

# ACİL SERVİSTE GASTROİNTESTİNAL KANAMA YÖNETİMİ

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif KARAMERCAN  
Gazi Üniversitesi Acil Tıp AD



# GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

- ▶ Genelde yatış gerektiren
- ▶ Göreceli olarak sık
  - 100/100.000 (Üst GİS)
  - 20/100.000 (Alt GİS)
- ▶ Erkek>Kadın; 50 yaş üzerinde daha sık
  - Yaş arttıkça mortalite↑
- ▶ Tüm gerçek acillerde olduğu gibi
  - Anamnez-FM-Tanı-Resüsitasyon-Stabilizasyon birlikte yapılmalı

# GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

## Yüksek Mortalite Faktörleri:

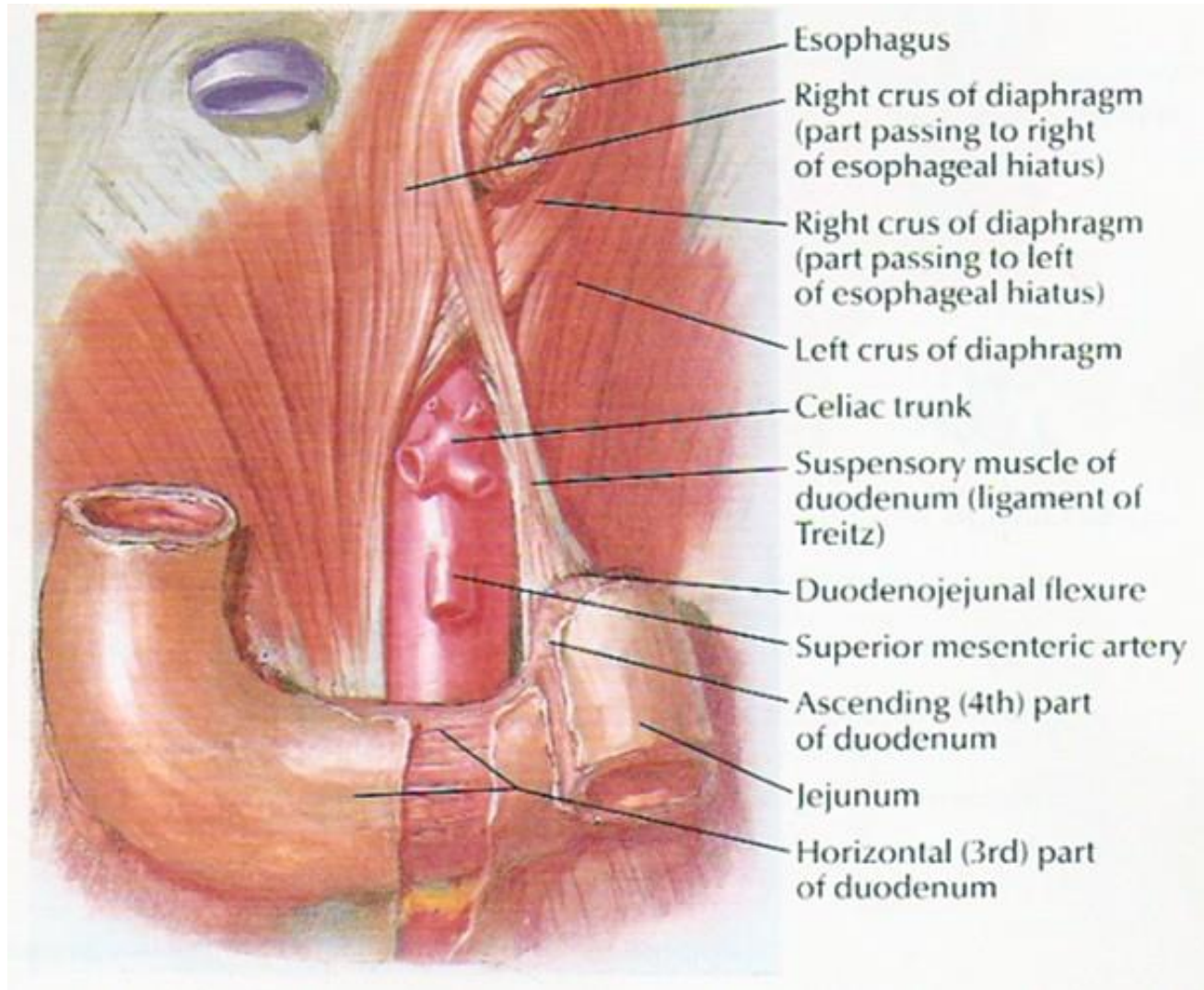
- \*Hemodinamik instabilite
- \*Tekrarlayan hematemez/hematokezya
- \*Gastrik lavajda açılma olmaması
- \*>60 yaş
- \*Beraberinde diğer organ/sistem hastalıkları

# GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

- ▶ Kanama **belirgin (manifest) veya gizli (occult)** şekilde ortaya çıkabilir.
  - Hematemez, melena, hematokezya veya gizli kanama şeklinde olabilir.
- ▶ **Hematemez:** Ağızdan taze kırmızı renkte, pıhtı veya kahve telvesi şeklinde kan gelmesi
- ▶ **Melena:** Siyah renkte cıvık katran şeklindeki feçes
- ▶ **Hematokezya:** Vişne çürüğü veya taze kan rengindeki feçes
- ▶ **Gizli Kanama:** Gözle belirlenemeyen, kusmukta veya feçeste kan araştırması yapılarak saptanan çok az miktardaki kanamadır.

# GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

- ▶ Atılan kanın rengi;
  - \* Kanamanın miktarıyla,
  - \* Kanamanın hızıyla,
  - \* Mide asidiyle temas etmesi/süresiyle,
  - \* Lümen içindeki transit hızına göre belirlenir.
- ▶ *Treitz ligamanı* proksimalinden köken alan kanamalar üst gis kanama; distalinden köken alanlar da alt gis kanaması olarak tanımlanır.



# ÜST GİS KANAMALARI

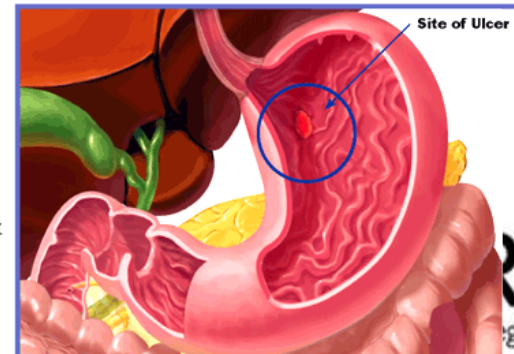
- ❖ Peptik ülser
  - ❖ Gastik erozyon
  - ❖ Varis
- %75
- ❖ Mallory Weis Send
  - ❖ Özofajit
  - ❖ Dudenitis
  - ❖ Stress Ülserleri
  - ❖ A-V Malformasyon
  - ❖ Malignite
  - ❖ Aorta-Enterik Fistül

# ÜST GİS KANAMALARI

## ❖ Peptik Ülser (%60)

- Gastrik, duodenal ve stomal ülserlerin ortak adı
- **Üst GİS kanamasının en sık sebebi**
- *Duodenal ülserler; (%30)*
  - **Şiddetli kanama**
  - **24-48 saat içinde hastaların %10 u tekrar kanar.**
- *Gastrik Ülserler; (%16)*
  - **Tekrar kanamaya eğilimi ↑**

Example of Upper GI bleeding



# ÜST GİS KANAMALARI

## ❖ Eroziv Gastrit ve Özafajit (%15)

- ▶ *Alkol, salisilatlar, NSAID*

## ❖ Özafagial ve Gastrik Varisler (%6)

- ▶ Portal Hipertansiyon- Alkolik karaciğer hastalığı
- ▶ *Tekrar kanama ve mortalite ↑↑*
- ▶ Son dönem siroz hastalarının çoğunda varis gelişmeyebilir;
- ▶ Bilinen varisi olan hastalarda kanama nonvariseal bölgelerden olabilir.

# ÜST GİS KANAMALARI

## ❖ Mallory-Weiss Sendromu:

- Kardiyo-özafagial bölgedeki longitudinal mukozal yırtıklara ikincil
- Klasik öykü, **tekrarlayan öğürmeler ve kusmayı takiben parlak kırmızı renkte hematemezdir.**
- Öksürmenin ve nöbetlerin etiyolojik faktörler arasında olduğu unutulmamalıdır.

# ÜST GİS KANAMALARI

## ❖ Aorta-Enterik Fistül

- Hikayede **AAA veya AAA'na greft** uygulanması\*\*
- Endoskopide lezyon görülemediğinde akla gelmeli
- En sık **Aorta-Duodenal**
- Self-limited **öncü kanama sonrası** 4-96 saat içinde **masif kanama**
- Mortalite ↑

# ALT GİS KANAMALARI

- ▶ Başta alt GİS kanaması gibi görünen kanamanın en sık sebebi aslında üst GİS kanamasıdır.
- ▶ En sık: Hemoroidler (Anorektal Hastalıklar)
- ▶ Non-hemoroidal: Anjiyodisplazi ve divertiküler hastalıklar en sık sebeptir.
- ▶ Daha sonra sırasıyla adenomatöz polipler ve malignansiler gelir.

# ALT GİS KANAMALARI

## ❖ Divertikülozis:

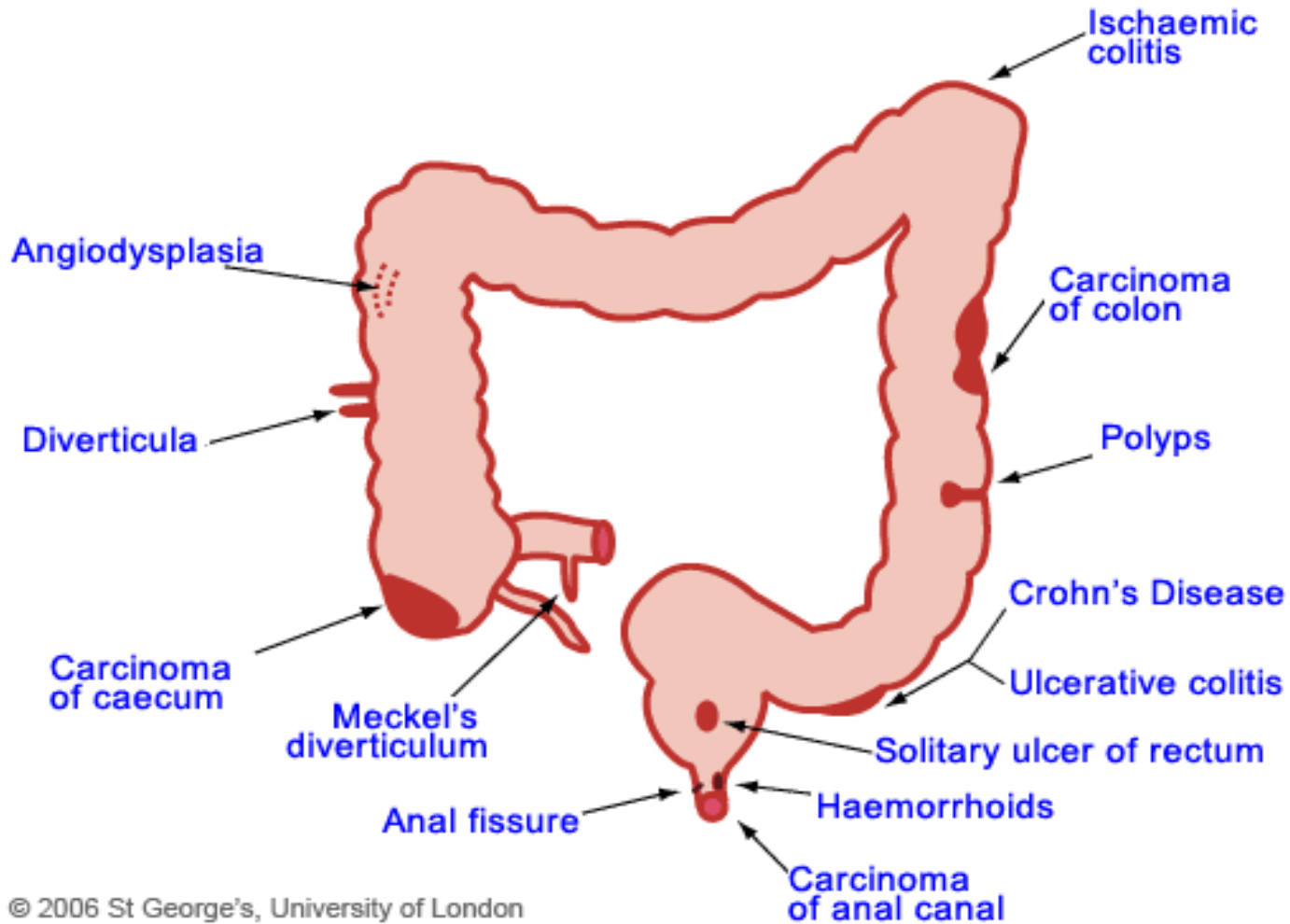
- Genelde **ağrısız kanama**
  - Divertiküluma giren penetran arterin erozyonuna bağlı kanama olduğu düşünülmekte
- Kanama **massif olabilir.**
- Hastaların çoğu altta yatan başka bir **medikal hastalığa sahip yaşlı** kişilerdir → mortal-morbid ↑

# ALT GİS KANAMALARI

## ❖ Anjiyodisplazi:

- AV Malformasyon
- Genelde sağ kolonda
- Özellikle **yaşlılarda** alt GİS kanamanın yaygın sebeplerindendir.
- **Hipertansiyonu ve Aort Stenozu** olan hastalarda daha sık

# ALT GİS KANAMALARI



© 2006 St George's, University of London



# TEŞHİS

## ❖ Medikal öykü

- ▶ Çoğu zaman farklı tanıları düşündürebilir.
- ▶ Çoğu hasta: hematemez, hematokezya veya melenadan zaten şikayetçidir.
- ▶ Daha **nonspesifik bulgular** da olabilir:
  - ▶ **Hipotansiyon**
  - ▶ **Taşikardi**
  - ▶ **Angina**
  - ▶ **Senkop**
  - ▶ **Güçsüzlük/Halsizlik**
  - ▶ **Konfüzyon**
  - ▶ **Hatta Kardiyak Arrest**

# TEŞHİS

- ▶ Klasik olarak
  - hematemez → Özofagus-Mide-Prox İB kanamalar; (Üst GIS)
  - hematokezya → daha distal kolorektal kanamalar; (Alt GIS)
  - melana → Üst GIS >150cc katransı /  
<60 cc katransı olmayan  
→ kanama durduktan sonra 48-72 sa (+)
- ▶ İstisnalar: Melena: proksimal vs yavaş pasaj?  
Hematokezya: distal vs hızlı pasaj?

# TEŞHİS

- *Kilo kaybı/barsak alışkanlığında değişiklikler* → malignansi?
- *Kusma, öğürme* → hematemez → Mallory-Weiss?
- *Aort greft öyküsü* → Aortaenterik fistül?
- **İLAÇLAR:**
  - Salisilatlar
  - Glukokortikoidler
  - NSAİD ler
  - Anti-koagülan kullanımı
- *Alkol alımı* → peptik ulkus, eroziv gastrit, özafagus varisler
- *Demir ve bizmut preperatları* → melena?
- *Pancar/şeker pancarı* → hematokezya?

# TEŞHİS

## ❖ Fizik Muayene:

- ▶ **Vital (Hayati) bulgular: hipotansiyon, taşikardi, takipne**
  - Nabız/TA postural değişiklikler
  - Daralmış nabız basıncı
- ▶ **Normal vital bulgular kanamayı dışlamaz!!**
- ▶ **Cilt Değişiklikleri:**
  - Soğuk, kuru cilt → Şok
  - Spider anjiyom palmar eritem, sarılık, jinekomasti  
→ Karaciğer hastalığı
  - Peteşi/purpura → Koagülopati

# TEŞHİS

- ▶ **KBB Muayenesi** → yutulmuş kan?
- ▶ **Batın Muayenesi** → hassasiyet,kitle,asit,HSM?
- ▶ **Rektal Muayene** → kan var mı?

kanın rengi/şekli? (parlak kırmızı, melanotik..?)

kitle var mı..?

# TEŞHİS

## ❖ LAB.

- ▶ **En Önemli: Kan grubu+kross-match**
- ▶ Tam kan sayımı, Koagülasyon parametreleri, KCFT, BFT
- ▶ İlk Htc değeri kanamanın şiddetini göstermez.
- ▶ Kanın absorpsiyon ve sindirilmesine bağlı BUN ↑ (pre-renal azotomi)
- ▶ Aşırı kusmaya bağlı N-K ↓, metabolik alk/asid

# TEŞHİS

## ► EKG

- "Sessiz İskemi"
- Kanama → O<sub>2</sub> taşınması ↓ → O<sub>2</sub> ver

## ► Gaytada Gizli Kan

- Majör Üst GIS Kanama sonrası 14 güne kadar (+)
  - False (-)
    - Mg'lu antiasitler
    - Askorbik asit
    - Safra içeriği
  - False (+)
    - Metilen Mavisi
    - Kırmızı Yiyecek-İçecek
    - İyot-Bromide içeren ..

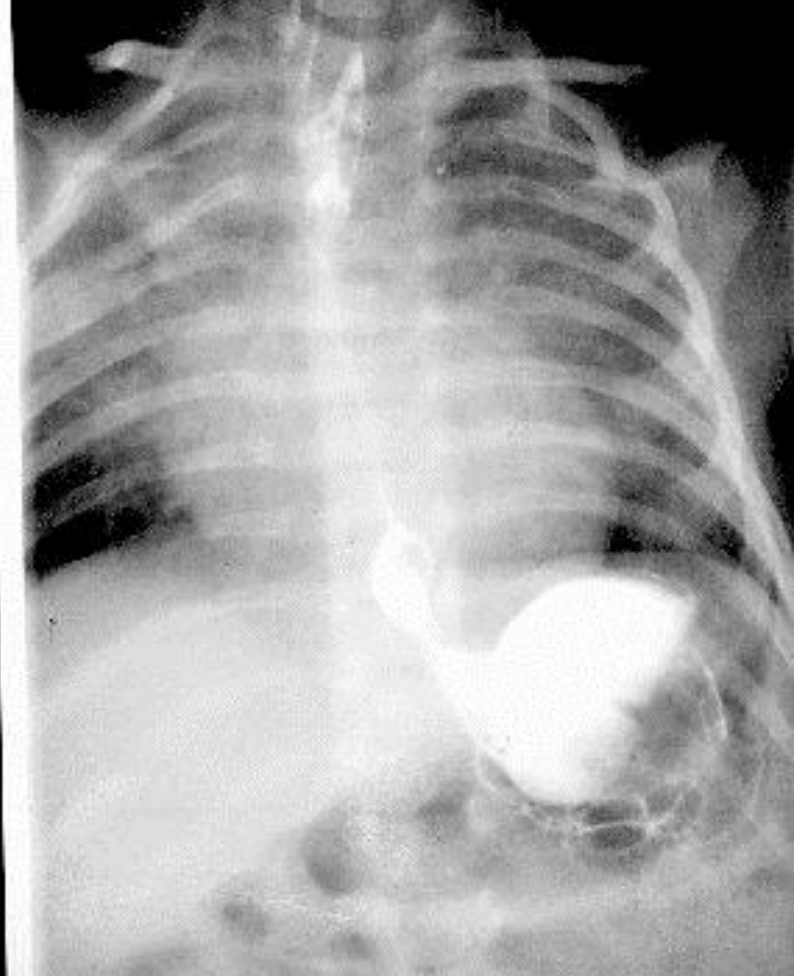
# TEŞHİS

## ❖ Tanısal Çalışmalar:

- **Akciğer Grafisi:** Aspirasyon / Perforasyon Şüphesi
- **Nazogastrik Sonda:** tanı+ tedavi
  - **Çeşme suyuyla** yada SF ile yapılır
  - Mallory–Weiss ve varislere bağlı kanamayı arttırdığı gösterilmemiştir
  - Buzlu irrigasyon önerilmiyor.
  - False (-)
    - Pilor Ödemi/Spazmında kanın duodenum reflüsü Ø
    - İntermitant yada durmuş kanamalarda mide temiz

# ÜST GİS KANAMALARI

## ÖMD PASAJ (GÖR)



# TEŞHİS

- **Baryum-kontrast çalışmaları**→ Acilde kullanımı sınırlı, ayrıca endoskopi veya anjiyografiden önce yapılması bu tetkiklerin tanısal değerini azaltır.
- **Endoskopi:** tanı+ tedavi
  - Üst GIS kanamalarında en doğru tanısal yöntem
  - İlk 12-24 saatte yapıldığında %78-95 oranında lezyonu belirler

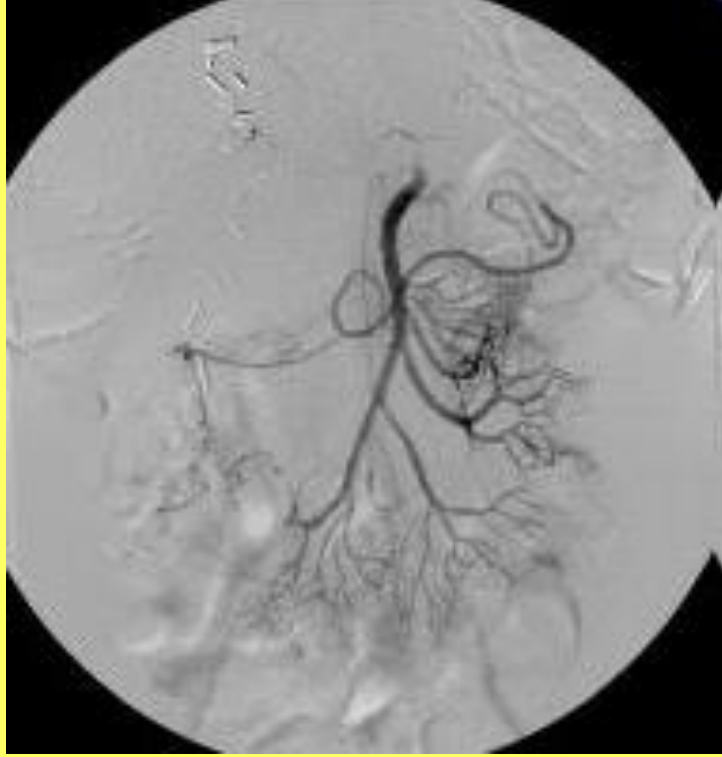
# TEŞHİS

- ▶ **Anjiyografi:** Özellikle alt GIS kanamalarında bazen kanamanın yerini tespit edebilir.
  - +Terapatik Seçenekler: Transkateter arteriyel embolizasyon veya vazokonstriktif ajan inf.
  - Tanısal: 0.5-2.0 ml/dak.
  - Teknesyum-RBC işaretli skenler: lokalizasyon
- ▶ **Sintigrafi:** 0.1 ml/dak.  
**Kanayan bölgenin lokalizasyonunu göstermede anjiyografiden üstün.**
- ▶ **Kolonoskopi:** tanı+tedavi
- ▶ **Literatür:** Sintigrafi? Anjiyografi? Endoskopi?  
Hangi sırayla..?

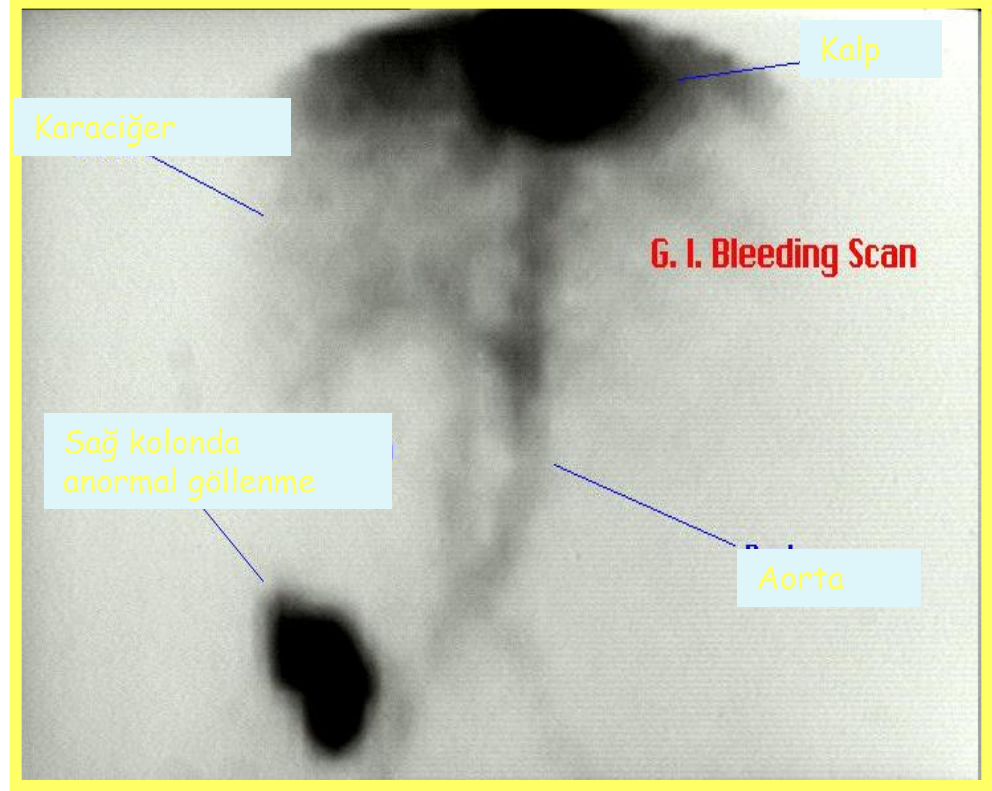
# Tanısal Çalışmalar:Endoskopi



# Diagnostik Çalışmalar: Anjiyografi+Sintigrafi



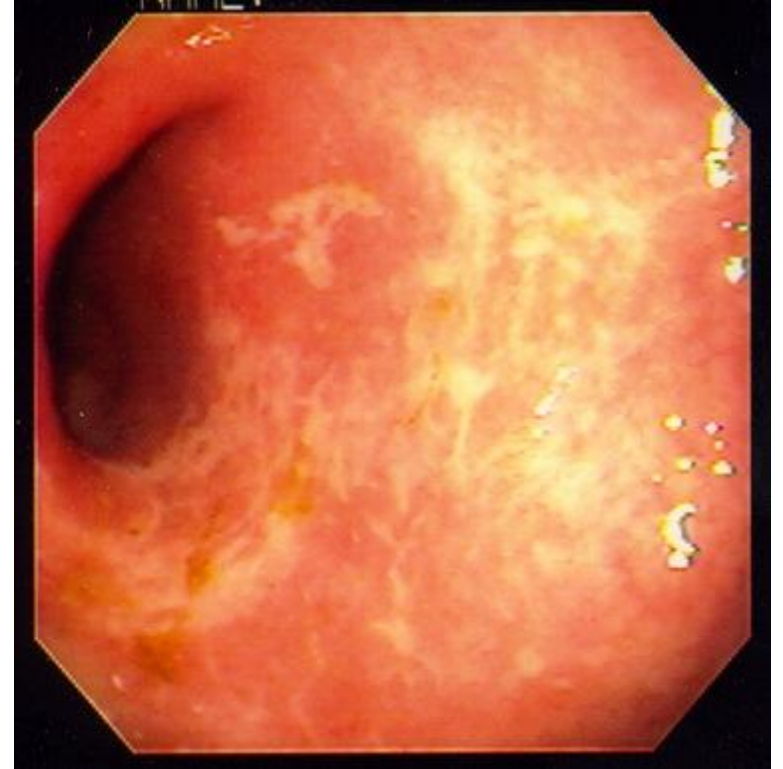
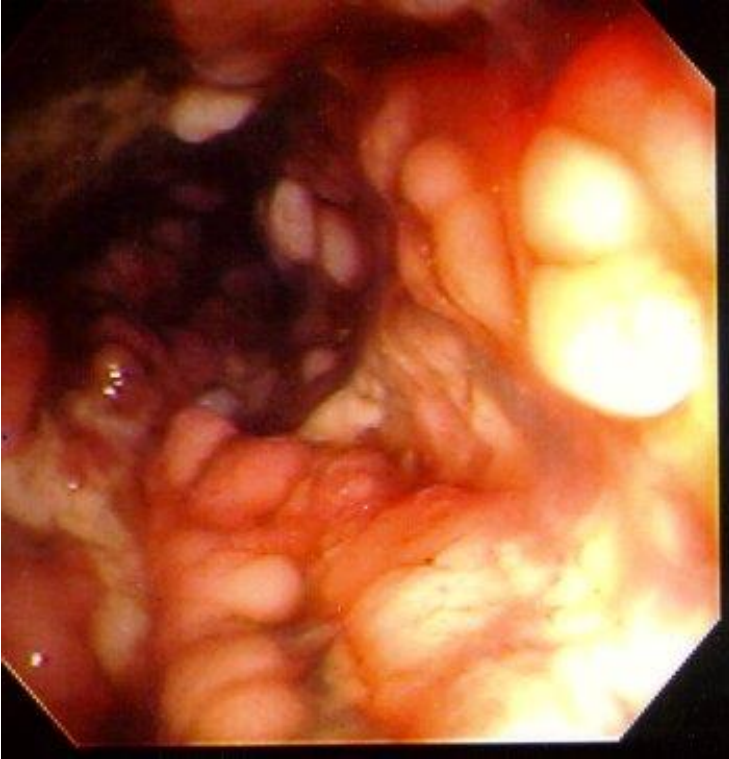
Anjiyografi



Sintigrafi

# ALT GİS KANAMALARI

## KOLONOSKOPI



HayalEvi



[WWW.HAYALEVI.COM](http://WWW.HAYALEVI.COM)

# TEDAVİ

## ❖ Primer:

- ▶ **Havayolu denetimi-Entübasyon:**
    - Değişken Mental Durum
    - Masif Üst GIS Kanaması
    - Aspirasyon Riski
  - ▶ **O2 ver, monitorize et**
  - ▶ **Volüm replasmanı:** Geniş damaryolundan **kristalloidler** önce
  - ▶ **Kan Transfüzyonu?**
    - Volüm kaybının klinik bulgularına ve devam eden kanamaya göre
    - **\*Devam eden aktif kanamada**
    - **\*Perfüzyon ve vital bulguların 2 lt sıvı verdikten sonra hala düzelmemesi durumunda kan ver**
- \*\*\*Bunlar hastanın ilk hematokrit değerlerinden daha önemli

# TEDAVİ

## ❖ Primer:

- ▶ Kan transfüzyonu yaşlı hastalarda daha erken düşünülmeli.
- ▶ Koagülasyon faktör replasmanı
- ▶ Hipotansiyon→idrar sondası
- ▶ **Tüm hastalarda:NG (Kanama odağı belli olsun olmasın)**
  - Varisi olan hastalarda NG nin kanamayı daha çok artırabileceği yolundaki görüşlerin kanıt değerleri düşük.

# TEDAVİ

## ❖ Primer:

- ▶ **Negatif gastrik aspirat**→ üst **GİS** kanamayı ekarte ettirmez; intermitan kanama,pilor spasmı,kanın reflüsünü önleyen ödem.
- ▶ **NG aspirasyonu: parlak kırmızı kan veya pıhtı varsa gastrik lavaj yapılmalı.**
- ▶ **Etkili:geniş çaplı,oral tüpler; irrigan:Oda ısısındaki su; soğuk-buzlu solüsyonlar:kanıtlanmış faydaları yok ve ayrıca teorik olarak dezavantajları var.**
- ▶ **Agresif aspirasyondan kaçın: Gastrik erozyonlara neden olabilir ve endoskopi bulgularını değiştirebilir.**

# TEDAVİ

## ❖ Sekonder:

### ➤ Endoskopi:

- Üst GIS kanama odaklarını göstermede en doğru ve kesin teknik
  - Morbidite tahmini yapar ve terapatik endoskopi ile iyi sonuçlar alınabilir.
- Erken terapatik endoskopi: Belirgin üst GIS kanamada tedavi seçeneği olarak ilk düşünülmelidir→ "Erken Konsültasyon"
- Özafagus varisleri:band ligasyon+skleroterapi
- **Komp.**:Perforasyon, sepsis,striktür oluşumu, portal ve mezenterik venöz tromboz, yeniden kanama

# TEDAVİ

## ❖ Sekonder:

### ➤ Endoskopi:

- Skleroterapi→Non-variseal kanamalarda endoskopik hemostaz (injeksiyon skleroterapi, elektrokoagülasyon, heater probe ve lazerler)
  - %90 akut kanama kontrolü,
  - hastanede kalış süresini azaltma,
  - porta-caval şantları olan hastalarda daha az kan Tx ...
- Band Ligasyon > Skleroterapi; komp. insidansı ve daha az takip açısından.
- Alt GIS kanamalarında;
  - **Proktoskopi:** Anorektal kanama odakları(Hemoroid)
  - **Kolonoskopi:** Divertikülozis veya anjiyodisplazi

# TEDAVİ

## ❖ Sekonder:

### ➤ Endoskopi:

#### ➤ Kontraendikasyonları:

- Hastanın koopere olamaması
- İntestinal obstrüksiyon
- Kanama diatezi
- USAP/ileri evre kalp yetmezliği

# TEDAVİ

## ❖ Sekonder:

### ➤ İlaç Tedavisi:

#### ◦ Vazopressin;

- Geçmişte GİK ( özel. Varis kanamalarında ) kullanılmış.
- Yan etkileri oldukça sık ( Yerini somatostatine bıraktı. )
- HT, Disritmi, Myokardiyal ve splenik iskemi, Azalmış kardiyak out-put, lokal infiltrasyonunda gangren oluşumu.
- Beraberinde nitrogliserin kullanımı bu tür yan etkilerini azaltır

#### ◦ Somatostatin

- Uzun etkili sentetik derivesi octreotide
- Varis - peptik ülser kanamalarında oldukça etkin
- Octreotide' in akut GİK' te skleroterapi kadar etkin olduğu kanıtlanmış.
- Skleroterapi+ somatostatin  
Skleroterapi +octreotide daha etkin
- Vazopressinin tüm etkilerine sahiptir.
- Hatırı sayılır oranda ateş yan etkisi vardır.

# TEDAVİ

## ❖ Sekonder:

### ➤ İlaç Tedavisi:

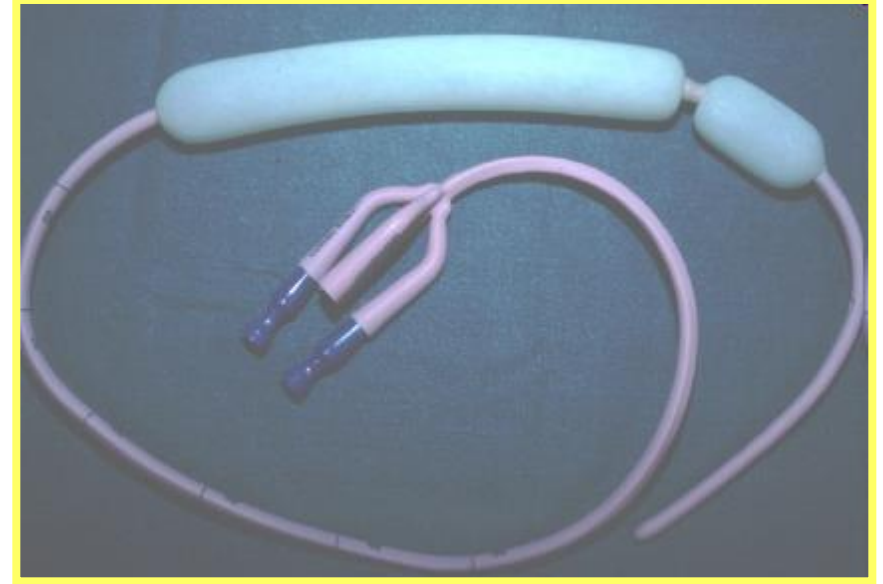
- **PPI:** Yeniden kanama sıklığını, transfüzyon ihtiyacını ve kanayan peptik ülserler için cerrahi girişim gereksinimini azaltmaktadır.\*
- **Beta-blokörler:** Varis kanamalarında ilk kanama ve tekrar kanama riskini azaltıyor
- **H2 Antagonistler:** Kanıtlanmış etkileri yok.

\*Proton pump inhibitor therapy for peptic ulcer bleeding: Cochrane collaboration meta-analysis of randomized controlled trials. *Mayo Clin Proc.* 2007 Mar;82(3):286-96

# TEDAVİ

## ➤ Balon Tamponad:

- **Sengstaken- Blakemore tüpü** ile tamponatın terapötik+ diyagnostik faydası var.
  - Dökümente varis kanamaları nın %40-80 ini kontrol altına aldığı belirtiliyor.
- **Gastrik+ özafagus balonları**
  - Gastrik balon önce şişiriliyor; kanama durmazsa/azalmazsa özafagus balonu şişiriliyor.
  - <40-50 mmHg



Radyolojik: Balonun doğru yerde olduğu görülmeli.  
Kanama durduktan sonra tüp 24 saat daha tutulmalı.

# TEDAVİ

## ❖ Sekonder:

### ➤ Balon Tamponad:

- Oldukça ciddi **yan etkileri/komplikasyonları** var.
  - Mukozal ülserasyon, özafagus/mide rüptürü, balonlardan kaynaklı asfiksi, balonun şişirilmesine sekonder trakeal kompresyon, aspirasyon pnm bildirilmiş.
- Birçok yazar: rutin **profilaktik entübasyon** öneriyor.
- Yerini daha çok band ligasyon/ skleroterapi gibi daha kesin ve açık tekniklere bırakmıştır.

# TEDAVİ

## ➤ \*Cerrahi:

- Medikal tedavi ve endoskopik girişimlere yanıt vermeyen
- Unstabil
- Aktif Kanamalı hastalarda
- 4-6 saatte 5ü kan gerekeceği yada initial kayıp yerine konduktan sonra 4 saatte 2ü kan gerekeceği düşünülen hastalarda
- **GIS kanamayla acil servise başvuran her hastadan, daha sonra kanamanın kontrol edilemeyebileceği ihtimali göz önünde bulundurularak cerrahi kons. istenmelidir.**
- **Cerrahiye alınan hastalarda mortalite ~ % 23**

# TABURCULUK

- Corley ve akş.larının belirlediği 5 değişken hastanın, hastaneden çıkışına zıt etkide bulunuyor.\*

1. İlk htc değeri < 30
2. İlk sistolik kan basıncı < 100 mmHg
3. NG lavajda kırmızı kan
4. Siroz öyküsü olan/FM:Asit
5. Hematemez

Corley DA, Stefan AM, Wolf M. Early indicators of prognosis in upper gastrointestinal hemorrhage, Am J Gastroenterol, 1998, 93, 336



# TABURCULUK

## ➤ Risk Belirleme

- Hastanın Acil Servise başvurusunda öykü, klinik, laboratuvar verileri ile tekrar kanama ve mortalite riski belirlenmeye çalışılır.
- 4 grupta incelenir:
  - Çok düşük
  - Düşük
  - Orta
  - Yüksek risk

# TABURCULUK

## ➤ Çok Düşük Risk Kriterleri:

- Co-morbid hastalık yok
- Normal vital bulgular
- Normal yada zayıf pozitif gaita incelemesi
- Negatif gastrik aspirat
- Normal yada normale yakın Hb-Htc değerleri
- Ev bakımında sorunu yok

# TABURCULUK

## ➤ Risk Belirleme

- ÜGK'da diğer risk gruplarına endoskopi yapılır ve endoskopi verileri ve klinik risk kombine edilerek Final Risk Stratification belirlenir.
- Buna göre endoskopik ve klinik olarak düşük risk grubundakiler; kanama bulguları olursa hemen, olmazsa 24 saat sonra kontrole gelmek üzere uygun tedaviyle evlerine gönderilebilirler.

# TABURCULUK

## ➤ Düşük Risk Kriterleri:

- 60 yaşın altında olacak
- Geliş sistolik kan basıncı 100 mmHg'dan büyük olacak
- İzleminde 1 saat normal vital bulguları olacak
- Transfüzyon gereksinimi olmayacak
- Aktif co-morbid hastalığı olmayacak
- KC hastalığı olmayacak

# TABURCULUK

- ▶ Düşük risk: Klinik ve endoskopik bir kriterdir ve bu yüzden hala, taburculuk öncesi her hastaya endoskopi yapılmalıdır.
- ▶ Diğer risk grubundakilerin hepsi servise yada yoğun bakım ünitelerine yatarlar

# TEŞEKKÜRLER...

