lawrence S. Friedman, Marvin H. Sleisenger. 8th ed. 2006 Volume 1 Chapter 13:258.
7. Boonpongmanet S, Fleischer DE, Pezzullo JC, et al: The frequency of peptic ulcer as a cause of upper -GI bleeding is exaggerated. *Gastrointest Endosc* 2004;59:788.
8. Blocksom JM, Tokioka S, Sugawa C. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Surg Endosc*. 2004; 18(2):186-92.
9. Oh DS, Pisegna JR. Management of upper gastrointestinal bleeding. *Clin Fam Pract* 2004; 6(3):631-645.
10. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: Guidelines. *Gut* 2002; 51:iv1-iv6.
11. van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA, et al. Acute upper GI bleeding: did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000. *Am J Gastroenterol*. 2003; 98(7):1494-9
12. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996;38:316-21.
13. Guidelines for good practice in and audit of the management of upper gastrointestinal haemorrhage. Report 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. *J R Coll Physicians Lond*. 1992; 26:281-9.
14. Rollhauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2004; 36:52-8
15. De Caestecker J. Upper Gastrointestinal Bleeding: Surgical Perspective. *Medicine* 2002;9:1- 33.
16. Di Fiore F, Lecleire S, Merle V, Herve S, Duhamel C, Dupas JL, 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. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2005;6:641-7.
17. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ*. 1995; 311: 222-6.
18. Ateş F, Karıncaoğlu M, Aladağ M. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı 524 olgunun değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 15: 93-8.
19. Thomopoulos KC ve ark. Acute upper gastrointestinal bleeding in patients on long-term oral anticoagulation therapy: endoscopic findings, clinical management and outcome. *World J Gastroenterol*. 2005 ;11(9):1365-1368.
20. Ch'ng CL, Kingham JG. Scoring systems and assessment for upper gastrointestinal bleeding. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2001;13:1137-9.
21. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356:1318-21.
22. Ondrejka P, Sugar I, Rath Z, Faller J. The use of modified Baylor score in the prediction of rebleeding in peptic ulcer haemorrhage. *Acta Chir Hun*. 1997;36:270-3.
23. Corley DA, Stefan AM, Wolf M, Cook EF, Lee TH. Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal haemorrhage. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:336-40.
24. Holster IL, Kuipers EJ. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Current policies and future perspectives *World J Gastroenterol*. 2012 March 21; 18(11): 1202–1207.
25. Sreedharan A, Martin J, Leontiadis GI, Dorward S, Howden CW, Forman D, Moayyedi P. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010: Jul 7;(7):CD005415.
26. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, Sinclair P. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152:101–113.
27. Wilkins T, Khan N, Nabh A, Schade RR. Diagnosis and Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. *American Family Physician*. 2012; Vol. 85, No. 5.
28. Fiaccadori E, Maggiore U, Clima B, Melfa L, Rotelli C, Borghetti A. Incidence, risk factors, and prognosis of gastrointestinal haemorrhage complicating acute renal failure. *Kidney Int*. 2001;59:1510-9.
29. Ondrelka P. Treatment of upper gastrointestinal bleeding caused by peptic ulcer. *Orv Hetil*. 2002;143:493-7.
30. Simoons M, Rutgeerts P. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2001;15:121-33.
31. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, Battin LS, Furnia A, Amundson DE. Analysis of 3294 cases of upper

- gastrointestinal bleeding in military medical facilities. Am J Gastroenterol. 1995; 90: 568-73.
32. Kaplan RC, Hebert SR, Psaty BM. Risk factors for hospitalized upper or lower gastrointestinal tract bleeding in treated hypertensives. Prev Med. 2002;34:455-62.
33. Fluarton GM, Birnie GG, MacDonald A, Murray WR. The effect of introducing endoscopic therapy on surgery and mortality rates for peptic ulcer hemorrhage. A single center analysis of 1125 cases. Endoscopy. 1990; 22: 110-3.
34. Lau JY ve ark. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. N Eng J Med. 1999 ; 340:751-756.