ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

Uzm. Dr. Özlem Atuğ, Prof. Dr. Hülya Över Hamzaoğlu

Tanı Kriteri
Makattan kan gelmesi

Genel Bilgiler:

Alt Gastrointestinal Sistem (GİS) kanaması: Treitz ligamanının ligamentum dispenserium duodeni; duedojejunal bileşke seviyesi) distalinden olan kanamalar

Hematokezya: Anüsten kırmızı renkli kanama olmasıdır.

Distal kolondan olan kanamalar göreceli olarak daha taze ve kırmızıdır. Proksimal kolondan kaynaklanan kanamalar daha koyudur. Çekumdan ve çıkan kolondan kanamalar siyah görünümlü olup melena ile karıştırılabilir. Hematokezya genellikle alt gastrointestinal sistem (GİS) kaynaklıdır ancak masif üst GİS kanamaları da bu olaya yol açabilir. Kanamanın rengi kanamanın miktarına ve GİS pasajının hızına bağlıdır. Treitz ligamanının distalinden olan 300 ml kan uzamış intestinal transit sonucu melena oluşturabilir. Melena genellikle üst GİS kanamasını gösterir ancak ince bağırsaklar, hatta kolonun proksimal düzeylerinden olan kanamalarda da melena görülebilir.

Alt GIS kanamalı hastaların % 90'ında hematokezya, %10'unda melena görülmektedir.

Klinik Bulgular:

Makattan taze kırmızı kan gelmesi

GİS kanamalı hastalarda kan kaybının hızı ve miktarına bağlı klinik bulgular dört evrede toplanmıştır:

- Volüm kaybı % 20'den az ise: Klinik olarak sessizdir veya istirahat halinde taşikardi görülebilir. Yatan hastanın ayağa kaldırılmasıyla kalp hızı dakikada 20'den fazla artarsa buna "ortostatik taşikardi" adı verilir.

- Hastalarda % 20-25 volüm kaybında ortostatik hipotansiyon görülür. Hasta yatarken kan basıncı normal veya hafif düşüktür. Oturtulduğunda veya ayakta sistolik kan basıncının en az 10 mmHg düştüğü görülür.
- Volüm kaybı % 25-35 arasında olduğunda hasta yatar halde iken hipotansiyonu vardır ve oligüri mevcuttur.
- Volüm kaybının % 35'ten fazla olduğunda derin hipotansiyon ve kardiyovasküler kollaps hali vardır. Hayatı tehdit eden bir durumdur. Kanamalı bir hastada hipotansiyonun derecesi, volüm kaybının ve kompansatuar yanıtın derecesine bağlı olarak değişir. İleri yaş, diabetes mellitus, renal yetmezlik, kalp yetmezliği gibi ek hastalıkları bulunan ve / veya beta bloker ve vazodilatatör ilaç kullanan hastalarda akut volüm kaybına bağlı erken kompansatuar cevap gecikebileceğinden daha bir dikkatli olmak gerekir.
  Masif alt GİS kanamaları özellikle yaşlı ve/veya iskemik kalp hastalığı olan hastalardaa hipotansif şok, miyokardial enfarktüs ve kardiopulmoner arreste neden olabilir.

Gerekli Tetkikler:

Hemogram, kan şekeri, elektrolitler, AST, ALT, BUN, kreatinin, PT-INR, APTT, idrar tahlili, 50 yaş üzeri hastalarda EKG.

Acil Değerlendirme

Aktif alt GİS kanama ile başvuran hastanın ilk olarak kan basıncı ve nabız ölçümü yapılmalı; hasta hızlı ve dikkatli bir şekilde muayene edilerek kanamanın şiddeti tesbit edilmelidir.
Sistolik kan basıncı 100 mmHg'dan düşük ve nabız hızı dakikada 100'den fazla ise volüm kaybı % 20'den fazladır. Birlikte ciltte solukluk ve soğukluk da mevcuttur. Ortostatik taşikardi ve ortostatik hipotansiyon olması yine volüm kaybının % 20'nin üzerinde olduğunu gösterir. Volüm kaybı % 20'den fazla olan bütün hastalarda kanamanın yeri ve sebebine bakılmaksızın hastanın süratle hayati bulgularının stabilizasyonu gereklidir.

- Kanamanın şiddeti ve ne zaman başladığı tesbit edildikten sonra ilk olarak hastanın hava yolunun açık olup olmadığı, solunumu ve dolaşımı değerlendirilmelidir.
- Hemodinamisi bozuk ya da aktif olarak kanaması olan hastalar yoğun bakım şartlarında kan basıncı ve EKG monitorizasyonu, pulse oksimetre ile arteryel oksijen saturasyonu takibi yapılarak izlenmelidir.
- Akut kanamalarda ilk bir kaç saat içinde mortalite en yüksektir. Bu nedenle sıvı infüzyonu mümkün olduğunca erken ve yeterli miktarda olmalıdır.

Kanamalı hastaya hızla mümkünse her iki koldan damar yolu açılır (iki geniş kanül-tercihen 18-20 G-). Bu esnada hemogram, kan şekeri, elektrolitler, AST, ALT, BUN, kreatinin, PT-INR, APTT, idrar tahlili için kan alınmalıdır.

- Hipovolemik şokta olan hastalara idrar sondası takılarak saatlik idrar miktarı izlenmelidir.
- Hastalarda vital bulguların stabilizasyonu sağlandıktan sonra nazogastrik sonda takılıp ve rektal tuşe yapılarak kanama varlığı doğrulanır. Safralı nazogastrik aspirat çoğunlukla üst GİS kanaması olmadığının lehinedir, ancak safralı aspirat alınan vakaların % 20 sinde üst GİS kanaması olabilir.
- İşlemler esnasında bir yandan da ayrıntılı bir öykü alınarak tam fizik muayene yapılmalıdır. Geçirilmiş hastalık ve operasyonlar, kullanılan ilaçlar (kumadin, aspirin, nonsteroid antiİnflamatuarlar vb.) öğrenilmelidir.
- Yaşlı ve/veya iskemik kalp hastalığı açısından risk faktörü olan hastalara, EKG çekilerek iskemik değişiklik olup olmadığına bakılması önemlidir.
- Kalp yetmezlikli ve kapak hastalıklı hastalarda sıvı yüklenmesi konusunda risk olduğundan santral venöz basınç monitorizasyonu gerekebilir.
- Alt GİS kanamalı hastalar akut abdomen konusunda da değerlendirilmelidir.

Alt GİS kanaması nedenleri	
• Divertikulosis	• Akut infeksiyoz kolit
• Anjiodisplazi	• Postpolipektomi kanaması
• İskemik kolit	• Aortaenterik fistül
• Neoplazi	• Radyasyon enteriti
• İnflamatuar barsak hastalıkları	• NSAID bağlı kolonik ülser
• Anorektal hastalıklar (hemoroid, analfissür)	• Psödomembranöz kolit
	• Soliter rektal ülser

Tedavi:

Vital bulguların stabilizasyonu

- Kristaloid sıvılar (Serum Fizyolojik, Ringer Laktat) ve kolloid sıvılarla (dekstran-40, rheomacrodex) volüm replasmanı
  Geniş lümenli kateterlerle (18-20 G) çift damar yolu açılıp, serum fizyolojik veya laktatlı ringer solüsyonu ile volüm replasmanı yapılmalıdır. Hastanın hipotansiyonunun düzelmesi hedeflenerek 2 L sıvı verilmeli, bununla düzelme yoksa kan transfüzyonuna başlanmalıdır. İnfüzyon hızı hastanın kalp yetmezliği bulguları açısından izlenmek suretiyle verilebilecek en hızlı

şekilde yapılmalıdır. Gerekirse kan transfüzyonu planlanan (yukarıda tariflenen) hastalara santral venöz kateter yerleştirilmelidir. Hemodinamik stabil olmayan hastalar yoğun bakım şartlarında izlenmelidir. Genel olarak her 4 ünite eritrosit süspansiyonu sonrası 1 ünite taze donmuş plazma (TDP) verilmesi önerilir.

- Kan transfüzyonu
  Yaşlılarda Htc % 30, gençlerde ve ek sorunu olmayanlarda % 20-25 civarına getirilmeli; portal hipertansiyonu olanlarda portal basıncı daha da yükseltmemek için Htc % 27-28 düzeyini aşmamalıdır. Sirozlu veya warfarin kullanan hastalarda taze donmuş plazma, trombosit süspansiyonu ve K-vitamini verilmelidir. Hedeflenen PT ve PTT seviyeleri ile trombosit düzeyine hasta bazında gerekirse hematoloji konsültasyonu ile karar verilmelidir. Zira siroz hastalarında çok düşük trombosit düzeyleri (örn: 5000-10000/mm3) yeterli iken hematolojik malignensisi olanlarda trombosit transfüzyonu gerektirir.
- Dengeli PEG solusyonları (Go-lytely vb.) ile hazırlık yapılması hızlı bir kolon temizliğine yardımcı olur. Ancak hasta stabil ise oral fosfo-soda solüsyonları ile de hazırlık yapılabilir.
- Eğer hasta laksatif kullanamıyor ise rektal lavman ile temizlik yapılarak rektosigmoidoskopi planlanmalıdır.
- Terapotik işlemlerin de yapılabilmesi kolonoskopinin önemli avantıjıdır. Endoskopik olarak kanama odağı saptanırsa, heater probe, laser veya argon plasma koagülasyon yöntemi ile endoskopi sırasında tedavileri yapılır.
- Baryumlu kolon grafisinin GİS kanama tanısında duyarlılığı son derece düşüktür. Bu nedenle akut alt GİS kanamalarının tanısında yeri yoktur.
- Kanama odağının bulunamadığı hastalarda sülfür kolloid yada Tc-işaretli eritrosit ile nükleer sintigrafisi yapılabilir. Sintigrafisi ile 0.1 mL/dk hızındaki kanamalar bile saptanabilr ancak spesifitesi düşüktür (% 50).
- Kanamanın sürdüğü hastalarda mezenter angiografisi yapılması gerekebilir. Angigrafi ile 0.5 mL/dk hızındaki kanamalar saptanabilirse de, hastaların ancak % 45'inde kanama odağını bulmak mümkün olmaktadır. Angiografi ile kanayan damarın selektif embolizasyonu mümkün olmaktadır.

Takip ve Sonuç:

Hastanın yaşamsal bulguları stabil olur olmaz kolonoskopi için hazırlanmalıdır.

Tüm resüsitasyon çabalarına rağmen vitallerin düzelmediği durumlarda hasta, gecikmeden ve tanısal testler beklenmeden cerrahiye verilmelidir.

Kaynaklar:

1- Bounds BC, Kelsey PB. Lower gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2007 Apr;17(2):273-88

2- Yachimski PS, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in the elderly. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol. 2008;5(2):80-93.

3- Green BT, Rockey DC. Lower gastrointestinal bleeding-management. Gastroenterol Clin North Am. 2005 Dec;34(4):665-78.

4- Farrell JJ, Friedman LS. Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding. Aliment Pharmacol Ther. 2005 Jun 1;21(11):1281-98.

5- Bono MJ. Lower gastrointestinal tract bleeding. Emerg Med Clin North Am. 1996;14(3):547-56.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ