

## ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA KLİNİK SEYİR ÜZERİNDE ETKİLİ FAKTÖRLER

### FACTORS AFFECTING THE CLINICAL COURSE OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Dr.Kerim GÜLER\* Dr.Sezai VATANSEVER\* Dr.Ertuğrul HALICI\* Dr.Recep GÜLOĞLU\*\*  
Dr.Şükrü PALANDUZ\* Dr.Osman ERK\*

**ÖZET:** Bu çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Servisine son 5 yıl içinde başvuran, üst gastrointestinal sistem kanaması (ÜGK) bulunan 595 vakada klinik seyir üzerinde etkili olan faktörleri belirleme ve ÜGK geçiren vakalara yaklaşımı değerlendirme amacıyla yapılmıştır. İncelenen hastaların 413'ü (%69.4) erkek, 182'si (%30.6) kadındır. Klinik seyir üzerinde etkili faktörler olarak, hasta yaşının 50'nin üzerinde olması, hematemez ile başvurusu, anamnezde geçirilmiş ÜGK ya da peptik ülser hastalığı bulunması ve pozitif Tilt testi ele alınmıştır. Bu faktörlerin bulunduğu grup, bulunmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek miktarda kan transfüzyonuna gereksinim göstermiştir. Cerrahiye sevk bakımından, daha önce ÜGK geçiren ve pozitif Tilt testi olan gruplarda olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.  
**Anahtar Kelimeler:** Üst Gastrointestinal Kanama, Klinik Seyirde Etkili Faktörler.

**SUMMARY:** This study was conducted to analyse the association of risk factors and clinical course of upper gastrointestinal bleeding (UGB) and evaluate the approach to UGB. 595 cases (%64.9 males) of UGB admitted to medical emergency department of Istanbul University School of Medicine between 1991-1996 were assessed. Patient age over 50, hematemesis at admission, a history of UGB or peptic ulcer disease and a positive Tilt testing were considered to be important factors in the clinical course of UGB. The subgroup of patients with any risk factors required more units of blood transfusion than patients without risk factors. The subgroup of patients with only a positive Tilt test or a history of UGB required surgical intervention more frequently.  
**Key Words:** Upper Gastrointestinal Bleeding, Factors Affecting Clinical Course.

Treitz ligamentinin üzerinde kalan lezyonlardan ortaya çıkan kanamalar Üst gastrointestinal kanama (ÜGK) olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, gastrointestinal sisteme ait acil durumlar arasında ilk sırayı almaktadır. En sık ÜGK nedeni peptik ülser kanamasıdır. Mukozal erozif hastalık, portal hipertansiyon lezyonları, Mallory-Weiss sendromu diğer önde gelen nedenler arasındadır. Bu sıraladığımız patolojiler ÜGK vakalarının %90'ından sorumludur.

Gastrointestinal kanamada klinik seyir, kanamanın hızına, miktarına ve beraberinde ikincil bir hastalık bulunup bulunmamasına göre değişmektedir. 500ml'den daha az kanamalar genellikle sistemik semptomlara yol açmaz. ÜGK geçiren hasta acil polikliniğine genellikle melena ve/ya da hematemez ile başvurur. Sadece melenasi olan va-

kalarda kanama miktarı genellikle 500ml'den az iken hematemezi olan hastalarda bu miktar 1000ml'yi geçmektedir. Kanama miktarının bol olduğu vakalarda hemotazezi görülebilir. Tilt testinin pozitif bulunduğu vakalarda kan hacminin %20 ya da daha fazlası kaybedilmiştir. Bu vakalarda baş dönmesi, terleme, çarpıntı gibi yakınmalar vardır. Kaybedilen kan miktarı %40 civarında olduğu zaman bunlara ek olarak deride solukluk, soğukluk, belirgin taşikardi, hipotansiyon, idrar miktarında azalma gibi şok belirtileri de tabloya eklenebilir. Hatta kanamanın hızlı, çok miktarda olduğu vakalar, ajitasyon-konfüzyon gibi belirtilerle birlikte hematemez ve melena henüz oluşmadan şok tablosunda getirilebilir. İskemik kalp hastalığı olan hastalarda asil yakınma göğüs ağrısı olabilir ve bu tür hastaların hemodinamisi hızla kötüleşir. Kronik karaciğer hastalığı bulunanlar hepatik ensefalopati ile getirilebilir.

Günümüzde ÜGK geçiren hastaların riskli olup olmadığı endoskopik bulgulara göre değerlendirilmekte ve bu hastalar endoskopik tedavi yöntemleri ile başarıyla tedavi edilebilmektedir. Bununla birlikte her vakaya endoskopi

\* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Kliniği.

\*\* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım ABD.

**Yazışma Adresi: Dr. Sezai VATANSEVER**

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Kliniği. 34390, Çapa-İstanbul.

yapılması gerekip gerekmediği sorusu güncelliğini korumaktadır. Ayrıca ülkemizde endoskopik olanaklar yaygın değildir ve aynı zamanda yarar-maliyet açısından bir tartışma yapılabilir.

Acil servisimize ÜGK ile başvuran hastaların önemli bir bölümüne Gastroenterohepatoloji Bilim Dalımız ile işbirliği sonucu endoskopik tetkik ve tedavi yapılabilmektedir.

Bu çalışmada, klinik açıdan yüksek riskli olarak değerlendirilebilecek vakaların tedavisinde kan transfüzyonu uygulamasına ve cerrahi servisine sevk edilme oranına göre karşılaştırarak hangi hastalarda endoskopik tetkik ve tedavi gerektiğini belirlemeyi ve bu konuyu literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

### MATERYEL-METOD

Bu çalışma İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Kliniğine son beş yıl içinde başvuran ÜGK'li 595 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastaların 413'ü (%69.4) erkek, 182'si (%30.6) kadındı. Vakaların yaşa göre dağılımı Tablo-I'de gösterilmiştir.

Hastalarımızın 272'sinin (%45.7) öz geçmişinde peptik ülser anamnezi vardı ve 214'ü (%35.9) daha önce ÜGK geçirmişti. Bazı vakaların kanamalarında çeşitli ilaçlar sorumlu tutulmuştur. Bunların dağılımı tablo-II'de özetlenmiştir.

Hastaların 330'unda (%55.4) hematemez ve hepsinde melena vardı. 57 (%9.5) vakada özofagus varis kanaması saptandı.

**Tablo-I: Vakaların yaşa göre dağılımı**

YAŞ	
10-29	22 (%3.7)
20-29	108 (%18.1)
30-39	110 (%18.5)
40-49	94 (%15.7)
50-59	106 (%17.9)
60-69	85 (%14.3)
70 ve yukarı	70 (%11.8)
<b>Toplam</b>	<b>595 (%100)</b>

**Tablo-II: İlaçlara bağlanan kanamalarda sorumlu olarak belirlenen ilaçlar**

ASPIRİN	104
NSAI*	34
KORTİZOL	7
PARASETAMOL	10
<b>DiĞERLERİ</b>	<b>12</b>

\*Non-steroidal anti-inflamatuar

Hastaların 108'inde (%18.1) tansiyon arteryel 100mm/Hg'nın altında, 224'ünde (%38.2) nabız dakika sayısı 100/dk'nın üzerinde bulundu. Tilt testi 168'inde (%28.2) pozitif (+) idi.

Hematokrit değeri 236 (%39.6) vakada %30'un altında saptandı.

Hastaların 326'sına (%54.7) kan transfüzyonu yapıldı ve 42'si (%7) acil cerrahiye sevk edildi.

Acil servisimizde ÜGK tanısı konulan vakalarda risk faktörlerini taşıyanlarla taşımayanlar, tedavide gereken kan transfüzyonu ve cerrahi servisine sevk kıstaslarına göre karşılaştırıldığında Tablo-III'teki sonuçlar elde edilmiştir.

### BULGULAR

Vakaların 261'inin yaşı 50'nin üzerinde idi, bunların 170'inin (%65.1) tedavisinde kan transfüzyonuna gereksinim bakımından yaşı 50'nin üzerinde olması istatistiksel olarak ( $X^2=20.085$ , s.d=1,  $p<0.001$ ) anlamlı fark oluştururken, cerrahiye sevk bakımından anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=0.842$ , s.d=1,  $p=0.3589$ ).

595 vakanın 330'u hematemez nedeniyle başvurmuştur. Bu vakaların 247'sine (%74.8) transfüzyon yapmak gerekirken, hematemezi olmayan 265 vakanın 79'una (%29.6) transfüzyon yapılmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=120.351$ , s.d=1,  $p<0.001$ ). Hematemezi olan 330 vakanın 28'i (%8.4) ve olmayan 265 vakanın 14'ü (%5.2) cerrahiye sevk edilmiştir, aradaki fark istatistiksel bakımdan anlamsız bulunmuştur ( $X^2=2.297$ , s.d=1,  $p=0.1297$ ).

Öyküsünde peptik ülser hastalığı olan 272 vakanın 194'üne (%71.3) kan transfüzyonu yapılmış ve öyküsünde ülser olmayan 323 vakanın 132'sine transfüzyon yapılmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=55.295$ , s.d=1,  $p<0.001$ ). Öyküsünde ülser olmayan 323 vakanın 18'i (%5.5) cerrahiye sevk edilmiştir. Arada istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır ( $X^2=2378$ , s.d=1,

Tablo-III: Klinik seyir üzerinde etkili faktörlere göre vakaların karşılaştırılması				
	TEDAVİDE KAN İHTİYACI		CERRAHİYE SEVK	
<b>HEMATEMEZ</b>				
(+) n: 330	247 (%74.8)	$X^2:120.351$	28(%8.4)	$X^2: 2.297$
(-)n:262	79 (%29.6)	$p<0.001$	14(%5.2)	$p=0.1297$
<b>YAŞ</b>				
50 ve yukarı n: 261	170 (%65.1)	$X^2:20.085$	21 (%8)	$X^2:0.842$
50 ve aşağı n: 334	156 (%46.7)	$p<0.001$	21(%6.3)	$p=0.3589$
<b>ÜLSER ANAMNEZİ</b>				
(+)n: 272	194 (%71.3)	$X^2:55.295$	24(%8.8)	$X^2:2.378$
(-)n: 323	132 (%40.8)	$p<0.001$	18(%5.5)	$p=0.1230$
<b>DAHA ÖNCE KANAMA</b>				
(+)n: 214	151 (%70.5)	$X^2:33.575$	21(%9.8)	$X^2:3.864$
(-)n: 381	175 (%48.5)	$p<0.001$	21(%5.5)	$p<0.0493$
<b>TİLT TESTİ</b>				
(+)n: 168	145 (%86.3)	$X^2: 93.851$	26 (%15.4)	$X^2: 25.282$
(-)n: 427	181 (%42.3)	$p<0.001$	16 (%4.4)	$p<0.001$

$p=0.1230$ ).

Daha öncede ÜGK geçirmiş olan 214 vakanın 151'ine (%70.5) transfüzyon yapılmışken, ilk kez kanama geçirmekte olan 381 vakanın 175'ine (%48.5) transfüzyon yapılma gereği olmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=33.575$ , s.d.=1,  $p<0.001$ ). İlk kez kanayan hastaların 21'i (%5.5), daha önce kanamış olanların da 21'i (%9.8) cerrahi servisine gönderilmiştir, fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=3.864$ , S.D.=1,  $p<0.0495$ ).

Başvurduğu sırada Tilt testi pozitif olan 168 hastanın 145'ine (%86.3) transfüzyon yapılırken, Tilt testi negatif olan 427 hastanın 181'ine (%42.3) transfüzyon yapılmıştır. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=93.851$ , s.d.=1,  $p<0.001$ ). Aynı şekilde Tilt (+) olan hastaların 26'sı (%15.4) cerrahiye sevk edilmiştir. Cerrahiye sevk açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=25.282$ , s.d.=1,  $p<0.001$ ).

## TARTIŞMA

ÜGK, ölümlerle sonlanabilen ve acil hekimliğin sıkı tıbbi-cerrahi işbirliği gerektiren önemli konulardan biridir. Acil polikliniğine değişik belirti ve bulgularla getirilen ÜGK

olan hastada hekimin ilk yapması gereken, hastayı genel destek tedavisi ve önlemleri ile hayatta tutmaya çalışmaktır. Hastaların %80-85'inde kanama genel önlemlerle durur, geriye kalan %15-20'sinde kanama sürer ya da durduktan sonra 48 saat içinde tekrarlar. Kanamanın sürdüğü ya da tekrarladığı bu hastaların %40-50'si kanama nedeniyle ya da alta yatan başka hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir (1,2,3,4,5).

Gastroduodenoskopi, lümeni doğrudan incelemeyi sağlayan ve ÜGK tanı ve tedavisinde çok yararlı bir yöntemdir. Tekrar kanama riski ve prognoz hakkında da yararlı bilgiler veren bu yöntem belirli merkezlerde kullanılabilir ve ÜGK geçiren hastaların en azından dörtte üçünde tanısal anlamı olmakta, tedavi açısından ise herhangi bir önemi olmamaktadır (2,6,7,8,9,10). Sonuç olarak, ÜGK geçirenlerde prognozu olumsuz yönde etkileyecek risk faktörlerinin tanınması oldukça önemlidir.

Literatür gözden geçildiğinde ÜGK mortalitesinin ortalama olarak %10 civarında olduğu bildirilmektedir (2,3,11). Bizim incelediğimiz hasta serisinde ölen vaka sayısı çok düşük olduğu için bu bakımdan karşılaştırma yapılamamıştır.

Son beş yıl içinde İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Servisine başvuran 595 ÜGK bulunan hasta retrospektif olarak incelendiğinde, yaşı 50'nin üzerinde olan vakalarda kan transfüzyonu gereğinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşın cerrahi girişim için sevk oranı açısından farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. İleri yaşta ateroskleroz ve diğer sistemik hastalıkların görülme olasılığı yüksektir, bu nedenle ileri yaşta olmanın ÜGK'de prognozu kötü etkilediği, morbidite ve mortaliteyi artırdığı bildirilmektedir (5,12,13,14). Bizim serimizin sonuçlarına göre ileri yaş, kan transfüzyonuna gereksinim bakımından klinik seyri olumsuz etkilemekle birlikte, cerrahiye sevk edilme açısından aynı durum saptanmamıştır.

Hematemez, kanamanın ciddiyetini yansıtan önemli bir klinik bulgudur (4,5,15). Hematemezle başvuran hastaların klinik seyri sadece melena ile başvuranlara göre daha kötüdür. Hematemezle dolaşan kan hacminin %25 kadarı kaybedilmiş olabilir, öte yandan 50-60'ml'lik bir kanama bile melenaya yol açabilir (14,17). Hematemez bulunan vakalara verilen kan miktarı, hematemez bulunmayan vakalara göre anlamlı ölçüde yüksektir. Cerrahiye sevk bakımından ise arada anlamlı fark bulunmamıştır.

Nedbe dokusunun pıhtılaşmayı güçleştirmesi nedeniyle, anamnezde peptik ülser hastalığı ya da ÜGK olan vakalar çeşitli yazarlar tarafından riskli olarak kabul edilmektedir (2,3,6). Bizim çalışmamızda ülser anamnezi bulunan vakalarda kan transfüzyonu gereğinin fazla olmasına karşın cerrahiye sevk oranının istatistiksel açıdan farklı olmadığı bulunmuştur. Fakat daha önce kanama geçirmiş olmak her iki bakımdan da anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır.

Hipovoleminin güvenilir bir göstergesi olan Tilt testinin pozitif olması, kanamanın bol miktarda ve/ya da halen sürmekte olduğunu gösterir (4,6,10). Çalışmamızda Tilt testinin pozitif bulunduğu vakalarda negatif olanlara göre hem kan transfüzyonu, hem de cerrahiye sevk oranı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlalık olduğu bulunmuştur. Literatüre ve sonuçlarımıza göre Tilt testinin pozitif olması klinik seyri anlamlı derecede olumsuz etkilemektedir (2,3,4,6,10,11).

Bu çalışmada, söz konusu faktörlerin mortalite üzerindeki etkilerinin incelenmemiş olması önemli bir eksiklik olmakla birlikte, vurgulanabilecek bazı sonuçlar elde edilmiştir.

Daha önce kanama geçirmiş ve/ya da Tilt testinin pozitif olduğu vakalar yüksek riskli vakalardır. Bu tür vakalarda genel destek tedavisine başlanır başlanmaz hem endoskopik hem de cerrahi olanakların bulunduğu bir merkeze sevk gereklidir.

Diğer taraftan ileri yaş, hematemez ve ülser anamnezi gibi özellikleri olan hastalar da yüksek riskli grupta ele alınmalı ve endoskopik olanakların bulunduğu bir merkeze sevk edilmelidir. Böylece bu tür vakaların taşıdığı risk endoskopik olarak değerlendirilebilir, keza endoskopik tedavi olanağından da yararlanmış olabilirler (4,6,11,13,15)

Sonuç olarak Tilt testi pozitif olan ve/ya da daha önce kanama geçirmiş olan vakalar yüksek riskli vakalardır. İleri yaş, hematemezle başvuru, peptik ülser anamnezinin olması gibi özellikler de klinik seyri nispeten olumsuz etkileyen faktörler olarak kabul edilebilir (4,6,10,11,12,13).

## KAYNAKLAR

1. Mungan Z.: Üst gastrointestinal sistem kanamaları. Çalangu S, Güler K. (editörler): Acil Dahiliye 4. baskı 1995, İstanbul, 315-333.
2. Peterson W.L., Laine L: Gastrointestinal Bleeding. Sleisenger M.H., Fordtran J.S. (editors): Gastrointestinal Disease W.B. Company Printed in USA. 1993, 162-192.
3. Eastwood L.G., Avunduk C: Manuel of Gastroenterology. Little, Brown and Company Printed in USA. 1994, 87-97.
4. Katschinski B., Logan R., Davies J. et al: Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. Dig-Dis-Sc 1994 39 (4): 706-712.
5. Hinal H.S., Watson W.W., Jones C.W. et al: The management of upper gastrointestinal hemorrhage: A multiparametric computer analysis. Ann. surg. 1974; 179 (4): 489-493.
6. Sugawa C., Steffes C.P., Nakamura R. et al.: Upper GI bleeding in an urban hospital. Etiology, recurrence and prognosis. Ann. Surg. 212 (4): 521-526, 1990.
7. Cokk D.J., Guyatt G.H., Salena B.J. et al.: Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage: A meta-alaysis Gastroenterology 1992; 102: 139-148.
8. Gostout C.J.: Acute gastrointestinal bleeding- A common problem revisited. Mayo clinic proc 1988; 63: 596-604.
9. Peterson W.L., Barnett C.C., Bmih H.J. et al: Routine early endoscopy in upper gastrointestinal tract bleeding. New Eng. J Med. 1981; 304 (16); 925-929.
10. Bommann P.C., Theodoron N.A., Shuttleworth R.D. et al.: Importance of hypovolemiaemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: a propective evaluation. BMJ 291: 245-247, 1985.
11. Rockall T.A., Longan R.F.A., Devlin H.B.: Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. BMJ 311: 222-226, 1995.
12. Rockall T.A., Logan R.F.A., Devlin H.B.: Variation in outcome after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Lancet 346: 346-350, 1995.
13. Halmagyi A.F.: A critical review of 425 patients with upper gastrointestinal haemorrhage. Surg, Gyneco-Obstet. 130: 419-430, 1970.

14. Longsterth G.F., Feitelberg S.P.: Outpatient haemorrhage. *Lancet* 345: 108-111, 1995.
15. Schiller K.F.R., Truelove S.C., Williams D.G.: Haematemesis and Malanea with spicial referance to factors influencing the outcome. *BMJ* 2: 7-14, 1970.
16. Schift L., Stevens R.J., Shapiro N. et al : Observations on the oral amministration of citrated blood in man. II The effect on the stool. *Am. J. Med. Sci.* 203: 409-412, 1942.
17. Daniel W.A., Egan S.: The quantly of blood required to produce a tarry stool. *JAMA.* 113 (25): 2232, 1939.