

T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

VARİŞ DIŞI ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM  
KANAMALARINDA SKLEROTERAPİ  
( 20 vakalık prospektif çalışma )

Uzmanlık Tezi

Dr.HAKAN ÖZDEN

T.C. YÜKSEKOĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

ANKARA.1993.

## İÇİNDEKİLER

	sayfa
<b>GİRİŞ</b>	<b>3-4</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b>	<b>5-9</b>
<b>MATERYAL</b>	<b>10-12</b>
<b>METOD</b>	<b>13-16</b>
<b>BULGULAR</b>	<b>17-20</b>
<b>TARTIŞMA</b>	<b>21-26</b>
<b>SONUÇ</b>	<b>27</b>
<b>KAYNAKÇA</b>	<b>28-37</b>

## **GİRİŞ**

**Peptik ülser hastalığına bağlı akut üst gastrointestinal sistem kanamaları, tanı ve tedavi alanında sağlanan hızlı gelişmelere rağmen, % 4-11 arasında sabit kalan mortalitesi ile önemli bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir ( 7, 9, 11, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 28, 31, 32, 42, 46 ).**

**Peptik ülser hastalığının gerçek insidansının % 0.3-4 olduğu ve hastaların % 15 - 20'sinin yaşamları boyunca en az bir kez kanadığı tahmin edilmektedir ( 11, 37, 43, 53 ). İnsidansın yaşıla artmasına bağlı olarak kanama şikayeti ile hastaneye başvuran hastaların önemli bir kısmı ( % 48-70 ) 60 yaşın üzerindedir ve mortalite bu yaş grubundaki hastalar için belirgin olarak yüksektir (% 20-40 ) ( 17, 19, 20, 22, 25, 28, 30, 31, 40, 45 ).**

**1960-1980 yılları arasında yapılan randomize, kontrollü bir çok çalışmada, kanama odağının yerini ve yapısını saptamada % 80-95'lere varan tanısal değeri ile tartışmasız en üstün yöntem olan acil endoskopinin, genel mortalite üzerine belirgin bir etkisi olmadığı gösterilmiştir ( 10, 12, 13, 14, 16, 17, 54 ).**

Eğer daha doğru tanı daha iyi tedavi ile sonuçlanmıyorsa, hata kuşkusuz tedavidedir . Bu noktadan hareketle üst gastrointestinal sistem kanamalarında, kanama odağına spesifik aktif endoskopik hemostazın sağlanması konusunda pek çok araştırma yapılmıştır ( 3, 4, 12, 15, 26, 33, 38, 39, 41, 44, 46, 47, 48, 56 ).

Çalışmamız, aktif olarak kanayan veya tekrar kanama olasılığı yüksek hastalarda, endoskopik enjeksiyon tedavisinin; tekrar kanama , mortalite, acil cerrahi girişim ihtiyacı, kan transfüzyonu ve hastanede kalış süresi üzerine etkisini araştırmak üzere planlanmıştır.

## **GENEL BİLGİLER**

İlk kez 1933'de endoskopinin öncüsü Alman endoskopist Gutzeit ve Tietge'nin rigid endoskoplar kullanarak geçirilmiş kanama işaretlerini tanımlamasını takiben, 1937'de Schindler görünen damarın endoskopik tanımını yaparak, tekrarlayan kanamalı hastalardaki önemini bildirmiştir ( 50 ). 1970'lerin başlarında fleksibl endoskopların geliştirilmesi, endoskopinin aktif kanamalı hastalarda, kanama odağının saptanması amacıyla yaygın olarak kullanılmasını sağlamıştır.

Akut üst gastrointestinal sistem kanamalarında endoskopik muayene her zaman yeterli resüssitasyonu takiben, mümkün olan en kısa sürede yapılmalıdır. Kanamanın başlangıcını izleyen ilk 12-24 saat içerisinde yapılan endoskopik muayenede doğru tanı oranı % 90-95 iken, endoskopi 48 saatten sonraya bırakıldığında bu oran % 50'ye kadar düşer ( 2, 6, 8, 10, 12, 15, 40 ). Kanamanın ilk belirtisi ile endoskopinin yapılış zamanı arasındaki süre 12 saatı aştığında, lezyondan aktif kanamanın veya geçirilmiş kanama işaretlerinin (siyah spot, lezyona yapışık kan pıhtısı ) görülme olasılığı da azalır ( 5, 13, 14, 35 ).

**Gastrointestinal kanama nedeni ile endoskopi planlanan hastalarda endoskopik muayene, rutine göre**

biraz daha zordur. Kontrendikasyonları rutin muayeneden farklı olmamakla beraber komplikasyonları biraz daha fazladır ( 10, 16, 49 ).

Kanama ile hastaneye başvuran hastalar genellikle bulantısı olan, rahatsız, korku içerisindeki kimselerdir. Endoskopije başlamadan önce rahat bir konuma getirilmeleri ve yapılacak işlem hakkında bilgilendirilmeleri uygulamada kolaylık sağlar. Yaşlı hastalarda sedasyon nadiren gereklidir, genç ve alkol almış hastalarda benzodiazepinlerin sakıncaları nedeni ile opiad türevleri tercih edilmektedir. Stabil hastalar sadece lokal nazofarinks anestezisini takiben endoskopik muayeneye alınabilirler. Nazik bir nazogastrik aspirasyon yararlı olabilir. Erozyon yaratabilmesi ve tanı karmaşasına yol açabilmesi nedeni ile geniş lavaj tüpleri önerilmemektedir ( 50, 51 ). Ciddi aktif kanamalı hastalarda, çift kanallı, aynı anda tedaviye ve yıkamaya izin veren endoskoplar kullanılmaktadır.

Sol yan pozisyonda yatan bir hastada, midede bir miktar kanın varlığında bile özefagus, küçük kurvatur, antrum ve duodenumun ilk iki kıtası hakkında fikir sahibi olmak mümkündür. Eğer fundustaki kan, duodenumdakinden daha parlak ve kırmızı ise bu midenin üst kısmında yerleşmiş lezyonlardan köken

alan kanamayı düşündürür. Ancak sol yan başaşağı pozisyonda yatan bir hastada midedeki taze kan , duodenumdan da geliyor olabilir. Piloru tikayan bir pihti genellikle duodenum kaynaklı kanamayı gösterir. Kısmi duodenal darlık ve kanama varsa ülser genelde darlığın distalinde yerleşmiştir. Antral ülserler, yanlışlıkla duodenumdan kaynaklanan bir kanamanın etkeni olarak tanınabilirler ( 10, 50, 51 ). Fıskırma tarzında kanamalar, ince bir kan pihtısı gibi görülebilirken, kanın pulsatil hareketi solunum nedeni ile olabilir. Sızma tarzındaki kanamaların ve kanamayan görünen damar varlığının saptanması için dikkatli bir yıkama tekniği gereklidir. Ülserdeki gevşek pihtıların temizlenmesi kanamayı arttırmaz ( 47, 49, 51 ) .Bol pihti varlığında aspirasyon endoskopun tikanarak görüntünün kaybolmasına yol açabilir. Bu nedenle aspirasyondan ziyade yıkama tercih edilmelidir. Endoskopik hemostazın ilk basamağı kanayan lezyonun net ve kesin olarak saptanmasıdır.

Endoskopik tedavi endikasyonları, aktif olarak kanayan lezyon, görünen damar veya yapışık pihti varlığıdır . ( 27, 36, 41, 48, 55 ).

Endoskopik hemostaz yöntemlerinin ( Tablo 1) kendi aralarındaki avantaj ve dezavantajları hakkında tartışmalar halen devam etmektedir ( 4, 26, 39, 44 ).

**Ancak endoskopik enjeksiyon tedavisi düşük maliyeti, özel gereçler gerektirmemesi, kolay uygulanabilirliği, etkin ve güvenli olması nedeni ile daha çok taraftar bulmaktadır ( 3, 15, 21, 26, 27, 33, 41, 47, 48, 56 ).**

**Tablo 1: Endoskopik hemostaz yöntemleri**

**I) Termal yöntemler**

- a.Laser: Argon ve Nd-YAG**
- b.Monopolar veya bipolar diatermi**
- c.Heater probe**

**II)Enjeksiyon tedavisi**

- a.Vazokonstriktör ajanlar**
- b.Sklerozanlar**
- c.Pihtlaşma faktörleri.**

**III)Topikal uygulanan ajanlar.**

**IV)Mekanik yöntemler**

- (Clips, staples, lastik bant )**
- 

**Endoskopik enjeksiyon materyalleri olarak 1/10.000 adrenalin, %1 polidocanol, % 98 dehidrate etanol, % 3.6 veya % 7.2 hipertonik tuzlu su, % 1 tetradecylsulphate + % 32 etanol + % 0.3 tuzlu su kombinasyonu ( TES ), thrombin, thrombin-fibrinogen karışımıları kullanılmaktadır ( 49, 51 ).**

**Enjeksiyon materyalleri ile termal metodların deneysel olarak karşılaştırıldığı çalışmalarda termal metodlar daha etkili bulunmuşsa da klinik kullanımında farkın istatistiksel anlamı olmadığı görülmüştür ( 27, 39, 56 ). Farklı enjeksiyon materyalleri ile köpek modellerinde yapılan çalışmalarda, %98 etanol ve TES en etkili ajan olarak saptanmıştır ( 38 ). % 98 etanolun hemostaz mekanizması hücresel insitufiksasyondur. Enjeksiyonun yapıldığı bölgedeki arter içerisinde endotel hasarının trombojenik etkisi ile siyah pihti meydana gelir ve kan akımı durur. Doku hasarı 5 dakika içerisinde başlar, bir saatten sonra değişmez. Önerilen doz, 0.6-1.2 ml'dir. Uygulamadan sonra ülserde kısmi bir genişleme görülebilirse de doku hasarı 2 ml'yi aşan dozlarda belirginleşir ( 1, 27, 33, 38 ).**

**Alkol kullanımı ile akut üst gastrointestinal sistem kanamalarında % 1-1.5 perforasyon riski ile % 90-95 hemostaz sağlandığı bildirilmektedir ( 1, 33, 37, 38, 49 ).**

## **MATERIAL**

**Haziran 1989 ve Ağ**

**Endoskopik enjeksiyon tedavisi yapılan hastaların 14'ü erkek ( % 70 ), 6'sı kadındı ( % 30 ). Ortalama hasta yaşı  $48.4 +/- 18.94$  idi ( 17-82 ). Dört hasta melena, 16 hasta hematemez ve melena şikayeti ile kliniğe başvurmuştu. Anamnezde 7 hastada geçirilmiş ülser kanaması, 12 hastada ülsere ait semptomlar mevcuttu. Altı hastada ise kanama ilk semptomdu.**

**Hastaların kliniğe kabul anındaki ortalama nabız sayısı  $100.5 +/- 11.93$  atım/dakika ; ortalama sistolik kan basıncı  $110.75 +/- 21.65$  mmHg; ortalama hemoglobin değeri  $8.80 +/- 2.03$  gram/dl idi. On hastada 4 major sistemden ( akciğer, kalp, karaciğer, böbrek ) birini ilgilendiren 12 yandaş hastalık vardı.**

**Konvansiyonel tedavi grubundaki hastaların 26'sı ( % 76,47 ) erkek, 8'i ( % 23,52 ) kadındı. Ortalama hasta yaşı 46.14 +/- 14.75 idi ( 19-72 ). Onaltı hasta melena, 18 hasta hematemez ve melena şikayeti ile kliniğe başvurmuştu. Anamnezde 6 hastada geçirilmiş ülser kanaması , 18 hastada ülsere ait semptomlar vardı. Ondört hastada ise kanama ilk belirtiydi.**

**Hastaların kliniğe kabul anındaki ortalama nabız sayısı 103.88 +/- 21.86 atım/dakika ; ortalama sistolik kan basıncı 107.64 +/- 22.16 mmHg; ortalama hemoglobin değeri 8.66 +/- 2.63 gram/dl idi. Yedi hastada 4 major sistemden birini ilgilendiren 8 yandaş hastalık vardı ( Tablo 2 ).**

**Tablo 2: Hastaların kliniğe kabul anındaki özellikler**

	<b>endoskopik tedavi grubu</b>	<b>konvansiyonel tedavi grubu</b>	
<b>hasta sayısı</b>	<b>20</b>	<b>34</b>	
<b>ortalama yaşı</b>	<b>48.4 +/- 18.94</b>	<b>46.14 +/- 14.75</b>	<b>p&gt;0.05</b>
<b>yaş &gt; 60</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	
<b>cins E/K</b>	<b>14/6</b>	<b>26/8</b>	"
<b>geçirilmiş kanama</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	"
<b>eski ülser semptomu</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	"
<b>ilk semptom kanama</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	"
<b>ortalama sistolik kan basıncı (mmHg)</b>	<b>110.75 +/- 21.65</b>	<b>107.64 +/- 22.16</b>	"
<b>ortalama nabız sayısı ( atım /dakika )</b>	<b>100.5 +/- 11.93</b>	<b>103.8 +/- 21.86</b>	"
<b>ortalama hemoglobin ( gram/dl )</b>	<b>8.8 +/- 2.03</b>	<b>8.6 +/- 2.63</b>	"
<b>melena</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	"
<b>hematemez + melena</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	"
<b>yandaş hastalık</b>	<b>10 hastada 12</b>	<b>7 hastada 8</b>	<b>p&lt;0.05</b>

**p>0.05 : anlamsız      p<0.05: anlamlı**

## **METOD**

Endoskopik tedavi grubundaki hastaların yoğun bakıma alınmasını takiben, geniş çaplı bir intravenöz katater yolu ile sıvı ve gerekli ise kan verilerek ilk müdahale yapıldı. Nazogastrik tüp takılarak mide içeriği aspire edildi. Kanama odağı, kabülden sonraki ilk 12 saat içerisinde yapılan acil endoskopi ile tespit edildi ve Forrest sınıflamasına uygun olarak değerlendirildi (Tablo 3).

**Tablo 3: Forrest Sınıflaması (13, 46, 50)**

<b>Forrest I</b>	
Ia	Lezyondan aktif kanama
Ib	Görünen damardan arteriyel kanama
<b>Forrest II</b>	Sızdırma veya taşıma tarzında kanama
IIa	Yakın zamanda kanamış lezyon
IIb	Görünen damar varlığı
<b>Forrest III</b>	Lezyona yapışık pihti, siyah spot
	Kanamaya ait bulgu yok, lezyon var

Çalışmaya sadece aktif olarak kanayan veya geçirilmiş kanama işaretleri taşıyan hastalar (Forrest I ve II) kabul edildi (Tablo 4). Forrest sınıflaması, endoskopi farklı

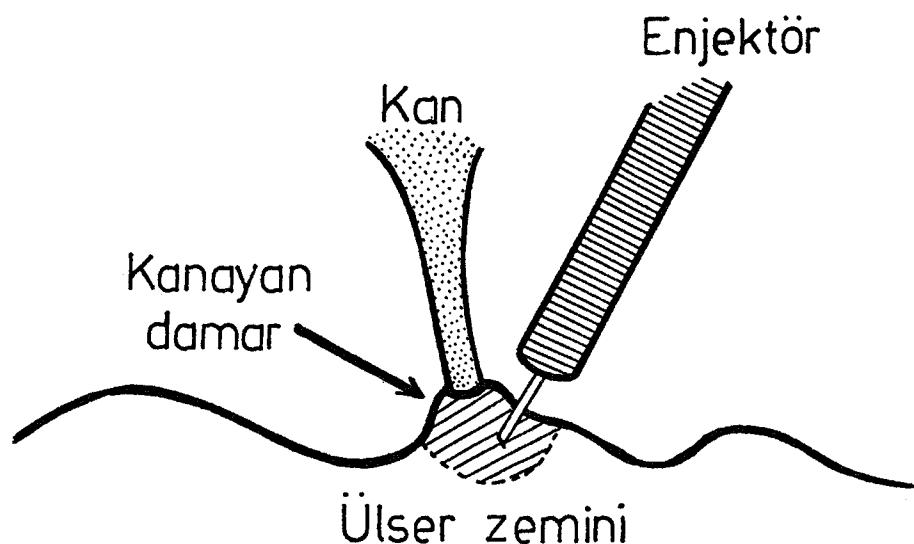
doktorlar tarafından yapıldığı için konvansiyonel tedavi grubunda kullanılmadı.

**Tablo 4: Forrest sınıflamasına göre hastalar.**

Hasta sayısı	
<b>Forrest Ia</b>	7
<b>Forrest Ib</b>	6
<b>Forrest IIa</b>	2
<b>Forrest IIb</b>	5
<b>Toplam</b>	<b>20</b>

Endoskopik tedavi, Olympus GIF Q model endoskop ve 25 G/4 mm skleroterapi iğnesi kullanılarak % 98 ethanol enjeksiyonu ile yapıldı ( Şekil 1 ). %98 etanol etkinliği, güvenilirliği, kolay bulunusu ve ucuzluğu nedeni ile tercih edildi.

**Şekil 1: Enjeksiyonun şematik resmi.**



Ethanol , kanama odağının 1-3 mm uzağından 4 kadrana 0.2 ml bir veya iki kez ( ortalama 0.8 ml, maksimum 1.2 ml ) enjekte edildi (Resim 1, 2 ).



Resim 1: Ülsere yapışık pihti varlığında enjeksiyon tedavisi.



Resim 2: Tedaviden 48 saat sonra lezyonun endoskopik görünümü.

Endoskopik tedavi sonrası hastalar tekrar yoğun bakıma alınarak, gözleme tutuldu. Her hastaya konvansiyonel tedavi grubunda kullanılan H-2 reseptör blokeri intravenöz yolla verildi. Mide içeriği nazogastrik tüp ile kontrol edildi. Nazogastrik sonda mide içeriği temiz ve kansız geldikten 24 saat sonra çekildi. Kanlı nazogastrik aspirat, taze hematemez, melena ile beraber hipotansiyon veya taşikardi; 24 saatte 2 üniteyi aşan kan transfüzyonu gereksinimi, sistolik kan basıncında ani 30 mmHg'nin üzerinde düşme, klinik tekrar kanama ve acil cerrahi girişim endikasyonu olarak tanımlandı. Acil cerrahi riski çok yüksek olan hastalarda endoskopik tedavi 2.kez yapıldı. Tekrar kanamanın olmaması ve kalıcı hemostazın sağlanması durumunda tedavi başarılı kabul edildi.

Çalışmada alınan sonuçlar Fisher's exact, Chi-squared calculation ve Mann Whitney U Test kullanılarak değerlendirildi. Ortalamalar +/- Sd ( standart deviasyon ) olarak verildi ve t-testinde  $p<0.05$  değeri anlamlı kabul edildi.

## **BULGULAR**

Acil endoskopi esnasında aktif kanama veya geçirilmiş kanama işaretleri saptanarak, endoskopik enjeksiyon tedavisi yapılan 20 hastadan 11'i duodenum ülseri, 4'ü mide ülseri, 2'si vasküler malformasyon, 1'i mide kanseri, 1'i anastomoz ülseri, 1'i de peptik özefajit tanısı almıştır. Konvansiyonel tedavi grubundaki 34 hastada tanı endoskopi ve acil cerrahi girişim sırasında konmuş, 19 hastada duodenum ülseri, 11 hastada mide ülseri ve 4 hastada sırasıyla, peptik özefajit, mide erozyonu, anastomoz ülseri ve vasküler malformasyon saptanmıştır ( Tablo 5 ).

**Tablo 5: Çalışmaya alınan hastalarda kanama sebepleri.**

Tanı	Endoskopik tedavi	Konvansiyonel tedavi
Duodenum ülseri	11	19
Mide ülseri	4	11
Anastomoz ülseri	1	1
Peptik özefajit	1	1
Vasküler malformasyon	2	1
Mide kanseri	1	
Mide erozyonu		1
Total	20	34

**Her iki grubun yaş, cins, anamnez, semptomlar, vital bulgular ve yandaş hastalık açısından karşılaştırılması tablo 2'de sunulmuştur.**

**Semptomların başlangıcı ile endoskopik enjeksiyon tedavisi arasında geçen süre ortalama 29.90 +/- 14.85 saat. Yirmi hastadan 17'sinde ( % 85 ) ilk müdahale ile kalıcı hemostaz sağlandı. Üç hastada, 2'si tedavi yapılan, 1'i yeni bir lezyondan olmak üzere tekrar kanama meydana geldi ( 4, 6 ve 7.gün). Tekrar kanama meydana gelen 3 hastada; operasyon riskinin çok yüksek olması nedeni ile enjeksiyon tedavisi yeniden yapıldı ve ikinci kez hemostaz sağlandı. Ancak bu hastalardan ikisi solunum yetmezliğinden , birisi de multipl organ yetmezliğinden kaybedildi. Kaybedilen 4. hastada ise ölüm nedeni myokard infarktüsü idi ( Mortalite %20 ).**

**Endoskopik enjeksiyon tedavisine bağlı komplikasyon görülmedi ve hiçbir hasta kanama veya başka bir nedenle ameliyat edilmedi.**

**Hastalara ortalama 2 ( 1-4 ) ünite kan transfüzyonu yapıldı. Ortalama hastanede kalis süresi 4 ( 3-7 ) gün oldu.**

**Konvansiyonel tedavi grubundaki 34 hastanın 13'ünde ( %38.23 ) ilk stabilizasyonu takiben tekrar kanamanın meydana geldiği ve 12 hastanın ( %35.29 ) tekrar kanama veya bilinen diğer cerrahi endikasyonlarla acil operasyona alındığı saptandı. Ameliyat sonrası dönemde 1 hastada kesi yeri enfeksiyonu, 1 hastada evantrasyon, 1 hastada karaciğer altında abse gelişti ve perkütan drenaj ile tedavi edildi.**

**Konvansiyonel tedavi grubunda mortalite % 14.70 ( 5 hasta ) idi. Bir hasta ameliyatda tansiyonun hızla düşmesi, 1 hasta ameliyat sonrası 1.gün myokard infarktüsü ve 3 hasta ameliyat sonrası 7, 8, 19. günlerde gelişen solunum yetmezliği nedeni ile kaybedilmişti.**

**Hastalara ortalama 6 ( 2-11 ) ünite kan verilmişti. Ortalama hastanede kalış süresi 10.4 ( 7-17.5 ) gün idi.**

**Endoskopik tedavi ve konvansiyonel tedavi grubundaki sonuçlar karşılaştırıldığında endoskopik tedavi grubundaki hastalarda tekrar kanamanın, kan transfüzyonu ve acil cerrahi ihtiyacının, hastanede kalış süresinin konvansiyonel tedavi grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü ( P<0.05 ). Mortalitedeki fark ise ( % 20, % 14.70 ) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( p>0.05 ) ( Tablo 6 ).**

**Tablo 6: Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarında endoskopik ve konvansiyonel tedavi yaklaşımlarının sonuçları.**

	<b>Endoskopik tedavi (n:20)</b>	<b>Konvansiyonel tedavi (n:34)</b>	
<b>Rekürrent kanama</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>p&lt;0.05</b>
<b>Acil cerrahi</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>p&lt;0.05</b>
<b>Transfüzyon (ünite)</b>	<b>2 ( 1-4 )</b>	<b>6 ( 2-11 )</b>	<b>p&lt;0.001</b>
<b>Yatış süresi (gün)</b>	<b>4 ( 3-7 )</b>	<b>10.4 ( 7-17.5 )</b>	<b>p&lt;0.001</b>
<b>Mortalite</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>p&gt;0.05</b>
<b>Kanama ile</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	
<b>Kanama dışı</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	

## **TARTIŞMA**

Akut üst gastrointestinal sistem kanamalarının klinik spektrumunda, bir ucta kan transfüzyonu ve cerrahiye ihtiyaç göstermeden kanaması kendiliğinden duran hastalar yer alırken, diğer ucta çok miktarda kan transfüzyyonuna ihtiyaç gösteren, kanaması devam eden veya tekrarlayan hastalar yer alır.

Ölümlerin büyük çoğunluğu hastaneye geldikten sonra kanamaya devam eden ve tekrar kanayan hastalarda meydana gelmekte, mortalite bu hasta grubu için 12 kez artarak % 40'lara ulaşmaktadır. Bu nedenle devam eden kanamaya ya da kanamanın tekrarlanmasına yatkınlık sağlayan faktörlerin belirlenmesi, üst gastrointestinal sistem kanamalarında mortaliteyi düşürme yolunda atılacak en önemli adımdır ( 5, 8, 11, 14, 28, 29, 34 ).

Ceşitli yaynlarda görünen damar varlığında tekrar kanama riskinin ortalama % 50 ( %40-100 ), aktif kanama mevcudiyetinde ise % 80'nin üzerinde olduğu ve bu hastaların yaklaşık olarak yarısında ( % 38-63 ) kanamayı durdurmak için acil cerrahi girişim gerektiği bildirilmektedir ( 3, 4, 5, 14, 27, 28, 35, 36, 44, 47, 56 ).

**Kırmızı veya siyah spot , ülsere yapışık pihti varlığında tekrar kanama riski % 5,5-6 olup, lezyonun klinik öneminin anlaşılabilmesi için doppler ultrasound gibi ek yöntemlerle incelenmesi gerekmektedir ( 55 ). Geçirilmiş kanama işaretleri taşımayan hastaların tekrar kanama olasılıkları yok denecek kadar azdır ( 1, 4, 5, 51, 52).**

**Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarında, tekrar kanayan, acil cerrahiye gerek duyulan ve ölen hastaların yarısından çoğunu endoskopik olarak görünen damar saptanan hastalar oluşturmaktak ise de, görünen damar saptanan bütün hastalara acil cerrahi girişim uygulandığında 2 hastadan 1'i gereksiz agressif tedaviye maruz kalmaktadır ( 50, 55 ).**

**Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalarında acil cerrahi girişim oranları % 20-35 olup , mortalitesi, yapılan girişimin cinsine bağlı olmaksızın % 9-14 ile % 21-41 arasında değişmektedir (1, 6, 7, 9, 17, 20, 22, 25, 31, 32, 36, 42, 53 ).**

**Gastrointestinal kanama nedeni ile uygulanan ameliyat sayısının yıllar içerisinde giderek azalmasına rağmen mortalitenin nisbeten sabit kalması, özellikle yüksek riskli hastalar için daha az agressiv, kanama noktasına**

mortalitenin nisbeten sabit kalması, özellikle yüksek riskli hastalar için daha az agressiv, kanama noktasına spesifik, daha iyi konservatif metodların gerekliliğini göstermektedir ( 21,53 ).

Serimizde, acil cerrahi müdahale konvansiyonel tedavi grubunda % 35.29 iken, endoskopik tedavi grubunda hiçbir hastaya cerrahi girişim yapılmamıştır ( p< 0.01 ).

Hastaların önemli bir kısmını oluşturan 60 yaşın üzerindeki hastalarda ( % 48-70 ) mortalitenin düşürülmesi için erken cerrahi girişimi öneren yayınlar mevcuttur ( 6, 9, 19, 20 ). Ancak artan yandaş hastalıkların varlığı özellikle bu yeni hasta grubunda cerrahi mortalitenin yükselmesine yol açmaktadır ( 22, 25, 31, 36, 44, 53 ). Major 2 yandaş hastalık veya multipl organ yetmezliği varlığında cerrahi mortalite % 37.5 ile % 80 arasında değişmektedir ( 17, 21, 37, 42, 46 ). Çalışmamızda endoskopik tedavi grubunda % 20 olan mortalite, yandaş hastalıkların konvansiyonel tedavi grubundan anlamlı olarak fazla olmasına rağmen, konvansiyonel tedavi grubunun mortalitesinden ( % 14.70 ) istatistiksel açıdan farklı değildi ( p>0.05 ).

( Tablo 3 ), endoskopik enjeksiyon tedavisi ile ilk müdahalede % 85 oranında sağlanan kalıcı hemostaz, endoskopik enjeksiyon tedavisinin etkinliğini göstermektedir. Literatürde, profilaktik enjeksiyonların tekrar kanamayı engelleyebileceği ya da tekrar kanama riskini azaltabileceği bildirilmiştir ( 21,48, 49 ) . Serimizde tekrar kanayan 3 hastada tekrarlanan enjeksiyon tedavisi ile ikinci kez kanamanın durdurulması, seçilmiş hastalarda profilaktik enjeksiyonların kalıcı hemostaz oranını yükseltebileceğini düşündürmektedir.

Endoskopik tedavi grubunda % 15 olan tekrar kanama konvansiyonel tedavi grubunda % 38.23 ile anlamlı olarak yükseltti ( p<0.05 ) . Tekrar kanamaların % 75'inin ilk 72 saatte meydana geldiği ve tekrar kanama riskinin ilk 48 saatten sonra giderek azaldığı bildirilmektedir ( 11,29 ). Serimizde dördüncü, altıncı ve yedinci gün tekrar kanayan hastaların varlığı özellikle yandaş hastalık bulunan hasta grubunda erken iyiliğin yaniltıcı olduğunu düşündürmektedir. Endoskopik tedavi grubunda ihtiyaç duyulan ortalama kan transfüzyonu 2 ( 1-4 ) ünite ile konvansiyonel tedavi grubu değerlerinden, 6 ( 2-11 ) ünite, anlamlı olarak düşüktü ( p<0.001 ). Alkolun kanamayı hızla durdurarak kan transfüzyonu ihtiyacını azaltması, özellikle kan grubu zor bulunan hastalar için ve genel

olarak kanla geçen viral hastalıklara bağlı olası morbiditeyi düşürmesi açısından avantajdır. Ortalama hastanede kalış süresinin endoskopik tedavi grubunda 4 ( 3-7 ) gün, konvansiyonel tedavi grubunda ise 10.4 ( 7-17.5 ) gün olması, tedavi maliyeti açısından da endoskopik enjeksiyon tedavisinin tercih edilmesi gerektiğine işaretettir ( p<0.001 ).

Üst gastrointestinal sistem kanamalarında endoskopik hemostaz ile ilgili 25 karşılaştırmalı çalışmanın analizinde endoskopik yöntemlerin tümünün devam eden ve tekrarlayan kanama sıklığında ortalama %27 ( p<0.001 ), acil cerrahi ihtiyacında %16 ( p<0.001 ), genel mortalitede %3 ( p<0.001 ) ve kanamaya bağlı hastane ölümlerinde ise %30 azalma sağladığı saptanmıştır ( 41 ). Çalışmamızda alınan sonuçlar tekrar kanama ve acil cerrahi gereksinimi yönünden literatür ile uyumlu bulunmuştur. Mortalitede anlamlı bir azalışın sağlanamaması ise, endoskopik tedavi grubundaki hastalarda yandaş hastalıkların, konvansiyonel tedavi grubundan anlamlı olarak yüksek olmasına bağlanabilir.

Mevcut klinik karşılaştırmalı çalışmaların sonuçları ile endoskopik skleroterapi , kanama şikayeti ile hastaneye başvuran hastalar için kolayca uygulanabilen, etkin, güvenli ve ucuz bir tedavi yöntemi olarak karşımıza

çökmektedir. Ancak, üst gastrointestinal sistem kanamalarının dörtte üçünün kendiliğinden durması nedeni ile endoskopi esnasında aktif kanamayan veya görünen damar saptanmayan düşük mortalite riski taşıyan hastaların karşılaştırmalı çalışmalara katılması, endoskopik tedavi yöntemlerinin değerini maskeleyebilir ( 3, 5, 6, 41, 51, 55, 56 ).

## **ÖZET**

**Haziran 1989 - Ağustos 1992 tarihleri arasında akut üst gastrointestinal sistem kanaması tanısı ile acil endoskopi yapılan hastalar arasından, aktif kanayan, görünen damar veya yapışık pihti saptanan 20 hastaya endoskopik enjeksiyon tedavisi yapıldı. Varis kanamaları çalışmaya alınmadı. Enjeksiyon materyali olarak % 98 etanol kullanıldı. Sonuçlar Mart 1985 - Haziran 1989 tarihleri arasında aynı tanı ile takip edilerek konvansiyonel yöntemlerle tedavi edilen 34 hasta ile karşılaştırıldı.**

**Endoskopik enjeksiyon tedavisinin akut üst gastrointestinal sistem kanamalarında, tekrar kanama sıklığında % 23.2 ( p< 0.05 ), acil cerrahi girişim zorunluluğunda % 35.2 ( p< 0.05 ), kan transfüzyonu ihtiyacında % 66.6 ( p< 0.001 ) ve hastanede yatış süresinde % 60 ( p< 0.001 ) azalma sağladığı görüldü. Mortalitede ise anlamlı bir fark bulunmadı ( p> 0.05 ).**

## **SONUÇ**

**Yıllar içerisinde artan hasta yaşı ve yandaş hastalık nedeni ile yüksek riskli hasta grubunda ölümlerin bir kısmı engellenemese de, kanama ile gelen hastaları kabul eden bütün hastanelerde, kanayan ülserlerin endoskopik ve cerrahi tedavisini yapabilecek deneyimli cerrah, gastroenterolog ve hemşirelerin çalıştığı ünitelerin kurulması, üst gastrointestinal sistem kanamalarında mortaliteyi azaltmanın tek yolu gibi görülmektedir .**

## **KAYNAKÇA**

- 1.Acalovschi I., Pascu O., Draghici A.: Nonsurgical control of upper gastrointestinal hemorrhage in old age patients: intragastric norepinephrine and endoscopic alcoholization of lesions. Intensive Care Med., 16: 180-183, 1990.**
- 2.Allen HM., Block MA., Schuman BM.: Gastroduodenal Endoscopy. Management of acute upper gastrointestinal hemorrhage. Arch.Surg. 106: 450-455, 1973.**
- 3. Balanzo J., Such SI., Espinos JC., et al.: Endoscopic hemostasis by local injection of epinephrine and polidocanol in bleeding ulcer. A prospective randomized trial. Endoscopy 20: 289-291, 1988.**
- 4. Boron B., Mobarhan S.: Endoscopic treatment of Dieulafoy hemorrhage. J.Clin. Gastroenterol. 9: 518-520, 1987.**
- 5.Brearley S., Morris DL., Hawker PC. et al : Prediction of mortality at endoscopy in bleeding peptic ulcer disease. Endoscopy 17: 173-174, 1985.**

- 6. Chang FC., Drake JE., Farha GJ.: Massive upper gastrointestinal hemorrhage in the elderly. Am.J.Surg. 134: 721-723, 1977.**
- 7. Cocks JR., Desmond AM., Swynnerton BF., et al.: Partial gastrectomy for haemorrhage. Gut 13: 331-340, 1972.**
- 8. Cotton PB., Rosenberg MT., Waldrom RP., et al.: Early Endoscopy of Oesophagus, Stomach and Duodenal Bulb In Patients with haematemesis and melena. Br.Med.J 2: 505-509, 1973.**
- 9. Crook JN., Gray WL., Nance FC., et al.: Upper Gastrointestinal Bleeding. Ann.Surg.175:771-782, 1972.**
- 10. Dagradi AE.: Gastrointestinal Endoscopy. Tokyo, Igaku-Shoin Ltd. 49-53, 1983.**
- 11. Dombal FT., Clarke JR., Clamp SE. et al: Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy. 18: 6-10, 1986.**
- 12. Fjosne U., Kleveland PM., Waldum H., et al.: The Clinical benefit of routine upper gastrointestinal endoscopy. Scand J Gastroenterol 21: 433-440, 1986.**

- 19. Himal HS., Perrault C, Mzabi R.: Upper gastrointestinal hemorrhage : Aggressive management decreases mortality** *Surgery* 84: 448-454, 1978.
- 20. Himal HS., Watson WW., Jones WC., et al.: The Management of upper gastrointestinal hemorrhage: A multiparametric computer Analysis.** *Ann Surg* 179: 489-493, 1974.
- 21. Hirao M., Kobayashi T., Masuda K., et al :** Endoscopic local injection of hypertonic saline epinephrine solution to arrest hemorrhage from the upper gastrointestinal tract. *Gastrointestinal Endoscopy* 31:313-317, 1985.
- 22. Hunt PS.: Surgical Management of Bleeding Chronic Peptic Ulcer.** *Ann Surg* 199: 44-50, 1984.
- 23. Hunt PS., Hansky J., Korman MG.: Mortality in patients with haematemesis and melena : a prospective study.** *Br Med J* 1: 1238-1240, 1979.
- 24. Hunt PS., Korman MG., Hansky J.: Bleeding duodenal ulcer : reduction in mortality with a planned approach .** *Br J Surg* 66: 633-635, 1979.

- 25. Kim B., Wright HK., Bordan D., et al: Risk of surgery for upper gastrointestinal hemorrhage: 1972 versus 1982 Am J Surg 149 : 474-476, 1985.**
- 26. Krejs GJ., Little KH., Westergaard H., et al.: Laser Photocoagulation for the treatment of acute peptic ulcer bleeding: A randomized controlled clinical trial N Engl J Med 316 : 1618-1621, 1987.**
- 27. Laine L.: Multipolar electrocoagulation versus injection therapy in the treatment of bleeding peptic ulcers. Gastroenterology 99: 1303-1306, 1990.**
- 28. Lin HJ., Lee F., Kang W., et al.: A controlled study of therapeutic endoscopy for peptic ulcer with non-bleeding visible vessel. Gastrointest Endoscopy 36: 241-246, 1990.**
- 29. Macleod IA., Mills PR.: Factors Identifying the probability of further haemorrhage after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Br J Surg. 69: 256-258, 1982.**
- 30. Matthewson K., Pugh S., Northfield TC.: Which peptic ulcer patients bleed? Gut 29: 70-74, 1988.**

**31. Mc Dermott FT.: Mortality from bleeding peptic ulcer. Med J Aust. 142: 11-14, 1985.**

**32. Morris DL., Hawker PC., Brearley S., et al.: Optimal timing of operation for bleeding peptic ulcer: prospective randomised trial. Br Med J. 288: 1277-1280, 1984.**

**33. Nakagawa K., Asaki S., Sato T.: Endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers . World J Surg 13: 154-157, 1989.**

**34. Northfield TC: Factors predisposing to recurrent haemorrhage after acute gastrointestinal bleeding. B Med J 1: 26-28, 1971.**

**35. Oshita Y., Okazaki Y., Takemoto T., et al.: What are the signs of recurrent hemorrhage and what do they mean? Criteria for massive bleeding. Endoscopy 18: 11-14, 1986.**

**36. Panes J, Viver J, Forne M., et al: Controlled trial of endoscopic sclerosis in bleeding peptic ulcers. Lancet 5: 1292-1294, 1987.**

**37. Peterson WL.: Bleeding peptic ulcer. Epidemiology and nonsurgical management. Gastroenterol. Clin.North Am. 19: 155-170, 1990.**

**38. Randall GM, Jensen DM, Hirabayashi K., et al.: Controlled Study of different sclerosing agents for coagulation of canine gut arteries. Gastroenterology. 96: 1274-1281, 1989.**

**39. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G.: Experimental studies of injection therapy for severe nonvariceal bleeding in dogs. Gastroenterology. 97: 610-621, 1989.**

**40. Rutgeerts P, Vantrappen G.: The benefits of endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy. 18: 15-17, 1986.**

**41. Sacks HS., Chalmers TC., Blum AL., et al.: Endoscopic Hemostasis . An effective therapy for bleeding peptic ulcers. JAMA. 264: 494-499, 1990.**

**42. Sereda S., Lamant I., Hunt P.: The experience of a haematemesis and melena unit. A review of the first 513 consecutive admission. M.J. Aust, 1: 362-366, 1977.**

**43. Shackelford RT.: Surgery of the Alimentary Tract, Philadelphia, WB Saunders Company, 261-263, 1981.**

**44. Shervon PJ, Leung JWC, Cotton PB.: Preliminary clinical experience with the heat probe at endoscopy in acute upper gastrointestinal bleeding. Gastrointestinal endoscopy, 31: 364-366, 1985.**

**45. Smart HL, Langman MJS.: Late outcome of bleeding gastric ulcers. Gut 27: 926-928, 1986.**

**46. Soehendra N., Grimm H., Stenzel.: Injection of nonvariceal bleeding lesions of the upper gastrointestinal tract. Endoscopy. 17: 129-132, 1985.**

**47. Steele RJC., Park KGM., Crafts TJ.: Adrenaline injection for endoscopic haematemesis in non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. Br J Surg. 78: 477-479, 1991.**

**48. Sugawa C.: Injection therapy for the control of bleeding ulcers . Gastrointestinal Endoscopy. 36: 50-52, 1990.**

**49. Sugawa C.: Endoscopic diagnosis and treatment of upper gastrointestinal bleeding. Surg Clin North Am. 69: 1167-1182, 1989.**

- 50. Swain CP.: Forrest II Bleeding: Indications for treatment and results of laser therapy. Endoscopy 18: 14-16, 1986.**
- 51. Swain CP.: Gastrointestinal bleeding: endoscopic treatment of peptic ulcer haemorrhage. Bailliere's Clin Gastroenterology. 5: 537-561, 1991.**
- 52. Swain CP., Storey DW., Bown SG., et al.: Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. Gastroenterology. 90: 595-608, 1986.**
- 53. Vellacott KD., Dronfield MW., Atkinson M., et al.: Comparison of surgical and medical management of bleeding peptic ulcers. Br Med J. 284: 548-550, 1982.**
- 54. Wang KK., Gostout J., Balm R.: The effect of time of endoscopy on outcome in bleeding gastroduodenal ulcers. Gastrointestinal Endoscopy, 37: 237, 1991.**
- 55. Wara P.: Endoscopic Prediction of major rebleeding. A retrospective study of stigmata of hemorrhage in bleeding ulcer. Gastroenterology. 88: 1209-1214, 1985.**

**56. Waring JP., Snowski RA., Sawyer RL., et al.: A randomized comparison of multipolar electrocoagulation and injection sclerosis for the treatment of bleeding peptic ulcer . Gastrointestinal Endoscopy, 37: 295-298, 1991.**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANТАSYON MERKEZİ**