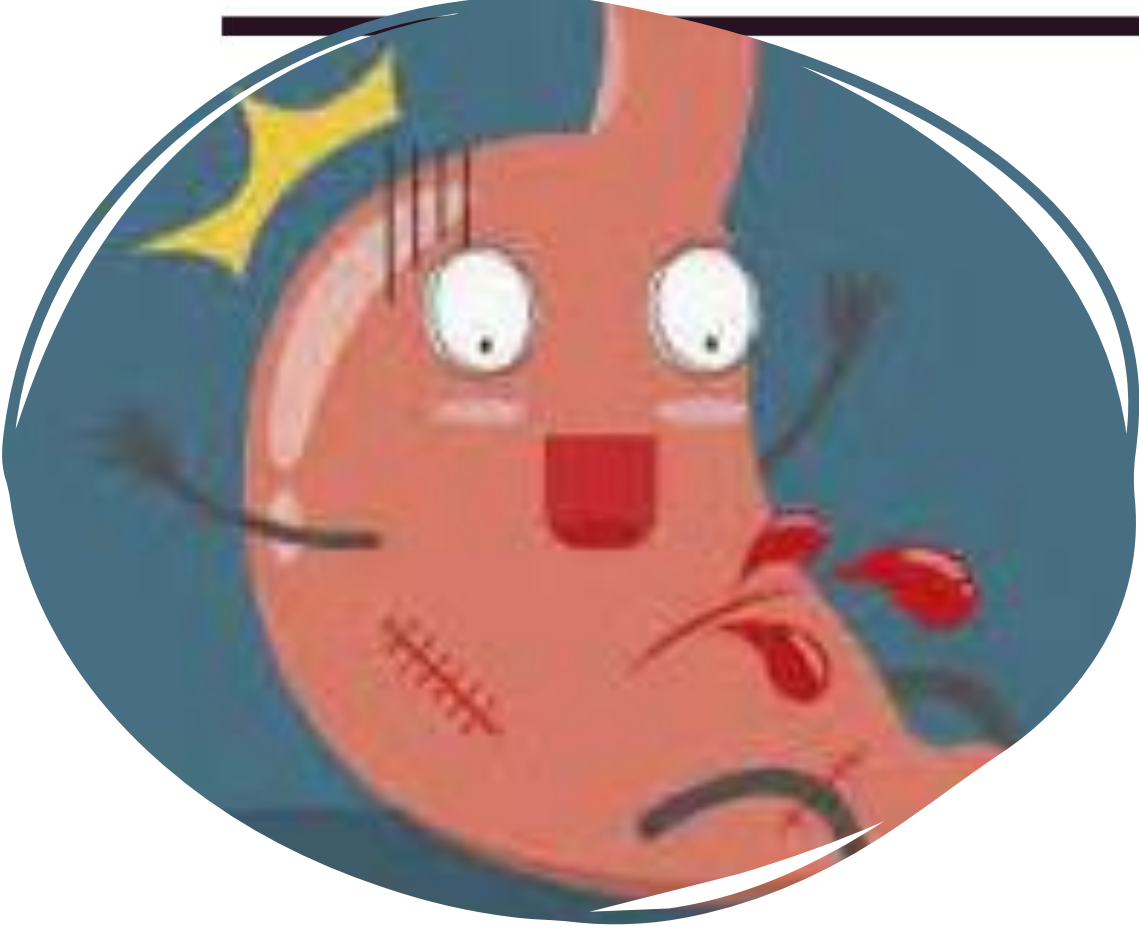




GİS KANAMALARA YAKLAŞIM

UZM.DR. A. SERAP YALÇINKAYA



DHY-DER
Doktor Hizmet Yükümlüleri
Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği

www.dhyder.com [instagram.com/dhy_der](https://www.instagram.com/dhy_der)

İNSİDANS

- ÜST GİS KANAMALARI: 100/100000
- ALT GİS KANAMALARI :20/100000
- ERKEKLERDE KADINLARA GÖRE DAHA SIK
- GİS HASTALIKLARININ % 30 UNDA KANAMA İLK BELİRTİ
- 2/3 ÜNDE DAHA ÖNCE KANAMA BELİRTİSİ YOKTUR

KİMLER YÜKSEK RİSK ALTINDA?

Yaş arttıkça
mortalite artar

Hemodinamik
instabilite

Tekrarlayan
hematemez/melena

Gastrik lavajda
açılma olmaması

>60 yaş

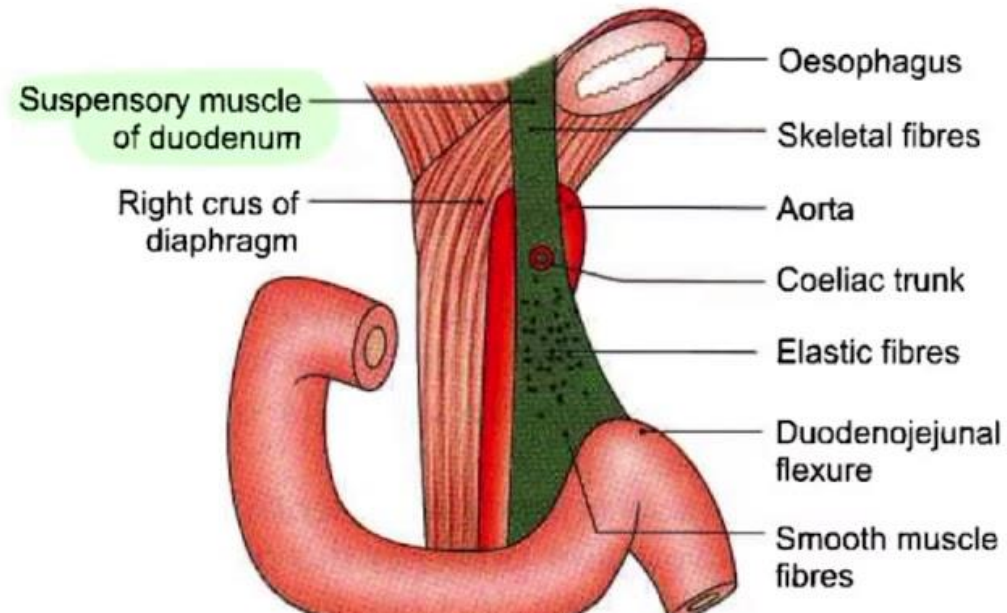
Eşlik eden diğer
organ patolojilerinin
olması

A microscopic view of numerous red blood cells, which are biconcave discs, floating in a dark fluid. The cells are illuminated from the side, giving them a three-dimensional appearance with a bright edge and a darker center.

KANAMA NASIL ANLAŞILIR?

- Hematemez
- Melena
- Hematokezya
- Gizli kan
- (Atılan kanın rengi, kanama miktarı ile, kanama hızı ile, mide asidi ile temas etme süresi ile, lumen içindeki transit hızı ile alakalıdır.)

Suspensory muscle of Duodenum) LIGAMENT of TREITZ.



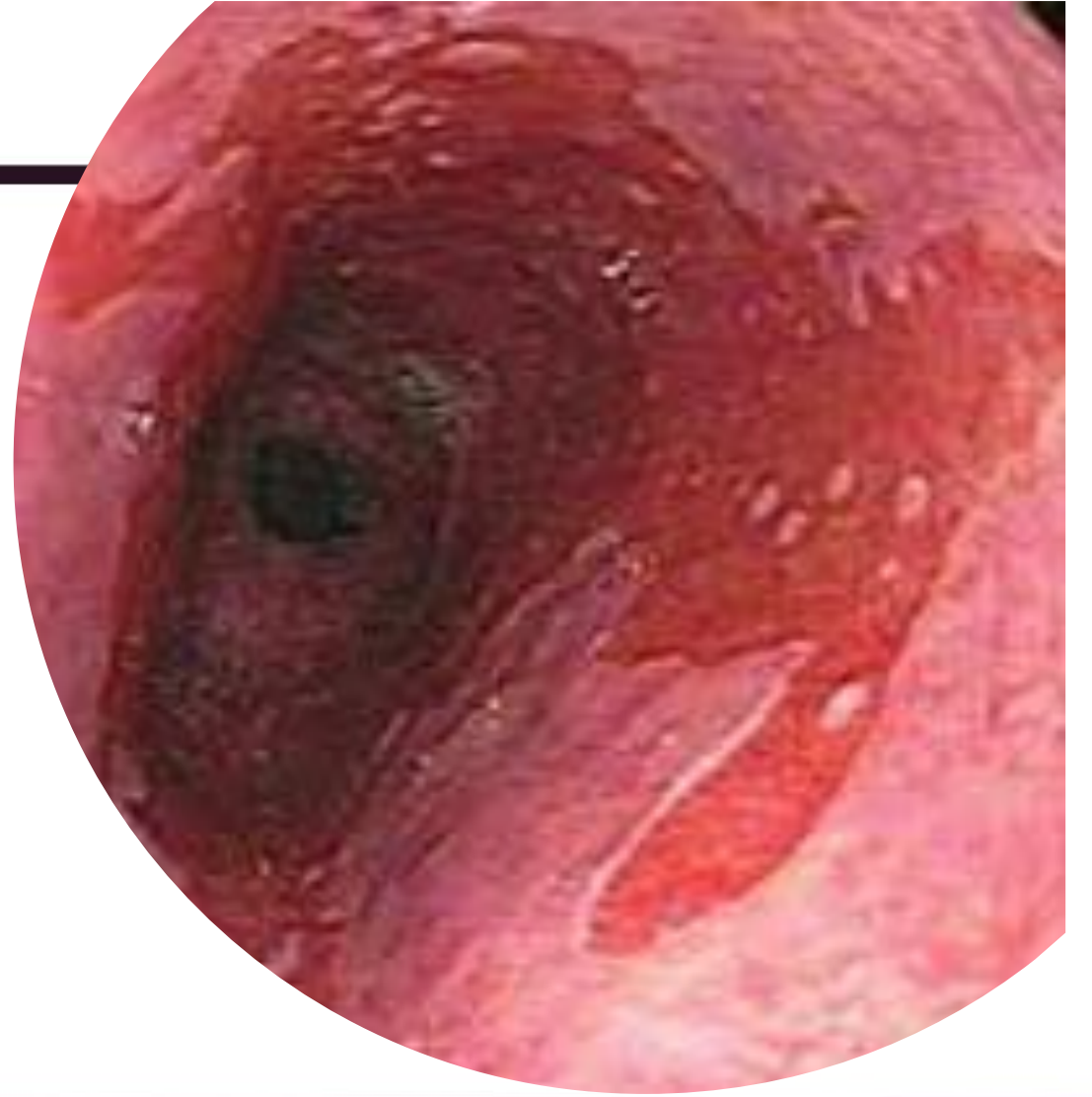
ÜST GİS KANAMALARI

- PEPTİK ÜLSER
 - En sık neden (%60)
 - Gastrik, duodenal ve stromal ülserler
 - Duodenal ülserden tüm ülserlerden %29 u kanar,%10 u ise 24-48 saat içinde tekrar kanar.
 - Gastrik ülserler tekrar tekrar kanamaya daha meyilli



ÜST GİS KANAMALARI

- **ÖZAFAGİAL VE GASTRİK VARİSLER**
 - Üst gis kanamalarının %6 sı
 - Yüksek mortalite
 - Portal hipertansiyon-etanol ilişkili karaciğer hastalığı
 - Karaciğer S hastalarının çoğunda varis gelişmeden de başka odaklardan kanamalar meydana gelebilir
- **EROZİV GASTRİT VE ÖZAFAJİT**
 - Tüm üst gis kanamalarının %15 ini oluşturur
 - Alkol, salisilat, NSAİDS



DHY-DER
Doktor Hizmet Yükümlüleri
Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği

www.dhyder.com [instagram.com/dhy_der](https://www.instagram.com/dhy_der)

ÜST GİS KANAMALARI

- STRES ÜLSERLERİ
- AV MALFORMASYONLAR
- MALİGNİTE
- KULAK BURUN BOĞAZ KAYNAKLI
- AORTİK GREFFE SEKONDER AORTAENTERİK FİSTÜL(NADİR ANCAK HAYATI TEHDİT EDEN KANAMALAR)

ALT GİS KANAMALARI

- En sık neden hemoroidler
- Non-hemoroidal nedenler: anjiodisplazi, divertiküller, adenomatöz polipler, maligniteler

ALT GİS KANAMALARI

- DİVERTİKÜLOZİS
 - Ağrısız kanama
 - Divertikuluma giren penetran arterin erozyonuna bağla kanama
 - Massif

ALT GİS KANAMALARI

- ANJİYODİSPLAZİ
 - AV malformasyon
 - Sağ kolon
 - Yaşlıda alt gis kanamaların en sık
- NEOPLAZİLER
- İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIKLARI
- İSKEMİK KOLİT
- İNFEKSİYÖZ KOLİT
- RADYASYON KOLİTİ
- ANOREKTAL HASTALIKLAR

GİS KANAMALI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Tüm GİS kanamalarda ilk yapılması gereken kanamanın şiddetini değerlendirmektir.
- *İntravasküler volümün %20-25'inin kaybedildiği masif kanamalarda hasta hipovolemik şoktaadır. •
- * %10-20 kayıp olan olgularda ise, ortostatik hipotansiyon ve taşikardi (Yatan hastanın ayağa kalkmasıyla kalp hızının dakikada 20'den fazla artması, sistolik kan basıncında en az 15 mmHg düşüş olması) mevcuttur.



- * < %10 kayıp(<500 ML) olan minör kanamalı olgular ise hemodinamik olarak normaldir
- Genel bir kural olarak; sistolik kan basıncının 100 mmHg'dan düşük ve nabız hızının dakikada 100'den fazla olması, (Taşikardi (>100-120), sistolik kan basıncı < 100 mmHg) deride solukluk ve avuç çizgilerinde pembeliğinin kaybolmuş olması, Tilt testinin yatar pozisyondan oturur pozisyona getirmekle TA:10-15 mmHg düşme, nabız/dk sayısında 20 den fazla artma, baş dönmesi, göz kararması gibi volüm eksikliğine dair semptomların oluşması), %20'den fazla volüm kaybına işaret eder.

ÖYKÜ

- Hastaların öyküsünde sormamız gerek klasik sorularımızı zaten biliyoruz. Bunun dışında karaciğer hastalığı olması varis kanamalarını, aort greft öyküsü olması aortaenterik fistülü işaret eder. Hastaların antikoagülan, antitrombotik, steroid ve NSAİ ilaç kullanımları sorgulanmalıdır.
- Hastalar tipik olarak hematemez/hematokezya/melena şikayetleri ile başvurabileceği gibi halsizlik, baş dönmesi, senkop gibi nonspesifik semptomlarla da başvurabilir. Hematemez ve melena üst gis kaynaklı kanamaları işaret ederken, hematokezya genel olarak alt gis kaynaklı kanamalarda görülür. Fakat masif üst gis kanamalarında da hematokezya görülebileceği unutulmamalıdır. Tekrarlayan kusmalar sonrası başlayan kanamalar Mallory Weiss sendromunu akla getirmelidir.

FİZİK MUAYENE

- Öncelik hastanın vitalleridir. Kan basıncı ve nabız monitörizasyonu mutlaka sağlanmalıdır. Hipotansiyon ve taşikardi gibi net şok bulguları olabileceği gibi, ortostatik hipotansiyon, nabız basıncında azalma veya takipne gibi silik bulgular da mevcut olabilir.
- hipotansiyon şokun geç bir bulgusudur; supin hipotansiyon gelişmiş olması hastanın $>40\%$ kan kaybını ve evre 3 şokta olduğunu gösterir. Bu noktada hastanın kan ürünü replasmanı ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır

FİZİK MUAYENE

- ilaçlar (B bloker) sebebiyle bazı hastalarda kan kaybına taşikardi yanıtı oluşmayabilir ya da normalde hipertansif seyreden bir hastanın normotansif olması hastanın kan kaybını maskeleyebilir. Bu açıdan hastanın ayrıntılı medikal öyküsünün alındığından emin olunmalıdır.
- Fizik muayenede rektal tuşede kanamanın gösterilmesinin yanı sıra anemi bulguları (konjunktiva ve ciltte solukluk gibi) veya karaciğer yetmezliği bulguları (asit, kaput medusa, hepatomegali gibi) da görülebilir.

-
- Üst GİS kanama düşünülen hastalarda nazogastrik sonda ile gastrik lavaj yapılmalıdır. Lavajda kanamanın görülmemesi üst GİS kanamayı dışlamaz; pilor spazmı veya ödemine bağlı duodenal reflü gösterilemeyebilir ya da aralıklı kanamalar tespit edilemeyebilir.
 - Fakat lavajda kanamanın gösterilmesi hastanın endoskopiye alınma sürecini kısalttığından ve lavajda midede kalan pıhtıların temizlenmesiyle endoskopik görüşü iyileştireceğinden hala NG takılması önerilmektedir.

GİS Kanamayı Taklit Eden Durumlar:

- *Melena*: Bizmut içeren ilaçlar / Aktif kömür
- *Hematemez*: Nazofarengeal kanama / Kırmızı renkli yiyecek, içecekler
- *Hematokezya*: Vajinal kanama / Gross hematüri / Az sindirilmiş kırmızı yiyecekler (kırmızı pancar, üzüm)

İSTENİLECEK TETKİKLER

- GİS kanamalı hastalarda kan üre nitrojeni (BUN) düzeyinde de hafif bir artış meydana gelir ve bu artış kreatinin artışı ile paralellik göstermez.
- Azoteminin nedeni ise, kandaki proteinlerin bağırsak bakterileri tarafından üreye dönüştürülmesi ve onun da bağırsaktan emiliminin artması ve hipovolemidir.
- Bağırsak lümenin içinde kanın yıkımı sonucu oluşan azotemi alt gıS kanamalarında genellikle görülmez. Fazla miktarda üst GİS kanamasında kan üresinde yükselme vardır.
- Eğer BUN yüksekliğine kreatinin yüksekliği de eşlik ediyorsa, böbrek yetmezliği tabloya eşlik ediyor demektir.
- BUN/kreatinin oranının üst GİS kanamaların ayırıcı tanısında diagnostik olduğu ve alt GİS kanamalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.
- BUN/kreatinin oranı 36 ve üzerindeyse üst GI kanamayı düşündürür.

GÖRÜNTÜLEME

- GİS kanama hastalarında, mezenter iskemi veya perforasyon düşünülmeyen durumlarda abdominal görüntüleme endikasyonu yoktur. Fakat üst GİS için; endoskopi ile kanama odağı net olarak gösterilemediğinde, endoskopi negatif veya kontrendike (postop hasta veya travmatik kanama) olduğunda arteriografi (0,5-1 ml/dk kanamayı gösterebilir) veya BT anjiografi (0,3 ml/dk kanamayı gösterebilir) kullanılabilir.

-
- Yine alt GİS kanama için aktif kanaması devam eden ve hemodinamik olarak unstabil olan hastalarda veya kolonoskopi sonrası kanaması devam eden hastalarda arteriografi veya BTA faydalıdır.
 - Arteriografi invaziv bir işlem olmasına rağmen tedavi olanağı da sağlaması sebebiyle öncelikli tercih olmalıdır. Teknesyum işaretli RBC sintigrafi ise 0,2 ml/dk kanamayı bile gösterebilen bir görüntüleme yöntemi olmakla beraber acil servislerde kullanımı olanaksızdır.

TEDAVİ

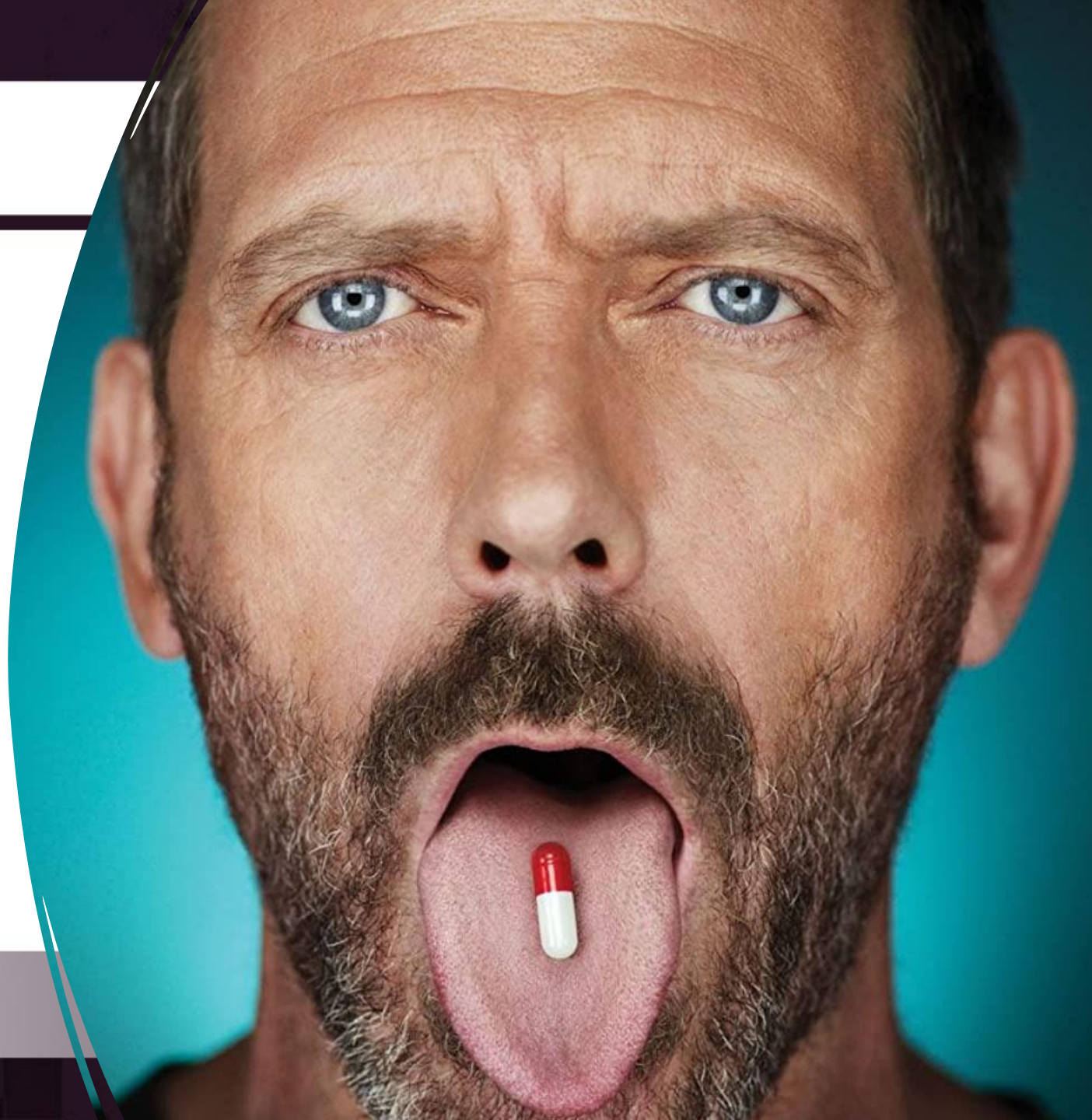


ÖNCELİK HEMODİNAMİK STABİLİZASYON



MASIF KANLI KUSMASI VEYA BİLİNÇ DEĞİŞİKLİĞİ OLAN
HASTALAR HAVA YOLUNU KORUYAMAYACAĞI
ÖNGÖRÜLÜYORSA ENTUBE EDİLMELİDİR. 2 GENİŞ
(MÜMKÜNSE 16G) DAMARYOLU AÇILMALIDIR. HİDRASYON
BAŞLANMALIDIR.

- PPI:Üst GİS kanamalarda proton pompa inhibitörleri (80 mg iv puşe, sonrasında 8 mg/h inf) asit sekresyonunu azaltarak yeniden kanamayı azaltmaktadır. H2 res. blokerlerinin etkisi gösterilmemiştir.



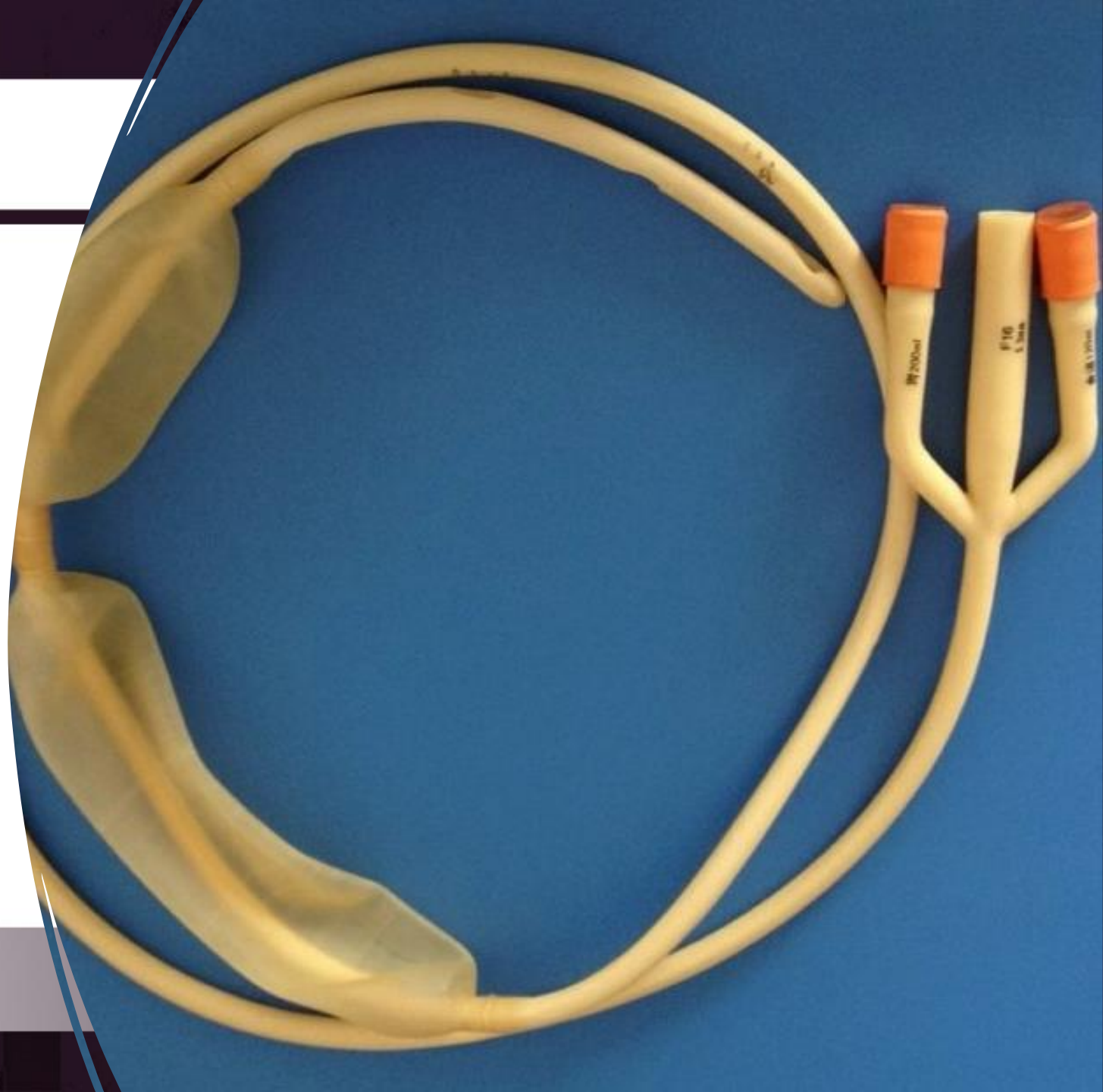
DHY-DER
Doktor Hizmet Yükümlüleri
Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği

TEDAVİ

- Proaktif ilaçlar (eritromisin, metoklorpromid) endoskopide “second-look” ihtiyacını azaltmakta fakat yeniden kanama veya hastanede kalış süreleri üzerinde etki etmemektedir.
- Varis kanamalarında vazoaktif ilaçlar (Octreotid: 50 mcg iv puşe, 25-50 mcg/h inf. – Somatostatin: 250-500 mcg iv puşe, 250-500 mcg/h inf.) splanknik vazokontraksiyon ile gastroduodenal kan akımını azaltarak etki eder, fakat mortalite üzerine etkileri gösterilmemiştir.

TEDAVİ

- Siroz hastalarında profilaktik antibiyotik (siprofloksasin 400 mg – seftriakson 1 g) hastanede kalış süresini kısaltmaktadır. Aktif varis kanaması olan hastalara endoskopiye gidene kadar kanamayı bası yoluyla durdurmak amaçlı Sengstaken-Blakemore tüpü takılabilir.



-
- Özefageal mukozal ülser, özefagus veya mide rüptürü, trakeal basıya bağlı asfiksi veya aspirasyon gibi komplikasyonları sebebiyle bu tedavinin endikasyonu halinde uygulanması ve geçici bir kanama kontrolü sağladığının unutulmaması önemlidir.

- Endoskopi üst GİS kanamalarda hem tanı hem tedavi aracıdır. Zamanlamasıyla ilgili kesin kurallar olmamakla birlikte 24 saat içinde endoskopi yapılması önerilmektedir. Erken endoskopi tedavi açısından önemli olsa da <12 saat içinde endoskopiye alınan hastalarda kötü sonlanım olasılığının arttığına dair çalışmalar da mevcut, yani önceliğin hastanın resusitasyonu olduğu unutulmamalıdır.





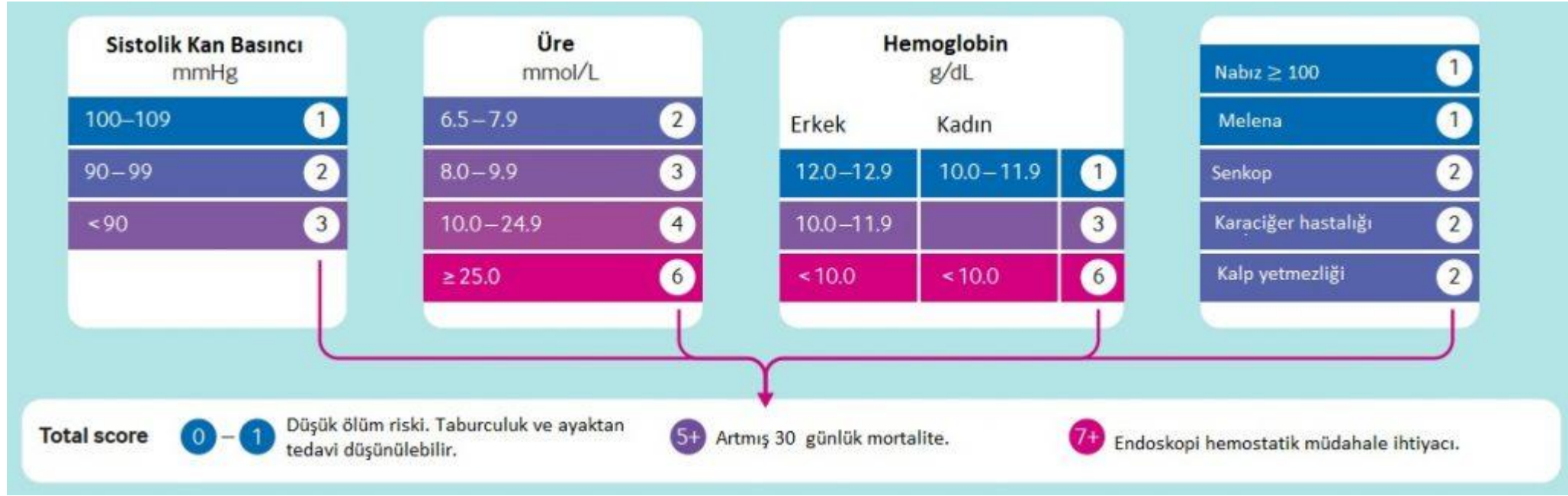
Kolonoskopi; melenası olup endoskopisi negatif olan veya hematokezyası olan hastalarda tanı ve tedavi aracıdır.

- Endoskopik ve farmakolojik tedavilere yanıt vermeyen hastalarda cerrahi müdahale endikasyonu vardır.

-
- Endoskopik ve farmakolojik tedavilere yanıt vermeyen hastalarda cerrahi müdahale endikasyonu vardır.

Kan Ürünü Replasmanı

- Hemodinamik olarak stabil hastada $Hb < 7$ / $Hb < 9$ (yaşlı, KAH olan hasta) – *ES*
- Aktif kanaması devam eden hastalarda Hb normal olsa da – *ES*
 - Varis kanaması düşünülüyorsa $Hb \sim 10$, $Hct \sim 25$ hedeflenebilir.
- $PLT < 50000$ ve kanama devam ediyor – *TS*
- $INR > 2$ – *TDP* ($INR < 2,5$ olduğunda endoskopi yapılabilir – endoskopi için INR 'yi hızlı düşürmek gerekiyorsa *PCC* kullanılabilir)



- Endoskopi öncesi Glasgow Blatchford skorlaması kullanılmalı ve risk 0 ise hastanın endoskopisiz taburculuğu düşünülmelidir.

	0	1	2	3
Yaş	<60	60-79	>80	
Şok	Şok bulgusu yok	Nabız >100	SBP <100 mmHg	
Komorbidite	Major yok		KKY, KAH	KBY, KC yetm., metastatik kanser
Tanı	Mallory-Weiss	Diğer tanılar	Gİ malignite	

- Endoskopi sonrası tekrar kanama ve mortalite riski için tam Rockall skorlaması kullanılabilir. “Klinik” Rockall skorlaması da endoskopi öncesi hesaplanabilir fakat Blatcford’a üstünlüğü gösterilmemiştir.

- Hastanede yatan hastalarda mortalite için AIMS65 kullanılabilir. Risk faktörü arttıkça mortalite oranı artmaktadır (0 faktör+: %0,3; 1 faktör+: %1; 5 faktör+: %25).

Risk Faktörü

Albumin < 3 g/dL

INR >1,5

Bilinç bozukluğu («altère mental status»)

SBP < 90 mm Hg

>65 yaş



- 
- A small green and white boat is beached on a grassy shore. The boat has a green hull and a white cabin. The background shows a calm sea and a sky with soft, white clouds. A large white circle is overlaid on the left side of the image, containing text.
- NE ZAMAN
TABURCU EDELİM?

-
- Üst GİS kanama ile başvuran hastalar yatırılıp 24 saat içinde endoskopiye alınmalıdır. Fakat, Blatchford skalasında düşük riskli, aktif kanaması olmayan, vitalleri stabil olan, komorbid hastalığı olmayan, sosyal desteği iyi olan ve acil servise hızlı ulaşabilecek hastalar 24 saat içinde poliklinik kontrolüne gelmek üzere acil servisten taburcu edilebilirler.

-
- Alt GİS kanama ile başvuran hastalar için net risk sınıflamaları bulunmamakla beraber hafif kanaması olan (hemoroid veya fissur kaynaklı), vitalleri stabil olan, komorbidi olmayan hastaların ileri tetkik edilmek üzere taburculuğu düşünülebilir.



- *NG takalım mı?*

Takalım. Her ne kadar NG'de kanamanın gösterilmemiş olması üst GİS kanaması olmadığını göstermese de takalım. Mortalite üzerine etkisi olmasa da kanama durumunun gösterilmesini ve takibini sağlayarak endoskopi sürelerini kısaltıyor, endoskopi başarısını arttırıyor.²

- *Transamin verelim mi?*

Vermenin zararı da yararı da yok. Tekrar kanama, kan ürünü transfüzyon ihtiyacı, cerrahi müdahale ihtiyacı veya mortalite üzerine kanıtlanmış bir faydası yok.³

- *Ne zaman endoskopi?*

Düşük riskli seçilmiş üst GİS kanama hastaları dışında, çoğu hastada erken endoskopi (<24 saat) yapılmalıdır. Fakat bazı çalışmalarda gösterilmiş ki “acil” endoskopi (<12 saat) kötü sonlanımla ilişkili olabiliyor.⁴ Bu noktada hastanın gerekli resüsitasyonu yapıldıktan sonra endoskopisinin planlanması gerektiğini söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

- Sverdén E, Markar SR, Agreus L, Lagergren J. Acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ*. October 2018:k4023. doi:[10.1136/bmj.k4023](https://doi.org/10.1136/bmj.k4023)
- Huang ES, Karsan S, Kanwal F, Singh I, Makhani M, Spiegel BM. Impact of nasogastric lavage on outcomes in acute GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*. November 2011:971-980. doi:[10.1016/j.gie.2011.04.045](https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.04.045)
- Bennett C, Klingenberg S, Langholz E, Gluud L. Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD006640. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25414987>.
- Laursen SB, Leontiadis GI, Stanley AJ, Møller MH, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a nationwide cohort study. *Gastrointestinal Endoscopy*. May 2017:936-944.e3. doi:[10.1016/j.gie.2016.08.049](https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.08.049)
- CLINICAL GUIDELINES
- ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding



lemandergisi



DHY-DER
Doktor Hizmet Yükümlüleri
Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği

www.dhyder.com [instagram.com/dhy_der](https://www.instagram.com/dhy_der)