

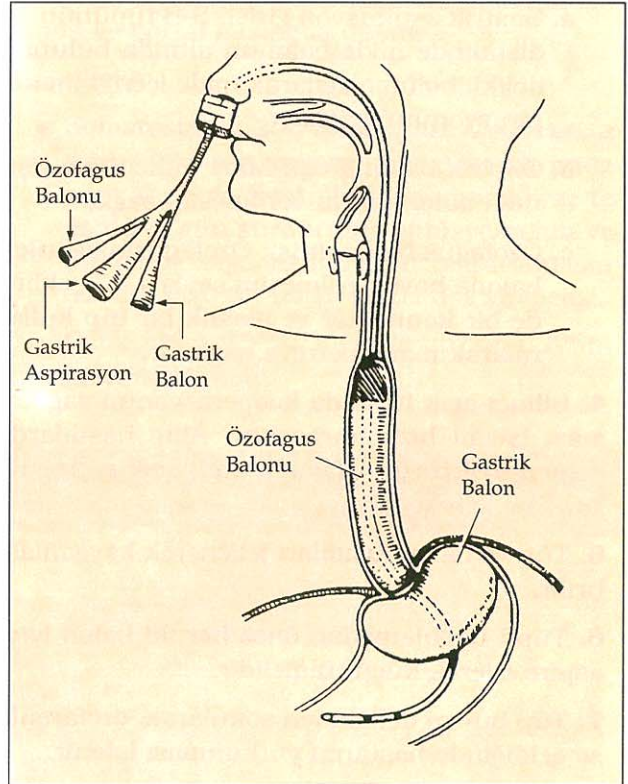
GASTROENTEROLOJİDE ACİL UYGULAMALAR

Hazırlayan: Dr. Çağlar BAYSAL
Başkent Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı



Endoskopi uygulanamayan sağlık kurumlarında özofagus varis kanamasına ilk müdahale

Özofagus varis kanaması portal hipertansiyonun mortalitesi % 50'lere varan önemli bir komplikasyonudur. Varisiel kanama yüksek debide üst gastrointestinal sistem kanamasına yol açtığından öncelikle bozulan hemodinaminin hızla düzeltilmesi (Kan, plazma, koloidal süspansiyonların transfüzyonu), aspirasyon riskine karşı solunum yolunu koruyucu gerekli önlemlerin alınması (Pozisyon ve gerekirse endotrakeal intübasyon) ve kanamanın durdurulmasına yönelik spesifik tedavilerin uygulanması gerekmektedir. Endoskopi tanı ve aynı anda tedavi olanağı sağlaması açısından geciktirilmeden uygulanması gereken ilk tetkiktir. Endoskopik skleroterapi ve band ligasyonu %70 -100 oranında hemostaz sağlanabilen seçkin tedavi yöntemleridir ve bu olanağın bulunduğu merkezlerde tek başlarına veya diğer medikal tedavilerle birlikte uygulanmaktadır. Başarısız kalınan olgularda radyolojik girişimler (Koroner ven embolizasyonu, transjuguler intrahepatik portasistemik shunt stent), acil cerrahi girişimler (Transsection, shunt operasyonları, koroner ven ligasyonu) yapılabilir. Hastanın bu



Şekil 1. Sengstaken-Blackmore tüpünün anatomik lokalizasyonu

işlemlerin uygulanabildiği bir merkeze ulaşma sürecinde solunum yollarının açık tutulması, hemodinamik önlemlerin alınması, balon tamponadı ve/veya bazı farmakolojik ajanların uygulanması yaşamsal önem taşır.

Sengstaken-Blackmore (S-B) Tüpü Takılması:

1. Balonu takmadan önce hastanın sağlam bir damar yolunun olduğundan ve solunum yolunun açık tutulması için gerekli önlemlerin alındığından emin olunuz.

2. S-B tüpünde gastrik ve özofageal iki balon bulunmaktadır.

a. Tüpü takmadan önce her iki balonda kaçak olup-olmadığı kontrol edilmelidir.

b. Gastrik balon 250-300ml hava tutabilmelidir.

c. Özofagus balonu hava kaçağının saptanabileceği gerginliğe gelinceye kadar şişirilerek kaçak kontrol edilmelidir.

3. S-B tüpünde 3 lümen girişi bulunmaktadır.

a. Gastrik aspirasyon girişi: S-B tüpünün en distalinde mide balonun altında bulunan delikli bölüme açılarak mide içeriğinin aspirasyonunu sağlar.

b. Gastrik balon girişi: Mide lümeninde şişirilen balona hava verilmesini sağlar.

c. Özofagus balon girişi: Özofagusta şişirilen balona hava verilmesini sağlar. "Y" şeklinde bir konnektör ve plastik bir tüp kullanılarak manometreye bağlanır.

4. Bilinci açık hastada kooperasyonun sağlanması işlemi hızlandıracaktır. Ajite hastalarda meperidine türü bir ajanla hafif sedasyon sağlanması gerekebilir.

5. Tüp ve balon kısımları jellenerek kayganlaştırılır.

6. Tüpü uygulamadan önce her iki balon iyice aspire ederek küçültülmelidir.

7. Tüp burun deliğinden sokularak, orofarenkse geldiğinde hastanın yutkunması istenir.

8. Tüp sadece lümen girişlerinin olduğu bölüm dışarıda kalana kadar içeri itilmelidir.

9. Gastrik balonu 75-100ml hava ile şişirin. Gastrik balon yazılı lümen girişini klempleyin ve S-B tüpünü yavaş olarak geri çekmeye başlayın. Gastroözofageal bileşkeye geldiğinde kısmen şişirilmiş olan balonun direnci hissedilecektir. Bu noktada tüpü hafif çekme durumunda tutarken içeriye önceden verilmiş olan hava kaçırılmadan 200-250ml hava daha eklenerek, gastrik balon girişi tekrar klemplenir.

10. Gastrik balonun özofagastrik bileşkeye basılı durumda devamlı kalmasını sağlamak için küçük bir plastik parça S-B tübünün dış kısmını saracak şekilde geçirilir ve tüpü gergin olarak tutarken burun deliği önünde sabitlenir.

11. Özofagus balonuna giden ve manometreye bağlı olan girişten 30-35mm Hg basınca ulaşana kadar hava verilir ve klemplenir. 40mm Hg sınırı aşılmamalıdır. Gastrik veya özofageal balonun şişirilmesi esnasında hasta şiddetli ağrı duyarsa balon hemen söndürülür (Balonun pozisyonunun uygun olmaması veya aşırı basınç uygulama şiddetli ağrıya yol açabilir). *S-B tüpü yerleştirilirken solunum problemi gelişirse tüp buruna yakın bölümden kesilerek tüm balonların derhal sönmeleri sağlanmalı, tüp bundan sonra çıkarılmalıdır.*

12. Gastrik aspirasyon girişi bir plastik tüp vasıtasıyla serbest drenaja bırakılır ve irrigasyonlarla kanama takip edilir.

13. Diğer burun deliğinden nazogastrik sonda takılarak özofagus balonun üstünde kalacak şekilde yerleştirilir ve devamlı aspirasyona bağlanarak solunum sıkıntısı yaratabilecek sekresyonlar uzaklaştırılır. S-B tüpünün geliştirilmiş bir şekli olan Minnesota tüpünde faringeal bölgedeki sekresyonların aspirasyonu için dördüncü bir lümen bulunmaktadır.

14. S-B tüpü artık yerleştirilmiş durumdadır. Bağlantılar ve özofagus balonundaki basınç kontrol edilerek, emniyet açısından balonlara giden lümenlere ikinci klemp konur. Gelişebilecek ani solunum sıkıntısında tüpün derhal kesilmesini sağlamak için bir makas hazırda bulundurulur. Entübasyon gerekliliği kişisel faktörlere göre değerlendirilmelidir. S-B tüpünü askıya alarak ağırlık asılması yoluyla gastroözofageal bölgeye traksiyon uygulanmasının çok önemli olmadığı düşünülmektedir.

15. Takip:

- a. Akciğer filmi çekilerek balonların pozisyonu kontrol edilmelidir.
- b. Gastrik ve özofageal dokuda nekroz gelişmemesi için balonlar en fazla 48 saat süre ile söndürülmeden tutulabilir. Gastrik balon söndürülmeden özofagus balonu daha kısa aralıklarla (8-12saat) geçici olarak söndürülebilir.
- c. Özofagus balonu mutlaka gastrik balondan önce söndürülmelidir. Aksi uygulandığında gastroözofageal bileşkede takılı kalmayı sağlayan mekanizma ortadan kalkacağından özofagus balonu farenkse prolabe olarak solunum yolunu tıkar.
- d. Gastrik aspirasyon lümeninden ilk 12 saat boyunca 30-60 dakika aralarla 50ml su ile irrigasyon uygulanarak sonda uç kısmındaki deliklerin tıkanmaması sağlanır ve tamponadın etkinliğini gözlenir.

ÖZOFAGUS VARİS KANAMASINDA KULLANILABİLECEK FARMAKOLOJİK AJANLAR

Vasopressin ve sentetik analogu Glypressin

Etki Mekanizması: Splanjik arterioller rezistansta artışa yol açarak portal akım-varisiel akım ve basınçta düşme.

Uygulama:

- Vasopressin: 20 dakika içinde 20 ünite, takiben 0.2-0.9 (ortalama:0.4) ünite/dk infüzyon. Süre: kanama kontrol altına alınana kadar 12-24 saat.
- Glypressin: 4 saatde bir 2mg IV injeksiyon. Tedavi kanamasız 24-48 saat period sağlanana kadar sürdürülür. Avantajları:biyolojik aktivitesi uzun olduğundan devamlı infüzyon gerektirmez, sistemik toksisitesi daha düşük.

Dikkat: Koroner arter vazokonstrüksiyonu, miyokardial iskemi, enfarktüs, aritmiler. intestinal, serebral, kutanöz iskemik komplikasyonlar. Bazı çalışmalarda plasebodan farklı bulunmamış.

Vasopressin + Nitratlar

Etki Mekanizması: Vasopressinin istenen splanjik arterioller vazokonstrüktif etkisi sağlanırken, koroner arterdeki vazokonstrüksiyon önlenir ayrıca nitratların portokollateral rezistansta düşüşe yol açmaları portal basıncın azalmasına katkıda bulunur.

Uygulama:

- Sublingual; 30dk'da bir 0.4-0.6 mg
- Transdermal; 12 saatte bir 10mg'lık 1-2 adet yapıştırma plasteri
- IV infüzyon; 40 mikrogram/dk başlangıç, sistolik kan basıncını 100mmHg'nın üstünde tutacak şekilde 400 mikrogram/dk 'ya kadar doz artırılabilir.

Dikkat: Sadece vasopressine göre kanama kontrol oranı daha iyi, yan etkiler daha az.

Somatostatin ve sentetik analogu Octreotide

Etki Mekanizması: Selektif splanjik vazokonstrüksiyon ile portal, kollateral kan akımında ve portal basınçta düşme.

Uygulama:

- Somatostatin: 250 mikrogram IV bolus, takiben 250 mikrogram/saat devamlı infüzyon. Kanama kontrol altına alınabilirse tedavi 2-5 gün sürdürülür. infüzyona ara verildiğinde veya kanamanın tekrarlamasında 250 mikrogram IV bolus doz yenelenir.
- Octreotide: 25-50 mikrogram/saat IV infüzyon. 48 saat.

Dikkat: Belirgin yan etkilerin olmayışı diğer ajanlara göre önemli üstünlüğü