

Özefagus Varis Kanamaları Dışındaki Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı 364 Hastanın Değerlendirilmesi

Evaluation of 364 Cases with Non-Variceal Gastrointestinal System Bleeding

Zikret Köseoğlu¹, Banu Kara², Mustafa Salih Akın², Abdullah Canataroğlu², Ayça Açıklan¹, İlker Ünal³

¹Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana, Türkiye

²Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Adana, Türkiye

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Özet

Amaç: Gastrointestinal sistem (GIS) kanamaları yüksek mortalite, morbidite ve yatış maliyeti nedeniyle önemli bir acil başvuru nedenidir. Bu çalışmada; varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamaları (VDÜGİSK) tanılı olgularımızın etiyojik faktörlerinin, risk faktörlerinin, tedavilerinin ve mortalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniğine 01 Ocak 2010 ile 01 Ocak 2011 tarihleri arasında başvuran ve Gastroenteroloji Kliniği'nde yatarak tedavi gören VDÜGİSK nedeniyle endoskopi yapılarak izlenmiş olan 364 olgu demografik özellikleri, etiyojileri, risk faktörleri, tedavileri ve mortaliteleri yönünden retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 237'si (%65.1) erkek, 127'si (%34.8) kadın olan 364 olgunun yaş ortalaması 60.3±18.6 yıl (18-96) idi. Olguların 136'sında (%37.3) sigara içme, 18'inde (%4.9) alkol öyküsü mevcut iken 96'sında (%26.3) aspirin, 63'ünde (%17.3) nonsteroid anti-inflamatuar ilaç (NSAİ), 20'sinde (%5.5) antikoagulan ilaç (17' hastada birlikte NSAİ kullanımı) ve 4'ünde (%1) steroid kullanımı sözkonusu idi. Yandaş hastalıklar incelendiğinde; hipertansiyon ilk sırayı 121 (%33.2) olguyla alırken, koroner arter hastalığı 87 (%23.8) olguda, diabetes mellitus 52 (%14.2) olguda, serebrovasküler hastalık hikayesi 33 (%9) olguda, kronik böbrek yetersizliği 17 (%4.7) olguda, kronik obstrüktif akciğer hastalığı 14 (%3.8) olguda ve kalp kapak hastalığı 13 (%3.6) olguda saptandı. Endoskopi ile en sık saptanan ilk üç kanama nedeni sırasıyla duodenum ülseri (120vaka (%33), mide ülseri (90 vaka (%24.7) ve eroziv bulbit (37 vaka (%10.2) idi. Tüm olgularımızın 337'si (%92.6) medikal tedaviye, 7'si (%1.9) cerrahi tedaviye olumlu yanıt verirken 20 (%5.4) olgu kaybedilmiştir.

Sonuç: Bölgemizde endoskopik olarak, VDÜGİSK'nin en sık nedeninin duodenal ülser olduğu saptanmıştır. Kanamalı hastalarda ileri yaş, yandaş hastalıklar ve tekrarlayan kanama mortaliteyi arttırmaktadır.

(*JAEM 2011; 10: 165-70*)

Anahtar kelimeler: Üst gastrointestinal sistem kanaması, etiyojik risk faktörleri, tedavi ve mortalite

Alındığı Tarih: 04.04.2011

Kabul Tarihi: 25.05.2011

Abstract

Objective: In the present study, we aimed to determine the etiologic and risk factors, treatment modalities and mortality rate of Non-Variceal Gastrointestinal System Bleeding (NVUGISB) cases.

Material and Methods: 364 cases with NVUGISB who were referred to the Adana Numune Training Hospital, Emergency Department, between January 01 2010 and January 01 2011 and examined by endoscopy in the Gastroenterology Department were assessed retrospectively. Demographical characteristics, etiology, risk factors, treatment modalities and mortality were determined.

Results: The mean age of the 364 patients was 60.3±18.6 (18-96) years, of whom 237 (65.1%) were male and 127 (%) female. Of the patients, 136 (37.3%) were smokers, 18 (4.9%) drank alcohol, 96 (26.3%) had used acetyl salicylic acid (ASA), 63 (17.3%) had used non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) and 20 (5.5%) had used anticoagulant agents (17 patients were using NSAID at the same time). When the co-morbid diseases had been evaluated; hypertension (121 patients, 33.2%), coronary artery disease (87 patients, 23.8%), diabetes mellitus (52 patients, 14.2%), cerebrovascular accident history (33 patients, 9%), and chronic obstructive lung disease (14 patients, 3.8%) were determined. The first three most common causes of bleeding detected by endoscopy were duodenal ulcer 120 (33%), gastric ulcer 90 (24.7%) and erosive bulbitis 37 (10.2%). Of all patients, 337 (92.6%) responded to medical therapy whereas 7 (1.9%) cases required surgical intervention. Twenty (5.4%) patients died.

Conclusion: Duodenal ulcer was found as the most common cause of NVUGISB in this study. Bleeding is seen in the elderly more commonly and advanced age, co-morbid diseases and recurrent bleeding increase the mortality. (*JAEM 2011; 10: 165-70*)

Key words: Upper gastrointestinal system bleeding, etiologic risk factors, treatment and mortality

Received: 04.04.2011

Accepted: 25.05.2011

Giriş

Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları, gerek acil bir durum arz ettirmesi gerekse yüksek mortalite, morbidite ve yatış maliyeti nedeniyle önemli bir sorundur (1). Tanı ve tedavi girişimlerdeki gelişmelere rağmen, üst GİS kanamalarının %2-10 olan mortalitesinde 1960'dan bu yana istenilen iyileşme sağlanamamıştır (1, 2). Bu nedenle üst GİS kanamalı hastaların acil servisteki değerlendirme, tanı ve tedavi yaklaşımları özel bir öneme sahip olmaktadır.

Üst gastrointestinal kanama (ÜGK), Treitz ligamentine kadar olan proksimal duodenum ile üst özofagus sfinkteri arasında lümen içine olan kanamayı ifade eder. Şiddeti; subklinik gizli bir kanamadan abondan kanamaya, kronik anemiden akut hipovolemik şoka kadar değişebilen geniş bir spektrumu kapsar (3). Sıklığı yılda 103/100.000'dir. ABD'de yılda 300.000 hastaneye yatış nedenidir ve tüm hastaneye yatışların yaklaşık %1'ini teşkil eder. Farmakolojik ve girişimsel tedavi yöntemlerindeki tüm gelişmelere rağmen mortalite %2-10 arasındadır (1, 2). Yaş peptik ülserle bağlı kanamalarda mortaliteyi belirleyen çok önemli bir faktördür (1). Öyle ki, 60 yaşın altında mortalite %3-%8 iken, 60 yaşın üstünde bu oran %13-%2'e çıkmaktadır (1, 2). Mortaliteyle ilişkili diğer faktörler nüks kanama, yandaş hastalık varlığı (kardiyak hastalık, kronik karaciğer hastalığı, solunum sistemi veya merkezi sinir sistemi hastalığı, renal yetersizlik), peptik ülser veya geçirilmiş cerrahi girişim öyküsü, hematemezle prezentasyon, hipotansiyon gelişimi ve özofagus varis kanamasıdır (4). Özellikle yaşlı hastalarda nonsteroid antiinflatuar ilaçların (NSAİ) daha fazla kullanımı ve gis has hasiyetine bağlı olarak kanamalarda ve mortalitenin 4-5 kat arttığı bildirilmiştir (5, 6).

Varis dışı üst gastrointestinal sistem (VDÜGİS) kanamaları gastroenteroloji kliniklerinin halen en yaygın hastalıklarından birisi olup bunların %80'i spontan olarak durmaktadır (7). Ancak kanama bu hastalarda önemli oranlarda mortalite ve morbiditeye yol açmaktadır (8). Aktif kanamaların durdurulmasında ve kanamaların önlenmesinde endoskopik tedavi altın standarttır (9).

Hemodinamik stabilitenin ve kanama kontrolünün sağlanamadığı veya nüks kanaması olan riskli olgular cerrahi adaydır (9).

VDÜGİS tanılı olgularda; Helikobakter pilori (Hp) eradikasyon tedavilerinin yaygınlaşmasına, terapötik endoskopi ve anjiografideki gelişmelere rağmen morbidite ve mortalitede azalma sağlanamamıştır (10). Burada en önemli nedenlerin başında, gelişen tıbbi olanaklarla beraber hastaların yaşam sürelerinin uzaması, yandaş hastalıkların artması ve yaygın NSAİ kullanımı olduğu düşünülmektedir (9).

Bu çalışmada, kliniğimize başvuran VDÜGİS kanamalı hastalarda, etiyoloji ve risk faktörleriyle birlikte tedavi yöntemlerinin retrospektif olarak araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Servisi'ne 01 Ocak 2010 ile 01 Ocak 2011 tarihleri arasında başvuran ve Gastroenteroloji Kliniği'nde yatarak tedavi gören VDÜGİS tanılı 18 yaş üstü hastalara ait tıbbi veriler hasta dosyalarından retrospektif olarak toplandı. Gastroenteroloji kliniğinde yatarak tedavi gören hastalardan üst GİS'e yönelik endoskopik tetkik ve tedavileri yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Ayrıca hastaların yaşı, cinsiyeti, başvurma semptomları, sigara veya alkol kullanıp kullanmadığı, kullandıkları ilaçlar, beraberinde yandaş hastalıklarının olup olmadığı, fizik muayene bulguları, uygulanan tedavi yöntemleri, hastanede yatış süreleri ve

sonuçları çalışma formlarına kaydedildi. Helikobakter pilori (Hp) durumunu saptamak amacıyla sadece hızlı üreaz testi sonuçları değerlendirilmiştir. Duodenum ve mide ülserleri Forrest sınıflandırmasına göre gruplandırılmıştır (9).

Özellikle kanamaların etiyolojileri, risk faktörleri, yatış süreleri, mortalite ve tedavi başarımları üzerinde durulması amaçlanmıştır.

İstatistiksel analizler için "SPSS for Windows (Version 18)" bilgisayar programı kullanıldı. Kantitatif veriler, ortalama±standart sapma olarak ifade edildi. Uygun olan yerlerde Ki-kare testi, bağımsız gruplarda T testi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Gruplar (eritrosit süspansiyonu transfüzyonu alan almayan veya aktif kanaması olan olmayan gibi) içinde normal dağılım göstermeyen (yatış süresi ölçümü) ölçümler Mann Whitney U testi karşılaştırıldı. Mortaliteyi belirlemede en önemli değişkenleri saptamak amacıyla Lojistik Regresyon analizi yapıldı. p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 364 hastanın yaş ortalaması 60.3±18.6 yıl (18-96) idi. Bunlardan 237'si (%65.1) erkek (yaş ort: 58.0±17.4 yıl), 127'si (%34,8) kadın (yaş ort: 64.7±20.2) idi. VDÜGİS olan erkek hastaların, kadın hastalara oranı 1.87 idi.

Çalışmaya alınan hastaların yaş grupları incelendiğinde; VDÜGİS olgularının sıklıkla (%56.5) 61-80 yaş grupları arasında olduğu tespit edildi (Tablo 1).

VDÜGİS için olgularımızın sahip olduğu risk faktörleri ise; vakaların 136'sında (%37.3) sigara içme, 18 vaka (%4.9) alkol öyküsü mevcut iken 96'sında (%26.3) aspirin, 63'ünde (%17.3) NSAİ, 20'sinde (%5.5) antikoagülan ilaç (antikoagülan kullananlardan 17'sinde (%4.6) birlikte NSAİ kullanımı) ve 4'ünde (%1) steroid kullanımı söz konusu idi (Tablo 2). Olgularımızdan 59'unda (%16) birden çok risk faktörünün birlikteliği mevcut idi. Çalışmamızda (ÖVK dışlandığı için) endoskopik olarak belirlenen kanama lokalizasyonuna göre risk faktörlerinin dağılımının değişimi konusu incelenmemiştir.

Tablo 1. Hastaların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş Grupları	Hasta sayısı n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)
18-30	34 (9.3)	21 (8.9)	13 (10.2)
31-40	29 (8)	23 (9.7)	6 (4.7)
41-50	44 (12.1)	35 (14.8)	9 (7.1)
51-60	51 (14)	37 (15.6)	14 (11)
61-70	75 (20.6)	50 (21.1)	25 (19.7)
71-80	89 (24.5)	58 (24.5)	31 (24.4)
81-96	42 (11.5)	13 (5.5)	29 (22.8)
Toplam	364 (100)	237 (100)	127 (100)

Tablo 2. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı olgularda risk faktörleri

Risk faktörleri	n (%)
Sigara	136 (37.3)
Alkol	18 (4.9)
Aspirin	96 (26.3)
Nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar	63 (17.3)
Antikoagülan ilaçlar	20 (5.5)
Steroidler	4 (1.0)

Çalışmamızdaki hastaların 183'ünde (%50.2) yandaş hastalıklar mevcut idi. Bu hastaların 110'unda birden fazla yandaş hastalık mevcuttu. Tablo 3'te gösterilmiştir.

VDÜGİSK hastalarımızın ilk başvuruları sırasında; 190'ında (%52.2) yalnız melana, 22'sinde (%22.4) yalnız hematemez, 79'unda (%21.6) hematemezle birlikte melana ve 13'ünde (%3.6) sadece gaitada gizli kan mevcuttu.

Çalışmaya aldığımız hastalar endoskopik olarak kanama nedenleri incelendiğinde; duodenum ülseri 120 olgu ile %33 ile ilk sırada, 90 olguda mide ülseri %24.7 ile 2. sırada ve 37 olguda eroziv bulbit %10.2 ile 3. sırada saptandı. Diğer nedenler; 34 olguda (%9.3) eroziv gastrit, 24 olguda (%6.5) anastomoz ülseri, 17 olguda (%4.6) mide tümörü, 10 olguda (%2.7) özefajiterozyon, 7 olguda (%1.9) Mallory-Weiss, 6 olguda (%1.6) vasküler lezyon idi ve 12 hastada (%3.2) ise endoskopik olarak kanama yeri belirlenemedi (Tablo 4).

Duodenum ve mide ülserli olgularda lezyonların Forrest sınıflandırmasına göre dağılımı Tablo 5'te görülmektedir. Mide ve duodenum ülserli olgular arasında Forrest sınıflandırmasına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hem mide ülserli hem de duodenum ülserli olgularda lezyonların çoğunun Forrest 3 oldukları görülmektedir.

VDÜGİSK tanısı ile takip ettiğimiz 364 hasta içinde endoskopi tanı konulan 353 hastalardan 82'sine (%23.2) endoskopik skleroterapi, 5'ine (%1.4) heater probe ile elektrokoagülasyon, 2'sine (%0.5) hemoklips uygulanmıştır. Kanaması durmayan 18 (%5) olguya 2. kez endoskopik tedavi uygulanmıştır. Çalışmada yer alan 364 vakadan 9 (%2.4) olgu genel cerrahi kliniğine devir edilmiş ve bunlardan 1 hastaya başka bir merkezde anjiyografi tetkiki yaptırılmıştır Tüm olgularımızın 337'si (%92.6) medikal tedaviye, 7'si (%1.9) cerrahi tedaviye olumlu yanıt verirken 20 olgu (%5.4) kaybedildi.

Tablo 3. Varis dışı üst GİS kanamalı olgularda saptanan yandaş hastalıklar

Yandaş hastalık	n(%)
Hipertansiyon	121 (33.2)
Koroner arter hastalığı	87 (23.8)
Diyabetes mellitus	52 (14.2)
Serebrovasküler hastalık	33 (9)
Kronik böbrek yetersizliği	17 (4.7)
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	14 (3.8)
Kalp kapak hastalığı	13 (3.6)

Tablo 4. VDÜGİSK olgularında endoskopi ile saptanan kanama nedenleri

Endoskopik bulgular	n(%)
Duodenum ülseri	120 (33)
Mide ülseri	90 (24.7)
Eroziv bulbit	37 (10.2)
Eroziv gastrit	34 (9.3)
Anastomoz ülseri	24 (6.5)
Mide tümörü	17 (4.6)
Özofajit-erozyon	17 (4.6)
Mallory-Weiss	7 (1.9)
Vasküler lezyon	6 (1.6)
Saptanamayan	12 (3.2)
Toplam	364 (100)

Tablo 6'da VDÜGİSK kanaması olgularındaki risk faktörleri ile ilişkili olarak ortalama hastanede yatış süresi ve mortalite oranları gösterildi.

Univariate analizler sonucunda sigara kullanımının ($p>0.05$), alkol kullanımının ($p>0.05$), aspirin kullanımının ($p>0.05$), NSAİİ kullanımının ($p>0.05$), antikoagülan kullanımının ($p>0.05$), steroid kullanımının ($p>0.05$) mortalite için risk faktörü olmadığı saptandı. Mortalite için risk faktörleri olarak bulunan; cinsiyetin erkek olması mortalite riskini 3.0 kat (%95 GA 1.2-7.5), yaşın 60 üzeri olması mortalite riskini 7,5 kat (%95 GA 1.7-32.7), hastanın hipertansif olması mortalite riskini 4.0 kat (%95 GA 1.6-10.3), diyabetmellitus olması mortalite riskini 2.8 kat (%95 GA 1.1-7.6), KAH'ının olması mortalite riskini 2,8 kat (%95 GA 1.1-7.0), SVH'ının olması mortalite riskini 3.8 kat (1.3-11.1), ES transfüzyonu yapılması mortalite riskini 32.1 kat (%95 GA 4.2-242.4) ve hastada tekrar eden kanamanın olması mortalite riskini 4,7 kat (%95 GA 1.9-11.9) arttırdığı saptandı (Tablo 7).

Yapılan Lojistik Regresyon analizi sonucunda ise cinsiyetin, ES transfüzyonu varlığının ve aktif kanamanın mortaliteyi belirlemede en etkili risk faktörleri olduğu bulundu. Buna göre cinsiyetin erkek olması mortalite riskini 3.3 kat (%95 GA 1.1-9.4), ES transfüzyonu olması mortalite riskini 29.9 kat (%95 GA 3.9-231.5) ve tekrar eden kanamanın olması mortalite riskini 4.5 kat (%95 GA 1.6-12.5) arttırdığı saptandı (Tablo 8).

Tartışma

Üst gastrointestinal sistem kanamaları; sık karşılaşılan, tedaviye yönelik endoskopik ve anjiyografik gelişmelere rağmen, %10'lara varan oranlarda ölümlerle sonuçlanabilen önemli sağlık sorunlarından birisidir (10, 11). Erkeklerde ve 60 yaşın üzerindekielerde daha sık rast-

Tablo 5. Duodenum ve mide ülserli olguların Forrest sınıflandırmasına göre dağılımı

Forrest Sınıflaması	Tüm ülserli olgular n(%)	Duodenal Ülserliler n(%)	Mide Ülserliler n(%)
Ia	8 (3.8)	3 (2.5)	5 (5.6)
Ib	23 (10.9)	14 (11.6)	9 (10.0)
Ila	30 (14.3)	15 (12.5)	15 (16.7)
IIb	19 (9.0)	11 (9.2)	8 (8.9)
IIc	8 (3.8)	5 (4.2)	3 (3.3)
III	122 (58.0)	72 (60.0)	50 (55.5)
Toplam	210 (100)	120 (100)	90 (100)

Tablo 6. VDÜGİSK olgularında risk faktörleri, hastanede yatış süreleri ve Mortalite Oranları

Risk faktörleri	Hastanede yatış süresi (gün)	Mortalite n(%)
Yaş (>60)	4.66±3.89	18 (%8.7)
Erkek	4.68±4.21	12 (%9.4)
Sigara	4.30±3.34	6 (%4.4)
Alkol	5.71±4.38	0 (%0)
Aspirin	4.67±4.22	10 (%10.4)
Nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar	5.46±3.66	2 (%10)
Antikoagülan ilaçlar	4.46±3.18	2 (%4.3)
Steroidler	0	0
Yandaş hastalık	4.62±3.73	15 (%8.2)

Tablo 7. VDÜGİSK Olgularında univarite analiz sonucunda elde edilen mortalite için risk faktörleri

Risk Faktörü	p	Odds Ratio (OR)	OR için %95 Güven Aralığı
Erkek olmak	0.027	2.985	1.118-7.519
Yaş > 60	0.002	7.468	1.706-32.683
HT +	0.006	4.004	1.554-10.317
DM +	0.050	2.776	1.016-7.589
KAH +	0.031	2.790	1.116-6.976
SVH +	0.026	3.762	1.273-11.115
ES Transfüzyonu +	<0.001	32.063	4.242-242.358
rebleeding kanama +	0.001	4.717	1.865-11.932

Tablo 8. VDÜGİSK Olgularında Lojistik Regresyon analizi sonucunda elde edilen mortalite için risk faktörleri

Risk Faktörü	P	Odds Ratio (OR)*	OR için %95 Güven Aralığı
Erkek olmak	0.028	3.275	1.137-9.438
ES Transfüzyonu +	0.001	29.927	3.868-231.528
rebleeding kanama +	0.004	4.466	1.591-12.538
* Yaşa göre düzeltilmiş OR değerleri verilmiştir			

lanır (12). Klinik olarak ağır vakalarda özefagus varis kanamaları, orta ve hafif şiddetli kanamalarda peptik ülserler daha sık gözlenmektedir (13).

Çalışmamızdaki olguların 206'sı (%56.5) 60 yaşın üzerinde ve erkek/kadın oranı 1.87 idi. Rockall ve arkadaşlarının (14) 1995 yılında yayınladıkları çalışmada bu oran 1.7/1 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar diğer benzer çalışmaların yaş ve cinsiyet ve yaş dağılımlarıyla uyum göstermektedir (6,15, 16).

Olgularımızın 136'sında (%37.3) sigara içme, 18 vakada (%4.9) alkol öyküsü mevcut iken 96'sında (%26.3) aspirin, 46'sında (%12.6) nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ), 20'sinde (%5.5) antikoagulan ilaç, 21'inde (%5.8) NSAİİ ile birlikte antikoagulan ve 4'ünde (%1) steroid kullanımı gibi risk faktörleri mevcut iken, 186 (%51) vakada yandaş hastalık risk faktörü olarak bulunmaktaydı. Ateş ve arkadaşları (17) VDÜGİSK tanısı konan olgulardan oluşan bir çalışmada %41'inde sigara, %7'sinde alkol, %27'sinde aspirin, %23'ünde aspirin dışı NSAİİ ilaç, %5'inde antikoagulan ilaç, %1'inde steroid kullanımı, %51'inde yandaş hastalık risk faktörü saptamışlardır. Bini ve arkadaşları (18) gastrik ülseri olan ve akut üst GIS kanaması ile başvuran 331 olguda %29 alkol kullanımı, %23.9 sigara kullanımı, %43.8 aspirin ve diğer NSAİİ kullanımı, %7.9 antikoagulan kullanımı, %20.5 peptik ülser öyküsü, %9.1 üst GIS kanaması öyküsü, %83.4 Hp pozitifliği saptamışlardır. Gürel ve arkadaşları (19) retrospektif, 221 olguluk çalışmalarında, olgularının %49.8'inde aspirin, %19.5'inde aspirin dışı NSAİİ kullanımı, %43.4'ünde sigara, %17.6'sında alkol alışkanlığı bulunduğunu bildirmişlerdir. Günşar ve arkadaşlarının (20) çalışmasında aspirin ve diğer NSAİİ kullanımı %50 olarak saptanmıştır. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların kullanımı üst GIS kanama ile başvuran hastaların %30-50'sinde mevcuttur (5, 6).

VDÜGİSK olan hastalarımızın ilk başvuruları sırasında; 190'ında (%52.1) yalnız melana, 22'sinde (%22.4) yalnız hematemez, 79'unda (%21.6) hematemezle birlikte melana ve 13'ünde (%3.6) sadece gaytada gizli kan mevcuttu. Ateş ve arkadaşlarının (17) çalışmasında VDÜGİSK olgularının başvuruları sırasında; 116'sında (%22) yalnız

hematemez, 278'inde (%53) yalnız melana ve 120'sinde (%23) hematemezle birlikte melana, 10'unda (%2) sadece gaytada gizli kan mevcuttu. Başvuru prezentasyonu incelendiğinde hematemez ile melana birlikteliği Kayaçetin ve arkadaşlarının (21) yaptığı bir çalışmada %40.3, Aksöz ve arkadaşlarının (22) serisinde %50 olarak bulunmuştur. Okutur ve arkadaşlarının (23) çalışmasında ise bu oran %37.8 olarak saptanmıştır.

Bizim çalışmamızdaki 365 hastanın 353'ünde (%96.7) kanama nedeni olan lezyonlar endoskopik olarak tanımlandı. 120 olguda duodenum ülseri %32.8 oran ile ilk sırada yer alırken 90 (%24.9) olguda mide ülseri ile 2. sırada ve 37 (%10.1) olguda ise eroziv bulbit 3. sırada yer alıyordu. Diğer nedenler; 34 olguda (%9.3) eroziv gastrit, 24 olguda (%6.5) anastomoz ülseri, 17 olguda (%4.6) mide tümörü, 10 olguda (%2.7) özefajiterozyon, 7 olguda (%1.9) Mallory-Weiss, 6 olguda (%1.6) vasküler lezyon idi ve 12 hastada (%3.2) ise endoskopik olarak kanama yeri belirlenemedi.

Endoskopik olarak VDÜGİSK'nın tanımlanan nedenleri farklı yayınlarda farklı oranlarda bildirilmiştir. VDÜGİSK olgularının incelendiği bir çalışmada %33 ile duodenal ülser ilk sırayı, %14 ile gastrik ülser 2. sırayı, %10 ile gastrik erozyon 3. sırayı almıştır (24). Varis dışı üst GIS kanamalar ile ilgili başka bir çalışmada hastaların %33'ünde duodenal ülser, %18'inde gastrik ülser, %4'ünde hem duodenal hem de gastrik ülser, %13'ünde eroziv gastrit, %4'ünde eroziv duodenit, %10'unda eroziv özofajit, %5'inde Mallory-Weiss sendromuna bağlı kanama olduğu saptanmıştır (25). Özen ve arkadaşları (9) yaptıkları benzer bir çalışmada endoskopi yapılmasına rağmen 6 (%1.5) olguda kanama odağı saptanamamış. Aksöz ve arkadaşlarının (22) çalışmasında duodenal ülser sıklığı %40.3 ve Bozatl ve arkadaşlarının (26) çalışmasında ise %49.3 bulunmuştur. Günşar ve Akarsu'nun (20, 27) çalışmalarında ise bu oran sırasıyla %45 ve %36.9'dur. Okutur ve arkadaşlarının (23) serisinde duodenal ülser sıklığı %47.2 olarak saptandı. Olgularımızdan 120 (%33) vakada endoskopik olarak duodenal ülser saptanması; ülkemizde Hp enfeksiyonun sık bulunmasına (9) ve ileri yaştaki olgularımızın çoğunun yandaş hastalıkları nedeniyle aspirin veya diğer NSAİİ kullanması ile ilişkili olabilir.

Endoskopik tanı konulan 353 hastadan 82'sine (%23.2) endoskopik skleroterapi, 5'ine (%1.4) heater probe ile elektrokoagülasyon, 2'sine (%0.5) hemoklips uygulanmıştır. Kanama kontrolü sağlanamayan 18 (%5) olguya 2. kez endoskopik tedavi uygulanmıştır. Çalışmamızda yer alan 9 (%2.4) olgu genel cerrahi kliniğine devir edilmiştir. Tüm olgularımızın 349'u (%92.6) medikal tedaviye, 7'si (%1.9) cerrahi tedaviye olumlu yanıt verirken 20 olgu (%5.4) kaybedilmiştir. Literatürdeki mortalite oranları araştırıldığında; Okutur ve arkadaşlarının (23) çalışmasında %92.6'sı medikal tedaviyle taburcu olurken, mortalite oranı %5.7 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızın mortalite oranlarına benzerdir. Aksöz ve arkadaşlarının (22) çalışmasında mortalite oranı %7.4 olarak saptanmıştır. Diğer çalışmalarda ise; Ateş ve arkadaşları (17) yaptıkları bir çalışmada toplam olarak 10 hasta (%1.9) kaybedilirken Özen ve arkadaşları (9) çalışmalarında %2 mortalite oranı saptamışlar.

Bizim çalışmamızda cerrahiye verilen hasta oranı %2.4 iken yapılan diğer çalışmalarda bu oran %6-11 arasında saptanmıştır (20, 27, 28). Bu farklılık, medikal tedaviye ek olarak uygulanan endoskopik tedavinin etkinliği ile açıklanabilir.

Yapmış olduğumuz bu çalışmada mortalite için risk faktörleri olarak bulunan; cinsiyetin erkek olması mortalite riskini 3.0 kat (%95 GA 1.2-7.5) artırır iken, yaşın 60 üzeri olması mortalite riskini 7.5 kat (%95 GA 1.7-32.7), hastanın hipertansif olması mortalite riskini 4.0

kat (%95 GA 1.6-10.3), diyabet mellitus olması mortalite riskini 2.8 kat (%95 GA 1.1-7.6) KAH'lı olması mortalite riskini 2.8 kat (%95 GA 1.1-7.0), hastanın SVH'lı olması mortalite riskini 3.8 kat (1.3-11.1) arttırdığı saptandı. Sonuç olarak bizim yaptığımız çalışmada da benzer şekilde hastalarımızın %50.2'sinde bulunan yandaş hastalıkların, yaş, cinsiyetin erkek olması, yaşın 60 üzerine olması mortaliteyi etkilediği saptadık (12, 17). Ateş ve arkadaşları (17) yaptıkları bir çalışmada altmış yaş üzeri olmak ve/veya yandaş hastalığa sahip olmak mortalite için anlamlı risk faktörleri olarak saptandı, sırasıyla $p=0.049$ ve $p=0.047$. Kaplan ve arkadaşları (29), ileri yaşta ve semptomatik olmasa bile yandaş hastalığı olan hastalarda üst GIS kanamalarının daha ağır seyir gösterdiğini ve mortalite oranının daha yüksek olduğunu ifade etmektedirler.

Ülkemizden Gürel ve arkadaşlarının (19) yaptığı çalışmada, hastaların %58.4'ünde komorbid hastalık saptanmış olup üst gastrointestinal sistem kanamasında mortalite için risk faktörü olarak bulunmuştur. Ateş ve arkadaşları (23) olgularının %51'3ünde bulunan yandaş hastalıkların mortaliteyi etkilediği saptamışlardır. İleri yaş grubunda VDÜGİSK geçiren olgularda ölüm oranının artmasının sebebi genellikle ileri yaşta sık görülen diğer hastalıklardır. VDÜGİSK ile başvuran hastaları içeren bir çalışmada mortaliteyi etkileyen en önemli sebeplerden birisinin, birlikte saptanan yandaş hastalıklar olduğu belirtilmektedir (30).

ES transfüzyonu yapılması mortalite riskini 32.1 kat (%95 GA 4.2-242.4) ve hastada tekrar eden kanama olması mortalite riskini 4.7 kat (%95 GA 1.9-11.9) arttırdığı saptandı. Özen ve arkadaşlarının (9) çalışmalarında olarak %16.6 tekrarlayan kanama oranı ve %2 mortalite oranı ile kanaması olan olgularda mortalitenin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada tekrarlayan kanama varlığında (%20) bu hastalarda mortalite ve morbiditenin önemli oranlarda arttığı saptanmıştır (8). Başka bir çalışmada mortaliteyle ilişkili bir faktör olarak nüks kanama saptanmıştır (4). Line ve arkadaşları (31) mortalite ve morbidite riskinin kanaması durmayan veya nükseden %20'lik hasta popülasyonunda ortaya çıktığını saptamışlardır. Türedi ve arkadaşları (32) yaptıkları bir çalışmada tekrarlayan kanama ile mortalite arasındaki ilişki de anlamlı yüksek değerlendirilmiştir. Yavoski ve arkadaşları (33) bir çalışmalarında kan transfüzyonu ihtiyacı ile artan mortalite arasında anlamlı ($p<0.001$) bir ilişki saptamışlardır.

Yaşlı ve yandaş hastalığı olan VDÜGİSK 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 oranları azaltmak mümkün olabilir (34).

Hastalarımızdan bir tanesine kanama odağının saptanması amacı ile anjiyografi tetkiki yaptırılmış olup üst GIS kanamalarında endoskopiye takiben konvansiyonel anjiyografi yapılması tüm dünyada yerleşmiş bir algoritmadır (35).

Bu çalışmanın amaçlarından birisi de VDÜGİSK olgularında tedavi başarı oranlarımızı gözden geçirmek idi. Endoskopi, Üst GIS kanamalarında hem doğru tanı hem de terapötik girişim için bilinen en iyi yöntemdir (36, 37). Literatürde endoskopik tedavinin VDÜGİSK'de kanamayı durdurma oranı %94 olarak bildirilmektedir (38). VDÜGİSK olgularının tümüne 24 saat deneyimli uzmanlar tarafından acil endoskopik girişim yapılmasının ve kliniğimizde tüm endoskopik tedavi yöntemlerinin başarıyla uygulanmasının, mortalite ve morbidite oranlarımızı olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Sonuç olarak; ülkemizdeki diğer çalışmalarda da bildirildiği gibi bizim hastalarımızda da VDÜGİSK'nın en sık nedeni duodenal ülserdir

(19, 20, 22). Bu ülserlerin oluşumunda ana etiyolojik faktörler Hp, aspirin ve diğer NSAİİ kullanımıdır. Özellikle aspirin ve diğer NSAİİ'lerin gereksiz kullanımlarından kaçınılması, kullanılması gerekiyorsa dikkatli kullanılması ve riskli hastalarda gerekli önlemlerin alınması tıbbi bir zorunluluktur. Mortalitenin azaltılması için, kanama kontrolünün sağlanmasının yanında, eşlik eden diğer hastalıkların da dikkatle tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle yaşlı ve yandaş hastalığı olan olguların mortaliteleri yüksek olduğundan dolayı yoğun bakım koşullarında izlenmeleri uygun olacaktır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

- Adler DG, Leighton JA, Davila RE, Hirota WK, Jacobson BC, Qureshi WA, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 497-504. [CrossRef]
- Mungan Z. Üst gastrointestinal sistem kanamaları. In: Ökten A, editor. *Gastroenterohepatoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri 2001; 75.
- Yamada T. *Handbook of Gastroenterology*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins 2002; 16-8.
- Ulaşoğlu C. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamaları. *Çapa Gastroenteroloji Günleri Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu Kitabı* 2002; 28.
- Blocksom JM, Tokioka S, Sugawa C. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Surg Endosc* 2004; 18: 186-92. [CrossRef]
- van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA, Geraedts AA, Tijssen JG, Reitsma JB, 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: 1494-9. [CrossRef]
- Pfau PR, Cooper GS, Carlson MD, Chak A, Sivak MV Jr, Gonet JA, et al. Success and shortcomings of a clinical care pathway in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 425-31. [CrossRef]
- Rivkin K, Lyakhovetskiy A. Treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Am J Health Syst Pharm* 2005; 62: 1159-70.
- Özen E, Ekin F, Nevin Oruç N ve ark. Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı 412 olgunun irdelenmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2007; 6: 62-7.
- Rollhauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2004; 36: 52-8. [CrossRef]
- De Caestecker J. Upper Gastrointestinal Bleeding: Surgical Perspective. *Medicine* 2002; 9: 1 33.
- Di Fiore F, Leclaire S, Merle V, Hervé 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. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2005; 6: 641-7. [CrossRef]
- Goldman E, Ausiello D, et al. *Cecil Textbook of Medicine 22nd Edition*, Chapter 133: Gastrointestinal Haemorrhage and Occult Gastrointestinal Bleeding David J. Bjorkman: 796.
- 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. [CrossRef]
- Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE, Margaritis VG, Blikas AP, Katsakoulis EC, et al. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during last 15 years. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 177-82. [CrossRef]
- Garcia-Rodriguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1994; 343: 769-72. [CrossRef]
- Ateş F, Karıncaoğlu M, Aladağ M. Varis Dışı Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı 524 Olgunun Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Dergisi, 2008; 15: 93-8.
18. Bini EJ, Unger JS, Cohen J. Predictors of gastrointestinal hemorrhage in 893 patients with benign-appearing gastric ulcers. *Gastroenterology* 1998; 114 Suppl A5:G0015.
 19. Gürel S, İmadoğlu O. Varis ve malignite dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarının değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 2: 87-91.
 20. Günşar F, Akarca US, Yönetçi N, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 502 hastanın değerlendirilmesi. *Türk J Gastroenterol* 1997; 8: 188-93.
 21. Kayaçetin E, Polat E. Üst GİS kanamaları. *Genel Tıp Dergisi* 2003; 13: 119-22.
 22. Aksöz K, Ünsal B, Akyol Z. Üst gastrointestinal kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. *Türk J Gastroenterol* 1995; 6: 262-4.
 23. Okutur SK, Alkım C, Bes C ve ark. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2007; 6: 30-6.
 24. Longstreth GF, Feitelberg SP. Outpatient care of selected patients with acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1995; 345: 108-11. [\[CrossRef\]](#)
 25. Park KG, Steele RJ, Mollison J, Crofts TJ. Prediction of recurrent bleeding after endoscopic haemostasis in nonvaricel upper gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg* 1994; 81:1465-8. [\[CrossRef\]](#)
 26. Bozatlı L, Yerdel MA, Karayalçın K, ve ark. 322 Üst gastrointestinal sistem kanama olgusunun retrospektif ve acil diyagnostik endoskopisi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1991; 7: 15-20.
 27. Akarsu E, Okçu N, Ören D ve ark. Kuzeydoğu Anadolu'da üst gastrointestinal sistem kanamalı olguların bir değerlendirmesi. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 2000; 6: 435-8.
 28. Şimşek Z, Harzadın T, Yıldırım İS. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 161 hastanın değerlendirilmesi. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 2003; 9: 675-80.
 29. Kaplan RC, Hechbert SR, Psaty BM. Risk factors for hospitalized upper or lower gastrointestinal tract bleeding intreated hypertensives. *Prev Med* 2002; 34: 455-62. [\[CrossRef\]](#)
 30. Branicki FJ, Coleman SY, Pritchett CJ, Cheung WL, Tuen H, Fok PJ, et al. Emergency surgical treatment for nonvaricel bleeding of the upper part of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172: 113-20.
 31. Line L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994; 331: 717-21. [\[CrossRef\]](#)
 32. Türedi S, Gündüz A, Yandı M. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastaların Etiyolojik ve Prognostik Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 2010; 10: 20-5.
 33. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, Battin LS, Furnia A, Amundson DE. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90: 568-73.
 34. 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. [\[CrossRef\]](#)
 35. Coşkun F, Akpınar E, Bozkurt Ş ve ark. Alt gastrointestinal sistem kanaması vakasında çok dedektörlü bilgisayarlı tomografi bulguları: Vaka sunumu. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2006; 5: 21-3.
 36. Arasaradnam RP, Donnelly MT. Acute endoscopic intervention in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Postgrad Med J* 2005; 81: 92-8. [\[CrossRef\]](#)
 37. Lee JG. What is the value of early endoscopy in upper gastrointestinal bleeding? *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006; 3: 534-5. [\[CrossRef\]](#)
 38. Schoenberg MH. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvaricel bleeding. *Langenbecks Arch Surg* 2001.