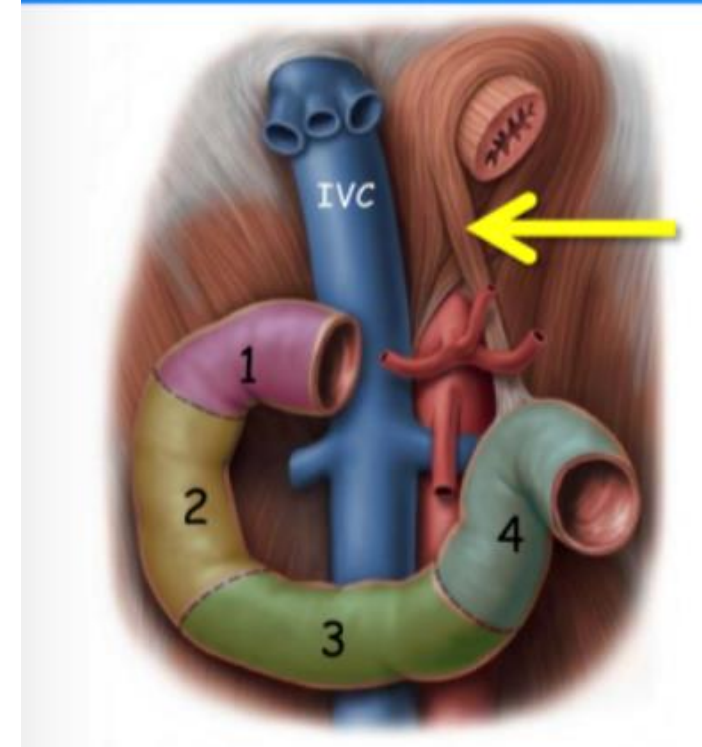


VARİS DIŞI ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

Doç. Dr. İsmail TAYFUR
SBÜ Tıp Fakóltesi
Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan VARANK EAH
Acil Tıp Kliniğı

Üst GİS Kanamaları

- Treitz ligamanının proksimalinden kaynaklanan kanamalardır
- Treitz: Duedonumu, diyafram ve posterior abdominal duvara bağlayan yapıdır
- Dünyada, 100 binde 40-150 oranında görülüyor
- Erkeklerde daha sık
- En sık varis dışı nedenler:
 - %28-59 Peptik Ülser
 - % 1-47 Özefagus/mide/duedonum mukozal eroziv hastalığı
 - %4-7 Mallory weis sendromu
 - %2-4 Üst GİS maligniteleri



ÜST GİS KANAMALARI

- Diğer nedenler
 - Stres ülserler
 - Aortoenterik fistül
 - Hemobili
 - Malignite
 - Arteriovenöz malformasyon

ÖYKÜ

- İlaç alımı (NSAI, Antikoagulan, KST ..)
- Alkol alımı
- Kostik madde alımı
- Ülser öyküsü
- Kusma anamnezi (Mallory-Weiss Send..)
- Kanama diyatezi
- Malignite öyküsü

Öyküyü sorgulayabilmek için...

- Gastrointestinal kanamalarda atılan kanın rengi;
 - Kanama miktarı
 - Kanama hızı
 - Mide asidiyle teması/süresi
 - Lümen içindeki transfer hızına göre belirlenir

HEMATEMEZ

- Kahve telvesi görünümünde, koyu kırmızı renkte kanlı kusma
- Kanama yavaş veya durmuştur. Hb, midede HCl etkisi ile hematine dönüşmüştür
- Çok miktarda ve süratli bir kanamada parlak kırmızı da olabilir

MELENA

- Sindirilmiş kanın rektum yolu ile dışarı atılmasıdır
- Katran gibi parlak siyah renkte
- % 90-95 oranında treitz ligamanının proksimalinden
- Kanama az ise; şekilli, siyahi ve az miktarda
- Kanama fazla ise; Parlak siyah, erimiş katran görünümünde, yumuşak, fazla miktarda

MELENA

- Melena için 50-100 ml'nin üzerindeki kanamalar yeterli
- Kanama durduktan sonra 3 gün daha devam edebilir
- Gaitada gizli kan 3 hafta daha pozitif kalabilir
- Yalancı melena: demir, bizmut, organik kömür vs.. melena görünümü
- Yalancı GGK pozitifliği: Sebze ve meyve ile oluşur (yalancı peroksidaz aktivitesi)

HEMATOKEZYA

- Genellikle alt GIS kanama göstergesi, ancak Üst GIS kanamalarda da kanın hızlı barsak geçişi sonrası görülebilir
- Parlak kırmızı, maun renginde
- Sadece kan veya dışkı ile karışık şekilde

Başvuru

- Spesifik
 - Hematemez
 - Melena
 - Hematokezya
- Nonspesifik
 - Konfüzyon
 - Senkop
 - Kardiyak arrest

FİZİK MUAYENE

- Vital Bulgular
- Hipotansiyon
- Taşikardi
- Takipne

LABORATUVAR

- Kan Grubu Ve Cross-match
- Tam Kan Sayımı
- KCFT
- BFT
- Elektrolitler
- Koagulasyon Testleri

LABORATUVAR

- İlk Htc değerleri yanıltıcı olabilir
- BUN
 - Üst GIS kanamalarda kanın absorpsiyon ve sindirimine bağlı olarak artabilir
- EKG
 - Sessiz iskemi - volüm kaybı

DIAGNOSTİK ÇALIŞMALAR

- Direk batın ve akciğer grafileri tanıda sınırlı değere sahip
- Baryumlu grafilerin acilde kullanımı sınırlı (endoskopi ve anjiografiden önce önerilmiyor)
- Anjiografi (özellikle alt GİS kanamada değerli)
- Sintigrafi (kanayan bölge lokalizasyonunu göstermede anjiografiye üstünlük sağlar)
- Endoskopi (terapotik+diagnostik)
- Kolonoskopi (terapotik+diagnostik)
- CT/MRI (Kitle,lezyon..)

ACİL YAKLAŞIM

- Gastrointestinal kanama tanısının konması
- Hemodinamik durumun ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi
- Sıvı ve kan replasmanı ile volüm açığının ve hemodinaminin düzeltilmesi
- Kanamanın aktif olarak devam edip etmediğinin tespiti

ACİL YAKLAŞIM

- VOLÜM EKSİKLİĞİ BULGULARI
 - Hipotansiyon
 - Taşikardi
 - Filiform nabız
 - Soğuk terleme
 - Ortostatik hipotansiyon
 - Baş dönmesi
 - Göz kararması
 - Periferin soğuk ve soluk olması

ACİL YAKLAŞIM

- Havayolu denetimi
- Monitorizasyon
- Oksijen
- Çift, geniş damar yolu, santral katater
- Volüm replasmanı (kristaloidler)
- Kan replasmanı: Devam eden aktif kanamada, perfüzyon ve vital bulgular 2 lt kristaloid verilmesine rağmen düzelmiyorsa
- Koagülasyon faktör replasmanı
- NG sonda (Rutin olarak önerilmiyor)
- Foley kateter (İdrar çıkışı takibi için)

TEDAVİ

- Mekanik Kompresyon
- Medikal Tedavi
- Endoskopi/Kolonoskopi
- Cerrahi

SOMATOSTATİN / OCTREOTİDE

- Özellikle kullanım alanları varis kanamaları olmakla birlikte, varis dışı kanamalarda da Somatostatin ve analogu olan Octreotid kullanılabilir.
- İnatçı seyirli, varis dışı kanamalarda kullanımı fayda sağlayabilir
- Peptik ülser ve varislere bağlı kanamaları azaltmakta etkin
 - Octreotid: 50 mikrogram bolus, 25-50 mikrogram/ saat IV inf. 3-5 gün
 - Somatostatin: 250-500 mikrogram bolus, 250- 500 mikrogram/saat inf. 3-5 gün

VASOPRESSİN ve TERLİPRESSİN

- Vasopressin varis kanamalarında sık kullanılmakta
 - HT, disritmi, myokard ve splanik iskemi, azalmış kardiyak atım gibi yan etkileri kullanımını sınırılıyor
- Terlipressin (vasopressin sentetik analogu) başlangıç dozu 2 mg IV 4X1, kanama kontrol altına alınınca 1 mg IV 4X1

PROTON POMPA İNHİBİTÖRLERİ

- Gastrik asit nötralizasyonu ile pıhtı stabilizasyonuna imkan sağlar
- Kanayan peptik ülser kanamalarında tekrar nöks ve cerrahi müdahale oranını azaltır
- Hastanede kalış süresini azaltır
- Akut Üst GİS kanamalı, endoskopi bekleyen hastalara yüksek doz IV PPI başlanmalıdır
 - 80 mg bolus, 8 mg /saat inf.
- Endoskopik hemostaz uygulanan ya da endoskopik hemostaz gerektirmeyen pıhtı varlığında yüksek doz PPI tedavisine 72 saat devam edilmelidir

- H2 reseptör antagonistlerinin kanıtlanmış etkisi yok

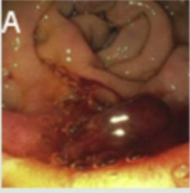
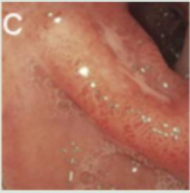
Antibiyotik

- Endoskopi öncesi Eritromisin uygulaması
 - Endoskopik visualizasyonu iyileştirir
 - Tekrar endoskopiye önler
 - Hastanede kalış süresini azaltır
 - Kan transfüzyon miktarını azaltır
- Aktif üst GİS kanaması olan ya da ciddi kliniği olan hastalarda endoskopi öncesi tek doz 250 mg IV eritromisin 30-120 dakikada önerilir
- Varis dışı nüks üst GİS kanamalarda H. Pylori varlığı araştırılmalıdır

Antikoagölan ve Antiplatelet Ajanlar

- Kardiyovasküler profilaksi amaçlı düşük doz ASA tedavisi alan hastalarda gelişen üst GİS kanamalarında Forrest indeksine bakılır
- Lezyonun tekrar kanama riskini değerlendirir
 - Yüksek risk (1a,1b,2a,2b): 3 gün sonra endoskopi tekrarı
 - Düşük risk (2c, 3): tedaviye devam edilebilir

TABLE 2. Forrest Classification for Describing Endoscopic Findings in Patients With Bleeding Ulcers and Predicting Risk of Rebleeding^a

Endoscopy		After endoscopy			
Forrest classification	Therapy	Rebleeding (%)	PPI	Diet	
	I Active bleeding				
	Ia Spurting bleed	Yes	55	IV ^b	Clear liquid ^c
	Ib Oozing bleed				
	II Stigmata of bleeding				
	IIa Visible vessel	Yes	43	IV	Clear liquid
	IIb Adherent clot	Yes/No	22	IV	Clear liquid
	IIc Flat pigmented spot	No	10	Oral	Regular diet
	III Clean ulcer base	No	5	Oral	Regular diet

^aIV = intravenous; PPI = proton pump inhibitor.

^bIntravenous PPI therapy twice daily should be continued for 72 hours after endoscopic management before transitioning to oral PPI once daily.

^cClear liquid diet should be started immediately after the endoscopic procedure and then advanced as tolerated.

Traneksamik Asit

- Antifibrinolitik Ajan
- Kanamayan, cerrahi gerektirmeyen, transfüzyon ihtiyacı olmayan hastalarda mortalite üzerinde faydalı, diğer durumlarda yararı yok

Kan transfüzyonu

- Önemli komorbid hastalık yoksa ES transfüzyon hedefi hemoglobin 7-9 g/dL
- Aneminin yan etkileri kötüleştirebileceği altta yatan hastalıklarda (Koroner Arter Hastalığı gibi) hedef hemoglobin düzeyi: > 9 g/dL

- Uzamış PT, yüksek INR(>1,5) hastalarda TDP verilmelidir
- Trombosit düzeyi düşük (< 50.000) ve aktif kanamalı hastalarda ve Aspirin / Clopidogrel gibi antiplatelet ajan kullanım öyküsü olan hastalarda meydana gelen hayatı tehdit edici kanamalarda trombosit süspansiyonu düşünülmelidir.

ENDOSKOPI

- Üst GİS kanama odaklarını göstermede en doğru ve kesin teknik
- Morbidite tahmini yapar
- Terapotik olarak kullanımı ile daha iyi klinik sonuç
- 12 saatten kısa sürede gelişmiş, yüksek riskli hastalarda düşünülebilir
 - Sıvı resüsitasyonuna rağmen devam eden inatçı hemodinamik instabilite (taşikardi, hipotansiyon)
 - Hastanede kanlı kusma, kanlı nasogastrik aspirat
- Glasgow-Blatchford kanama risk skoru

Glasgow - Blatchford Skoru

- Ayaktan başvuran hastalarda, Endoskopi öncesi riski belirlemek için kullanılır
- GBS 0-1 ise erken endoskopi ve hastaneye yatış gerekmez

Risk factors	Findings	Score
Urea (mg/dL)	≥ 39 and < 48	2
	≥ 48 and < 60	3
	≥ 60 and < 150	4
	≥ 150	6
Hemoglobin (g/dL)	Men ≥ 12 and < 13	1
	Men ≥ 10 and < 12	3
	Women ≥ 10 and < 12	1
	Men or Women < 10	6
Systolic blood pressure (mmHg)	100-109	1
	90-99	2
	< 90	3
Pulse ≥ 100 bpm		1
Presentation with melena		1
Presenting with syncope		2
Hepatic disease		2
Cardiac failure		2

Glasgow blatchford score

ENDOSKOPI

- Varis dışı üst GİS kanamalarda rutin ikincil bakı endoskopisi önerilmez. Ancak başarılı hemostaz sağlanmış ilk endoskopi sonrası kanama bulgusu varsa tekrarlanması önerilir
- İkincil yaklaşımda başarılı olunamazsa transkatater anjiyografik embolizasyon ya da cerrahi düşünülebilir
- Enjeksiyon, koaptif tedavi, endoskopik klipsler ve band ligasyonu
 - Endoskopik terapotik işlemler

ENDOSKOPI-KOMPLİKASYONLAR

- Perforasyon
- Striktür
- Portal ve mezenterik tromboz
- Yeniden kanama

Management of upper gastrointestinal bleeding

This visual summary presents a practical approach to initial management of patients with upper gastrointestinal bleeding. Peptic ulcers are the most common cause of serious bleeding from the oesophagus, stomach, and duodenum, and can be identified with simple diagnostic tests.

Actions in parallel



Obtain blood chemistry



Obtain medical history

Initial assessment
Check circulatory status to assess need for immediate interventions

Blood pressure may remain normal initially, so increased heart rate is a more sensitive measure of circulatory status

Haemodynamically stable



Signs of current bleeding

- Hematochezia
- Haematemesis

Urgent intensive care involvement required for:

- Haemodynamically unstable
- Airway compromise
- Hypoxia
- Reduced level of consciousness

Initial resuscitation

2 x Large bore intravenous access

Intravenous fluids

Urinary catheter (if required)

Pharmacological treatment (proton pump inhibitor)

Risk stratification Glasgow-Blatchford Score (GBS)

Systolic blood pressure mmHg

100–109	1
90–99	2
< 90	3

Blood urea mmol/L

6.5–7.9	2
8.0–9.9	3
10.0–14.9	4
≥ 25.0	6

Haemoglobin g/dL

Men	Women	
12.0–12.9	10.0–11.9	1
10.0–11.9		3
< 10.0	< 10.0	6

Pulse ≥ 100

Melaena	1
Syncope	2
Hepatic disease	2
Cardiac failure	2

Total score

0–1

Low risk of death. Can be considered for outpatient management.

2+

Increased risk of 30-day mortality

7+

Predicts need for endoscopic haemostatic intervention, but needs individual evaluation

Total score

0–1

Early discharge
Endoscopy in outpatient clinic

Total score

2+

Proton pump inhibitor
Eradication of any *Helicobacter pylori* infection

Haemodynamically stable
Endoscopy within 24 hours

Successful haemostasis

Embolisation therapy
Transcatheter arterial embolisation should be considered as the next alternative after unsuccessful endoscopy, because it is effective and associated with less risk of major complications than surgery

Haemodynamically unstable
Emergency endoscopy

Not successful haemostasis

Surgery

If transcatheter arterial embolisation is unsuccessful or not available, surgery is the only remaining treatment to stop peptic ulcer bleeding. A minimal surgical approach with over-sewing of the ulcer is preferable, but depending on size and location of ulcer, open surgery may be required.