

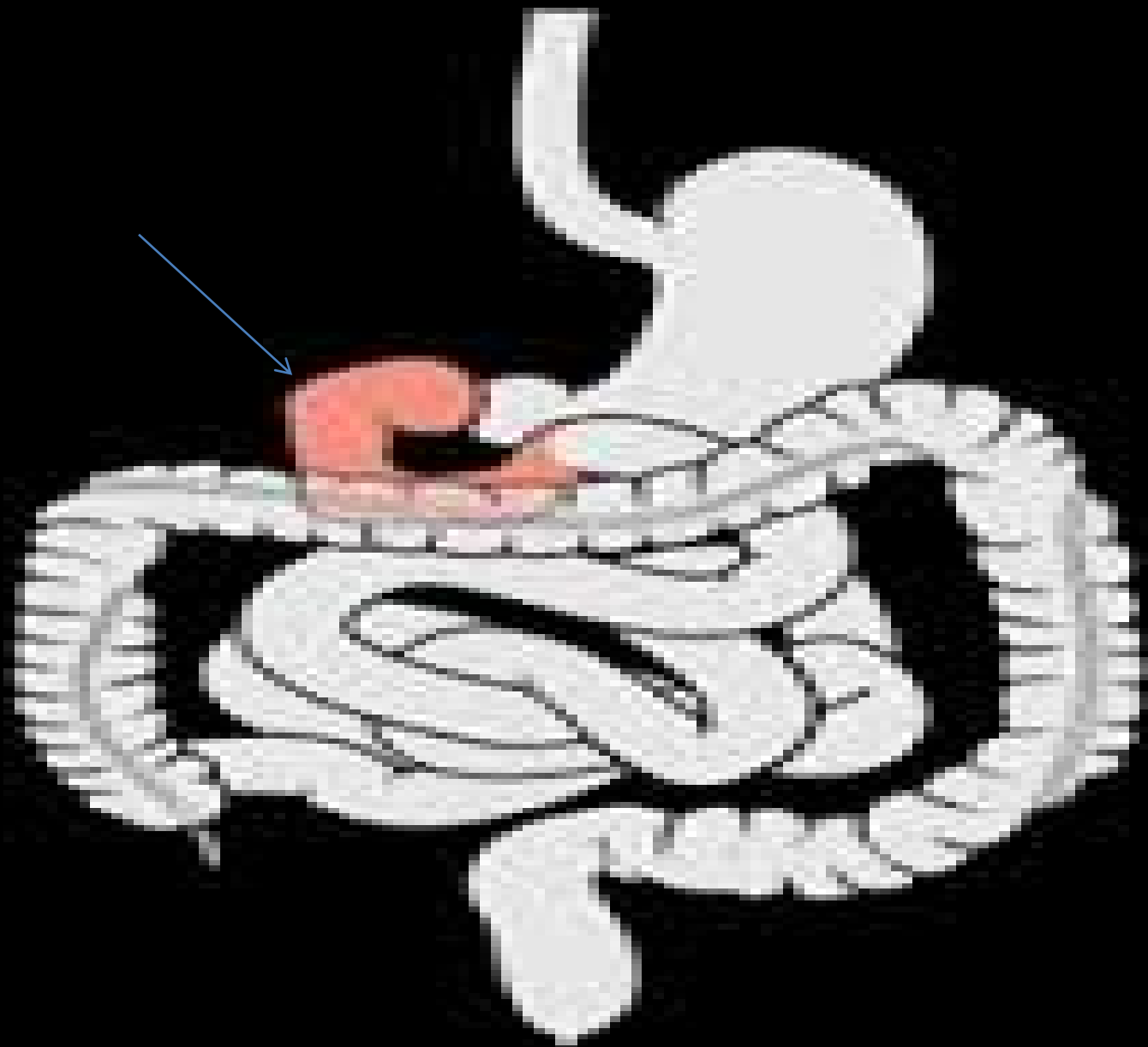
GASTROİNTESTİNAL KANAMALARA YAKLAŞIM

DR.EVREN EKİNGEN
MART-2014

ELAZIĞ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

TANIM

- Gastrointestinal kanamaları; ağızdan rektuma kadar sindirim kanalında görülen kanamalar
- Treitz ligamenti (duodenojejunal bileşke) proksimalindeki kanamalar üst, distalindeki kanamalar alt gastrointestinal sistem (GIS) kanamalar olarak sınıflandırılmış



EPİDEMİYOLOJİ

- Üst GİS kanamalar;
 - GİS kanamalarının %90 nedeni
 - İnsidans: 100/100000;
E>K
- Alt GİS kanamalar;
 - GİS kanamalarının %10 nedeni
 - İnsidans: 20/100000;
E>K

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

HEMATEMEZ

- Kanlı kusma
- Treitz ligamanının proksimalinden köken alan kanamalarda

HEMATEMEZ

- Kahve telvesi görünümünde (Kanama yavaş veya durmuş...Hb, midede HCl etkisi ile hematine dönüşür)
- Koyu kırmızı renkte
- Parlak kırmızı (çok miktarda ve süratli bir kanamada) olabilir

MELENA

- Sindirilmiş kanın rektum yolu ile dışarı atılmasıdır
- Katran gibi parlak siyah renkte

MELENA

- % 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
- Melena; kanama durduktan sonra 3 gün daha devam eder
- Gaitada gizli kan 3 hafta daha pozitif

MELENA

- YALANCI MELENA;
 - Demir, bizmut, organik kömür vs.. melena görünümü
- GAİTADA GİZLİ KANDA YALANCI POZİTİFLİK;
 - Sebze ve meyve ile oluşur (yalancı peroksidaz aktivitesi)

HEMATOKEZYA

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

GİS KANAMALARDA YÜKSEK MORTALİTE RİSKLERİ

- İleri yaş (65 yaş>)
- İmmunsupresyon
- Koagülopati
- Varis kanamaları
- Kanamanın tekrarlaması
- Eşlik eden hastalıklar(KKY, KBY, KOAH, KR.KC HASTALIĞI, MALİGNİTE...)
- Kanamanın şiddetli olması(şok bulguları, transfüzyon gereksinimi..)

ÜST GİS KANAMALARI

- Peptik ülser
 - Duodenal(en sık)
 - Gastrik
 - Stomal
- Akut gastrik mukozal lezyonlar
- Özefagogastrik varisler (mortalitesi yüksek)
- Mallory –Weiss sendromu
- Özefajit
- Diğer nedenler :
 - Stres ülserler
 - Aortoenterik fistül
 - Hemobili
 - Malignensi
 - Arteriovenöz malformasyon..)

ALT GİS KANAMALAR

- Hemoroidler
- Anal fissürler
- Divertikülozis
- Anjiodisplaziler
- Kolorektal kanserler
- Polipler
- İnflamatuvar barsak hastalıkları
- İnvazif gastroenteritler
- Aortoenterik fistül
- İskemik kolit
- Radyasyon koliti
- Meckel divertikülü, invajinasyon

GİS KANAMA AYIRICI ÖZELLİKLER

Başvuru özellikleri	Üst gis kanama	Alt gis kanama
Başvuru yakınması	Hematemez/melena	Hematokezya
Gastrik aspirasyon	Kanlı	Temiz
Barsak sesleri	hiperaktif	normal
Kan-üre azotu	artmış	normal

ÖYKÜ

- İlaç alımı (NSAI, Antikoagulan, Salisilat, Glukokortikoid vs..)
- Alkol alımı
- Kostik madde alımı
- Ülser öyküsü
- Kusma anamnezi (Mallory-Weiss Send..)
- Kanama diyatezi
- Malignite öyküsü (kilo kaybı,iştahsızlık..)

ÖYKÜ

- Cerrahi öykü(peptik ülser cerrahisi, aortik-arteryel cerrahi öyküsü)
- Siroz, koagülopati, konnektif doku hastalığı öyküsü
- Hemoroid, inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü (kanlı diyare, tenesmus, karın ağrısı)
- Fe ve bizmut preparatı alımı öyküsü
- Pancar yeme öyküsü

ÖYKÜ

- Çoğu hasta hematemez, melena veya hematokezya ile başvurur
- Nonspesifik;
 - konfüzyon
 - senkop
 - kardiyak arrest

FİZİK MUAYENE

- VİTAL BULGULAR

- Hipotansiyon

- Taşikardi

- Takipne

→ CİDDİ VOLÜM KAYBI
OLMAYAN DURUMLARDA
VİTAL BULGULAR
ETKİLENMEYEBİLİR

FİZİK MUAYENE

- Soğuk-nemli cilt (şok bulguları..)
- Spider anjiom, palmar eritem, jinekomasti (Kc hastalığı?)
- Peteşi, ekimoz, purpura (Koagülopati?)
- Kitle, organomegali (CA?)
- Cilt ve dudak pigmentasyonları (OSLER-WEBER-RENDU, PEUTZ JEGHERS, GARDNER SENDROMU)

FİZİK MUAYENE

- KBB MUAYENESİ: Yutulmuş kan?
- BATIN MUAYENESİ: HSM, asit, kitle, hassasiyet
- REKTAL MUAYENE: kan varlığı; rengi, kıvamı.., kitle varlığı

LABORATUVAR

- Kan grubu ve cross-match en önemli laboratuvar çalışması..
- CBC
- KCFT
- BFT, ELEKTROLİTLER,
- KOAGULASYON TESTLERİ



LABORATUVAR

- İlk Htc değerleri kanama Őiddetini yansıtmez
- BUN; üst gis kanamalarda kanın absorbsiyon ve sindirimine bağlı olarak artmakta
- EKG: Sessiz iskemi (volüm kaybı? O2 taşınması azalıyor)

DIAGNOSTİK ÇALIŞMALAR

- Direk batın ve akciğer grafileri tanıda sınırlı değere sahip
- Baryumlu grafiler acilde kullanımı pek yok..Ayrıca endoskopi ve anjiografiden önce önerilmiyor
- Anjiografi(özellikle alt GIS kanamada değerli)

DIAGNOSTİK ÇALIŞMALAR

- Sintigrafi (kanayan bölge lokalizasyonunu göstermede anjiografiye üstünlük sağlar)
- Endoskopi (terapotik+diagnostik)
- Kolonoskopi (terapotik+diagnostik)
- CT/MRI (Kitle,lezyon..)

ACİL KLİNİĞİ

- 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 KLİNİĞİ

- **VOLÜM EKSİKLİĞİ BULGULARI**

-Hipotansiyon

-Ortostatik hipotansiyon

-Taşikardi

-Baş dönmesi

-Filiform nabız

-Göz kararması

-Soğuk terleme

-Periferin soğuk ve soluk olması

ACİL KLİNİĞİ

KANAMA MİKTARI	KAYIP VOLUM ORANI	KLİNİK BULGU
500cc den az	%10	Klinik bulgu oluşmaz
500-1000cc	%10-20	Taşikardi, minimal ortostatik hipotansiyon
1000-1500cc	%20-30	Belirgin ortostatik bulgular
1500-2000cc	%30-40	Şok tablosu oluşmuş, sistolik kan basıncı<90mmHg
2000cc den fazla	%40	Ağır hipovolemi, masif kanama?

ACIL KLİNİĞİ

- Havayolu denetimi (kan aspirasyonu?)
- Monitorizasyon, O2 ver
- Volum/kan replasmanı (geniş damaryolu,ciddi hastalarda santral kateter ; önce kristaloidler..)

ACIL KLİNİĞİ

- **Kan transfüzyonu**; devam eden aktif kanamada, perfüzyon ve vital bulgular 2lt kristaloid verilmesine rağmen düzelmiyorsa düşünülmeli (yaşlı hastalara dikkat!)

ACİL KLİNİĞİ

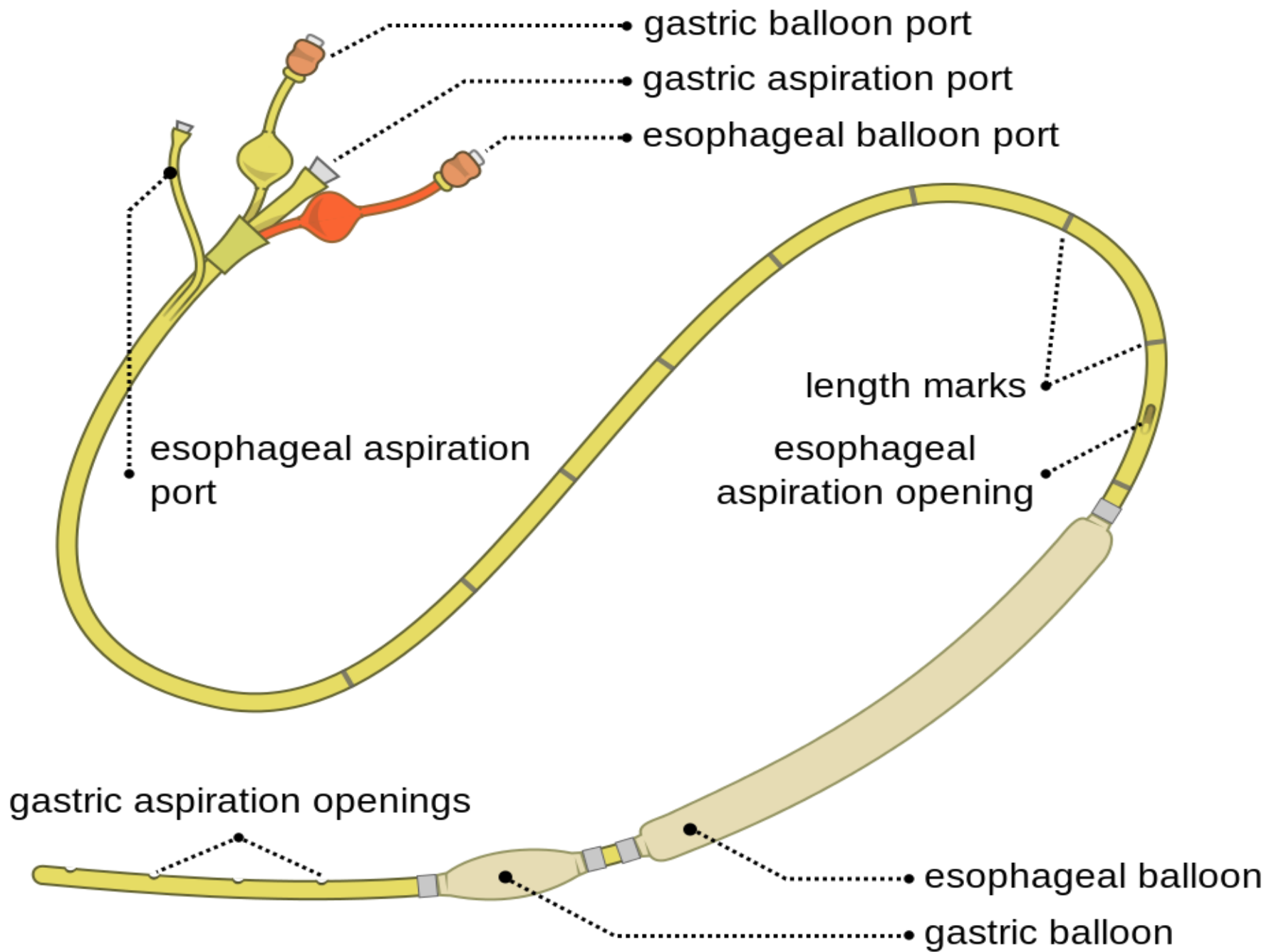
- Koagülasyon faktör replasmanı
- NG sonda (tüm hastalarda kanama odağı belli veya değil)
- NG sondanın varisli hastalarda uygulanmaması konusunda yeterli kanıt yok(uygulamada daha dikkatli olunmalı)
- Foley kateter (İdrar çıkışı takibi)

TEDAVİ

- MEKANİK KOMPRESYON
- MEDİKAL TEDAVİ
- ENDOSKOPI/KOLONOSKOPI
- CERRAHİ

SANGSTAKEN –BLACKEMORE TÜPÜ

- Terapotik+diagnostik amaçlı
- Varis kanamalarında %40-80 başarılı
- Ciddi yan etki (mukozal ülserasyon, trakeal aspirasyon, aspirasyon pnömonisi, rüptür..)
- Uygulama, endoskopik gelişmelerle birlikte daha az kullanılmakta



MEDİKAL TEDAVİ

- SOMATOSTATİN/OCTREOTİDE: Peptik ülser ve varislere bağlı kanamaları azaltmakta etkin
 - Octreotid: 50 mikrogram bolus, 25-50 mikrogram/ saat IV inf.
 - Somatostatin: 250-500 mikrogram bolus, 250-500 mikrogram/saat inf.

MEDİKAL TEDAVİ

- VASOPRESSİN: Varis kanamalarında sık kullanılmakta
 - HT, disritmi, myokard ve splanik iskemi, azalmış kardiyak atım gibi yan etkileri kullanımını sınırılıyor

MEDİKAL TEDAVİ

- PROTON POMPA İNHİBİTÖRLERİ: Kanayan peptik ülser kanamalarında tekrar nüks ve cerrahi müdahale oranını azaltıyor
 - PPI:60 mg bolus, 6mg/saat inf yada 80 mg bolus, 8 mg /saat inf.

MEDİKAL TEDAVİ

- H2 reseptör antagonistlerinin kanıtlanmış etkisi yok
- H.pylori eradikasyonu için antibiyotik.(eritromisin)
- B-blokerler nadirde olsa ilk varis kanaması ve nüks kanamayı önlemede faydalı

ENDOSKOPI

- Üst GIS kanama odaklarını göstermede en doğru ve kesin teknik...
- Morbidite tahmini yapar
- Terapotik olarak kullanımı ile daha iyi klinik sonuç
- Belirgin üst GIS kanamada erken endoskopik tedavi düşünölmeli..

ENDOSKOPI

- Endoskopik terapotik işlemler;
 - Enjeksiyon, koaptif tedavi, endoskopik klipsler ve band ligasyonu
- Özefagus varislerinde; **band ligasyonu + skleroterapi**

ENDOSKOPI

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

PROKTOSKOPI/KOLONOSKOPI

- Alt GIS kanamalarda , anorektal kanama odaklarında -----→ **Proktoskopi**
- Divertükülozis, anjiodisplazi inflamatuvar barsak hastalıkları gibi daha yukarı kanama odaklarında -----→ **Kolonoskopi**

CERRAHİ TEDAVİ

- Medikal ve endoskopik tedaviye yanıtırsız olgularda cerrahi müdahale düşünölmeli

TABURCULUK ve TAKİP

- Ciddi üst GIS kanaması olan hastalarda yatış ve erken endoskopik müdahale gerektirir
- %30< htc, sistolik kan basıncı<100mmHg, NG lavajda kırmızı kan, siroz veya asit öyküsü ciddi takip gerektirir

TABURCULUK ve TAKİP

- Glasgow-Blatchford kanama skoru klinik kriterlere dayanarak bir risk sınıflaması yapmıştır

GLASGOW-BLATCHFORD KANAMA SKORU

	Score value
Blood urea (mmol/L)	
6.5–7.9	2
8.0–9.9	3
10.0–25.0	4
>25.0	6
Haemoglobin for men (g/L)	
120–129	1
100–119	3
<100	6
Haemoglobin for women (g/L)	
100–119	1
<100	6
Systolic blood pressure (mm Hg)	
100–109	1
90–99	2
<90	3
Other markers	
Pulse \geq 100/min	1
Presentation with melaena	1
Presentation with syncope	2
Hepatic disease*	2
Cardiac failure†	2

*Known history, or clinical and laboratory evidence, of chronic or acute liver disease.
 †Known history, or clinical and echocardiographic evidence, of cardiac failure.

TABURCULUK ve TAKİP

- Bu skora göre ; skoru 0 olan hastalarda(BUN<18, Hb:E>13-K>12, sisolik kan basıncı>110mmHg, nabız<100 atm/dk , melena, senkop, KKY ve karaciğer hastalığı olmaması) istenmeyen klinik tablonun ortaya çıkma riski az olduğundan terapötik endoskopiden çok az fayda görür ve bu hastalar acil serviste güvenle taburcu edilebilir

TEŞEKKÜRLER