ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASI

Doç. Dr. Deniz Güney Duman

Tanı Kriterleri

Ağız ve / veya makattan kanama
Hematokritte düşme

Klinik Bulgular

Şok veya hipovolemi (taşikardi, takipne, solukluk, oliguri, konfüzyon) Ortostatik hipotansiyon
Kanama hastalıklarına ait bugular (ör, peteşi, ekimoz) Kronik karaciğer hastalığı bulguları
Karında hassasiyet
Rektal tuşe ile hastanın dışkısı mutlaka değerlendirilmelidir.
Etiyolojiye yönelik sorgu önemli bilgiler verebilir. (ASA, NSAİD, oral antikoagülan kullanımı, geçirilmiş ameliyatlar, kronik karaciğer hastalığı, şiddetli karın ağrısı, aşırı öğürme, kusma, vb.)

Tanımlar

Hematemez: Treitz ligamentinin proksimalinden olan kanamayı gösterir. Kırmızı renkli ve taze kan şeklinde olabileceği gibi kahve telvesi benzeri beklemiş ve daha eski bir kanamayı da gösterebilir.
Melena: Katran renginde dışkılama. Sıklıkla üst gastrointestinal sistemden (GİS) kanamayı, nadiren ince barsak veya proksimal kolondan kanamaya işaret eder. Demir ya da bizmut preperatlarına bağlı koyu renkli dışkılamadan ayırt edilmelidir.
Hematokezya: Dışkının bordo ya da kırmızı renkte kanlı olmasıdır. Üst GİS kanama şiddetli ise bulgulara eşlik edebilir.

Gerekli Tetkikler

Tam kan sayımı, PT, aPTT, kan grubu
Kreatinin, BUN, Na, K, AST-SGOT, ALT-SGPT, glukoz
Üst GİS kanamalarında gastrointestinal lümendeki kanın intestinal bakteri tarafından yıkılarak üre oluşturmasına bağlı olarak, BUN düzeyi kreatinle orantısız şekilde artabilir. Aşağıda anlatılan önlemler alındıktan ve hasta stabilize edildikten sonra, kanamanın nedenini bulmaya yönelik endoskopi yapılmalıdır. İlave olarak ayakta direkt batın grafisi veya gerekirse BT (peptik ülser perforasyonu tanısında) veya MR, anjiyografi yapılabilir.

Tedavi

Nazogastrik lavaj: Üst GIS kanama düşünülen her hastada değerlendirme amacı ile yapılmalıdır. Kanlı olması üst GİS kanama olduğunu gösterir. Vakaların dörtte birinde aspiratta kan görülmeyebilir. Gastrik lavaj, kanamayı durdurmaz ya da yavaşlatmaz, ancak tanının konması ve daha sonra gerçekleştirilecek olan endoskopi işlemi için kanama odağının görülebilmesine imkan sağlar. Özofagus varis kanamalarında kontrindike değildir.
İlk adım hastanın hemodinamik durumunun stabilizasyonudur. Ardından kanama odağı bulunup aktif kanama durdurulmalı, altta yatan sebep varsa düzeltilmeli ve kanamanın tekrarlaması önlenmelidir.
Endoskopi hem tanısal hem de tedavi imkanı vermesi nedeniyle en kısa süre içinde yapılmalıdır. Ancak endoskopi öncesi solunum ve kardiyovasküler sistemin emniyetli bir şekilde resüsite edilmesi önemli bir şarttır. Ayrıca işlemden önce endoskopik tedavi amacıyla kullanılacak malzeme ve ilaçların temin edilmiş olması da gereklidir.

Kötü prognoz belirteçleri:
Endoskopi sırasında tespit edilen aktif ya da sızıntı şeklinde kanama, görünen damar (visible vessel) lümende aktif kan varlığı, hastanede başka bir sebepten yatıyor iken kanamanın başlaması, eşlik eden kronik hastalıkların varlığı, hastaneye başvuru sırasında ortostatik hipotansiyon, kollaps gibi hızlı volüm kaybı bulguları

Hemodinamik izlem/stabilizasyon:
Hemodinamik değerlendirme: Aktif kanaması olanlarda (NG sondadan aktif kan gelmesi, hematokezya varlığı, Htc'de devam eden düşüş veya endoskopide yukarıda tariflenen bulguların varlığı) yakından takip tercihen yoğun bakım şartları önerilir.

Aktif kanama aynı zamanda bir cerrahi acil olabileceği için gastroenteroloji yanı sıra genel cerrahi ve radyoloji (tanı ve tedavi amaçlı) konsültasyonları istenmelidir.
Stabil -non stabil ayrımı: Kanaması duran (hemodinamik bozulma olmayan hastalar) stabil kabul edilir ancak kesin karar için hastanın oral alımı sonrası melenasının kaybolması ve forme gaita çıkarması izlenmelidir.
Stabil olmayan hastalar arteryal ya da gastroözofageal varislerden kanıyor olabilir ve vital bulguları stabil olanlara kıyasla daha kötü prognoza sahiptirler. Geniş lümenli kateterlerle (18-20 G) çift damar yolu açılıp, salin veya laktatlı ringer solüsyonu verilmeli. 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 izlenmeli. Genel olarak her 4 ünite eritrosit süspansiyonu sonrası 1 ünite 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.

Diğer önlemler:
Kanama miktarı fazla (tercihen arteriyel kan gazı incelemesi yapılmalıdır yoksa oksijen satürasyon probları ile transkütan da ölçülebilir) olan hastalara nazal oksijen gerekebilir.
Peptik ülsere bağlı kanama düşünülüyorsa. omeprazol (Losec, 40 mg flakon) veya pantoprazol (Pantpas 40 mg flakon), 80 mg i.v bolus dozunu takiben 8 mg/saat sürekli infüzyon şeklinde verilmelidir.

Varis kanaması:
Endoskopi: En kısa sürede gerek tanı gerekse tedavi amaçlı yapılmalıdır. Ancak endoskopik tedavi için gerekli gereç ve sklerozan ilaçların elde bulunması gereklidir.

Ayrıca aktif kanayan hastaya yapılan girişim sırasında ekipman kadar hemşire desteği ve daha da önemlisi hastanın hemodinamik olarak damar yolu bakımından desteklenmesi gerekir. Masif kanayan (>6 ünite transfüzyon/24 saatte) hastalara aspirasyon riskine karşı trakeal entübasyon uygundur.

a) Tellipressin (Glypressin 1 mg flakon) 2 mg i.v bolus takiben 4-6 saatte bir 2 mg i.v bolus; veya Somatostatin (Somatostatin UCB 250 µg, 3 mg flakon, Somatosan 3 mg şakon) 250 µg i.v bolus dozunu takiben 250 µg/saat veya Octreotid (Sandostatin 0.1 mg ampul) 50 µg i.v bolus dozunu takiben 250 µg/saat sürekli i.v infüzyon başlanır.
b) Siprofloksasin 2x400 mg i.v dozdan (daha sonra orale geçilebilir) 7 gün süresince varislerden kanadığı düşünülüp sonrasında teyid edilen hastalarda zaman kaybetmeden bakteremi ve özellikle spontan bakteriyel peritonit profilaksisi için başlanabilir.

Komplikasyonlar

En önemli komplikasyon kanamanın tekrar etmesidir. Endoskopik girişimler, kanamanın erken resüsite edilememesine bağlı kardiyovasküler ve renal bozukluklar gibi dahiliyenin hemen her kolunu ilgilendirebilecek komplikasyonlar gelişebilir.

Takip

Kötü prognoz taşıyan hastalar için endoskopi dışı tedaviler gerekebileceğinden cerrahi veya girişimsel radyoloji konsültasyonları istenmelidir. Kanamanın hastaneden taburcu olduktan sonra da tekrarlamasını önlemek için altta yatan sebebin tedavisi (örneğin varisler, Helicobacter pylori eradikasyonu, NSAİD, ASA ihtiyacının değerlendirilmesi, vb.) zorunludur. Hasta başta gastroenteroloji olmak üzere ilgili polikliniklere yönlendirilmelidir.
Kanaması kontrol altına alınıp taburculuk aşamasına gelen hastalarda demir ilavesi reçete edilmelidir.

Kaynaklar:

1- Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med 2003;139:843-857.
2- Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Canada: Saunders Elsevier, 2006.
3- Lau JY, Leung WK, Wu JC, et al. Omeprazole before endoscopy in patients with gastrointestinal bleeding. N Engl J Med 2007;356:1631-1640.
4- Weinstein W, Hawkey CJ, Bosch J. Clinical Gastroenterology and Hepatology. Spain: Elsevier Mosby, 2005.