

Son 15 yılda akut üst gastrointestinal sistem kanaması olan hastaların endoskopik bulgularında ne değişti?

Endoscopic findings in patients admitted with acute upper gastrointestinal system bleeding: What has changed in the past 15 years?

Mesut SEZİKLİ, Arzu TİFTİKÇİ, Züleyha A. ÇETİNKAYA, Ali T. İNCE, Bülent YAŞAR, Fatih GÜZELBULUT, Ayça G. DEĞİRMENÇİ, A. Oya Kurdaş ÖVÜNÇ

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç: Üst gastrointestinal sistem kanaması nedenleri, görülme sıklıkları, tedavi şekilleri alta yatan hastalıkların tedavisindeki gelişmelere veya görüntüleme yöntemlerindeki teknik gelişmelere bağlı olarak zamanla değişecektir. Kliniğimizde 15 yıl önce ve şimdi bir kesit alınarak bu farkı ortaya koymaya çalıştık. **Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 15 yıl ara ile iki ayrı 15 aylık kesitte kanama nedeniyle üst endoskopi yapılan hastaların inceleme sonuçları karşılaştırıldı. **Bulgular:** Son 15 aylık kesitte değerlendirilen 240 hastanın 169'u erkek, 71'i kadın olup ortalama yaşları 57.3 (14-86) idi. Olguların 97'si (%40.4) 60 yaş üzerindediydi. 1993 yılı 15 aylık kesitte ise olguların yaş ortalaması 47.5 (12-84) ve bunların %37'si de 60 yaş üzerindediydi. 2008'de hastaların %36.2'inde aktif kanama vardı ve bu hastaların %82.7'si enjeksiyonla, %12.6'sı argon plazma koagülasyonla, %4.6'sı heater probe ile tedavi edildi. Bunun yanında 1993 yılında hastaların %26'sında aktif kanama odağı saptandı ve tüm olgular enjeksiyon yöntemi ile tedavi edildi. Ayrıca yıllar içinde duodenal ülserle bağlı kanama sıklığının (%56'ya %42) anlamlı oranda azaldığı ($p<0.05$), varislerle bağlı kanamanın (%9.6'ya %7.4) da bir miktar azaldığı ($p>0.05$) saptandı. Ayrıca Dieulafoy ve anjiyodisplazi gibi lezyonlar saptanmaya başlandı (1993'te hiç tanımlanmazken 2008'de %2.88). **Sonuç:** *Helikobakter pilori*'nin en önemli duodenal ülser sebebi olduğu göz önüne alınırsa, 15 yıl öncesine göre daha iyi eradikasyon oranlarına bağlı olarak duodenal ülserle bağlı kanamalar azalmış olabilir. 15 yıl öncesine göre varis kanaması sıklığının azalması da portal hipertansiyonun daha etkili medikal tedavisi ile ilgili olabilir. Arteriovenöz malformasyon ve Dieulafoy gibi lezyonların tanınabilir olması kliniğin tecrübe kazanması ve endoskopik cihazlarındaki teknik gelişmelerle ilgili olabilir.

Anahtar kelimeler: Üst gastrointestinal sistem kanaması, endoskopik bulgular

Background and aims: In the Endoscopy Unit of Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital, the endoscopic results of 240 patients who were diagnosed with upper gastrointestinal bleeding were evaluated between February 1, 2007 and May 1, 2008. **Materials and methods:** These results were compared with results in the same unit obtained over a 15-month period between 1992 and 1993. **Results:** Of the 240 patients who were evaluated by endoscopy between February 1, 2007 and May 1, 2008, 169 were male, 71 were female, and the median age was 57 (14-86); 40% were over 60 years old. Of the patients evaluated 15 years ago, the median age was 47.5 (12-84) and 37% were over 60 years old. In the 2008 results, 36.2% of the patients had active bleeding. These patients were endoscopically treated with: injection (82.7%), argon plasma coagulation (12.6%) or heater probe (4.6%). However, in 1993, the ratio of active bleeding was 26%, and these patients were treated by injection only. The most common bleeding cause, duodenal ulcer, significantly decreased ($p<0.05$). **Conclusions:** Considering that *Helicobacter pylori* is the major cause of duodenal ulcer, which is nowadays efficiently treated, a decrease in duodenal ulcer cases could be expected. Another decreasing, though insignificant, cause is variceal bleeding ($p>0.05$). This decrease may be related to the improvements in the diagnosis and treatment of end-stage chronic liver disease patients. With technical improvements and the expertise of clinicians, lesions that are relatively difficult to diagnose, such as arteriovenous malformations and Dieulafoy's lesion, are expected to be diagnosed more commonly.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, endoscopic results

GİRİŞ VE AMAÇ

Üst gastrointestinal sistem kanaması (ÜGİSK) tanımı, üst özofagusdan, treitz ligamenti proksimaline dek olan bölgeden kaynaklanan kanamaları içerir. Gaitada gizli kan pozitifliğinden hipovolemik şoka kadar uzanan geniş bir klinik bulgu yelpazesine sahiptir (1). ÜGİSK'larda son zamanlar-

da kullanım sıklığı artan endoskopik tedavi yöntemleri ile (heater-probe, lazer fotokoagülasyon, skleroterapi ile enjeksiyon tedavisi) ile cerrahi gereklilik ve morbidite, mortalite ciddi oranlarda azalmıştır (2, 3). Gerek prognostik faktörlerin giderek tanınması gerekse de endoskopik yaklaşım-

ların diagnostikten giderek terapötik amaca doğru kayması ile ÜGİSK nedenleri ve prognozu zamanla değişmektedir (4-6). Biz de bu çalışmamızda servismizin 15 yıl önceki deneyiminden ve günümüzden 15 aylık birer kesit alarak ÜGİSK nedenlerini ve tedavi yöntemlerini araştırdık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Haydarpaşa Numune Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde 01.02.2007-01.05.2008 arasında üst gastrointestinal sistem kanaması (ÜGİSK) nedeniyle acil özofagogastroduodenoskopi (ÖGD) yapılan 240 hastanın endoskopik bulguları aynı ünite 1992-1993 yıllarındaki 15 aylık bir kesitte ÜGİSK'lı 122 hastanın endoskopik bulguları ile karşılaştırıldı. Acil servise başvuran ÜGİSK düşünülen ve hemodinamisi stabil hale getirilen hastalar 24 saat içinde işleme alındı. Şimdiki çalışmada da 15 yıl önceki çalışmada olduğu gibi kanama yeri; ülser zemininde görünür damarın varlığı, lezyon tabanında siyah leke, kan pıhtısı veya aktif kanayan lezyonun görülmesi ile saptandı. Ayrıca hastaların yaşı, cinsi, uygulanan endoskopik tedavi yöntemi değerlendirildi. İstatistiksel analizler için "SPSS for Windows (Version 11.0)" bilgisayar programı kullanıldı. Kantitatif veriler, ortalama \pm standart sapma olarak ifade edildi. Uygun olan yerlerde "Odds ratio (OR)" ve Fisher'in ki-kare testi kullanıldı. $p < 0.05$ anlamlı, olarak kabul edildi.

BULGULAR

01.02.2007-01.05.2008 tarihleri arasında ÜGİSK nedeniyle ÖGD yapılan 240 hastanın endoskopik bulguları değerlendirildi. İki çocuk, 238 erişkin hastanın 169'u erkek, 71'i kadın olup ortalama yaşları 57.3 (14-86 yaş), olguların 97'si (%40.4) 60 yaş üzeri idi. 1993 yılındaki incelememizde ise olguların yaş ortalaması 47,5 (12-84 yaş) ve 45 kişi (%37)'si 60 yaş üzeri idi (Tablo 1). 2008 yılında endoskopi sırasında olguların 85'inde (%35.4) mide ve/veya duodenumda kan vardı, 1993'de de olguların 44'ünde (%36) mide ve/veya duode-

Tablo 1. Yıllara göre hastaların demografik özellikleri ve aktif kanama yüzdeleri

Yıl	1993	2008
Hasta sayısı	122	240
Yaş ortalaması	47,5	57,3
Erkek/Kadın	91/31	169/71
Forrest I/II	%26.4	%36.2

numda kan vardı. Ancak günümüzde olguların %5.8'ünde kan, görüntüyü ve tanıyı engelleyecek düzeydeyken 1993'de bu oran sadece %2,5 idi. Hastaların 13'ünde (%5,4) birden fazla kanama yapabilecek lezyon saptandı. En sık olarak da duodenal ve gastrik ülser birlikteliği görüldü (%76,9). 1993'de bu oran %9 idi. Ayrıca yıllar içinde duodenal ülserle ilgili kanama sıklığının (%56'ya %40.3) anlamlı oranda azaldığı ($p < 0.05$), varislere bağlı kanamanın (%9.6'ya %7.4) da bir miktar azaldığı ama bu farkın istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı ($p > 0.05$) saptandı. Ayrıca Dieulafoy ve anjiyodisplazi gibi lezyonlar saptanmaya başlandı (1993'te hiç tanımlanmazken 2008'de %2.8) (Tablo 2).

Hastaların 87'sinde (%36.2) aktif kanayan odak, ülser zemininde görünen damar, pıhtı veya siyah leke saptanarak 72 defa injeksiyon skleroterapisi (%82.7), 11 defa argon lazer (%12.6) ve 4 defa heater prob (%4.6) uygulandı. Tümünde de hemostaz sağlandı. 1993'de ise tüm Forrest I ve II lezyonlara (%26.4) skleroterapi uygulanmıştı. Hiçbir hastada endoskopiye ve endoskopik tedaviye bağlı komplikasyon veya ölüm görülmedi.

TARTIŞMA

ÜGİSK'nın üç major nedeni; peptik ülser, gastrik erozyonlar ve varislerdir (7, 8). Acil endoskopi olguların %93'ünde kanamanın yerini saptamada, medikal tedaviyi planlamada ve acil cerrahiye karar vermede hekime yardımcı olmaktadır (9). Çalışmamızda yıllar içinde cinsiyet açısından bir değişim olmamıştır. Erkeklerde ÜGİSK fazla olması hem ko-morbid hastalık fazlalığına hem de özellikle premenopozal dönemdeki kadınlarda gastrik mukoza bütünlüğünün daha iyi olmasına bağlanabilir (10, 11). Yine 60 yaş üstü ÜGİSK nedeniyle hastaneye başvuranlar 1920'li yıllarda

Tablo 2. ÜGİSK nedeniyle yapılan endoskopilerde bulunan lezyonların yıllara göre dağılımı

Neden	1993(%)	2008(%)	p
Duodenal ülser	56	40.3	<0,05
Gastrik ülser	17,6	20.9	
Erozyon	16	17.6	
Özofajial varis	9,6	7.4	>0,05
Portalhipertansif gastropati	1,6	1.2	
Anjiyodisplazi	0,8	3.7	
Mallory weiss yırtığı	0	2.0	
Özofajit	0,8	1.2	
Dieulafoy	0	2.8	
Anastomoz ülseri	3,2	2.4	
Lezyon saptanmadı	3	0.8	

%20 iken günümüze doğru geldikçe %60'lı oranlara ulaşmıştır (12, 13). Saptanan bu artışı yaşam süresinin artışına ko-morbid hastalıklarda hayatta kalış süresinin uzamasına ve tıptaki gelişmelere bağlı olarak tanı ve tedavideki ilerlemelere bağlayabiliriz. Bizde 15 yıl önce yaş ortalaması 47,5 iken 2008'de 57,3'e yükselmiştir.

Kanamaların en sık sebebi 2008'de de 15 yıl öncesinde olduğu gibi yine duodenal ülserdir. Bu sonuçlar literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Ulusal Amerika Cerrahi Endoskopi Araştırma Grubu, ÜGİSK'lı 2225 hastada en yaygın kanama nedenleri olarak sırasıyla duodenal ve gastrik ülserler, akut gastritler, özofagus varisleri, özofajit ve Mallory-Weiss laserasyonları belirlemişlerdir (8). Thomopoulos ve ark. ÜGİSK'lı 1534 hastada, peptik ülseri en sık kanama nedeni olarak saptamışlardır (14). Türkiye'den Şimşek ve ark. (15) 1985 yılında 1203 ÜGİSK'lı olguda %50 duodenal ülser, %8 eroziv gastrit, %4.4 mide ülseri, Aksöz ve ark. (16) 1995 yılında ÜGİSK'lı 2568 olguda sırasıyla; %40 duodenal ülser, %14 eroziv gastrit ve %10 özofagus varisini en sık kanama nedenleri olarak saptamışlardır. Henrion ve ark.larının 1984-87 ve 2004-06 yıllarını karşılaştıran çalışmasında, peptik ülser ve varis kanamaları önceliğini sürdürürken, gastrotoksik ilaçların yan etkilerinin bilinmesine rağmen kanama nedenlerindeki oranlarının düşmemesi dikkate değer bulmuştur (17). Thomopoulos ve ark.larının 1986 ve 2001 yıllarındaki iki farklı zaman dilimindeki kanama nedenlerini karşılaştırdıkları diğer bir çalışmada duodenal ülserle ilgili kanamada anlamlı azalma izlenmiştir (18). Bizim çalışmamızın bu çalışmadan farkı ortalama bir dekat sonrasının bilgilerini içermesidir. Bizde ise 1993 yılında duodenal ülser %56, gastrik ülser %17.6, erozyon %16, özofageal varis %9,6 iken 2008 yılında bu oranlar duodenal ülser %40.3, gastrik ülser %20.9, erozyon

%17.6, özofageal varis %7.4 oranında saptanmıştır. En sık kanama nedeni duodenal ülserdir. Ama oranı azalmıştır (p:0,007). Hastaların 13'ünde (%5,4) birden fazla kanama yapabilecek lezyon saptanmıştır. En sık olarak da duodenal ve gastrik ülser birlikteliği görülmüştür (%76,9). 1993'de kanamayı açıklayabilecek birden çok lezyon birlikteliği oranı %9 idi. Duodenal ülserin etiyojisinde *Helikobakter pilori*'nin birinci sebep olduğunu düşünürsek ve artık günümüzde daha çok hasta eradikasyon tedavisi aldığı için duodenal ülser sıklığında azalma olması beklenen bir sonuç gibi durmaktadır. Yine varis kanama sıklığında bir miktar azalma göze çarpmaktadır (p>0.05). Bu azalmayı da günümüzde özofagus varisine neden olabilecek hastalıkların tanı ve tedavisindeki gelişmelere bağlayabiliriz. Beta blokerlerin profilaktik olarak bilinçli, yaygın ve düzenli kullanılmaları da kanama sıklığının azalmasına katkıda bulunmuştur. Anjiyodisplazi ve Dieulafoy gibi teşhisi nispeten zor lezyonlar günümüz teknikleri ve endoskopistlerin gelişimi ile tanıda daha sık yer almaktadır. Bizim serimizdeki bu artışı, yeni kurulan kliniğimizde endoskopistlerin deneyimlerinin artışı ve endoskopik görüntüleme tekniklerinin gelişmelerine bağlayabiliriz. Forrest I ve II lezyonlara daha önceden yoğunlukla skleroterapi ile müdahale edilirken, günümüzde artan oranlarda diğer invaziv müdahale yöntemleri de kullanılmaktadır. Yalnız yöntem seçenekleri endoskopiste ve kliniklere göre değişim gösterebilmektedir. Kanama kontrolü oranında değişiklik olmaması, müdahale seçenekleri arasında fark olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Sonuç olarak yıllar geçtikçe gelişen tanı ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak üst gastrointestinal kanama nedenleri ve tedavi yöntemlerinin değişiklik gösterdiğini söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Jutabha R, Jensen DM. Acute upper gastrointestinal bleeding. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH (eds). *Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Co, 2003:53-69.
2. Pulanic R, Vucelic B, Rosandic M. Comparison of injection sclerotherapy and laser photocoagulation for bleeding peptic ulcers. *Endoscopy* 1995;27:291-7.
3. Alican F. Abdomen: genel konular. *Cerrahi Dersleri*. 2. baskı. Cilt 1. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık, 1998:419-91.
4. Peter DJ, Dougherty JM. Evaluation of the patient with gastrointestinal bleeding: an evidence based approach. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17:239-61.
5. Maltz C. Acute gastrointestinal bleeding. *Best Practice of Medicine*. February 2003:1-19.
6. Çoban E, Süleymanlar İ, Ertuğrul C, Işıtan F. Gastrointestinal sistem kanamaları: 177 olgunun değerlendirilmesi. *Türk J Gastroenterol* 1997;8(Suppl 1):35S.
7. Elta GH. Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T, Alpers DH, Powell DW, eds. *Textbook of Gastroenterology*. New York; JB Lippincott, pp: 1991;591-616.
8. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, et al. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. I. Study design and baseline data. *Gastrointest Endosc* 1981;27:80-93.

9. De Dombal FT, Clarck JR, Clamps SE, et al. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Endosc* 1986;18:6-10.
10. Loperfido S, Monica F, Maifreni L. Bleeding peptic ulcer occurring in hospitalized patients: analysis of predictive and risk factors and comparison without of hospital onset hemorrhage. *Dig Dis Sci* 1994;39:698-705.
11. Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br Med Bull* 2007;83:307-24.
12. Törüner M. Gastrointestinal hastalıkların belirtileri. Geçim IE (ed). *Cerrahinin İlkeleri*. 1. Baskı. Ankara: Antip, 2004:1053-100.
13. Hamoui N, Docherty SD, Crookes PF. Gastrointestinal hemorrhage: is the surgeon obsolete. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:1017-56.
14. Thomopoulos K, Katsakoulis E, Vagianos C. Causes and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding: a prospective analysis of 1534 cases. *Int J Clin Pract* 1998;52:547-50.
15. Şimşek İ, Zileli N, Koşay S. Çevremizdeki gastrointestinal sistem kanama nedenleri ve özellikleri. 1985 VI. Türk Gastroenteroloji Kongre Kitabı; 142.
16. Aksöz K, Ünsal B, Akyol Z, ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. *Turk J Gastroenterol* 1995;6:262-4.
17. Henrion J, Schapira M, Ghilain JM et al. Upper gastrointestinal bleeding: What has changed during the last 20 years? *Gastroenterol Clin Biol*. 2008 Sep (Epub ahead of print)
18. Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE, et al. Changes in aetiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:177-82.