

Varis Dışı Üst Gastrointestinal Kanamalı Hastaların Demografik Analizi

Demographic Analysis of Non-variceal Upper Gastrointestinal Hemorrhagic Patients

 Bahri Abaylı¹,  Akkan Avcı²,  Begüm Şeyda Avcı³

¹Seyhan Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Adana, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Adana, Türkiye

ÖZ

Amaç: Amacımız, varisiel olmayan üst gastrointestinal (GIS) kanamalı hastalarımızın demografik özelliklerini değerlendirmektir.

Yöntemler: Acil tıp kliniğimize 1 Ocak 2017 ile 30 Haziran 2017 tarihleri arasında başvuran ve endoskopik tanısında varis dışı kanama saptanan 60 hastanın dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Hastaların demografik, laboratuvar ve endoskopik verileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 60 hasta dahil edildi. Hastaların 33'ü (%55) erkek, 27'si (%45) ise kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 64,27±17,90 olarak saptandı. Hastaların biyokimyasal parametreleri incelendiğinde, başvuru anında ortalama hemoglobin değerleri 9,54±2,67 g/dL, ortalama platelet değerleri 257,117±95,420/mm³ olarak saptandı. Forrest sınıflamasına göre ise sırasıyla 1 hasta (%1,7) 1A, 3 hasta (%5) 1B, 11 hasta (%18,3) 2A, 8 hasta (%13,3) 2B, 6 hasta (%10) 2C ve 31 hasta (%51,7) 3 olarak tespit edildi.

Sonuç: Üst GIS kanamaları acil serviste dikkatle değerlendirilmesi gereken bir klinik tablodur. Hastaların melena ve hematemez/hematokezya dışında da halsizlik ve baş dönmesi gibi özgün olmayan genel semptomlarla da başvurabilecekleri akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: GIS kanama, acil servis, forrest, endoskopi

ABSTRACT

Objective: Our aim is to evaluate the demographic characteristics of our non-varicose upper gastrointestinal (GIS) bleeding patients.

Methods: The files of 60 patients who applied between January 1 2017 and June 30 2017 and who had endoscopic diagnosis of non-variceal bleeding were retrospectively screened. Demographic, laboratory and endoscopic data of patients were recorded.

Results: A total of 60 patients were included in the study. Thirty-three (55%) of the patients were male and 27 (45%) were female. The mean age of the patients was 64.27±17.90. When the biochemical parameters of the patients are examined at the time of admission, mean hemoglobin values were 9.54±2.67 g/dL and mean platelet counts were 257.117±95.420/mm³. According to the Forrest classification, 1 patient was 1 (1%), 3 patients (5%) were 1B, 11 patients (18.3%) were 2A, 8 patients (13.3%) were 2B, 6 patients (10%) 2C and 31 patients (51.7%) were identified as 3, respectively.

Conclusion: Upper gastrointestinal bleeding is a clinical condition that must be carefully evaluated in the emergency department. It should be kept in mind that patients may also be exposed to non-specific general symptoms, such as weakness and dizziness, as well as melena and hematemesis/hematochezia.

Keywords: GIS bleeding, emergency room, forrest, endoscopy

Geliş tarihi/Received: 02.08.2018 | Kabul tarihi/Accepted: 09.08.2018

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Akkan Avcı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana, Türkiye

Telefon/Phone: +90 533 423 03 69 **E-posta/E-mail:** drakkanavci@gmail.com **ORCID-ID:** orcid.org/0000-0002-4627-0909

Atıf/Citation: Abaylı B, Avcı A, Avcı BŞ. Varis Dışı Üst Gastrointestinal Kanamalı Hastaların Demografik Analizi. Bakırköy Tıp Dergisi 2019;15:222-6 <https://doi.org/10.4274/BTDMJB.galenos.2018.20180802070258>



GİRİŞ

Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları Trietz ligamenti ile üst özofagus arasında kalan alandaki kanamaları tanımlamaktadır. Şiddeti kanama miktarına bağlı olarak gizli kanamadan hipovolemik şoka kadar ilerleme sergileyebilir (1). Yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle önemli bir acil başvuru nedenidir (2). Üst GİS kanamaları tüm GİS kanamalarının yaklaşık %80'ini kapsamaktadır. Acil endoskopik tanı ve tedavilere rağmen hala mortalite oranları %2 ile 10 arasında değişmektedir (3). Yıllık insidansı 103/100.000'dir. Hastaneye yatış oranları ABD'de tüm hastane yatışlarının yaklaşık %1'lik kısmını oluşturmaktadır (4).

Ülkemizde üst GİS kanamalarının en sık 3 nedeni peptik ülser hastalığı (duodenum, mide ve anastomoz ülserleri), eroziv gastroduodenit ve özofagus varis kanamalarıdır. GİS kanamalarının yaklaşık %60'undan peptik ülser sorumlu tutulmaktadır (3,5).

Bu çalışmamızda amacımız, non-varisyonel üst GİS kanamalı hastalarımızın demografik özelliklerini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Acil Tıp Kliniği'mize 1 Ocak 2017 ile 30 Haziran 2017 tarihleri arasında başvuran ve endoskopik tanısında varis dışı kanama saptanan 96 hastanın dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Yaşı 18 üzerinde olan, dosya verilerine tam olarak ulaşılan toplam 60 hasta çalışmaya dahil edildi.

On sekiz yaş altında olan, varisyonel kanama saptanan ve dosya verilerine tam ulaşılamayan hastalar çalışma dışında tutuldu.

Hastaların yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıkları, şikayetleri, ilaç öyküleri, vital bulguları, laboratuvar sonuçları, endoskopik verileri ve yatış bilgileri kaydedildi. Forrest sınıflaması kullanılarak endoskopik verileri sınıflandırıldı.

İstatistiksel Analiz

İstatistik analizleri için "SPSS for Windows Version 21" paket programı kullanıldı. Veri analizi yapılırken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (Ortalama, standart sapma) ile niceliksel verilerin dağılımında Student t-testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Mann-Whitney U testi dikkate alınmıştır. Niteliksel değerlendirilmede ki-kare testi kullanıldı. İstatistik verilerin değerlendirilmesinde $p < 0,05$ altında olan veriler anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 60 hasta dahil edildi. Hastaların 33'ü (%55) erkek, 27'si (%45) ise kadın idi. Hastaların yaş ortalaması $64,27 \pm 17,90$ olarak saptandı (Tablo 1).

Hastaların 23'ünde (%38,3) ek bir hastalık saptanmazken, sırasıyla 13'ünde (21,7) hipertansiyon, 12'sinde (%20) diabetes mellitus ve benzer şekilde 12'sinde (%20) koroner arter hastalığı mevcut idi (Tablo 1).

Hastaların şikayetleri esas alındığında en sık başvuru nedeni kanlı kusma iken ($n=28$, %46,7), siyah dışkılama ikinci sıklıkla ($n=22$, %36,7) görüldüğü tespit edildi. Geriye kalan 10 (%16,7) hastanın ise halsizlik veya baş dönmesi şikayeti ile başvurduğu tespit edildi (Tablo 1).

Hastaların biyokimyasal parametreleri incelendiğinde, başvuru anında ortalama hemoglobin değerleri $9,54 \pm 2,67$ g/dL, ortalama platelet değerleri $257,117 \pm 95,420$ /mm³ olarak saptandı (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların demografik verileri

Değişkenler	Sayı (%)
Cinsiyet	60
Erkek	33 (55)
Kadın	27 (45)
Yaş ortalaması	$64,27 \pm 17,90$
Yaş	$64,27 \pm 17,90$
Nabız	$94,65 \pm 15,83$
Sistolik kan basıncı	$119,17 \pm 26,12$
Diastolik kan basıncı	$70,67 \pm 15,28$
Hemoglobin	$9,54 \pm 2,66$
Hematokrit	$28,78 \pm 7,88$
Platelet	$257,12 \pm 95,42$
Beyaz küre sayısı	$10,80 \pm 3,17$
Glukoz	$163,77 \pm 69,81$
Kan üre azotu	$81,80 \pm 39,17$
Kreatinin	$1,02 \pm 0,54$
ALT	$28,81 \pm 62,77$
AST	$35,13 \pm 59,17$
Şikayet	
Kanlı kusma	28 (46,7)
Siyah dışkılama	22 (36,7)
Halsizlik	4 (6,7)
Baş dönmesi	6 (10)
Ek hastalık	
Yok	23 (38,3)
Hipertansiyon	13 (21,7)
Diabetes mellitus	12 (20,0)
Koroner arter hastalığı	12 (20,0)
Yatış yeri	
Yoğun bakım	42 (70,0)
Servis	28 (30,0)

ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz

Kırk iki hasta (%70) yoğun bakım ünitesine kabul edilirken 28 hasta (%30) ise gastroenteroloji servisine yatırıldı (Tablo 1).

Hastaların tamamına acile başvuru anından itibaren ilk 24 saat içinde endoskopi yapıldı. Endoskopi sonuçlarına göre en sık mide-duodonal ülser (n=36, %60) saptandı. Forrest sınıflamasına göre ise sırasıyla 1 hasta (%1,7) 1A, 3 hasta (%5) 1B, 11 hasta (%18,3) 2A, 8 hasta (%13,3) 2B, 6 hasta (%10) 2C ve 31 hasta (%51,7) 3 olarak tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2: Endoskopi bulgularına ve forrest sınıflamasına göre hastaların dağılımı

Endoskopi bulgusu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gastroduodonalit	17	28,3
Kitle	4	6,7
Mide-duodonal ülseri	36	60
Özofagus ülseri	2	3,3
Polip	1	1,7
Forrest sınıflaması		
Forrest 1A	1	1,7
Forrest 1B	3	5,0
Forrest 2A	11	18,3
Forrest 2B	8	13,3
Forrest 2C	6	10,0
Forrest 3	31	51,7

TARTIŞMA

Üst GİS kanamaları acil serviste karşılaşılan ölümcül seyir izleyebilen önemli bir klinik durumdur (6). Çalışmamızda üst GİS kanamalı hastaların %55'i erkek, %45'inin kadın olduğunu saptadık. Erkek/kadın oranını 1,22/1 olarak tespit ettik. Yalçın ve ark.'nın (5) yapmış oldukları çalışmada erkek/kadın oranını 1,87/1 oranında olduğu saptanmıştır. Yine yapılan benzer çalışmalarda 1,7-2,19/1 oranında tespit edildiği görülmektedir (7-9). Elde ettiğimiz verilere göre kadın cinsiyette görülen bir artış olmasına rağmen halen erkek cinsiyetin kanama açısından daha sık görüldüğü izlenmektedir.

Üst GİS kanamaları her yaş grubunda görülmesine rağmen ileri yaşlarda daha sık görülmektedir (10). Yenigün ve ark.'nın (8) yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 59,2 olarak saptanmıştır. Yalçın ve ark.'nın (5) çalışmasında 61,1 yaş ortalaması elde etmişlerdir. Yaş ortalamasını 59,9 ile 62,7 arasında olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (11-13). Çalışmamızda yaş ortalaması 64,27±17,90 olarak saptanmıştır. Bu veri literatür verilerine benzerlik göstermektedir ve 60 yaş üzeri olmak üst GİS kanamaları için risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Üst GİS kanamaları semptomlarına göre incelendiğinde en sık başvuru nedeninin melena ve kanlı kusma olduğunu gösteren birçok çalışma vardır. Türedi ve ark.'nın (14) 179 hastanın verilerini analiz ettikleri çalışmada % 86 oranında melena, %63,7 oranında ise hematemez şikayetiyle başvurduklarını tespit etmişlerdir. Yapılan diğer bir çalışmada hematemez ve melena birlikteliği %50 civarında saptanmıştır (15). Diğer bir çalışmada Shennak ve ark. (16) %32 oranında melena, %21 oranında hematemez ile başvuru oranını saptamıştır. Kendi çalışmamızda elde edilen verilere göre melena ve hematemez/hematokezya en sık başvuru semptomu olmasına rağmen %16,7 hastanın baş dönmesi ve halsizlik gibi şikayetlerle geldiği tespit edilmiştir. Hastaların ileri yaşlarda olması nörobilişsel yetilerinin disfonksiyone olmasına yol açabilir. Bu durum melena tarifinde zorlanmalarına ve bu konuda öykü vermemelerine neden olmaktadır. Ayrıca ani kan kaybına bağlı olarak henüz melena gelişme süresini tamamlamadan kendini halsizlik ve baş dönmesi gibi şikayetlerle kendini gösterebileceği akılda tutulması gerektiği düşünülmelidir.

Üst GİS kanamalarında hastaların mevcut komorbid hastalıklarının varlığı risk faktörleri arasındadır. Kanamayı etkileyen önemli iki değişkenden biri komorbid hastalıktır (17). Yapılan birçok çalışmalarda komorbid hastalıklar arasında ilk 3 sırayı hipertansiyon, diabetes mellitus ve koroner arter hastalıkları almaktadır (5,9,13,14). Bu hasta grubunda kullanılan ilaçların ve fizyopatolojik süreçler sonucunda görülen vasküler değişikliklerin (mikro-anjyopatik değişiklikler gibi) kanamalara katkıda bulunduğu ifade edilebilir. Koroner arter hastalarının özellikle anti-koagülan ve anti-trombosit ilaç kullanımları kanama süreçlerine katkıda bulunmaktadır. Çalışmamıza alınan hastaların %61,7'sinin hipertansiyon, diabetes mellitus ya da koroner arter hastalığından en az birine sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastaların acil serviste değerlendirilmesinde kanama riski açısından komorbid hastalıklarının mutlaka sorgulanması gerekmektedir.

Üst GİS kanama nedenleri incelendiğinde en sık nedenler arasında ülserler ilk sırada yer alırken, gastritler ikinci sıklıkla izlenmektedir (6). On dört bin ikiyüz altmış beş hastanın analiz edildiği bir çalışmada peptik ülserler %52 oranıyla en sık görülen neden olarak saptanmıştır (4). Ülkemizde Baş ve ark.'nın (13) yapmış oldukları çalışmada ilk sırada ülserler %58,4 oranıyla ilk sırada yer alırken, ikinci sırada eroziv gastritler %29,8 oranıyla yer almıştır. Yalçın ve ark. (5) %63,2 oranında ülser, %16,3 oranında

gastroduedonit tespit etmişlerdir. İki yüz otuz hastanın analizinin yapıldığı diğer bir çalışmada gastroduedonal ülserlerin oranı 71,2 olarak saptanmıştır (9). Thomopoulos ve ark.'nın (18) farklı zaman dilimlerindeki hastaların karşılaştırıldıklarında peptik ülserin GIS kanama nedeninin ilk sırasında yer aldığını ifade etmişlerdir. Kendi çalışmamızda elde edilen verilerde ilk sırada mide ülserlerinin ve ikinci sırada gastroduedonit vakalarının yer aldığını saptadık. Bu sonuçlar literatür verileriyle benzerlik göstermektedir.

Hastaların rekkürens kanama olasılıklarını belirlemede kullanılan sınıflamalardan biri Forrest sınıflamasıdır. Forrest sınıflamasında kanayan ülserler görünümüne göre şu şekilde sınıflanır; 1A, fışkırır tarzda aktif kanama; 1B, sızıntı tarzında aktif kanama; 2A, kanamayan görünür damar; 2B, yapışık pıhtı; 2C, düz pigmente lezyon; 3, kanama bulgusu yok (19,20). Forrest 1A, 1B ve 2A olduğunu gösteren işaretlerin varlığı peptik ülser kanamasında önemlidir. Bu hastalara endoskopik tedavi yapılması gerekir. Forrest 2B olan hastalara ise sadece hastanın durumu kötüleşiyorsa veya devam eden kanamayı düşündüren diğer bulgular varsa endoskopik tedavi önerilmektedir. Yapışık pıhtı temizlendiğinde, bu ülserlerin %30'unda aktif kanama veya görünen damar ortaya çıkabilir. Yine bu hastalara da endoskopik tedavi yapılması gerekir. Forrest 2C ve 3 ülserli olan hastalarda ise tedavi yapmanın bir yararı yoktur (21). Forrest 2A lezyonların rengi tekrar kanama için önemlidir (22). Hastaların endoskopik sonuçlarının Forrest sınıflamasına göre sıklığını irdeleyen ve Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık Forrest 3 grubu hastaları olduğunu saptamışlardır (5,23). 460 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada %63,2 oranında yine Forrest 3 grubu hastalar ilk sırada yer almıştır (24). Bizim çalışmamızda da %51,7 oranıyla Forrest 3 grubu hastaların ilk sırada yer aldığını tespit ettik ve bu sonuçlar literatür verilerine benzerlik göstermektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak, üst GIS kanamaları acil serviste dikkatle değerlendirilmesi gereken ve hastaların melena ve hematemez/hematokezya dışında da halsizlik ve baş dönmesi gibi özgün olmayan genel semptomlarla da başvurabilecekleri akılda tutulmalıdır. Ülserler halen en sık sebep olarak karşımıza çıkmaktadır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Çalışma retrospektif olarak planlanmıştır.

Hasta Onayı: Çalışma retrospektif olarak planlanmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: B.A., A.A., B.Ş.A., Dizayn: B.A., A.A., B.Ş.A, Veri Toplama veya İşleme: B.A., A.A., Analiz veya Yorumlama: A.A., B.Ş.A, Literatür Arama: B.A., A.A., Yazan: B.A., A.A., B.Ş.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Yamada T. Handbook of Gastroenterology. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins 2002;16-8.
2. Hurst JM. Gastrointestinal Bleeding. In: Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR, editors. Critical care medicine. Philadelphia: J.B. Lippincott 1988;1271-82.
3. Szura M, Pasternak A. Upper non-variceal gastrointestinal bleeding review the effectiveness of endoscopic hemostasis methods. World J Gastrointest Endosc 2015;7:1088-95.
4. Mungan Z. Üst gastrointestinal sistem kanamaları. In: Ökten A, editor. Gastroenterohepatoloji. Nobel Tıp Kitabevleri 2001;75.
5. Yalçın MS, Kara B, Öztürk NA, Ölmez Ş, Taşdoğan BE, Taş A. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastaların Epidemiyolojisi ve Endoskopik Bulguları. Dicle Medical Journal 2016;43:73-6.
6. Günsar F, Akarca US, Yönetçi N, Özütmez Ö, Aydın A, Ersöz G, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı yüz hastanın değerlendirilmesi. Türk J Gastroenterol 1997;8:188-93.
7. Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzula JC, Collier K, Mayoral W, Al-Kawas F, et al. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper GI bleeding is exaggerated. Gastrointest Endosc 2004;59:788-94.
8. Yenigün EC, Pirpir A, Aytan P, Ulusal G, Yıldırım İS. Evaluation of the characteristics of patients with upper gastrointestinal system bleeding. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2006;5:116-22.
9. Okutur SK, Alkım C, Bes C, Gürbüz D, Kınık Ö, Gültürk E ve ark. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2007;6:30-6.
10. Di Fiore F, Lecleire S, Merle V, Hervé S, Duhamel C, Dupas JL, et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal hemorrhage: a com-parison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicenter French study. Eur J Gastroenterology Hepatol 2005;17:641-7.
11. Mino Fugarolas G, Jaramillo Esteban JL, Galvez Calderon C, et al. An analysis of a general prospective series of 3270 upper digestive hemorrhages. Rev Esp Enferm Dig 1992;82:7-15.
12. Altunoğlu EG, Müderrisoğlu C, Erdenen F, Bektaş H, Polat H. Upper Gastrointestinal Bleeding:One Center's Five Years Experience. Istanbul Med J 2012;13:169-75.

13. Baş B, Oymacı E, Dinç B. Evaluation of Results in Patients with Acute Upper Gis Bleeding: A Government Hospital Experience. *J Clin Anal Med* 2015;6:362-5.
14. Türedi S, Gündüz A, Yandı M. An etiological and prognostic evaluation of patients with upper gastrointestinal bleeding from Karadeniz Technical University Department of Emergency Medicine. *Turk J Emerg Med* 2010;10:20-5.
15. Aksöz K, Ünsal B, Akyol Z, Ergün A, Önder G, Gönenç U, ve ark. Üst Gastrointestinal sistem kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. *Türk J Gastroenterol* 1995;6:162-4.
16. Shennak MM. Etiology of upper gastrointestinal bleeding in Jordanian patients: A prospective study. *Ann Saudi Med* 1995;15:54-9.
17. Crooks CJ, West J, Card TR. Comorbidities affect risk of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2013;144:1384-93.
18. Thomopoulos K, Vagenas K, Vagianos C, 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.
19. Conrad SA. Acute upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients: Causes and treatment modalities. *Crit Care Med* 2002;30:365-8.
20. Büyükuncu Y. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi. Kalaycı G (ed). Genel Cerrahi.1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2002;2:1029-49.
21. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gut* 2002;51:iv1-iv6.
22. Huang CS, Lichtenstein DR. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2003;32:1053-78.
23. Cander B, Ertekin B, Kara H, Gül M, Dünder D, Koçak S, Girişgin S. Acil Servise Gastrointestinal Kanama İle Başvuran Hastalarda Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 2011;16:51-4.
24. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R, Riscopo R. Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: A randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2002;55:1-5.