

Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi

Evaluation of the characteristics of patients with upper gastrointestinal system bleeding

Ezgi COŞKUN YENİGÜN, Atakan PİRPIR, Pelin AYTAN, Gülay ULUSAL, İ. Safa YILDIRIM

Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Dahiliye Kliniği, Ankara

Giriş ve amaç: Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanama tanısı ile takip edilen olgularımızın özelliklerini değerlendirmek. **Gereç ve yöntem:** 2000-2005 yılları arasında kliniğimizde takip edilmiş 195 üst gastrointestinal kanamalı hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, ilaç kullanımı, kanama öyküsü, laboratuvar değerleri, endoskopik bulgular, uygulanan tedavi, transfüzyon ihtiyacı, yatış süresi ve mortalite açısından değerlendirildi. **Bulgular:** Hastaların 151'i erkek (%77.4), 44'ü kadın (%22.6) (p<0.05) idi. Yaş ortalaması 59.2 idi ve üst GİS kanama en sık 7. ve 8. dekadlarda görülmekteydi. Başvuru şikayetleri melena (%37.9), hematemez (%8.7), hematemez ve melena (%53.3) idi. Hastaların kullandığı ilaçlar nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) (%19), aspirin (A) (%18.5), oral antikoagülan ilaçlar (OAK), steroid veya kombinasyon tedavisi (%11.3) idi. Ortalama geliş hemoglobini 8.8 g/dl, hematokrit %27.0, üre 76.9 mg/dl, kreatinin 1.1 mg/dl idi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde en sık saptanan bulgular sırasıyla; peptik ülser (%29.3), özefagus varisi (%17.9) idi. 56 hastaya (%28.7) endoskopi yapılamamıştı. 182 hastaya sadece medikal tedavi verilmiş, 8 hastaya band ligasyonu, 3 hastaya skleroterapi, 1 hastaya cerrahi tedavi uygulanmıştı. Ortalama transfüzyon ihtiyacı 4.6 ünite, ortalama yatış süresi 7.8 gün idi. 20 hasta takip sırasında kaybedilmiş, 9 hastada mortalite üst gastrointestinal sistem kanamaya bağlı gelişmişti. **Sonuç:** Mortalitenin azaltılabilmesi için kanama kontrolünün sağlanmasının yanında, eşlik eden hastalıkların da dikkatle tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle ağrı ve inflamasyon kontrolünde yaygın olarak A/NSAİİ kullanan hastalarda protektif ilaçlar tedaviye eklenmeli, gerektiğinde COX-2 selektif NSAİİ tercih edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Gastrointestinal kanama, peptik ülser, endoskopi, özofajial varisler

GİRİŞ VE AMAÇ

Akut üst gastrointestinal kanama, sık karşılaşılan önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. İnsidansı yıllık hastane başvurularının 100,000 de 50-150'si arasında değişmektedir (1, 2). Son dönemlerde üst gastrointestinal kanamalara tanı ve tedavi yaklaşımları geliştirilmektedir. Endoskopik hemostazın sağlanmasıyla klinik sonuçlar iyileştirilmiştir (3, 4). Yoğun bakım takibindeki yenilikler, tanı ve tedavideki ilerlemeler ve modern cerrahi tekniklerine rağmen mortalite halen yüksektir (5).

Background/aim: To assess the characteristics of patients with upper gastrointestinal system (GIS) bleeding. **Materials and methods:** 195 patients with upper GIS bleeding admitted to our clinic between 2000-2005 were retrospectively evaluated. Age, sex, complaints, history of medication, history of bleeding, laboratory findings, endoscopic findings, management, need for transfusion, hospitalization duration and mortality rates were assessed. **Results:** 151 (77.4%) patients were men and 44 (22.6%) were women (p<0.05). Mean age was 59.2 years and GIS bleeding was most common in the 7th and 8th decades. Melena (37.9%), hematemeses (8.7%), and hematemeses and melena (53.3%) were the complaints at admission. Patients were using nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) (19%), aspirin (A) (18.5%), oral anticoagulant drugs (OAC), steroids or combination therapies (11.3%). The mean hemoglobin, hematocrit, urea and creatinine levels were 8.8 g/dl, 27.0%, 76.9 mg/dl, and 1.1 mg/dl, respectively, at admission. Peptic ulcer (29.3%) and esophageal varices (17.9%) were the most common findings at upper GIS endoscopy. Endoscopy could not be performed in 56 patients (28.7%). Only medical treatment was administered to 182 patients, band ligation was performed in 8 patients, sclerotherapy was performed in 3 patients and surgery was needed in 1 patient. The mean transfusion need was 4.6 units and the mean duration of hospitalization was 7.8 days. 20 patients died during follow-up and 9 of these were due to bleeding. **Conclusion:** To decrease the mortality, accompanying diseases must be managed effectively and bleeding control provided. Patients who use A/NSAIDs, especially for controlling pain and inflammation, should be treated with protective drugs, and if NSAID treatment is needed, COX-2 should selectively be preferred.

Key words: Gastrointestinal bleeding, peptic ulcer, endoscopy, esophageal varices

GEREÇ VE YÖNTEM

Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Dahiliye Kliniği'ne Ocak 2000 ve Ocak 2005 yılları arasında üst gastrointestinal kanama tanısı ile kabul edilen toplam 195 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar; yaş, cinsiyet, yatış süresi, ilaç kullanımı ve türü, önceki kanama hikayesi, tedavi yöntemi, transfüzyon ihtiyacı, hemoglobin, hematokrit, üre, kreatinin, endoskopi bulguları ve mortalite yönünden değerlendirildi.

Analizler SPSS 11.5 yazılımı ile değerlendirildi. Nitelik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek

için ki-kare ve Fischer Kesin ki-kare testleri kullanıldı. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelendi. İki grubu karşılaştırırken normal dağılım gösteren değişken için bağımsız gruplarda t-testi, normal dağılmayan değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki gruba karşılaştırmak için Kruskal-Wallis testi uygulandı. Gruplar arasında farklılık önemli bulunduğunda ikili karşılaştırmalar Banferroni düzeltmesi kullanılarak Mann-Whitney U testi ile yapıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza, Ocak 2000 ve Ocak 2005 yılları arasında kliniğimizde üst gastrointestinal kanama tanısı ile takip edilen toplam 195 hasta alındı. Hastaların 151'i erkek (%77.4) ve 44'ü kadın (%22.6) idi. Erkek hastaların yaş ortalaması 58.04 ± 14.8 kadın hastaların yaş ortalaması 63.25 ± 14.2 idi. Hastaların 74'ü (%37.9) sadece melena, 17'si (%8.7) sadece hematemez, kalan 104'ü (%53.3) ise hematemez + melena şikayeti ile başvurdu. 101 hasta (%51.8) 7. ve 8. dekattaydı. Dekatlara göre yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların dekatlara göre yaş ve cinsiyet dağılımı

Yaş Grubu	Cinsiyet		Total
	Erkek	Kadın	
15-19	3 (%2)	0	3 (%2)
20-29	6 (%4)	1 (%2.3)	7 (%3.6)
30-39	9 (%6)	2 (%4.5)	11 (%5.6)
40-49	16 (%10.6)	4 (%9.1)	20 (%10.3)
50-59	37 (%24.5)	8 (%18.2)	45 (%23.1)
60-69	37 (%24.5)	13 (%29.5)	50 (%25.6)
70-79	39 (%25.8)	12 (%27.3)	51 (%26.2)
80+	4 (%2.6)	4 (%9.1)	8 (%4.1)
Total	151 (%100)	44 (%100)	195 (%100)

Hastaların ilaç kullanım ve bilinen ek hastalık varlığı Tablo 2'de gösterilmiştir. A / NSAİİ kullanım oranı tüm hasta grubunda %40.6, peptik ülser (PÜ) kanamalı hastalarda %31.1 olarak saptandı. İlaç kullanımı; 54 hastada (%27.7) analjezi amaçlı iken, 19 hastada (%9.7) koroner arter hastalığı, 9 hastada (%4.6) kalp kapak hastalığı, 6 hastada (%3.0) serebrovasküler olay, 5 hastada (%2.6) konjestif kalp yetmezliği, 3 hastada (%1.5) periferik damar hastalığı nedeni idi. Steroid alan 1 hasta istatistiksel hesaplamada anlamlı olmadığı için çıkarıldı.

Tablo 2. Hastaların ilaç kullanım ve bilinen ek hastalık varlığı

İlaç kullanımı	Bilinen ek hastalık varlığı	
	Erkek	Kadın
Yok	100 (%51.3)	60 (%30.8)
Aspirin	36 (%18.5)	19 (%9.7)
NSAİD	37 (%19)	9 (%4.6)
OAK	7 (%3.6)	5 (%2.6)
Steroid	1 (%0.5)	3 (%1.5)
NSAİD+Aspirin	8 (%4.1)	96 (%50.8)
NSAİD+Aspirin	6 (%3.1)	
Total	195 (%100)	

*Diğer nedenler arasında; 54 (%27.7) hastada analjezi ve antiinflamatuvar amaçlı ilaç kullanımı, 6 (%3) hastada serebrovasküler olay yer almaktadır

Hastaların 137'sinde (%70) üst GİS kanama yükü bulunmazken 58'i (%30) daha önce en az bir kere kanama geçirdiğini bildirmiştir.

Üst gastrointestinal kanama nedeniyle başvuran 195 hastanın 182'sine (%93.3) medikal tedavi, 8 (%4.1) hastaya band ligasyonu, 3 (%1.5) hastaya skleroterapi, 1 (%0.5) hastaya cerrahi tedavi uygulanırken 1 hastaya kabul etmediği için tedavi uygulanmamıştır. Toplam mortalite oranı %10.3 (n=20) olarak bulunmuş, bunun %45'i (n=9) kanamaya bağlı, %55'i (n=11) eşlik eden hastalık (3 hasta konjestif kalp yetmezliği, 3 hasta hepatik ensefalopati, 2 hasta kronik böbrek yetmezliği ve elektrolit imbalansı, 1 hasta akciğer enfeksiyonu, 1 hasta multiorgan yetmezliği, 1 hasta kateter yeri enfeksiyonu) nedeniyle gelişmişti. Mortalite oranları 60 yaşın üstündeki 109 hastada %14.7 (n=16), 60 yaşın altındaki 86 hastada %4.7 (n=4) idi. Her iki yaş grubu arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.022$, ki kare testi). 60 yaşın üzerindeki 16 hastanın 8'i kanamaya, 8'i ek hastalığa bağlı, 60 yaş altındaki 4 hastadan 1'i kanamaya, 3'ü eşlik eden hastalığa bağlı kaybedilmişti.

Tablo 3. Endoskopi bulguları ve cinsiyet dağılımı

Endoskopi Bulguları	Cinsiyet		Total
	Erkek	Kadın	
Gastrik ülser	20 (%13.2)	3 (%7)	23 (%11.9)
Duodenal ülser	25 (%16.6)	4 (%9.3)	29 (%14.9)
Varis (gastrik+özefagial)	29 (%19.2)	6 (%14)	35 (%18)
Erozif gastrit	7 (%4.6)	4 (%9.3)	11 (%5.7)
Diğer*	21 (%13.9)	8 (%18.6)	29 (%14.9)
Yapılamadı	41 (%27.2)	15 (%34.9)	56 (%28.9)
Gastrik+Duodenal ülser	5 (%3.3)	0	3 (%2.6)
Kanser	3 (%2)	3 (%7)	6 (%3.1)
Total	151 (%100)	43 (%100)	194 (%100)

*Diğer endoskopi bulguları: Antral gastrit 3, atrofik gastrit 3, gastrit 2, gastroduodenit 2, antral gastrit+bulbit 3, alkalen reflü gastrit 2 hastada, antral gastrit+duodenal ülser, antral ülser+bulbusta ülser+bulbit, prepylorik ülser+erozif gastrit+duodenit+özefajit, duodenum ve pilor ağzında hemoraji, mallory-weiss, bulbit+gastrit+safra reflüsü, gastrit+bulbit+fundusta divertikül, stoma ülseri+geçirilmiş Billroth II operasyonu, stomatit+gastrojejunostomi, rezekte mide+aktif jejunal ülser, stomatit+gastrostomili mide+alkalen reflü gastrit, stomatit+rezekte mide, özefagus dıştan bası, mide ve kardiyayı çepeçevre saran malign görünümlü lezyon (biyopsi kronik gastrit gelmiş kontrole çağrılmış) ise birer hastada tanımlanmıştır

Tablo 3’de endoskopi bulguları ve cinsiyet dağılımı gösterilmektedir. Bulgular arasında cinsiyet bakımından anlamlı fark bulunamadı. ($p=0.182$)

Tablo 4 ve 5’te endoskopik bulgularla ilaç kullanımını karşılaştırıldı. İlaç kullanan ve kullanmayan gruplar endoskopik bulgular açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark tespit edildi ($p<0.001$). İlaç kullanan hastalarda en sık endoskopik bulgu peptik ülser, iken ilaç kullanmayanlarda varis kanaması olarak tesbit edildi.

Tablo 4. Endoskopik bulgularla ilaç kullanımının karşılaştırılması

Endoskopik Bulgular	İlaç		Total
	Kullanmayan	Kullanan	
Gastrik ülser	7 (%7)	16 (%17)	23 (%11.9)
Duodenal ülser	17 (%17)	12 (%12.8)	29 (%14.9)
Varis (gastrik+özefagial)	28 (%28)	7 (%7.4)	35 (%18)
Erozif gastrit	5 (%5)	6 (%6.4)	11 (%5.7)
Diğer	6 (%6)	23 (%24.5)	29 (%14.9)
Yapılamadı	32 (%32)	24 (%25.5)	56 (%28.9)
Gastrik+Duodenal ülser	1 (%1)	4 (%4.3)	5 (%2.6)
Kanser	4 (%4)	2 (%2.1)	6 (%3.1)
Total	100 (%100)	94 (%100)	194 (%100)

Tablo 6’da endoskopik bulgulara göre yatış süreleri ve transfüzyon ihtiyacı gösterildi. Ortalama yatış süreleri ve transfüzyon ihtiyacı arasında anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.112$, $p=0.185$).

Tablo 5. Endoskopik bulgularla kullanılan ilaç türünün karşılaştırılması

Endoskopik Bulgular	İlaç Türü					Total
	Aspirin	NSAID	OAK	OAK+Aspirin	NSAID+Aspirin	
Gastrik ülser	8 (%22.9)	4 (%14.3)	1 (%12.5)	1 (%12.5)	2 (%33.3)	16 (%17.2)
Duodenal ülser	2 (%5.7)	7 (%18.9)	2 (%28.6)	0	1 (%16.7)	12 (%12.9)
Varis (gastrik+özefagial)	1 (%2.9)	6 (%16.2)	0	0	0	7 (%7.5)
Erozif gastrit	1 (%2.9)	4 (%10.8)	0	1 (%12.5)	0	6 (%6.5)
Diğer	9 (%25.7)	8 (%21.6)	1 (%14.3)	1 (%12.5)	3 (%50)	22 (%23.7)
Yapılamadı	8 (%22.9)	8 (%21.6)	3 (%42.9)	5 (%62.5)	0	24 (%25.8)
Gastrik+Duodenal ülser	4 (%5.7)	0	0	0	0	4 (%4.3)
Kanser	2 (%5.7)	0	0	0	0	2 (%2.29)
Total	35 (%100)	37 (%100)	7 (%100)	8 (%100)	6 (%100)	93 (%100)

Tablo 6. Endoskopik bulgulara göre yatış süreleri ve transfüzyon ihtiyacı

Endoskopik Bulgular	Yatış Süresi			Transfüzyon		
	Median	Min.	Max.	Median	Min.	Max.
Gastrik ülser	8	3	20	3	0	14
Duodenal ülser	6	2	16	3	0	15
Varis (gastrik ve özefagus)	8	1	29	5	0	52
Erozif gastrit	9	3	15	2	0	8
Diğer	5	1	16	4	0	12
Yapılamadı	7	1	23	3	0	48
Gastrik+Duodenal ülser	6	3	9	1	0	10
Kanser	9	3	15	3	2	6

Üst GİS endoskopisi, kaybedilen 20 (%10.2) hastanın sadece 6’sına yapılabildiği. Bunların 2’sinde gastrik ülser (%1), 2’sinde varis (%1), 1’inde mide kanseri (%0.5), 1’inde antral gastrit (%0.5) saptandı. Diğer 14 hastaya endoskopi yapılamadı. Kaybedilen 20 hastanın 6’sı ilaç kullanan gruptaydı. İlaç kullanımı ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Endoskopik bulgular açısından daha önce kanama geçiren hastalar ile geçirmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.886$).

İlaç kullanımı ile cinsiyet ve başvuru şikayetleri karşılaştırıldığında, anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.592$, $p=0.154$).

Hastaların 56’sında (%28.7) önceki kanama hikayesi mevcuttu. İlaç kullanımıyla önceki kanama hikayesi ve mortalite karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.816$, $p=0.126$).

Tablo 7’de ilaç kullanımı ile diğer parametrelerin karşılaştırılması gösterilmiştir. Yaş, hemoglobin, hematokrit, üre, kreatinin, transfüzyon ihtiyacı ile ilaç kullanımı arasında bir ilişki bulunmadı.

Tablo 8’de kullanılan ilaç türü ile yaş, yatış süresi, hemoglobin, hematokrit, üre, kreatinin ve transfüzyon ihtiyacı karşılaştırılmış, yaş ile kullanılan ilaç türü arasında Kruskal-Wallis testi ile

Tablo 7. İlaç kullanımı ile diğer parametrelerin karşılaştırılması

İlaç	Median	Minimum	Maksimum
Yaş			
Kullanmayan	60.5	15	88
Kullanan	62	17	93
Yatış Süresi			
Kullanmayan	7	1	29
Kullanan	6	1	23
HTC			
Kullanmayan	26	12.6	48.5
Kullanan	26.9	11.6	42.9
ÜRE			
Kullanmayan	60.5	20	454
Kullanan	66	14	353
KRE			
Kullanmayan	0.9	0.4	7
Kullanan	1	0.5	5.9
Transfüzyon			
Kullanmayan	4	0	52
Kullanan	3	0	48
HB	İlaç	Mean	Standart Deviasyon
	Kullanmayan	8.82	0.23728
	Kullanan	8.89	0.27617

anlamli ilişki bulunmuştur (p=0.031). Mann-Whitney testi ile değerlendirme yapıldığında, aspirin kullanımı ile NSAİİ kullanımı ve OAK+Aspirin kullanımı arasında yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla p=0.013, p=0.016).

TARTIŞMA

Üst GİS kanamaları sıklıkla karşılaşılan mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Üst GİS kanama her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde 250000-300000 sıklıkta başvuruya neden olmaktadır (6). Erkeklerde ve 60 yaşın üzerinde daha sık rastlanır (7). En sık neden PÜ ve özefagus varis kanamalarıdır (6, 8, 9). Klinik olarak ağır vakalarda özefagus varis kanamaları, orta ve hafif şiddetli kanamalarda PÜ daha sık gözlenmektedir (6). Bizim çalışmamızda erkek/kadın oranı 3.4 idi. Hastaların %51.8'i 7. ve 8. dekatta idi. Yapılan diğer çalışmalarda da cinsiyet ve yaş konusunda benzer sonuçlar bildirmiştir (10-12). Biz çalışmamızda 194 hastanın 57'sinde (%41.3) PÜ, 35'inde (%25.3) varis kanaması (özefagus ve gastrik varisler) saptadık. Hastaların 56'sına (%28.9) endoskopi çeşitli nedenlerle (hastanın girişimi kabul etmemesi, tetkiki tolere edememesi, ekipman eksikliği) yapılamadı.

Üst GİS kanamalarının nedenleri çok çeşitlidir. Kanamanın olası nedenleri bölgelere göre değişmekte ve bir sıklık sırası vermek güç olmaktadır (13). Ülkemizde yapılan değişik çalışmaların

Tablo 8. Kullanılan ilaç türü ile Tablo 7'deki parametrelerin karşılaştırılması

	N	Median	Minimum	Maximum
Yaş				
Aspirin	36	66.5	42	93
NSAİD	37	60	17	81
OAK	7	57	25	73
OAK+Aspirin	8	54.5	36	68
NSAİD+Aspirin	6	68.5	52	76
Yatış süresi				
Aspirin	36	6	3	18
NSAİD	37	7	1	23
OAK	7	6	1	16
OAK+Aspirin	8	10	4	21
NSAİD+Aspirin	6	4	3	10
HB				
Aspirin	36	8.85	4.2	14.7
NSAİD	37	8.9	3.7	14
OAK	7	1.9	4.5	12.3
OAK+Aspirin	8	8.4	4.1	14.1
NSAİD+Aspirin	6	9.1	5.6	11.3
HTC				
Aspirin	36	27.15	14.3	42.9
NSAİD	37	27	12.1	42.3
OAK	7	24	14	35
OAK+Aspirin	8	25.7	15.2	41.4
NSAİD+Aspirin	6	26.9	18.6	32.2
ÜRE				
Aspirin	36	75	18	181
NSAİD	37	55	14	149
OAK	7	103	36	353
OAK+Aspirin	8	60	26	188
NSAİD+Aspirin	6	75	54	194
KRE				
Aspirin	36	0.95	0.6	2.7
NSAİD	37	0.9	0.5	4.8
OAK	7	1.1	0.7	5.9
OAK+Aspirin	8	1.1	0.7	3.2
NSAİD+Aspirin	6	0.95	0.7	1.9
Transfüzyon				
Aspirin	36	2.5	0	14
NSAİD	37	3	0	18
OAK	7	4	0	8
OAK+Aspirin	8	5	0	48
NSAİD+Aspirin	6	3	1	12

ortalamalarına göre üst GİS kanamanın en sık nedenleri sırasıyla peptik ülser, erozif gastrit-duodenit, özefagus varisidir (14). 14265 olguyu içeren bir seride en sık kanama nedenleri peptik ülser (%52), akut mukozal lezyonlar (%14), özefagus varisi (%8), nedeni bilinmeyen kanamalar (%14), diğer hastalıklar (%8)'dir (13). Gönen ve ark. yapmış oldukları çalışmada üst GİS kanamalarının yarısından fazlasının PÜ'e bağlı olduğunu bildirmişlerdir (15). Benzer olarak Thomopoulos ve arkadaşlarının yaptığı 1986-87 ve 2000-2001 yıllarını karşılaştırdıkları çalışmada her iki dönemde de PÜ en sık neden olarak bulunmuştur. (11). Chassaignon ve ark. yaptığı çalışmada ise 160 üst GİS kanamalı hastada %37 oranında özefagus varisi, %34 oranında PÜ, %21 oranında

gastrit saptanmıştır (16). Yazarlar, varis kanama sıklığındaki yüksekliğin o bölgedeki aşırı alkol tüketimi ile ilişkili olabileceğini düşünmüşlerdir. Bununla birlikte, farklı coğrafik bölge, sosyal çevre ve alışkanlıklar, bazı spesifik hastalıkların belli bölgelerde görülmesinden dolayı bölgelere göre kanama insidansı ve nedenleri farklıdır. Bizim çalışmamızda varis kanamaları, PÜ kanamalarından sonra ikinci sıklıktaydı. Varis kanamalarının ikinci en sık neden olarak görülmesini, hastanemizin sevk zincirinde bir üst merkez olarak yer almasına bağlamaktayız.

İlaç kullanımıyla endoskopik bulgular arasında anlamlı ilişki bulundu. İlaç kullanan grupta PÜ %34 oranla en sık kanama nedeni iken, ilaç kullanmayanlarda varis kanaması %28 oranıyla ilk sırada izlendi. İlaç kullanımıyla birlikte PÜ oranının artışı ilaçların üst GIS kanama riskini artırıcı etkisini desteklemektedir.

Aspirin kullanımı için median yaş 66.5 (42-93) iken, NSAİİ için 60 (17-81) idi. Kullanılan ilaç türü ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Artan kalp hastalığı sıklığı aspirinin ileri yaşta kullanımının temel nedeni iken, ikinci grupta sıklıkla analjezi amaçlı NSAİİ kullanımı mevcuttu. Oral antikoagülan ve aspirini birlikte kullanan grupta median yaş 54.5 idi. Bu grup ile tek başına aspirin kullanan grup arasında saptanan yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı idi. Bu farkın nedeni de kalp kapak hastalarının daha erken yaşta tanı almasına bağlandı.

Aspirin ve NSAİİ'ler gastrointestinal mukozal prostaglandin sentezini inhibe edip savunma mekanizmalarını bozarak gastrointestinal hasara neden olur (17-19). Birçok çalışmada NSAİİ kullanımı ile artmış üst GIS kanama insidansı arasındaki ilişki vurgulanmıştır (12, 20-22). Van Leerdam ve ark. 2000 yılında peptik ülser nedeniyle kanama geçiren hastalarda aspirin veya NSAİİ kullanım sıklığını %51 olarak bildirmişlerdir (10). Di Fiore ve ark.'nın yaptığı karşılaştırmalı çalışmada 1996 yılında 712 üst GIS kanamalı hastada, A/NSAİİ kullanım oranı PÜ saptanan hastalarda %45.6, tüm hasta grubunda %26.5 iken, 2000 yılında 453 üst GIS kanamalı hastada bu oran PÜ saptanan hastalarda %53.9, tüm hasta grubunda %32.6 olarak bildirilmiştir (7). Bizim çalışmamızda A/NSAİİ kullanım oranı PÜ saptanan hastalarda %40.6, tüm hasta grubunda %31.1 olarak belirlendi. Çalışmamızda tespit edilen ilaç kullanım sıklığı diğer çalışmalarla benzer olmakla beraber, peptik ülserli hastalardaki daha

düşük oran, gastrik yakınmaları olan hastaların ilaç kullanımında daha titiz davranabilecekleri düşüncesiyle açıklanabilir.

Kan kaybı ve acil cerrahi, yaşlı ve eşlik eden hastalığı olan bireylerde tolere edilemez. Endoskopik hemostaz sağlanmasıyla, tekrar kanama, acil cerrahi girişim ve cerrahi komplikasyon veya eşlik eden hastalıktan ölüm oranları azaltılır (23, 24). Bizim hasta grubumuzda 182 hastaya medikal tedavi uygulanmış, 8 (%4.1) hastaya band ligasyonu, 3 (%1.5) hastaya skleroterapi uygulanmıştı. Ancak uygulanan tedavi yöntemiyle mortalite arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Hasta grubumuzda endoskopik hemostaz yöntemlerinin kullanım azlığı hastanemiz teknik yetersizliklerinden kaynaklanmaktadır.

Üst GIS kanama tanısı ile hastaneye başvuran hastaların yaklaşık %10'u kaybedilmektedir (14). Ölüm oranı yaşla yakın ilişkilidir (14). Üst GIS kanamalarda mortalite 60 yaşın altında %8 iken, 60 yaşın üzerinde bu oran %13'e çıkmaktadır (14). Mortalite oranı kanamanın sebebi ve eşlik eden diğer hastalıkların varlığına göre değişmektedir (25). Daha önce yapılmış pek çok çalışmada yaşlılarda daha yüksek mortalite oranları elde edilmiştir (26-30). Çalışmamızda 195 hastanın 20'si (%10.2) kaybedilmiştir. Çalışmamızdaki 60 yaşın üzerindeki 109 hastada %14.7 (n=16), 60 yaşın altındaki 86 hastada %4.7 (n=4) oranında mortalite saptanmıştır (p=0.022). Clason ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 60 yaşın üzerinde %35, 60 yaşın altında %3'lük bir oran bildirilmiştir (30). Segal ve Cello'nun 200 üst GIS kanamalı hastada yapmış olduğu çalışmada ise her iki yaş grubunda %6'luk mortalite oranı tespit edilmiştir (31). Yine Thomopoulos ve ark.'nın yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak toplam mortalite %5.2 olarak bildirilmiş (11). Önceki çalışmalarda (3, 4, 29) bildirilen %10-15'lik mortalite oranları bizim çalışma sonucuyla ortaya çıkanla benzerdi. Rockall ve ark.'nın (32) İngiltere'de 74 hastanede yapmış olduğu büyük bir çalışmada, mortalitenin %0-29 arasında değiştiğini bildirmiştir. Üst GIS kanamada mortalite oranları farklı merkezlerde değişik oranlarda elde edilmektedir (11). Bunun nedeni olarak çalışmaların ihtisas merkezlerinde az sayıda vaka seçimi yüzünden belli özelliği olan hastaların vakalarda yer bulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (11). Bununla birlikte ihtisas merkezlerinde yüksek oranda malignensi ve ağır hastalıkların bulunması yüksek mortalite oranlarına neden

olacaktır (11). Vaka seçimi mortalite oranlarını yakından etkileyen bir faktördür. Çünkü üst GİS kanamada ölüm nedeni sıklıkla kanamadan değil, eşlik eden hastalıklardandır (11). Thomopoulos ve ark.'ı kaybedilen tüm hastalarının sıklıkla koroner arter hastalığı, malignansi, serebrovasküler olay ve siroz gibi eşlik eden hastalıklarının olduğunu bildirmiştir (11). Bizim çalışmamızda, 20 hastanın 9'u kanamaya bağlı nedenlerden, 11'i ek hastalık nedeniyle kaybedilmiştir.

Sonuç olarak, vakaların %48.8'inde aspirin, NSAİİ, oral antikoagülan kullanım öyküsü olması

nedeniyle bu ilaçların dikkatli kullanılması gerekmektedir. Ek hastalık nedeniyle, özellikle ağrı ve inflamasyon kontrolünde yaygın olarak A/NSAİİ kullanan hastalar protektif amaçlı ilaçlarla tedavi edilmeli, gerektiğinde COX-2 selektif NSAİİ seçilmelidir. Mortalitenin azaltılmasında kanama kontrolünün sağlanmasının yanında eşlik eden hastalıkların da dikkatle tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle ileri yaş ve ek hastalığı olan hastalar olmak üzere üst GİS kanamalı hastalar, yüksek mortalite oranı nedeniyle yoğun bakım koşullarında takip edilmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal haemorrhage: a population based study. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 206-10.
2. Paspatis GA, Matrella E, Kapsorikatis A, et al. An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12: 1215-20.
3. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal bleeding in the UK. *Br Med J* 1995; 311: 222-6.
4. Vreeburg EM, Snel P, de Bruijne JW, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam arena: incidence, diagnosis, and clinical outcome. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 236-43.
5. Sandel MH, Kolkman JJ, Kuipers EJ. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: differences in outcome for patients admitted to internal medicine and gastroenterological services. *Am. J. Gastroenterol* 2000; 95: 2357-62.
6. Goldman E, Ausiello D, et al. *Cecil Textbook of Medicine 22nd Edition, Chapter 133: Gastrointestinal Haemorrhage and Occult Gastrointestinal Bleeding* David J.Bjorkman: 796.
7. Di Fiore F, Leclaire S, Merl V, 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.
8. Morgan AG, Clamp SE. OMGE International Upper Gastrointestinal Bleeding Survey 1978-1982 *Scand J Gastroenterol Suppl* 1984; 95: 41-58.
9. De Bosset V, Gonvers J.J, Froehlich F, et al. Appropriateness of Gastroscopy: Bleeding and Dysphagia. *Endoscopy* 1999; 31: 615-22.
10. Van Leerdam M.E., Vreeburg E.M., Rauws A.J., 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. *The American Journal of Gastroenterology* 2003; 98: 1494-9.
11. Thomopoulos K, Vagenas K, Vagianos C, et al. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during last 15 years. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2004; 16: 177-82.
12. 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.
13. Sayek İ. Üst gastrointestinal sistem kanamaları. Editör Sayek İ. 1.Basım: Temel Cerrahi. 1. cilt. Ankara 1992: 607-15.
14. Ökten A. Gastroenterohepatoloji. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamaları. *Mungan Z.*: 2001: 75-87.
15. Gönen Ö, Yücesoy M, Ünal A, et al. Kayseri bölgesinde üst gastrointestinal sistem kanamaları. *Erciyes Tıp Dergisi* 1998; 10: 293-9.
16. Chassaing C, Letoumelin P, Pateron D, et al. Upper gastrointestinal haemorrhage in Emergency Departments in France: causes and management. *European Journal of Emergency Medicine*. 2003, Vol 10 No 4: 290-4.
17. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1999; 340: 1888-99.
18. Singh G, Triada Filopoules G. Epidemiology of NSAID induced gastrointestinal complications. *J Rheumatol* 1999; 26: 18-24.
19. Kelly JR, Kaufman DW, Jurgelon JM, et al. Risk of aspirin-associated major upper gastrointestinal bleeding with enteric-coated or buffered product. *Lancet* 1996; 348: 1413-6.
20. Henry D, Lim LLY, Garcia Rodrigex AG, et al. Variability risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. *BMJ* 1996; 312: 1563-6.
21. Kaufman DW, Kelly JP, Sheehan JE, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use in relation to major upper gastrointestinal bleeding. *Clin Pharmacol Ther* 1993; 53: 485-94.
22. Lanas A, Bajdor E, Serrano P, et al. Nitrovasodilators, low-dose aspirin, other non steroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2000; 343: 834-9.
23. Fluarton GM, Birnie GG, MacDonald A, et al. 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.
24. Williams RA, Vartany A, Davis IP, et al. Impact of endoscopic therapy on outcome of operation for bleeding peptic ulcers. *Am J Surg* 1993; 166: 712-5.
25. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, et al. İç Hastalıkları: 2003: Bölüm 9: Gastrointestinal Kanamalar, Gönen Ö, Okan A.: 1661-9.
26. Cooper BT, Weston Cfm, Neumann CS. Acute gastrointestinal haemorrhage in patients aged 80 years or more. *Q J Med* 1988; 69: 765-74.
27. Morris DL, Hawker PC, Brearley S, et al. Optimal timing of operation for bleeding peptic ulcer: Prospective randomised trial. *BMJ* 1984; 200: 1277-80.

28. Schiller KFR, Truelove SC, Williams DG. Haematemesis and melena, with special reference to factors influencing outcome. *BJM* 1970; 2: 7-14.
29. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, et al. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. *Gastrintest Endosc* 1981; 27: 80-93.
30. Clason AL, Macleod DAD, Elton RA. Clinical factors in the prediction of further haemorrhage or mortality in acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg* 1986; 73: 985-7.
31. Segal WN, Cello JP. Haemorrhage in the Upper Gastrointestinal Tract in Older Patient. *American Journal of Gastroenterology*: 1997; 1: 42-6.
32. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Selections of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *National Audit of Acute Upper Gastrointestinal haemorrhage. Lancet* 1996; 347: 1138-40.