

Yaşlılarda Görülen GİS Kanamaları ve Antikoagülan Kullanımında Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

Vedat GÖRAL

İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bölümü, İzmir

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

Son zamanlarda üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları azalsa da, yaşlılarda ve yaşı 60'ın üzerinde olan kişilerde akut üst GİS kanamalarında artma olmaktadır. Akut üst GİS kanamalarının %70'i, genelde 60 yaş ve üzerinde oluşur. İleri yaş, üst GİS kanamalarında mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür. Sebep, eşlik eden çok sayıdaki ko-morbid (pulmoner, kardiyovasküler gibi) hastalıktır (1). 70 yaşın üzerindeki hastalarda üst GİS kanaması insidansı, 30 yaşından genç hastalara göre 20-30 kez daha fazladır. Mortalite; 60 yaşından genç nüfusta %10'un altında iken, 60 yaşın üzerindeki nüfusta %12-25'tir. Bu da, yaşlı popülasyonda üst GİS kanamalarının önemini artırmaktadır. Yaşlı popülasyonda GİS kanamaları ağır seyretmekte ve tekrarlamaya meyilli olmaktadır. Bundan dolayı hastaların bakımında ve taburculuk sonrasında, uzun süreli takip ve tedavilerinde daha yakın izlem gerekmektedir.

Yaşlılarda üst GİS kanama sebepleri;

- *En sık sebepler;*
- Peptik ülser
- Özofajit/özofagusda ülser
- Gastropati

- Özofageal/gastrik varis
- Mallory-Weiss sendromu
- Üst GİS malignite
- *Az sık*
- Portal hipertansif gastropati
- Hemobilia
- Hemorajik pankreatit
- Aorto-enterik fistül

Peptik Ülser Hastalığı

Yaşlılarda en sık üst GİS kanama sebebidir. Son zamanlarda, *Helicobacter pylori* eradikasyonunun sık uygulanması, endoskopik hemostaz tekniklerinin yaygınlaşması, erken dönemde ülser kanamalarının tedavisine erken başlanması, ülser hastalığının teşhis ve tedavisinde önemli gelişmelere neden olmuştur. Gençlerde ülser kanama sıklığı, hospitalizasyon süresinin azalması ve ülser operasyonlarının yapılmaması nedeniyle azalmakta, ancak yaşlılarda non-steroid antiinflamatuar ilaç (NSAİİ) ve antikoagülan kullanımı sıklığı nedeniyle, hospitalizasyon ve kanama sıklığı daha fazla olmaktadır.

Bu hastalarda endoskopi işlemi, ilk 12 saat içinde yapılmalıdır. Bununla hem tanı konulmakta ve hem de endoskopik tedavi yapılarak, kanamanın kontrolü yapılmalı ve tekrar kanama olasılığı azaltılmalıdır (2). Endoskopi ve kolonoskopinin yaşlılardaki güvenilirliği, gençlerdeki endoskopi güvenilirliği ile aynı düzeydedir (3,4). Ancak yaşlılarda eşlik eden hastalık ve kanamanın fazlalığı, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir. Sedasyonda, benzodiazepinler düşük dozda ve gerekirse nazal oksijen desteği ile beraber uygulanmalıdır. Pulse oksimetri, nabız takibi ve oral sekresyon aspirasyonu da yapılmalıdır. Zenker divertikülü ve servikal spin osteofitleri, yaşlılarda üst GİS endoskopisine bağlı bazen perforasyon riskini artırabilmektedir.

Üst GİS kanamalarında risk belirlemede, Blatchford skor uygulaması (0-23 arası değişmekte, yüksek skor kötü risk işaretidir) ve Rockall skor uygulaması (0-11 arası değişmekte, yüksek skor kötü risk lehine olup) kullanılmakta, prognoz açısından bu skorlar değerlendirilmelidir. Ayrıca üst GİS kanamalarında, AIMS65 (Albümin, INR, Mental durum, Sistolik kan basıncı, 65 yaş ve yukarısı) skorlaması yapılmakta, mortalite oranı; 0 risk faktörde %0.03, 1 risk faktörde %1, 2 risk faktörde %3, 3 risk faktörde %9, 4 risk faktörde %15, 5 risk faktörde %25 düzeyindedir. Alt GİS kanamalarında HAS-BLED (Hipertansiyon, Anormal renal fonksiyon, Stroke, Bleeding, Labil INR, Elderly, Drug therapy-NSAID, aspirin, Alkol alınımı) skorlamaları da mevcuttur.

Endoskopik tedavi, visible damar, kanayan damar veya yapışık pıhtı varlığında (Forrest sınıflaması), adrenalin enjeksiyonu, termokoagülasyon, hemostatik metalik klip veya bunların kombinasyonu şeklinde olmalıdır (5-7). Flat spot ve temiz taban saptandığında, endoskopik tedaviye gerek olmayıp, medikal tedavi yapılmalıdır. Tablo 1'de medikal ve endoskopik hemostaz sağlanan vakalarda tekrar kanama olasılığı belirtil-

mekte, endoskopik tedavi yapılan vakalarda tekrar kanama olasılığının daha düşük olduğu görülmektedir. Endoskopik tedavi, yaşlılarda iyi tolere edilmektedir. Endoskopik tedavi ve proton pompası inhibitörü (PPI) tedavisi kombinasyonu, tek başına endoskopik tedaviye göre daha iyi sonuç vermektedir.

Yaşlı hastada kanama sonrası hipovolemik şok, massif ülser kanamasını gösterir ve kötü prognoz nedenidir (5). Yaşlılarda 2 cm veya daha büyük ülser olması, tekrar kanama olasılığı ve mortalite açısından anlamlıdır. Farmakolojik tedavi veya endoskopik tedavilere refrakter vakalarda, cerrahi girişim düşünülmelidir. Sepsis ve multiorgan yetmezliği, peptik ülser kanaması nedeniyle cerrahiye verilen olgularda, postoperatif mortalite sebebidir. Bir çalışmada, peptik ülser kanaması olan 136 hastada (ort. yaş 77), cerrahiye verilen 42 hastada mortalite %31 olup, bu ölümlerin yaklaşık %50'si sepsis sonucu olmuştur (2).

Özofagus Varisleri ve Portal Hipertansif Gastropati

Varis kanaması, hepatik venöz basınç gradientinin 12 mmHg'den fazla olduğu vakalarda gelişir. En önemli varis kanamasının belirleyicileri, büyük varisler ve red spot sign mevcudiyetidir. Varis kanamasının mortalitesi yaklaşık %30 civarındadır. Kanama sonrası mortalite daha ziyade, Child-Turcotte-Pugh skoru (C>B>A) ile ilişkilidir. Akut varis kanamasında farmakolojik tedavi olarak, splanik dolaşım akımını azaltmak için, somatostatin ve analogları kullanılmaktadır. Bu ilaçlar, kardiyak yan etkileri nedeniyle iyi takip edilmelidir, çünkü bu ilaçlar kalp hızını azaltır (terlipressin) ve periferel vazokonstriksiyona (octreotid) neden olur. Bu nedenle, bu ilaçları alan kanamalı yaşlı hastalar, dikkatlice monitorize edilmelidir. Ayrıca, portal hipertansiyona bağlı kanamalarda Hb miktarı > 10 gr yapmaya çalışılmamalıdır.

Endoskopik band ligasyonu (EVL) ve skleroterapi mukayese edildiğinde, EVL düşük komplikasyon oranı nedeni ile, daha

Tablo 1. Tekrar kanama olasılığı

Bulgular	Medikal Tedavi	Endoskopik Hemostaz
Aktif arteriyel kanama	%85-95	%10-20
Kanamayan visible vessel	%50	%5-10
Kanamayan yapışık pıhtı	%35	%<5
Ülser oozing	%10-25	%<5
Flat spotlar	%7	Gerekmez
Temiz tabanlı ülser	%3	Gerekmez

sık tercih edilmektedir. Non-selektif β -blokerlar, primer ve sekonder profilaksizde etkilidirler. Ancak, yaşlı hastalar, ortostatik hipotansiyon, halsizlik ve efektif bozukluk gibi yan etkiler nedeni ile, yakından takip edilmelidir.

Portal hipertansif gastropati (PHG), gastroözofageal varislerle beraber de olabilir. PHG'li yaşlı bir hastada intestinal kanama olursa, genelde kronik ve okkült olmaktadır. Non-selektif β -blokerlerin kullanılması ile portal basınç azalır, PHG ve kanamalar için de fayda sağlar.

Diğer Sebepler

Özofajitis ve gastropati

Genelde özofagus ve midedeki mukozal hasar sonucu ve özellikle aspirin ve NSAİİ ile oluşmaktadır (4, 8-10). Ancak, bu hastalarda aşırı kanama olmamakta ve özofajit/gastropati yaşlılarda gençlere göre daha sık kanama nedenidir. Ancak yaşlılarda şiddetli özofajit, her zaman retrosternal yanma ile birlikte değildir. Özofajitis ve gastropatide tedavide, mide asidini baskılayıcı ilaçlar kullanılır, endoskopik tedavilere uygun değildirler. Ayrıca bu hastalarda, mümkünse NSAİİ ve aspirinden kaçınılmalıdır. Stress ile ilişkili mukozal hasar, yoğun bakımda yatan hastalarda ve yaşlı hastalarda kritik sonuçlar doğurabilir. Bu hastalarda risk faktörler, mekanik ventilasyon, multiorgan yetmezliği ve koagülopatidir, yaş bu hastalarda artmış risk faktörü olmamaktadır.

Gastrik antral vasküler ektazi (Watermelon stomach)

Bu hastalarda okkült veya subakut kan kaybı ve transfüzyon gerektiren anemi oluşabilir. Gastrik antral vasküler ektazi (GAVE) insidansı, yaş ile artmamaktadır ancak, eşlik eden end-stage böbrek hastalığı veya siroz hastalığı gibi belli durumlarla birlikte olabilmektedir. Argon plazma koagülasyon ile ablasyon tedavisi, hemoglobin seviyesini ve transfüzyon gereksinimini stabilize etmektedir. Ancak, multipl tedavi seansları gerekebilir.

Aortoenterik fistül

Aortoiliak bypass cerrahisi uygulanan vakalarda, %0.5 oranında aortoenterik fistül (AEF) gelişebilmektedir. AEF, aynı zamanda endovasküler aortik onarım sonrası da (yaşlılarda giderek artan sıklıkta uygulanmakta) gelişebilir. AEF, enteral stent yerleştirilmesi sonrasında ve normal kişilerde de gelişebilir. Mekanik ve inflamatuvar faktörler, AEF gelişmesinden sorumlu tutulmaktadır.

Geniş retrospektif bir çalışmada, AEF'nin, aortik işlemden yaklaşık 90 ay sonra gelişmekte olduğu görülmüştür (11). Klasik bulgu, aşırı miktarda kanama olmasıdır ve kanama genelde duodenumun 3. kısmında olur, ancak özofagus ve kolon dahil, gastrointestinal traktta herhangi bir yerde de olabilir. AEF oluşmasından ortalama 10 gün sonra tanı konur. Noninvaziv bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi ile görüntüleme yarar sağlar, oysa mezenterik anjiyografi genel olarak fayda sağlamaz ve genelde endike değildir. Endoskopi, diagnostik amaçlı olabilir ve duodenumun 3. kısmının dikkatlice araştırılması ile, ülser, erozyon veya hematoma veya greft materyali varlığı saptanabilir. Bu hastalarda biyopsi alınmamalıdır ve endoskopik tedavinin faydası yoktur.

Dieulafoy lezyonu

Dilate submukozal arterin rüptürü ile oluşur ve aşırı gastrointestinal kanamaya neden olur. Bu lezyonlar yaşlılarda da oluşabilir ancak spesifik değildir. Genelde bu lezyonlar midede kardiada olmakta, ancak gastrointestinal traktta herhangi bir yerde de oluşabilir. Aktif kanama anında, endoskopik tanı daha kolay olmaktadır. Hastalık, tekrarlayan kanama ataklarına neden olabilirler. Endoskopik veya anjiyografik tedaviler uygulanabilir.

Mallory-Weiss sendromu

Alkol alınımında, hamile bayanlarda ve aşırı bulantı kusma sonrasında gelişir. Tanı endoskopi ile konur. Endoskopide; ilave olarak, gastrit, özofajit, duodenit ve peptik ülser bulgularının görülme olasılığı %75'dir. Endoskopide, hastaların %50-80'inde kanamaların durduğu saptanmıştır. Bu hastalar konservatif tedavi adaydırlar. Kanayan hastalarda endoskopik yolla, diatermi, injeksiyon yöntemleri, klips ve bant ligasyon yöntemleri kullanılarak hemostaz sağlanır.

ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

Alt GIS kanamalarının insidansı, üst GIS kanamalarının insidansından daha azdır (1/5). Genelde hastalar, 63-77 yaş aralığındadır (12-15). Yaşlılarda, gençlere göre daha fazla hastanede yatma süresi ve daha fazla ekonomik maliyete neden olmaktadır. Yaşlılardaki alt GIS kanamalarının en sık sebepleri;

- Divertikülozis

- İskemik kolit
- Anjiodisplazi
- Diğer sebepler
 - Hemoroid
 - Sterkoral ülser veya soliter rektal ülser
 - Kolonik tümörler ve postpolipektomi kanamalar
 - Radyasyon proktitisi
 - Okkült GİS kanamaları

Klinik Bulgular

Hastalardan iyi bir anamnez alınmalıdır. Dışkı rengi, miktar, dışkıda kan varlığı, kanamanın orijini hakkında kabaca bir bilgi verebilir. Kanlı forme dışkı, anorektal bölge kanamasını vurgular. Melenayı andıran kanama, proksimal kolonik kanamayı gösterir. Kanlı dışkılama, abdominal kramp veya hassasiyet, aktif kolitisi düşündürür. Başlama ve kanamanın ilerleme hızı, altta yatan etyolojiyi belirleyebilir. Ani başlayan, ağrısız, önemli miktarda hematokezya, kolonda divertiküler kanama lehinedir. Kolondaki anjiodisplaziye bağlı kanamalar, abondan veya kronik okkült kan kaybı şeklinde de olabilir.

Başlangıç muayenesi olarak, anoskopik muayene yapılmalı ve anorektal patoloji araştırılmalıdır. Nazogastrik entübasyon ve lavaj, üst GİS kanamasını dışlamak için, faydalı olabilir. Hastada hemodinami stabil edilmelidir. Uygun zamanlama ile, kolonoskopik inceleme, noninvazif radyolojik ve anjiyografik inceleme planlanmalıdır.

Divertikülozis

Kolonik divertiküler hastalığı olan kişilerin çoğu asemptomatik olup, komplikasyon oluşturmazlar (16). Ancak, vakaların küçük bir kısmında, divertikülün duvarında bulunan vaza rekta arteria'nın rüptürü sonucu, kanama olabilir. Genelde, sağ kolondaki divertiküller daha fazla kanamakta olup, kolonun herhangi bir yerindeki divertiküllerde de kanama olabilir. Vakaların büyük çoğunluğunda, yaklaşık %80 oranında, kanama spontan olmaktadır. Yaşlılardaki divertiküle bağlı kanamaların çoğunluğunda, cerrahi olmayan metodlarla kanama durmaktadır. Ortalama mortalite %5'den daha azdır. Massif veya tekrarlayan kanama olabilmektedir. Fleksible sigmoidoskopi veya kolonoskopi, epinefrin enjeksiyonu, band ligasyonu veya termal tedavilerin uygulanmasına kolaylık sağlar. Tekrar

kanamalarda, endoskopik yöntemler de tekrar edilir veya cerrahi tedavi olasılığı düşünülür.

Radyolojik yöntemler ilk başvurulacak tetkik olmalıdır. Aynı zamanda, tekrarlayan kanamalarda, kolonoskopik yöntem başarısız ise, bu yönteme başvurulur. Teknesyum ile işaretli eritrosit sintigrafisi, dakikada 0.1 ml'nin altında olan kanamalarda, değişik duyarlılık oranları olmasına rağmen, kanama yerini saptamada başarılıdır. Multidetektör BT anjiyografi, seçilmiş merkezlerde kullanılabilir. Divertiküler kanamalarda, kanama intermittant olduğundan, sintigrafi ve anjiyografi, bazen lezyon yerini gösteremeyebilir. Alt GİS kanamalarında, sintigrafi, %25 vakada negatif sonuç verebilir.

Yaşlılarda devam eden veya medikal tedaviye refrakter divertiküler kanamalarda, cerrahi tedavi gerekebilir. Acil kolonik rezeksiyon, elektif cerrahiye göre daha fazla mortaliteye neden olur. Acil kolektomi yapılan vakalarda, ileri yaş varlığı mortaliteyi artırır.

İskemik Kolitis

İskemik kolitis (nonokluzif mezenterik iskemi), genelde yaşlılarda oluşur (17). Kendi arasında; akut fulminan iskemik kolitis (Ba'lu kolon grafisi kontrendikedir) ve subakut iskemik kolitis olmak üzere 2'ye ayrılır. Ayrıca; a) gangrenöz iskemik kolitis (arteryel kan akımı yok) b) striktürlü iskemik kolitis (arteryel beslenmede belirgin yetmezlik mevcuttur) c) geçici (transient) iskemik kolitis: (En sık rastlanan iskemik kolit sebebidir) olmak üzere 3 gruba ayrılır.

Enfeksiyöz nedenler veya herhangi bir sebebe bağlı kolitis, mukozal hasar nedeniyle, bu hastalarda kanamaya neden olabilir (6). İskemik kolitis epizodları, geçici kolonik hipoperfüzyona bağlı olup, dehidratasyon ile tetiklenebilir. İlave risk faktörler, küçük damar hastalığı (vaskülit) ve bazı ilaçların (diüretik veya vazodilatör) kullanımı sayılabilir. Klinik olarak, karında kramp şeklinde ağrılar olabilir. Abdominal BT, kolon duvarında kalınlaşma, kolonoskopide ise hastalıklı kolon segmentinde ödem, mukozada harabiyet ve submukozal kanama görülebilir (17-19).

İskemik kolitis, kronik mezenterik iskemi (intestinal anjina) ve mezenterik arter veya venöz tıkanmaya bağlı akut mezenterik iskemi ile karışabilir. İnsidans, yaş ve eşlik eden hipertansiyon, dialize bağlı kronik böbrek hastalığı gibi durumlarda, daha da sıklık artmaktadır. Ayırıcı tanıda, enfeksiyöz

kolitis, inflamatuvar barsak hastalığı (İBH), ilaç ile ilişkili kolitisler düşünülmelidir. İskemik kolitise bağlı kanamalar, nadiren hemodinamik olarak önemli sorunlar yaratabilir. Tekrarlayan ataklar, hastalıklı kolonda subakut kolitis veya striktüre neden olabilir. Taşikardi, hipotansiyon veya ateş mevcudiyeti, transmural kolonik hasarı veya barsak enfarktının olabileceğini düşündürür. İskemik kolitisten ölüm nadirdir. Ancak, mortalite oranı, ileri yaş ve eşlik eden serebrovasküler hastalık veya kardiovasküler hastalıklar varlığı ile artmaktadır.

Diğer Sebepler

Anji displazi

Anji displazi (anjioektazi) yaşlılarda sık GİS kanaması yapan bir sebeptir (19). Her ne kadar ince barsak ve kolonda sık olarak görülürse de, genelde küçük, klinik olarak önemsiz ve minör kanamalara neden olmakta, sağ kolon yerleşimli olgularda nadiren masif kanamalara neden olabilmektedir. Anji displazili olgularda, kronik okkült kan kaybı veya massif kanama olabilir. Aktif kanayan lezyonlara, endoskopik tedaviler yapılmalıdır. Ancak, efektif endoskopik tedavi, ince barsak yerleşimli anji displazi kanamalarında veya çok sayıda küçük kanamalı olgularda, endoskop ile ulaşmak zor olduğundan her zaman kolay olmamaktadır. Çekumda yerleşen tek, büyük ve kanamalı anji displazi olgularında, endoskopik, anjiyografik veya cerrahi tedavi gerekebilir.

Hemoroid

Her ne kadar, 65 yaş yukarısında hemoroid prevalansı azalsa da, kabızlık mevcudiyetinde hemoroid olasılığı artmaktadır. Retrofleksiyonda endoskopik muayene ile tanı rahatlıkla konur. Tedavide, genel hemoroid tedavi prensipleri uygulanır.

Sterkoral ülser ve soliter rektal ülser sendromları

Bu iki durum, massif rektal kanamaya neden olur (20). Hemorajik rektal ülserlerin çoğu, 60 yaş yukarısında olur. Sterkoral ülser, rektumda sert veya impakt dışkı veya hastaneye yatan hastalarda rektal tüp gibi uygulamalar sonucu, mukozal hasar neticesinde oluşur. Soliter rektal ülser, kabızlık veya rektal mukozal prolapsus sonrası oluşur. Soliter rektal ülser kanaması varlığında, endoskopik tedavi prensipleri uygulanır.

Kolonik tümörler ve post-polipektomi kanamalar

Kolonik neoplaziler, genelde okkült GİS kanamalarına neden olur, fakat bazen aşırı kanamalara neden olabilir (20).

Premalign neoplaziler (tübüler adenomalar), polipektomi ile alınabilir. Polipektomi kanamaları, erken veya geç olarak, vakaların ancak küçük bir kısmında görülebilir. Bir çalışmada, 10.000 polipektomi vakasında, post-polipektomi kanamalar, 65 yaş ve yukarısında daha sık olmaktadır (21).

Radyasyon proktitisi

Prostat, genito-üriner veya jinekolojik kanamalarda uygulanan radyoterapiler sonrası oluşur. Bazen radyoterapiden yıllar sonra gelişebilir, aşırı rektal kanama veya kronik transfüzyona bağımlı kan kaybına neden olabilir. Argon plazma koagülasyon, formalin uygulaması, sukralfatlı lavmanlar ve hiperbarik oksijen tedavisi uygulanabilir. Ancak, bu tedavilerin etkisi sınırlıdır.

BELİRSİZ (OBSCURE) GİS KANAMALARI

Belirsiz gastrointestinal kanamalar, özofagogastroduodenoskopi veya kolonoskopi ile saptanamayan kanamaları tanımlar. Aşırı belirsiz kanamalar, endoskopik incelemede gözden kaçan lezyonların veya aktif olmayan lezyonların kanamalarında görülür. Akut, aşırı kanamalarda, tekrar endoskopik uygulama, sintigrafi veya anjiyografi uygulanmalıdır. Alternatif olarak, double-balon endoskopi veya kapsül endoskopi de uygulanmalıdır.

Video Kapsül Endoskopi (VKE)

Kapsül endoskopi, kaynağı belirsiz gastrointestinal kanamalarda, %58-80 oranında tanı koydurucu özelliğe sahiptir. Kapsül endoskopinin, push enteroskopiden, ince barsak enteroklizis tetkikinden ve mezenterik anjiyografiden daha üstün olduğu belirtilmektedir. VKE, anji displazilerin tanısında çok iyi bilgiler verir. Yaşlılarda yutma güçlüğü veya gecikmiş mide boşalması durumlarında, üst GİS endoskopisi yardımı ile kapsül endoskopi uygulanabilir. Kapsül endoskopi, implante edilebilen defibrilatörlerde ve daimi pacemaker durumlarında da uygulanabilir.

Double-Balon Endoskopi (DBE)

Belirsiz GİS kanamalarında, %60-76 oranında tanı koydurucu özelliğe sahiptir. Özellikle, yaşlılardaki anji displazi varlığında, tanı rahatlıkla konabilir. Ancak yaşlı hastalarda bu tekniğin sık uygulanmamasına ve işlemin uygulanmasına dikkat edilmelidir.

ÖZEL DURUMLAR

NSAİİ ve GİS Kanamaları

Aspirin doza bağımlı olarak yaşlılarda kanama riskini artırmaktadır (7,8). İlave olarak kullanılan, non-aspirin antiplatelet ajanlar veya NSAİİ, kanama riskini arttırmaktadır. Benzer şekilde, aspirin ve diğer NSAİİ kullanımı, alt GİS kanaması riskini de, özellikle divertiküler kanama gibi, arttırmaktadır. Daha önce aspirine bağlı GİS kanaması olanlarda, kardiyoprotektif amaçlı olarak aspirin tekrar kullanılacaksa, en düşük koruyucu dozda verilmelidir. Düşük doz (100 mgr) aspirin kullanımı, kanama riskini elimine etmez. Uzun dönem aspirin kullanılması gereken vakalarda, aynı anda PPI ile beraber verilmelidir.

Aspirin, siklooksijenazı inhibe eder ve prostaglandin yapımını azaltır, GİS'de hasara neden olur. Aspirin alanlarda 12 hafta içinde endoskopi yapıldığında, vakaların %7-10'nda ülser saptanmakta, %47 oranında eroziv lezyonlar saptanmaktadır. Mukozal toksik etkisi, antitrombotik ilaçlarla artmaktadır. Düşük doz aspirin alanlarda (<166 mgr/gün), 2-4 kat daha fazla artmış üst GİS kanama öyküsü vardır. İleri yaş, *H. pylori* enfeksiyonu varlığı, eski kanama öyküsü olması, kronik böbrek

yetmezliği, diyabetes mellitus (DM), beraber antikoagülan ve NSAİİ kullanılması durumlarında kanama riski artar.

GİS kanamalarında, dual antiplatelet tedavi (DAT) kesilmesi önerilmektedir, ancak, bu konuda randomize kontrollü çalışmalar yoktur. Aspirin alan hastalarda, biyopsi veya polipektomi rahatlıkla yapılabilir. Klopidoğrel alanlarda biyopsi yapılabilir, ancak polipektomi problem yaratabilir. Akut koroner sendrom (AKS) veya koroner stent takılanlarda, DAT kesilmesi sonrası, mortalite olmaktadır. Oral antikoagülanlar ve DAT'nin kontrendike durumları Tablo 2'de, rölatif kontrendike olduğu durumlar Tablo 3'de belirtilmiştir. Akut GİS kanamalarında uygulanacak endoskopik ve endoskopik işlemler Tablo 4'de, yüksek riskli endoskopik işlemlerde antikoagülasyon ise Tablo 5'te belirtilmiştir.

Yaşlı hastada düşük doz aspirin kullanımı varsa (vasküler korunma); **a**) kanamayan ülser öyküsü varsa **b**) ülser komplikasyonu varsa (kanama veya perforasyon gibi) **c**) dual antiplatelet tedavi varsa, **d**) eşlik eden antikoagülan tedavi varsa, beraberinde PPI verilmelidir. Eğer bu kriterler yoksa; yaş \geq 60 yaş ise, kortikosteroid kullanımı varsa, dispepsi veya gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) semptomları varsa, yine

Tablo 2. Oral antikoagülanlar ve DAT'nin kontrendike olduğu durumlar

Büyük özofageal varisler	Akut kilinik olarak anlamlı kanama
Önemli trombositopeni (<50.000/ml)	Dekompanse karaciğer sirozu veya INR>1.5 olması
72 saat içinde majör ameliyat ve şiddetli kanama riski	Gebelik ve postpartum ilk 48 saat
Bu ilaçlara bilinen hipersensitivite	Şiddetli böbrek yetmezliği

Not: Yukarıdaki özellikler bireysel bazda değerlendirilmelidir. DAT: Dual antiplatelet tedavi, INR: Uluslararası normalleştirilmiş oran.

Tablo 3. Oral antikoagülanlar ve DAT rölatif kontrendike durumlar

Daha önce intrakranial hemoraji
Son 6 ayda majör intrakranial kanama
Yüksek riskli durumlar <ul style="list-style-type: none">- İleri yaş- Daha önce kanama- Kontrolsüz hipertansiyon- Şiddetli renal bozukluk- Akut hepatik yetmezlik- Trombositopeni (<80.000/ml)
Eşlik eden ilaç etkileşimleri (steroid, NSAİİ, metotreksat, immünsüpresifler)
Demans veya sınırlı kognitif bozukluk
Kronik alkol kullanımı

DAT: Dual antiplatelet tedavi, NSAİİ: Non-steroid antiinflamatuar ilaç.

Tablo 4. Akut GIS kanamalarında terapötik işlemler

Düşük riskli endoskopik işlemler (Diagnostik işlem + biyopsi, biliyer veya pankreatik stent, diagnostik EUS)
- Coumadine devam edilmelidir. - INR 1 hafta önce bakılmalıdır. - INR terapötik düzeyde ise, coumadine devam edilmelidir. - INR, terapötik düzeyin yukarısında ise, ancak <5 ise, günlük coumadin dozu, INR normale gelinceye kadar, azaltılmalıdır. - INR>5 ise, endoskopi merkezi ile görüşüp, randevu ertelenmelidir.
Yüksek riskli endoskopik işlemler - düşük riskli durumlar (Polipektomi, ERCP+sfinakterotomi, EMR, striktür dilatasyonu, varis tedavisi, PEG, EUS+FNA)
- Coumadin; işlemden 5 gün önce kesilmelidir. - INR kontrol edilerek, <1.5 olmalıdır. - İşlem günü gece, normal dozunda coumadin başlanmalıdır. - 1 hafta sonra INR kontrol edilerek, yeterli antikoagülasyon kontrol edilmelidir. - Klopidoğrel; 7 gün önce kesilmelidir, aspirin alıyorsa buna devam edilmelidir.

GIS: Gastrointestinal sistem, EUS: Endoskopik ultrasonografi, INR: Uluslararası normalleştirilmiş oran, ERCP: Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi, EMR: Endoskopik mukozal rezeksiyon, PEG: Paranteral endoskopik gastrotomi, EUS+FNA: Endoskopik ultrasonografi rehberliğinde ince iğne aspirasyonu.

Tablo 5. Yüksek riskli endoskopik işlemlerde antikoagülasyon

Yüksek riskli endoskopik işlemler-yüksek riskli durumlar
<i>Klopidoğrel almakta ise;</i> - Metalik koroner stent takılmışsa, klopidoğrel 7 gün önce kesilmelidir. - İlaçla kaplı koroner stent varsa ve >12 ay yerleştirilmişse, clopidogrel kesilmelidir. - İlaçla kaplı stentler > 6 ay yerleştirilmişse, klopidoğrel geçici olarak kesilmelidir. - Aspirin devam edilmelidir. - 1 gün takip sonrası, klopidoğrel başlanmalıdır
<i>Coumadin almakta ise:</i> - 5 gün önce kesilmeli, LMWH başlanmalıdır. - Coumadin kesilmesinden 2 gün sonra günlük LMWH başlanmalıdır. - Coumadin, işlem sonrası aynı gün başlanmalıdır. - Yeterli INR sağlanıncaya kadar, LMWH devam edilmelidir.

LMWH: Düşük molekül ağırlıklı heparin.

de PPI önerilmelidir. Enterik kaplı aspirin, kanama riskini azaltmamaktadır. Klopidoğrel ile PPI kullanılacaksa, omeprazol veya esomeprazol tercih edilmemelidir. Aspirin ve klopidoğrel kombinasyonu, kanama riski oluşturur. Dipiridamol, genelde üst GIS kanaması riski oluşturmaz. Siklooksijenaz inhibitörleri veya antiplatelet alanlarda kanama riskini belirleme, Tablo 6'da belirtilmiştir.

Yaşlı bir hastada, düşük doz antikoagülan alımı ve ülser kanama öyküsü varsa, PPI verilmelidir. NSAİİ; GIS hikayesi varsa (komplike), ≥65 yaş ise, eşlik eden antikoagülan, steroid, diğer NSAİİ, düşük doz antikoagülan kullanımı varsa, eşlik eden serebro vasküler olay (SVO) varsa (demans, v.s), *Helicobacter pylori* enfeksiyonu varsa, NSAİİ öncesi, *Helicobacter pylori* eradikasyonu uygulanması, ülser v.s riskini azaltmaktadır.

Tablo 6. COX inhibitörleri veya antiplatelet alanlarda kanama riskini belirleme

Düşük risk: Genç Yaş<65 Diğer risk faktörlerinin olmaması
Orta risk: Aşağıdakilerden bir veya 2 tane varsa Yaş>65 Diğer antiplateletlerle kombinasyon Diğer NSAİİ ilaçlarla kombinasyon Bifosfonatlarla kombinasyon SSRI ile kombinasyon Sistemik kortikosteroidlerle kombinasyon
Yüksek risk: 3 veya daha fazla orta risk faktörü veya Önceden akut üst GIS kanama öyküsü olması Önceden peptik ülser olması Antikoagülanlarla kombinasyon varsa

COX: Siklooksijenaz, NSAİİ: Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, SSRI: Serotonin geri alım inhibitörü, GIS: Gastrointestinal sistem.

NSAİ kullanımı, yaşlılarda hastane kaynaklı gastrointestinal kanamalara da neden olabilir. Aspirin veya siklooksigenaz-2 inhibitörü kullananlarda, perioperatif üst GİS kanama riski de artmaktadır. Profilaktik gastrik asit inhibisyonu, hastane kaynaklı üst GİS kanama olasılığını azaltmaktadır.

Sonuç olarak, ileri yaşlı hastalarda sindirim sistemi kanamaları, peptik ülser kanamasının en sık neden olması, kanamaya ait semptomlar açısından ve endoskopik tedavinin etkinliği ve güvenilirliği açısından, gençlerdeki gibi benzerlik göstermektedir. Ancak, kanama öncesi birkaç semptomun (karın

ağrısı, retrosternal yanma, dispepsi) olması, daha uzun hospitalizasyon süresi, öncelikli olarak öyküde aspirin, NSAİ ve antikoagülan kullanımının olması, eşlik eden komorbid hastalıkların olması, yüksek oranda re-bleeding olması, yüksek mortalite oranının olması nedeniyle, yaşlılardaki gastrointestinal sistem kanamaları, gençlerdeki sindirim sistemi kanamalarından farklılık gösterebilmektedir. Yeni kullanımına giren oral antikoagülanların (apixaban, dabigatran, rivaroxaban, edoxaban, betrixaban), yaşlılarda da gastrointestinal kanama olasılığını artıracığı unutulmamalıdır (22).

KAYNAKLAR

1. Kaplan RC, Heckbert SR, Koepsell TD, et al. Risk factors for hospitalized gastrointestinal bleeding among older persons. *Cardiovascular Health Study Investigators. J Am Geriatr Soc* 2001;49:126-33.
2. Brooks J, Warburton R, Beales IL. Therapeutic Advances Prevention of upper gastrointestinal haemorrhage: Current controversies and clinical guidance. *Ther Adv Chronic Dis* 2013;4(206-22).
3. Qureshi WA, Zuckerman MJ, Adler DG, et al; Standards of Practice Committee, American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guideline: modifications in endoscopic practice for the elderly. *Gastrointest Endosc* 2006;63:566-9.
4. ASGE Standards of Practice Committee, Chandrasekhara V, Early DS, Acosta RD, et al. Modifications in endoscopic practice for the elderly. *Gastrointest Endosc* 2013;78:1-7.
5. Albeldawi M, Qadeer MA, Vargo JJ. Managing acute upper GI bleeding, preventing recurrences. *Cleve Clin J Med* 2010;77:131-40.
6. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974;2:394-7.
7. Bulut OB, Rasmussen C, Fischer A. Acute surgical treatment of complicated peptic ulcers with special reference to the elderly. *World J Surg* 1996;20:574-7.
8. Lanas A, García-Rodríguez LA, Arroyo MT, et al; Asociación Española de Gastroenterología. Risk of upper gastrointestinal bleeding associated with selective cyclo-oxygenase 2-inhibitors, traditional non-aspirin non-steroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations. *Gut* 2006;55:1731-8.
9. Ben-Menachem T, Dominitz JA. Acute upper gastrointestinal hemorrhage in an elderly woman taking aspirin and clopidogrel. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:649-52.
10. Gerson LB. Proton pump inhibitors and potential interactions with clopidogrel: an update. *Curr Gastroenterol Rep* 2013;15:329.
11. Xiromeritis K, Dalainas I, Stamatakos M, Filis K. Aortoenteric fistulae: present-day management. *Int Surg* 2011;96:266-73.
12. Singh-Franco D. Do patients on anticoagulants also need acid suppressants? *Medscape Pharmacist* February 27, 2014.
13. Boustiere C, Veitch A, Vanbiervliet G, et al; European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Endoscopy and antiplatelet agents. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*;43:445-61.
14. Veitch AM, Baglin TP, Gershlick AH, et al; British Society of Gastroenterology; British Committee for Standards in Haematology, British Cardiovascular Intervention Society. Guidelines for the management of anti-coagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing endoscopic procedures. *Gut* 2008;57:1322-9.
15. Laine L, Hennekens C. Proton pump inhibitor and clopidogrel interaction: fact or fiction? *Am J Gastroenterol* 2010;105:34-41.
16. Farrell JJ, Graeme-Cook F, Kelsey PB. Treatment of bleeding colonic diverticula by endoscopic band ligation: an in vivo and ex vivo pilot study. *Endoscopy* 2003;35:823-9.
17. Medina C, Vilaseca J, Videla S, et al. Outcome of patients with ischemic colitis: review of fifty-three cases. *Dis Colon Rectum* 2004;47:180-4.
18. Albeldawi M, Ha D, Mehta P, et al. Utility of urgent colonoscopy in acute lower gastro-intestinal bleeding: a single-center experience. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2014;2:300-5.
19. Withlow CB. Endoscopic treatment for lower gastrointestinal bleeding. *Clin Colon Rectal Surg*. 2010;23:31-6.
20. Chait MM. Lower gastrointestinal bleeding in the elderly. *World J Gastrointest Endosc* 2010;2:147-54.
21. Kim HS, Kim TI, Kim WH, et al. Risk factors for immediate postpolypectomy bleeding of the colon: a multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1333-41.
22. Holster IL, Valkhoff VE, Kuipers EJ, Tjwa ETTL. New oral anticoagulants increase risk for gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2013;145:105-12.