YAŞLILarda MASİF ALT GASTROİNTESİNAL SİSTEM KANAMALARI

MASSIVE LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN THE ELDERLY

Dr. Recep GÜLOĞLU*, Dr. Cemalettin ERTEKİN*, Dr. Orhan ALİMOĞLU**,
Dr. Korhan TAVİLOĞLU*, Dr. Hızır AKYILDIRZ*

ÖZET

Amaç: Altmış yaş ve üzeri alt gastrointestinal sistem kanamalı hastalarımızın sonuçlarını sunmak ve bu sonuçları literatür bilgileri ile birlikte tartışmak.


Sonuç: Yaşlıların bir kısmı terminal dönemde büyük çoğunluğunda yandış hastalıklar mevcut olup mortalite yüksektir. Öncelikle konservatif ve endoskopik tanı ve tedavi yöntemlerine öncelik verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Kanama, alt gastrointestinal sistem, yaşlılık.

SUMMARY

Background: This study was performed to evaluate the results of massive lower gastrointestinal bleeding in the elderly patients.

Methods: The data of patients older than 60 years with massive lower gastrointestinal bleeding were retrospectively analysed between January 1999 and March 2002.

Results: There were 14 (52%) males and 13 (48%) females with mean age of 70.2 years (range 60 to 88). Twenty patients were diagnosed with colonoscopy. Angiography was employed in six, sintigrafi in three and enterskalas in two patients. Colonic diverticulosis was the leading etiologic factor (48%). Mean comorbidity and hospital stay were 1.59 and 6.7 days, respectively. Conservative treatment were performed in sixteen, bant ligation in three, surgery in five and embolization in two patients. Mortality rate was 26%. Mortality was high in patients who had a lower initial diastolic pressure and required more transfusions (p:0.006 and p:0.025, respectively).

Conclusion: Massive lower gastrointestinal system bleeding in the elderly with comorbidities is associated with higher rate of mortality. Surgery in these patients has high mortality rates. Endoscopic and conservative diagnosis and treatment methods should be the firsts choice in the elderly.

Key words: Bleeding, lower gastrointestinal system, elderly.

Giriş

Trettz ligamentinin distalında meydana gelen alt gastrointestinal sistem (AGİS) kanamanın ince barsak ve/veya londaki patolojilerden kaynaklanmaktadır(1). AGİS kanama sikliği 27/100.000 olarak bildirilmeke birlikte, bu oran yaşılarda 200 kat artmaktadır(2). Bunun sebebi yaşlılıkla birlikte

202
kolon divertikülleri ve kolonik anjiotipsi olasılığının artmasıdır(3, 4). Yaslılarda fizyolojik rezervin azlığı, yanında hastalıkların ve ilaç kullanımının sik olmasından dolayı AGIs kanamaların morbidiyeti ve mortalitesi yüksektir(5).

AGIs kanamaları, gastrointestinal sistem kanamalarının % 24’üni oluştururmakta(6). Kanamalar, erkenlerde daha fazla görülmez ve % 80-85’i kendiğinden durmakta(2, 7). Çok sayıda tanı yöntemi bulunmaktadır birlikte (endoskopisi, sintigrafi, anjiografi, enterokлизis), kanamanın çok geniş bir alanla meydana gelmesi ve tüm bu alanları değerlendirecek tek bir tanı yöntemi bulunmaması nedeniyle kanama odaklı ortaya koymak her zaman mümkün olmamaktadır.

Etyolojide sıklıkta divertiküller hastalı, anjiotipsi, iskemik barsak hastalığı ve ilihab barsak hastalıklar yer almaktadır(8,9,10,11). Tüm yaş gruplarını içine alan çalışmalarında, mortalite % 4 - 21 arasında bildirilmektedir(12, 13, 14).

Yaslılarda AGIs kanamalarının inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bundan dolayı bu retrospektif çalışmada, 60 yaş ve üzerinde kanamalı hastaların sonuclarını sunmak ve bununla literatür eğiliminde tartışmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM


Hastalar, yaş, cinsiyet, kan transfüzyonu, kan basınıncı, nabız, hematokrit, PT, PTT, tanı yöntemi, kanama etyolojisi, tedavi şekili, nonsteroid antitlenmatsız (NSA) ilaç kullanımı, hastane ve kalış süresi, yandaş hastalığın ve mortalite yönünün değerlendirildi.

İstatistiksel değerlendirme için nonparametrik Mann-Whitney U testi kullanıldı. p<0.05 değeri istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edildi.

SONUÇLAR
Otuç dozuk ağız süre içinde AGIs kanamaları olan 85 hastada endoskopi incelemizde değerlendirildi. Krk iki hastanın tedavisi gözele şekilde yapıldı, ciddi AGIs kanamaları olan 43 hasta vahşendi. Alınmış yaş ve üzeri olan 27 hasta çalışmayı alındı. Yirmi dört hastanın 14’ü (%52) erkek, 13’ü (%42) kadını ve yaş ortalaması 70.2 (60-88) idi. Hastaların genel özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Kanamanın en sık sebebi divertiküller (%48) hastalıktır (Tablo 2). Tüm araştırmaları rağmen, %15 hastada kanama odaklı tespit edilemedi.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tablo 1: Hastaların genel özellikleri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sabit ve Ortalama değerler</td>
</tr>
<tr>
<td>Hasta sayısı</td>
</tr>
<tr>
<td>Mortalite</td>
</tr>
<tr>
<td>Yaş (yıy)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinsiyet (K/E)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kan transfüzyonu (ünite)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hematokrit (%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sistolik kan basıncı (mmHg)</td>
</tr>
<tr>
<td>Diastolik kan basıncı (mmHg)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nabız sayısı (sn)</td>
</tr>
<tr>
<td>Yandaş hastalık sayısı</td>
</tr>
<tr>
<td>Yatış süresi</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroskopi sayısı</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolonoskopi sayısı</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Yirmi dört hastanın 14’ü (%52) erkek, 13’ü (%42) kadındır. Yaş ortalaması 70.2 (60-88) idi. Hastaların genel özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Kanamanın en sık sebebi divertiküller (%48) hastalıktır. Tüm araştırmaları rağmen, %15 hastada kanama odaklı tespit edilemedi.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tablo 2: Kanama sebepleri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tanı</td>
</tr>
<tr>
<td>Divertiküller hastalıktı</td>
</tr>
<tr>
<td>Kanana odağı tespit edilememeyen</td>
</tr>
<tr>
<td>Anjiotipsi</td>
</tr>
<tr>
<td>Hemoroid</td>
</tr>
<tr>
<td>Iskemik kolit</td>
</tr>
<tr>
<td>Rektal ülser</td>
</tr>
<tr>
<td>ITP</td>
</tr>
<tr>
<td>İliakokolik fistül</td>
</tr>
<tr>
<td>ileokolik arter pseudonevrimması</td>
</tr>
<tr>
<td>Jejunal arter dallarından kanama</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Yirmi dört hastanın 14’ü (%52) erkek, 13’ü (%42) kadındır. Yaş ortalaması 70.2 (60-88) idi. Hastaların genel özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Kanamanın en sık sebebi divertiküller (%48) hastalıktır. Tüm araştırmaları rağmen, %15 hastada kanama odaklı tespit edilemedi.
Tablo 3: Yaşayan ve olen hastalara karşılaşılması

<table>
<thead>
<tr>
<th>Parametreler</th>
<th>Şifa ile taburcu olanlar</th>
<th>Ölenler</th>
<th>p değerleri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hasta sayısı</td>
<td>20 (8.74)</td>
<td>7 (26)</td>
<td>0.978</td>
</tr>
<tr>
<td>Yaş (yıl)</td>
<td>70.2±9.4 (60-88)</td>
<td>70.5±11 (60-88)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cinsiyet (K/E)</td>
<td>8/12</td>
<td>5/2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kan transfüzyon (ünite)</td>
<td>4.15±5.2 (0-18)</td>
<td>11.14±8.8 (2-28)</td>
<td>0.025*</td>
</tr>
<tr>
<td>Hct (%)</td>
<td>25.9±6.7 (15-42)</td>
<td>22.2±6.7 (12-33)</td>
<td>0.235</td>
</tr>
<tr>
<td>Sistolik basınç (mmHg)</td>
<td>119.7±22.5 (80-170)</td>
<td>101±19 (70-13)</td>
<td>0.065</td>
</tr>
<tr>
<td>Diastolik basınç (mmHg)</td>
<td>74.25±13.5 (50-110)</td>
<td>58.57±8.9 (40-70)</td>
<td>0.006*</td>
</tr>
<tr>
<td>Nabiz sayısı</td>
<td>93.6±13.8 (72-120)</td>
<td>101±19 (70-130)</td>
<td>0.303</td>
</tr>
<tr>
<td>Yandaş hastalık sayısı</td>
<td>1.5±0.8 (0-3)</td>
<td>1.85±11 (1-3)</td>
<td>0.494</td>
</tr>
<tr>
<td>Yatış süresi</td>
<td>5.7±6.7 (1-32)</td>
<td>9.5±13 (1-37)</td>
<td>0.933</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 4: Tedavi yöntemleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uygulanan tedavi</th>
<th>Hasta sayısı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Konservatif tedavi</td>
<td>18 (6.65)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bant ligasyon</td>
<td>3 (1.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cerrahi tedavi</td>
<td>3 (1.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Embolizasyon+cerrahi tedavi</td>
<td>2 (0.74)</td>
</tr>
<tr>
<td>Skleroterapi</td>
<td>1 (0.37)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>27 (100)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


TARTIŞMA

Şok, ortostatik hipotansiyon, hematozeminin devam ettiği, hemoglobin değerlerinde düşme, ve transfüzyon ihtiyacının olması AGIS kanamasının masif olduğu gösteren parametrelerdir(12, 15, 16, 17). Bu çalışmada hastaların ortalaması 5.9 ünite kan transfüzyonu yapıldı. AGIS kanamaları olan hastaların %90'ında hematozeli bulunmaktadır. Bu çalışmada hematozeli şikayetli ise tek tıbbi edilen hastaların %11'inde kanama kaynağı üst gastrointestinal sistem kanaması olarak bulunmuştur(18). Serimizde hastaların %67'si ne üst GIS endoskopisi uygulandı ve kanama bulgus ve belirtiler tespit edildi.

AGIS kanamalarının büyük çoğunluğu resisitasyon sırasında durmaktadır(19), ancak hastaların %10-25'inde kanama kontrol için cerrahi girişim gerekmektedir(20). Çalışmamızda 3 hastaya prime, 2 hastaya ise embolizasyon sonucu nekroz gelişmesi üzerine toplam 5 (%19) hastaya cerrahi tedavi uygulandı.

AGIS kanamalarının tanısı ve tedavisi üst GIS kanamalarına göre daha zordur. Geçişleme tanı öncesi olarak sigmoidoskop ve baryumu grafir oluşturulduğunda kolonoskopi tanı yöntemleri içinde ilk sıraya almaktadır(21, 22, 23). Kolonoskopi ile AGIS kanamalarının %75'i tanı konulabilmektedir(6, 18). Kolonoskopi uyguladığımız 27 hastanın 20'sinde (%74) tanı konulmuştur. Kolonda taze kanın olması genellikle kolonoskopik değerlendirmeyi olumsuz yönle etkilemektedir(24, 25). Kolonoskopi, aynı zamanda ameliyat

Tablo 5: Cerrahi tedavi uygulanan hastaların özellikleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hastano</th>
<th>Tanı</th>
<th>Uygulanan cerrahi</th>
<th>Sonuç</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Divertiküler hastalı</td>
<td>Total tedavi kolektomi</td>
<td>Şifa</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Divertiküler hastalı</td>
<td>Subtotal kolektomi</td>
<td>Ölüm</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Jejunal arter dallarında kanama</td>
<td>Embolizasyon sonucu nekroz: jejenum rezeksiyonu</td>
<td>Şifa</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Iliakokolik fistül</td>
<td>Kolorati iliac artere primer onanım</td>
<td>Ölüm</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Ileokolik arter pseudo anevrizması</td>
<td>Embolizasyon sonucu nekroz: şarık hemirokektomi</td>
<td>Ölüm</td>
</tr>
<tr>
<td>Hastalıklar</td>
<td>Tespit Edilen Hasta Sayısı</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hipertansiyon</td>
<td>8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes mellitus</td>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Malign hastalıklar</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kardiomyopatiler</td>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Myokard infarktüsü</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kalp yetmezliği</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>İskemik kalp yetmezliği</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Böbrek yetmezliği</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Karaciğer yetmezliği</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diğerleri</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td><strong>43</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

esnasında da uygulanamılmaktadır.

Richter ve ark. AGIS kanamaları 107 olgunun 78’inde kolo-noskop uygulamış, 37’inde tüm kolo-cekuma kadar de-ğerlendirilmiş, 9 olguda ise cekuma ulaşmadan tanı konulduğun için cekuma ilerlemeye çalışılmıştır. Sonuçta 70 (90%) hastanın tanısı konulmuştur. Ayrıca çalışmada 13 hastaya endoskopik tedavi uygulanmıştır, 3 hastada (6%) başarılan bulunmuştur. Serimizde 4 hastaya endoskopik tedavi uygulanmıştır. 3 hastada (75%) hasta başarılan sonuc alanıdır.

Baş ülkelere, sintigrafı ve anjiograf AGIS kanamalarının tanısında yaygın olarak kullanılmaktadır (12, 14, 28, 29). Bazı araştırma sonuçları anjiograf analizi, sintigrafı ve cerrahi tedavi gerektirdiği konusunda hemodinamik takip gibi etkili bir test olduğu bildirilmektedir. Sintigrafinin pozitifliği %27 ile %78 arasında bildirilmektedir (27, 28). Geniş serili bir çalışmada Technitium 99m Tc Belgesi olarak 42 hastaya sintigrafı uygulamış olup 115 (51,3) hastada pozitif bulunmuştur. Doksanarılı (%42,9) hastada kanama odağı gösterilmiş 19 hastada ise gösterilememiştir. Sintigrafinin pozitif olması hastaların %97’inden daha fazla cerrahi tedaviye gereksinim duymaktadır. Ayrıca çalışmada 50 hastaya cerrahi uygulamış ve bunların %96’sının tanısı sintigrafı ile konulmuştur. Sintigrafik negatif olan hastaların %7’inde cerrahi tedavi gerektmiştir. Bu nedenle, 30 hasta cerrahi uygulamamız ve bunların %96’sının tanısı sintigrafı ile konulmuştur. Sintigrafik negatif olan hastaların %7’inde cerrahi tedavi gerektmiştir. Bu nedenle, 30 hasta cerrahi uygulamamız ve bunların %96’sının tanısı sintigrafı ile konulmuştur. Sintigrafik negatif olan hastaların %7’inde cerrahi tedavi gerektmiştir. Bu nedenle, 30 hasta cerrahi uygulamamız ve bunların %96’sının tanısı sintigrafı ile konulmuştur. Sintigrafik negatif olan hastaların %7’inde cerrahi tedavi gerektmiştir. Bu nedenle, 30 hasta cerrahi uygulamamız ve bunların %96’sının tanısı sintigrafı ile konulmuş durumda sadece birinde kanama odağı tespit edildi.

Mezenterik anjiografinin sensitiwite ve spesifikite, sırasıyla %47 ve %100 olarak, pozitiflik ise %28 ile %57 arasında bildirilmektedir (31, 32, 33). Anjiografi ne tam hem de tedavi edici özellik bulunmaktadır. Anjiografinin pozitif olması cerrahi girişim için prediktif önem vardır (31). Sin-
Bizim serimizde divertiküler hastalığı olanların çoğu konservatif tedavi edilidi ve iki hastaya cerrahi tedavi uygulandı ve bunlara bir kaybedildi.

Anjiödisplazler en sık sağ kolonda görülmektedir. Angiödisplazlerin saptanması ve kolonoskopik ve bilgisayarlı tomodgrafide anjiografi, tedavilerinde ise iyonik klorür önerilmektedir(4, 46). İki anjiödisplazili hastama kote ve bant ligasyonu uygulandı. Aynı zamanda batı toplumlarında kana çıkmaktaydı ve 60 yaş üzeri olan nüfusun %50'inde divertiküler hastalığı, %25'inde vasküler ektazi bulunmaktadır ve bunlar herhangi bir kanamaya sebep olmaktadır(47, 48). Bu bulgularla birlikte kendi sonuçlarımızda da dayanarak divertiküler hastalığa ve anjiödisplazili hastalara ön planda konservatif tedavi önem verdik izler. Çünkü cerrahi tedavi özellikle yaşlı hastalara mortaliteyi artırmaktadır.

Diğer nadir AGIS kanada sebepleri olarak iddiopatik kolonik varisler(49), stercoral ulcer(50), apendiks lümnummerdeki vasküler malformasyonlar(51), tümörler(22), hemoroidal(52, 53), radayson koliti(17), enfeksiyon hastalıkları(54), kolonun Dieulafoy sendromu(55) ve Behçet hastalığının kolon tutumulu(56) belirtilmektedir.


Yaşılık ve yandaş hastalık mortalitede en önemli risk faktörleridir. 24 saatte 4 üniteden fazla kan transfüzyonu istiyeci düşünülen cerrahi girişim için bir kriter olarak kabul edilmesine rağmen yaşılıktaki konservatif ve endoskopik tedavi tercih edilmektedir(7). Eger cerrahi uygulanacak ise preoperatif veya intraoperatif kanama odağı tespit edilmedi ve segmental rezeksiyon yapılmadı. Acil şartlarda körlüme yapılan total kolektomi %33 oranında kanama tekran, %33 ile %57 arasında mortalite ile sonuçlanmaktadır(58, 59, 60).

Sonuç olarak, yaşılıklar AGIS kanalamanın en sık sebebi divertiküler hastalık olup, hastaların bir kısmında tüm yaşam süresi boyunca mortalite oranı olup mortalite yüksek. Cerrahi müdahalenin mortaliteyi artıracığı bilinir ve özellikle konservatif ve endoskopik tedavi yöntemlerine yer verilmelidir.

KAYNAKLAR
20. Zuckerman DA, Bocchini TP, Birnbaum EH. Mas-


