

# Okkült gastrointestinal kanamalar

Dr. Aysun BOZBAŞ, Dr. Özlen ATUĞ, Dr. Erol AVŞAR

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul



Dr. Aysun BOZBAŞ

Okkült ve obskür kanamalar gastrointestinal sistem kanamalarının sık görülen formlarındandır. Şayet hasta ve hekim dışkıda kan görmüyorsa ancak yapılan tetkiklerde dışkıda gizli kan pozitifliği ya da demir eksikliği anemisi varsa bu kanamaya okkült kanama adı verilir (1). Buna karşın gastroskopi ve kolonoskopi gibi standart görüntüleme yöntemleri ile nedeni belirlenemeyen kanamalara ise obskür kanama adı verilmektedir (1). Her iki kanamanın da önemi gastrointestinal sistemi tutan malign yada benign hastalıkların belirtisi olabilmeleridir (2). Bu tip kanamaların sıklığı hakkında tam bir veri olmamasına rağmen, toplum taramalarının yapıldığı çalışmalarda %2-16 oranında dışkıda gizli kan pozitifliği rapor edilmiştir (3-4). Yine ABD'de yapılan bir çalışmada demir eksikliği anemisi sıklığı kadınlarda %5, erkeklerde %2 olarak bulunmuştur (5).

Normal dışkı günde 0.5-1.5 ml kan içermektedir (6). Yaşla bu miktar değişmez. Ülkemizde de yaygın olarak kullanılan Guaiac testi dışkıdaki en az 10 ml kan ile pozitifleşir (7). Bu testin hassasiyeti distal lezyonlarda proksimale göre daha yüksektir. Henüz ülkemizde kullanılmayan başka dışkıda gizli kan testleri de vardır. Örneğin; Hemooccült II ve Hemooccült II sensa alt sindirim sistemi kanamalarının yanı sıra üst kanamaları da tespit eder (8-9). Diğer bir test olan immunokimyasal testler insan globulinini saptar ve kolon kaynaklı kanın tespitinde Guaiac testine göre daha duyarlıdır (10). Kalitatif olarak dışkıdaki kanı tayin eden bu testler dışında dışkıdaki porfirin miktarını kantitatif ölçen Hemo-Quant testi de vardır. Malesef bizim de kullandığımız Guaiac testinin yalancı pozitif ve yalancı negatiflik oranları oldukça yüksektir. Buna karşın pratikte sık olarak kullanılan oral demir yada oral antikoagulanların yalancı pozitifliğe neden olmadıkları unutulmamalıdır (11-12).

Hastaların diğer bir başvuru sebebi olan demir eksikliği anemisi en sık görülen anemi türüdür. Yetişkin erkeklerde ve postmenopozal kadınlarda saptanan demir eksikliği anemisinin nedeni genellikle gastrointestinal sisteme ait patolojilerdir. Bu nedenle bu grup hastada gastrointestinal sistemin taraması kaçınılmaz olmalıdır.

Okkült ve obskür kanama nedenlerine baktığımızda her iki kanamanın da aynı nedenlerle meydana geldiğini görmekteyiz. (Tablo 1).

Yapılan çalışmalarda gerek dışkıda gizli kan pozitifliği, gerekse demir eksikliği anemisi bulunan hastalarda en sık lezyon üst sindirim sisteminde bulunmuştur. Dışkıda gizli kan pozitifliği bulunan hastaların %22-26'sında kolonda, %29-36'sında ise

**Tablo 1. Okkült-obskür gastrointestinal kanama sebepleri**

**I- Fizyolojik kan kaybı**

**II- Sindirim sistemi tümörleri**

- kolon kanseri
- mide kanseri
- mezankimal tümörler
- kolon polipleri
- lenfoma
- GİS'te metastaz

**III- İnfeksiyonlar**

- tüberküloz
- amip
- askaris
- kançalı kurt

**IV- Vasküler anormallikler**

- anjiyodisplazi
- telenjektaziler
- herediter hemorajik telenjektazi
- portal hipertansif gastropati

**V- İlaçlar**

- antikoagülanlar
- NSAID

**VI- İnflamatuvar hastalıklar**

- özofajit
- crohn hastalığı
- ülseratif kolit
- Meckel's divertikülü
- peptik ülser
- çölyak
- eozinofilik gastroenterit

**VII- Diğer**

- Nazofarengeal kanama
- Hemoptizi
- Menstrüel kanama

üst gastroentestinal sistemde lezyon tespit edilmiştir (13-14). En sık lezyonlar ise sırasıyla kolonda adenom (%12-14), peptik ülser (%7-10) özofajit (%6-9), kolon kanseri (%5-6), anjiyodisplazi (%3-13) olarak gerçekleşmiştir.

Yine çalışmalarda okkült-obskür kanamalarda %29-52 hastada kanama odağı saptanamaz iken %6 hastada ise hem kolonda hem de üst sindirim sisteminde lezyon tespit edilmiştir (14-16). Diğer yandan demir eksikliği anemisi olan hastaların

%18-30'unda kolonda, %36-56'sında ise üst gastroentestinal sistemde lezyon bulunmuştur (15-16). Buradaki lezyonlar ise peptik ülser (%9-19), özofajit (%8-18), kolon kanseri (%6-11), kolonik adenom (%5-10), anjiyodisplazi (%2-8) olarak sıralanmışlardır.

Bu tip vakaların tanısız yaklaşımında gastroskopi ve kolonoskopi temel araçlardır. Hangi hastada hangi incelemenin ilk önce yapılması gerektiği konusunda çelişkili raporlar vardır. Semptomlarla lezyonların lokalizasyonu arasında korelasyon olduğunu belirten raporlar yanında aksini belirten araştırmalar da vardır (15-17). Yine de pratik olarak semptomsuz genç hastalarda incelemenin üstten, yaşlılarda ise alttan başlaması yönündedir.

Bu klasik ve tanısız girişimler yanında okkült veya obskür kanamaların tanısında kullanılan başka yöntemler de vardır. Örneğin demir eksikliği anemisi olan bir hastada gastroskopi sırasında alınan duodenal biyopsi ile çölyak hastalığı yakalanabilir. Bu nedenle demir eksikliği anemisi ile başvuran hastalarda biyopsi unutulmamalıdır.

Bugün için ince barsakların endoskopik muayenesinde iki yöntem kullanılmaktadır. Bunlardan peroral uygulanan push enteroskopi ile ince barsakların büyük kısmı görüntülenebilir. Oldukça güvenli bir yöntem olup komplikasyonu azdır. Obskür kanamalarda diagnostik değeri %38-75 arasındadır (18-19). Push endoskopiden daha az popüler olan ama incebarsağın tamamını görüntüleyen bir diğer yöntem Sonde-enteroskopidir. Bu tip enteroskopide tanısız başan oranı ise %26-54 arasında değişmektedir.

Transfüzyona bağımlı olan ve orijini gösterilemeyen hastalarda uygulanan bir diğer yöntem ise intraoperatif enteroskopidir. İntraoperatif enteroskopi oral, anal yada incebarsaklardan açılacak insizyonlardan yapılabilir. Enteroskopinin tipi ve giriş yeri yapının tercihine bağlıdır. Bu yöntemle yapılmış çalışmalarda kanama odağının saptanması %70-93 arasında rapor edilmiştir (22-23).

Enteroskopinin olmadığı bir çok merkezde bunun yerine incebarsak grafisi ya da enteroclysis uygulanmaktadır. Enteroclysis işleminin duyarlılığı %10-21 arasında değişmekte olup bu oran incebarsak grafisine göre oldukça yüksektir (24-25). Enteroclysisin tanısız değeri incebarsak neoplazilerinde %95'lere ulaşmaktadır. Buna karşın anjiyodisplazilerde tanısız değeri çok düşüktür.

Obskür kanamaların lokalizasyonunu belirlemede

kullanılan bir diğer yöntem sintigrafidir. Ancak bu uygulamada kanama odağının belirlenebilmesi için kanama hızının dakikada 0.1-0.4 ml olması gerekmektedir. Sintigrafide yanlış pozitiflik oranı yüksek olduğundan elde edilen bulgular anliografi veya endoskopi ile verifiye edilmelidir (26). Özellikle Meckel's divertikülü kanamalarında sintigrafinin duyarlılığı %100'lere ulaşmaktadır.

Obskür kanamaların sebebini bulmaya yönelik kullanılan diğer bir yöntem anjiografidir. Bu yöntemde de kanamanın dakikada 0.5ml'nin üstünde olması gereklidir. Anjiografinin akut alt sindirim sistemi kanamalarındaki duyarlılığı %77'lere ulaşmaktadır (26). Anjiografi sırasında antikoagulan yada vazodilatörleri kullandığımızda bu oran daha da artmaktadır. Anjiografi kanama odağının lokalizasyonu için intraoperatif olarak da yapılabilir. Superselektif anjiografi ile anjiodisplaziye bağlı kanamalara hem tanı konabilir hem de rezeksiyon sınırı belirlenebilir.

Okkült ya da obskür kanamaların tanısında kullanılan bu yöntemlerden başka laparotomi, CT ya da MRI gibi görüntüleme yöntemleri ve doppler ultrasonografi gibi daha nadir kullanılan metodlar da vardır. Ancak bahsedilen bu metodlara nadiren ihtiyaç duyulmaktadır.

## TEDAVİ

Okkült yada obskür gastrointestinal kanamaya yol açan primer hastalığın tedavisi hastalığın doğasına göre değişmekle birlikte kanamanın durdurulması için aşağıdaki tedavi metodları kullanılmaktadır.

### Endoskopik tedavi

### Anjiografik tedavi

### Farmakolojik tedavi

### Cerrahi tedavi

### Nonspesifik tedaviler

**Endoskopik tedavi:** Anjiodisplaziler, gastrik antral vasküler ektazi, herediter hemorajik telenjektazi gibi intestinal vasküler lezyonlar termal kontakt problemler, skleroterapi enjeksiyonu, argon plazma koagülasyon, Nd:YAG (neodymium aluminium garnet) laser kullanılarak tedavi edilebilir. Bahsedilen bu yöntemlerin hepsinde de başarı oranı yüksektir (27-28). Endoskopik olarak kanayan anjiodisplazilerin koterizasyonu kan transfüzyon gereksinimini önemli derecede azaltır.

**Anjioterapi:** Obskür ince barsak kanamalarında vazopressin infüzyonu veya embolizasyon ile başarılı tedavi, sınırlı sayıda hastada

bildirilmiştir. Hem ince barsak hem kolon kaynaklı kanamalarda anjiografide katater aracılığıyla vazopressin infüzyonu etkili bulunmuştur (29). Ancak anjioterapinin ciddi ve yaşamı tehdit edici komplikasyon riskleri vardır. İntraarteriyel vazopressin verilen hastalarda miyokard infarktüsü, aritmi, hipertansiyon, arter trombozu gibi kardiyovasküler komplikasyonlar %9-21 oranında bildirilmektedir (30-31). Embolizasyon, koroner arter hastalığı gibi vazopressinin kontrendike olabileceği durumlarda yararlı olabilir (1). Embolizasyon ile ileus, cerrahi rezeksiyon gerektiren barsak infarktüsü, barsak segmentleri arasında fistülizasyon, arter trombozu gibi komplikasyonlar görülebilir (30). Embolizasyon ince barsak kanaması için yapıldığında, kollateral dolaşımın kolona göre daha fazla olması nedeniyle iskemik komplikasyonlar daha az görülür (33-34).

**Farmakoterapi:** Medikal tedavi; obskür gastrointestinal kanamaya yol açan diffüz vasküler lezyonlarda, endoskopik olarak erişilemeyecek bölgelerdeki lezyonlarda, endoskopik tedavi veya cerrahi rezeksiyona rağmen devam eden rekürren kanamalarda, tanısı bilinmeyen ve vasküler lezyon şüphelenilen durumlarda kullanılır. Kombine hormon (östrojen-progesteron) tedavisinin, anjiodisplazi tesbit edilen veya şüphelenilen hastalarda kanama tekrarnın önlenmesinde oldukça başarılı olduğu gösterilmiştir (35). Düşük östrojen kombinasyon tedavisi etkin olmakla birlikte düşük doz kombinasyona yanıt vermeyen hastalarda yüksek östrojen kombinasyonu gerekebilir (36). Octreotide'in de anjiodisplaziye bağlı kanamayı azalttığı bildirilmiştir (37-38). Etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Splanchnik kan akımında azalmanın rol oynadığı düşünülmektedir. Danazol ve desmopressin ile de herediter hemorajik telenjektazide kısmi başarı sağlanmıştır (39-40).

**Cerrahi:** Cerrahi eksplorasyon ve barsak rezeksiyonu yüksek kan transfüzyonu gerektiren, cerrahi dışı yöntemlerle kanama kontrolü sağlanamayan olgularda hayat kurtarıcıdır. Kanama lokalizasyonunun belirlenmesi kôr cerrahi rezeksiyonun morbidite ve mortalitesini önleyebilir. İntraoperatif enteroskopi obskür gastrointestinal kanamanın cerrahi lokalizasyonunun belirlenmesinde kullanılabilir.

**Nonspesifik tedavi:** Demir suplementasyonu, trombosit ve koagülasyon anormalliklerinin düzeltilmesi ve kan transfüzyonunu içerir. Özellikle kanama hızının yavaş olduğu ve tanı amaçlı ileri incelemelerin nonspesifik tedavi riskinden yüksek olduğu yaşlı hastalarda yararlıdır.

## KAYNAKLAR

1. Zuckerman GR, Prakash C, Askin MP et al. AGA technical review on the evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding *Gastroenterology* 2000;111:201-221.
2. Simon JB: Occult blood screening for colorectal carcinoma. A critical review: *Gastroenterology* 1988;88:820-825.
3. Mandel JS, Bond JH, Church TR, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N Engl J Med* 1993;328:1365-71.
4. Levin B, Hess K, Johnson C. Screening for colorectal cancer. *Arch Intern Med* 1997;157:970-6.
5. Loker AC, Pallman PR, Carrol MD, et al. Prevalance of iron deficiency in the United States. *JAMA* 1997;277:973-76.
6. Ahlquist DA, McGill DB, Schwartz S: Fecal blood level in health and disease-a study using Hemoquant. *N. Engl J. Med* 1985;312:422-426.
7. Stroehlein JR, Fairbanks VF, Mc Gill DB et al. Hemoccult detection of fecal occult blood quantitated by radioassay. *Am J Dig Dis* 1976;21:841-844.
8. Allison JE, Tekawa IS, Ransom LJ et al. A comparison of fecal occult blood test for colorectal-cancer screening. *N Engl J Med.* 1996;334:155-159.
9. Rockey DL, Auslander A, Greenberg PD. Detection of uppergastrointestinal blood with fecal occult blood tests. *Am. J. Gastroenterol* 1999;94:344-50.
10. Saito H. Screening for colorectal cancer by immunochemical fecal occult blood testing. *Jpn J Cancer Res* 1996;87:1011-24.
11. Laine LA, Bentley E, Chandrasoma P. Effect of oral iron therapy on the upper gastrointestinal tract. *Dig Dis Sci* 1998;33:172-177.
12. Jaffin BW, Bliss CM, LaMont JT. Significance of occult gastrointestinal bleeding during anticoagulation therapy. *Am J Med* 1987;83:269-272.
13. Zuckerman G, Benitez J. A prospective study of bidirectional endoscopy in the evaluation of patients with occult gastrointestinal bleeding. *Am. J Gastroenterol* 1992;87:62-66.
14. Rockey DC, Koch J, Cello JP et al. Relative frequency of upper gastrointestinal and colonic lesions in patients with positive fecal occult blood tests. *N. Engl J Med* 1998;339:153-159.
15. Rockey DL, Cella JP. Evaluation of the gastrointestinal tract in the patients with iron deficiency anemia. *N Engl J. Med.* 1993;329:1691-1695.
16. Kepczyk T, Kadakia SC. Prospective evaluation of gastrointestinal tract in the patients with iron deficiency anemia. *Dig Dis Sci* 1995;40:1283-1289.
17. Bampton PA, Holloway RH. A prospective study of the causes of iron deficiency anemia in a gastroenterological general hospital. *Aust NZ J Med* 1996;26:793-799.
18. Zaman A, Koton RM. Push enteroscopy for obscure gastrointestinal bleeding yields a high incidence of proximal lesions with in reach of a standard endoscope. *Gastrointest Endoscopy* 1998;47:372-376.
19. Landi B, Tkoub M, et al. Diagnostic yield of push -type enteroscopy in relation to indication. *Gut* 1998;42:421-425.
20. Lewis BS, Wayne JD. Chronic gastrointestinal bleeding of obscure origin:role of small bowel enteroscopy. *Gastroenterology* 1998;94:1117-1120.
21. Berner JS, Maver K, Lewis BS. Push and sonde enteroscopy for the diagnosis of obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1994;89:2139-2142.
22. Szold A, Katz LB, Lewis BS. Surgical approach to occult gastrointestinal bleeding. *Am J Surg* 1992;163:90-92.
23. Ress AM, Benacci JC, Sarr MG. Efficacy of intraoperative enteroscopy in diagnosis and prevention of recurrent occult gastrointestinal bleeding. *Am J Surg* 1992;163:94-98.
24. Moch A, Herlinger H, Kochman ML et al. Enteroclysis in the evaluation of obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Roetgenol* 1994;163:1381-1384.
25. Antes G, Neher M, Hiemeyer V, et al. Gastrointestinal bleeding of obscure origin:role of enteroclysis. *Eur Radiol* 1996; 6:851-854.
26. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part I: clinical presentation and diagnosis. *Gastrointestinal Endosc* 1998;48:606-616.
27. Gupta N, Longo WE, Vernava AM III. Anjiodyplasia of the lower gastrointestinal tract:an entity readily diagnosed by colonoscopy and primarily managed nonoperatively. *Dis Colon Rectum* 1995;38:979-82.
28. Rutgeerts P, Van Gompel E, Geboes K et al. Long term results of treatment of treatment of vascular malformations of the gastrointestinal tract by neodymium Yag laser photocoagulation. *Gut*;1985;26:586-93.
29. Clark RA, Colley DP, Eggers FM. Acute arterial gastrointestinal hemorrhage: efficacy of transcatheter control. *Am J Roentgenol* 1981;136:1185-9.
30. Gomes AS, Loid JF, McCoy RD. Angiographic treatment of gastrointestinal hemorrhage: Comparison of vasopressin infusion and embolization. *Am J Roentgenol* 1986; 146: 1031-1037.
31. Sherman LM, Shenoy SS, Cerra FB. Selective intraarterial vasopressin: clinical efficacy and complications. *Ann Surg* 1979; 189:298-302
32. Leitman IM, Paull DE, Shires GT. Evaluation and management of massive lower gastrointestinal bleeding. *Ann Surg* 1989;209:175-180
33. Rosenkrantz H, Bookstein JJ, Rolsen RJ, Goff WB, Healy JF. Postembolic colonic infarction. *Radiology* 1982 1982; 142:47-51
34. Rosen RJ, Sanchez G. Angiographic diagnosis and management of gastrointestinal hemorrhage: current concepts. *Radiol Clin North Am* 1994; 32:951-967.
35. Barkin JS, Ross BS. Medical therapy for chronic gastrointestinal bleeding of obscure origin. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1250-54.
36. Bronner MH, Pate MB, Cunningham JT, Marsh WH. Estrogen-progesterone therapy for bleeding gastrointestinal telangiectasias in chronic renal failure. An uncontrolled trial. *Ann Intern Med* 1986;105:371-7.
37. Rossini FP, Arrigoni A, Pennazio O. Octreotide in the treatment of bleeding due to angiodysplasia of the small intestine. *Am J Gastroenterol* 1993;88:1424-1427.
38. Torsoli A, Annibale B, Viscardi A, Dellafave G. Treatment of bleeding due to diffuse angiodysplasia of the small intestine with somatostatin analogue. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1991;3:785-787.
39. Haq AU, Glass J, Netchvolodoff CV, ET al. Hereditary hemorrhagic telangiectasia and danazol. *Ann Intern Med* 1988;109:171
40. Quit M, Froom P, Veisler A, et al. The effect of desmopressin on massive gastrointestinal bleeding in hereditary hemorrhagic telangiectasia unresponsive to treatment with cryoprecipitate. *Arch Intern Med* 1990;150:1744-1746.