

Akut Üst Gastrointestinal Sistem Kanamaları

Emine UYSAL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endoskopi Ünitesi, Ankara

Üst GİS kanamaları, özofagusun üst kısmı ile Treitz ligamanı arası herhangi bir yerden lümen içine olan kanamaları kapsar. Akut üst GİS kanama genellikle hastanın acilen doktora başvurmaya neden olan dramatik belirtilerle kendini gösterir. Bunlar, hematemez, melena, hematokezya veya hızlı kan kaybının diğer belirtileridir. Hematemiz, kan kusma anlamındadır. Parlak kırmızı renkte kırmızı kan, pıhtı parçaları veya kahve telvesi şeklinde ağızdan olan kusmaları içerir. Melena, siyah, katran gibi cıvık ve yapışkan, kötü kokulu dışkılamadır. Hematokezya, parlak kırmızı veya vişne çürüğü ('maroon') renginde kanın makattan çıkışına denir. Bağırsağa giren kanın hangi renkte dışarı atılacağını, kanamanın yeri, kanamanın hızı, kaybedilen kanın miktarı, bağırsak transit hızı ve gaita ile kanışım oranı belirler. Ayrıca lümene dökülen kan miktarı arttıkça bağırsak transit hızı da artar. Bu nedenle, bağırsak pasajının hızlandığı masif üst GİS kanamalarda, özellikle kan pıhtısı veya vişne çürüğü tarzında, hematokezya görülebilir. Oransal olarak azda olsa, bir kısım ciddi GİS kanamalı hasta, herhangi bir açık kanama bulgusu olmaksızın, kan hacmi kaybının ve aneminin yol açtığı belirtilerle başvurabilir. Bu belirtiler arasında halsizlik, dispne, senkop, solukluk, angina, soğuk terleme, bilinç bulanıklığı, ajitasyon ve solukluk sayılabilir.

İLK YAKLAŞIM

Kanamaya ataklarının çoğunluğu spontan olarak durur. Ancak devam eden veya tekrarlayan

kanamalı hastaların mortalitesi yüksek olduğundan, invaziv girişimsel tekniklere ihtiyaç duyulur. Terapötik endoskopi ve anjiografideki gelişmelere rağmen GİS kanamaya yaklaşımın köşe taşının uygun resusitasyonla birlikte hastanın durumunun hızlı değerlendirilmesi olduğu akılda tutulmalıdır. Etyolojiyi saptamaya yönelik herhangi bir girişimde bulunmadan önce hasta hemodinamik olarak stabilize edilmelidir. Sırayla,

1. Hastanın hızlı resusitasyonu ve durumunun stabil hale getirilmesi,
2. Kanama kaynağının saptanması,
3. Akut kanama atağının tedavisi,
4. Erken ve geç dönem rekürren kanamaların önlenmesi.

hastanın stabilitesini ve kaybedilen kan miktarını yansıtmaya açısından kan basıncı ve nabız, var olan semptomlardan ve hematokrit değerinden daha güvenilirdir. Miktar 500 ml den daha az olan kanamaların semptom oluşturmaları beklenmez. Kan hacminin %20'sinden fazlası kaybedildiğinde ortostatik hipotansiyon gelişir. Yatarken sistolik kan basıncının 90-100 mmHg altında, nabızın 100/dk üzerinde olması ciddi kanamayı gösterir. bu aşamadan sonra vasküler kollaps gelişir ve hasta şoka girer. Şok gelişmesi kan hacminin en azından %40'nın kaybedildiğini gösterir. solukluk belirgindir ve cilt soğuktur. Kan hacminin %40'dan fazlasının kaybedildiği kanamalara masif kanama denilir. Bu hastalar hipovolemik şoktaadır.

Hemoglobini 8 gr/dl'nin ve eritrosit sayısı 3.000.000 /mm³ altındadır.

Kanamalı hastaya ilk yaklaşım, önce hastanın hava yolu açıklığı sağlanmalı, solunum ve dolaşımın yeterli olması için gereken destek tedavisi hemen başlanmalıdır. Hastanın damar yolu açılmalı ve vital bulgular stabilize etmek için, hastanın genel sağlık durumunun izin verdiği ölçüde, hızlı bir şekilde saline veya ringer laktat infüzyonuna başlanmalıdır. Damar yolu açılırken tam kan sayımı, kan grubu, cross, hemostaz ve rutin biyokimya için kan alınıp hızlı bir şekilde laboratuvara ulaştırılmalıdır. Postural hipotansiyonu veya şok tablosu olan hastalara acilen 4-6 ünite eritrosit süspansiyonu hazırlanmalıdır. Hızlı mai replasmanına rağmen kan basıncı yükseltilemeyen hastalarda dopamin ve benzeri vazopresörler kullanılabilir. Yetersiz oksijenasyonu olan hastalara nazal kanül veya yüz maskesi ile oksijen verilmelidir. Hastanın vital bulgular ve idrar çıkışı monitörize edilmelidir. Ağır kanamaya bağlı şokta olan, hematemezi devam eden, bilinci bulanık veya ajite olan veya solunumu bozuk olan hastalarda elektif endotrakeal veya nazotrakeal entübasyon ve gerekir ise mekanik ventilasyon yapılmalıdır. Hemodinamik durumu bozacak ciddiyette GİS kanaması olan hastalar yoğun bakıma yatırılmalı ve genel cerrahi ile birlikte takip edilmelidir. Gençlerde hematokritin %20-25 arasında olması yeterli iken, 60 yaş üzeri veya ciddi kalp hastalığı olanlarda hematokritin %30'un üzerinde tutulması önerilir.

Akut kan kaybında, hematokrit ancak kanama atağından 24-72 saat sonra kan kaybının gerçek büyüklüğünü tam olarak gösterir. Damar içi hacim restorasyonu kanama durduktan sonra da devam ettiğinden hematokrit 1-2 gün daha düşmeye devam eder. Bu düşüş rekürren kanama olarak değerlendirilmemelidir.

Kanamamanın yaklaşık yeri (alt üst GİS ayrımı) kanamanın ortaya çıkış şekli ile çoğunlukla tahmin edilebilir. Hematemez, treitz ligamanının proksimalindeki kanamayı gösterir. Melena genellikle (%90-95) üst GİS'den kaynaklanır. Melenanın ince bağırsak veya sağ kolon kaynaklı olması seyrekdir. Hematokezya masif üst GİS kanama dışında, çoğunlukla kolon kaynaklı kanamayı gösterir. Hematokezyaların %5-10'unu üst GİS'den kaynaklanır. Kanama yeri şüpheli olduğunda NG tüp takılabilir. NG aspirat makroskopik olarak kanlı değil ise gizli kan için test yapmanın değeri yoktur. Gizli kan testi, kahve telvesi görünümü ile kanşan gıdalar

varlığında yardımcı olabilir. Kansız aspirat çoğunlukla özofagus ve mideden aktif kanamayı dışlar, ancak duodenum kaynaklı kanamayı dışlayamaz. Ayrıca kanamalı hastalarda NG tüp yolu ile irigasyon (oda ısısında çeşme suyu ile) yapılarak endoskopi öncesi midenin boşalması sağlanabilir. Üst GİS kanamasının alt GİS kanamasından ayrılmasında diğer yardımcı ipuçları, hiperaktif barsak sesleri ve BUN'in kreatine orantısız olarak yükselmesidir. BUN'deki artış damar içi hacim azalması nedeniyle glomerüler filtrasyon hızındaki düşmeye ve kan proteinlerinin bağırsak bakterileri tarafından yıkılmasına bağlıdır.

Akut GİS kanamalı hastalarda, kanama sonrası ilk 6 saat içerisinde hafif bir lökositoz ve trombositoz gelişebilir. Ayrıca doku hipoksisi nedeniyle metabolik asidoz görülebilir. Diğer laboratuvar anomalileri altta yatan başka bir hastalık olabileceğini düşündürmelidir. Örneğin sirozda PT ve PTT ve KCFT bozuk bulunabilir. Kanamalı hastanın izleniminde laboratuvar bulgularının tekrarı ve takibi önemlidir. Bir takip çizelgesi oluşturulmalıdır, çizelgede vital bulgular, klinik belirtiler ile verilen kan ürünleri ve sıvılarda miktarları ile yer almalıdır.

Hastanın durumu stabilize olmakta iken ayrıntılı öykü alınmalı ve dikkatli bir fizik muayene yapılmalıdır. Hastaya daha önce herhangi bir kanaması olup olmadığı, peptik ülser, siroz, kanser, arteriel greft yerleştirilme öyküsü, alkol, aspirin, NSAİD veya antikoagülan kullanımı, kan ağrısı veya öğürme veya bağırsak alışkanlığında değişiklik gibi kanama öncesi semptomlar, burun kanaması, kilo kaybı ve Gİ hastalıklarının aile öyküsü sorulmalıdır.

Fizik muayenede rektal tuşe yapılarak melena veya hematokezia araştırılmalıdır. Sirozun sarılık, jinekomasti, tenar-hipotenar atrofi, palmar eritem, spider angiom gibi periferik bulgular ve herediter hemorajik telenjektazinin vasküler anomalileri araştırılmalıdır. Ayrıca lenf adenomegali ve abdominal kitleler maligniteyi, abdominal duyarlılık peptik ülser veya pankreatiti, splenomegali ise siroz veya splenik ven trombozunu düşündürülebilir. Portal hipertansiyon işareti olarak asit ve kan damarında venöz kollateraller saptanabilir.

Vital bulgular etkileyen veya kan transfüzyonu gerektiren boyuttaki üst GİS kanamalar için ilk tanısal seçenektir. Endoskopi, hem kanayan lezyonun saptanmasına ve bu lezyona tedavi uygulanmasına olanak sağlar, hem de mortalite, cerrahi gereksinimi ve tekrar kanama riski yönünden prognostik bilgi verir. Genel olarak endoskopi

hastanın başvurusundan sonraki ilk 12-24 saat içinde yapılmalıdır. Daha geç yapılan endoskopilerde eroziv gastrit gibi bazı lezyonlar görülmeyebilir. Devam üst GİS kanama bulguları var ise, kanama masif ise veya varis kanamasından şüpheleniliyorsa, durum acil olarak kabul edilmeli ve mümkün olan en kısa sürede endoskopi yapılmalıdır. Endoskopi, hastaların yaklaşık %90-95'de kanamanın kaynağını saptar. Kanama yerinin saptanamadığı olgularda anjiyo yapılabilir. Cerrahi tedavi konusundaki en önemli nokta kanamanın kontrolü için cerrahi gerekecek gibi ise hasta iyice kötüleşmeden cerrahi tedavi kararının verilmesidir.

ETYOLOJİ

1. Peptik ülserler (%50-55),
2. Portal Hipertansiyona bağlı kanamalar (%10-20),
3. Hemorajik ve eroziv gastropati (%10-20),
4. Mallory-Weiss yırtığı (%5-15),
5. Hiatal herni-özofajit-özofageal ülser grubu (%5-15),
6. Neoplazmlar (%3-5),
7. Damarsal anomaliler (%1-5),
8. Diğerleri (%1-5).

PEPTİK ÜLSERLER

Peptik ülser kanaması için 3 primer patogenetik faktör vardır: asit, *Helikobakter pylori* (*H.pylori*) ve aspirin ve diğer nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar (NSAİİ).

Aspirin'in herhangi bir dozu Gİ komplikasyonları indüklemek için yeterlidir. Enterik kaplı olan ve olmayan aspirinler arasında farklılık yoktur.

Hemodinamik yönden stabil olmayan bütün kanamalı hastalar başlangıçta yoğun bakıma yatırılmalıdır. Bundan sonraki yaklaşımın ne olacağı konusunda temel yönlendirici ülserin endoskopik görünümüdür. Müdahale edilmediğinde aktif kanayan ülserin tekrar kanama oranı %55, visible vessel (yakın zamanda kanama) 'in ise %50'dir. Mortalite oranı %11'dir. Bu hastalara endoskopik tedavi yapılması gerekir. En az 1 günü yoğun bakımda olmak üzere 3 gün izlendikten sonra taburcu edilebilirler. Ayrıca bu hastalarda, NSAİİ'ler, mümkünse, tamamen kesilmelidir. Eğer NSAİİ'lerin kullanılması kaçınılmaz ise, kanama sonrası erken

dönemde PPI ile birlikte mümkün olan en düşük dozda kullanılmalan önerilmektedir.

PORTAL HİPERTANSİYONA BAĞLI KANAMALAR

Portal HT'a bağlı üst GİS kanamalarının esas kaynağı özofagus ve mide fundusunda gelişen varislerdir. Daha seyrek olarak portal hipertansif gastropati ve duodenopati ile ektopik varisler üst GİS kanamanın kaynağını oluşturur. Tüm üst GİS kanamaların %10-20'sinin sebebidirler ve prognozu en kötü olan gruptur. Masif kanamaların 3/1'den özofagogastrik varisler sorumludur. Kanama, genellikle, ani ve masiftir. Özofagus varisleri büyük olan ve fundal varisleri belirgin olan hastaların kanama riski daha yüksektir. Sirozu ve post-hepatik portal HT'u (örn. Budd-Chiari sendromu) olanlarda kanama bulgularıyla birlikte ilerlemiş KC hastalığının işaretleri sıklıkla vardır. Portal ven trombozu gibi pre-hepatik portal HT'u olanlar sadece akut üst GİS kanamanın bulguları ile başvurabilirler. Özofagus varisi bulunan hastaların üst GİS kanama ataklarının %30-40'ı Peptik ülser ve Mallory-Weiss yırtığı gibi varis dışı sebeplere bağlıdır. Özofagus varis kanaması genellikle endoskopik girişim gerektirir. Endoskopi sırasında varislerden kan fışkırdığı veya sızdığı görülebilir. Aktif kanama dışında, varisin yakın zamanda kanadığını gösteren işaretler (varis üzerinde yapışık pıhtı gibi), kanamanın kaynağının varis olduğunu gösterebilir.

Müdahale edilmediğinde, özofagus varislerine bağlı ilk üst GİS kanama atağının %30-50 mortalitesi vardır. Kanama sonrası 2 yıl içerisinde %70 tekrar kanama riski vardır. Varislerin büyük kısmında etyolojiden sorumlu olan sirozun mortalitenin yüksek olmasında büyük katkısı vardır. Çünkü ölümlerin %40'ı varis kanamasına değil ilişkili medikal sorunlara (hepatorenal sendrom, ensofalopati gibi) bağlıdır. Varis gelişimi için, basıncı 12 mmHg veya üzerinde olan, bir portal hipertansiyon mutlaka bulunmalıdır. Dekompanze KC hastalığı olanlar, kompanze olanlardan daha sık kanama geçirirler ve prognozları da daha kötüdür.

Gastrik varisler, genellikle özofagus varisleriyle birlikte bulunurlar. Ancak tek başlarına da bulunabilirler. Fundusa yerleşmişlerdir ve endoskopik olarak en iyi retrofleksiyonda görülebilirler. Portal HT'na bağlı kanamaların %7'sinden gastrik varisler sorumludur. Tedavileri farklı olduğundan ayırt edilmeleri önemlidir. Gastrik varisler belirgin ise ve özofagus varisleri minimal veya yok ise distal HT

(splenik ven trombozu, splenik arterivenöz malformasyon gibi) düşünülmalıdır. Bu hastalar basit bir splenektomi ile tedavi edilebilirler ve altta yatan KC hastalığı olmadığından prognozları çok iyidir. Cerrahi dekompresyon veya β -bloker ile portal HT tedavi edildiğinde, gastropatiye bağlı kanamalar kontrol edilebilir. Portal HT'ya bağlı bir diğer kanama kaynağı ise ektoptik varislerdir. Ektoptik varisler mutlak yerler (özofagus, kardiyak ve fundus) dışında gelişen varislerdir. GI sistemin herhangi bir yerinde ortaya çıkabilirler. Çekum, rektum, ileum, duodenum ve midenin distal kısımlarındaki ektoptik varislere bağlı kanamalar bildirilmiştir.

Varis kanaması, akut üst GIS kanamalarının, çoğunlukla, en hızlı şeklidir. Bu nedenle, ilk yaklaşımda esas önemli olan resüsitasyondur. Varis kanamalı hastalar mutlaka yoğun bakımda takip edilmelidir. Portal HT'ye bağlı kanamalara yaklaşımın diğer üst GIS kanama nedenlerinden temel farkı mayi-kan replasmanı yaparken daha dikkatli davranılması gereğidir. Çünkü bu hastaların damar içi hacmi gereğinden fazla arttığından kanama artabilir veya tekrarlayabilir. Varis kanaması ataklarının %90'ından fazlası hematokritin %30'un altına düşmesine neden olur ve kan transfüzyonu gerektirir. Ancak diğer kanamalar olduğu gibi, %70-80'i özgül girişime gerek duymadan durur.

Kullanılan tedavi yöntemleri etkilerine göre iki gruba ayrılabilir.

1. Grupta: Farmakolojik ajanlar, cerrahi şantlar ve TİPSS (transjuguler intrahepatik portosistemik stent şant) bulunur. Bu yöntemlerle hedef portal basıncı azaltılmaktadır.

2. Grupta: Hedef varislerin lokal kontrolü veya obliterasyonudur. Bu amaçla kullanılan yöntemler ise balon tamponatı, skleroterapi, band ligasyonu ve cerrahi devaskülerizasyondur.

Akut varis kanaması atağının tedavisinde veya profilaktik amaçla kullanılabilen birçok farmakolojik ajan mevcuttur. Farmakolojik tedavi teorik olarak en ideal tedavi şeklidir. Çünkü; daha ucuzdur, özel uzman gerektirmez, invaziv değildir ve gerektiği an kullanılabilir. Sıklıkla kullanılan ajanlar vazopressin, glipressin, somatostatın ve oktreoiddir. İlaçların etkisi, portal kan akımını azaltma veya intrahepatik ile kollateral dolaşımdaki direnç düşürme yoluyla olur. Vazopressin splanknik arteriyel vazokonstriksiyon yaparak ve splanknik kan akımını azaltarak portal basıncı düşürür. Bolus sonrası devamlı infüzyon tarzında kullanılır. Mutad dozu 0, 2-0, 4U/dk'dır. Yüksek doz (1, 0-5, 0U/dk)

önerenlerde vardır. Ancak kullanımı kısıtlayan yan etkileri vardır ve bu yan etkiler doz arttıkça artar. Birlikte sublingual veya i.v. nitrogliserin verilmesi yan etkileri önemli oranda azaltır. Vazopressin+nitrogliserin kombinasyon tedavisinin kanama kontrolü tek vazopressinden daha iyidir. Bu, nitrogliserinin kardiyovasküler sistemi koruyucu etkisinin yanı sıra portal venöz direnç ile portal basıncı da azaltmasına bağlıdır. Bu nedenle mutlaka nitrogliserinle birlikte kullanılmalıdır. Terlipressin veya glipressin vazopressinin sentetik analogudur. Etkisi vazopressinle benzerdir. Üstünlüğü ciddi yan etkisinin olmamasıdır. 4-6 saatte bir 1-2mg i.v. bolus tarzında kullanılır. Somostatin veya analogları portal basıncı düşürebilir ve vazopressinin ekstraplanknik vazokonstriktif yan etkileri olmadan varis kanamalarını durdurabilirler. Somostatin 250mg bolus sonrası 250mg/saat infüzyon dozunda kullanılır. Metoclopramide (metpamid), ağız özofagus sfinkterinin farmakolojik konstrikسیونuna neden olur. Bu nedenle, özofagusun distal 2cm. sinde kaynaklanan varis kanamalarını durdurabileceği düşünülmektedir.

Endoskopik ve farmakolojik tedavi varis kanamasını kontrol edemezse, eğitimli endoskopist yoksa veya kanama endoskopiye izin vermeyecek kadar hızlı ise balon tamponatı uygulanabilir. Sengstaken-Blakemore tüpü, Linton-Naclas balonu ve Minnesota tüpü balon tamponatı amacıyla kullanılan çeşitli balonlar vardır. Varislere doğrudan baskı uygulayarak kesin tedavi yapılabildiği kadar kanamayı geçici olarak kontrol edebilirler. Balon tamponadında %10-30 oranında komplikasyon geliştiği bildirilmiştir. Bunlar, özofagus perforasyonu, aspirasyon pnömonisi, tekrar yerleştirmeyi gerektiren malfunction, göğüs ağrısı, gastrik erozyon, ajitasyon ve asfiksidir. Artık sadece, endoskopik ve farmakolojik tedaviyle durdurulamayan kanamalarda geçici kontrol amacıyla veya endoskopik tedavinin olanaklı olmadığı hallerde kullanılmaktadır.

TİPSS'in klasik endikasyonları tekrarlayan varis kanaması ve intraktabl asittir. Akut kanamanın kontrolü amacıyla kullanılsa da, bu rutin bir uygulama olarak algılanmamalıdır. İsimden anlaşılacağı gibi juguler venden girilerek hepatik venlere ulaşıldıktan sonra Kc parankimini delinerek portal ven bulunur ve hepatik ven ile portal ven arasında bir stent yerleştirilerek bir çeşit portosistemik şant oluşturulur. Genel anestezi gerektirmemesi, işleme bağlı mortalitenin az olması KC transplantasyonuna engel oluşturabilecek cerrahi girişimlerden korunması avantajıdır. TİPSS, endoskopik tedaviye

rağmen tekrarlayan varis kanamalarını kontrol etmek amacıyla kullanılabilir, ama konda stentlerin yaklaşık yarısı ilk 6 ayda tıkanır. Cerrahi olarak, akut varis kanamasının kontrolü amacıyla değişik tiplerde portosistemik şant ameliyatları yapılmaktadır. Diğer tedavilerin başarısız olduğu hastalar için saklanır. Acil şant cerrahisinin mortalitesi çok yüksektir. (%50-80). Özofagus transseksiyonu; aktif varis kanaması için en basit tip acil cerrahi tekniktir. Cerrahi şantların aksine Kc transplantasyonuna engel oluşturmaz. Varisli hastaların %30'unda kanama gelişme riski olması ve ilk atağın bile %30 mortalite olması nedeniyle, bu ilk kanamanın önlenmesi önemlidir. Profilaktik portokaval şantlar, kanamayı başarılı şekilde önler ama sürvivali iyileştirmez.

En az invazif olan ve en çok kullanılan profilaktik tedavi şekli propranololdur. Nonselektif β -blokerler (propranolol ve nadolol) kardiyak çıktıyı azaltarak ve splanknik vazokonstriksiyon yaparak portal basıncı düşürürler. Bu ilaçların etkili olması için, hastanın bazal dinlenim nabzının tedaviyle %25 azaltılması gerekir.

Bugün için en uygun yaklaşım, kontrol endoskopi de orta veya büyük boy özofagus varisi saptanan hastalara, profilaktik β -bloker tedavisi başlanmasıdır.

HEMORAJİK VE EROZİF GASTROPATİYE BAĞLI KANAMALAR

Gastrit mide mukozasında inflamasyon anlamına gelir ve histolojik bir tanıdır. Hemorajik ve eroziv gastrit kanamaya neden olabilen ve endoskopik olarak saptanabilen erozyonlar ve subepitelyal hemorajiler gibi lezyonları kasteder. Tüm üst GİS kanamalarının %10-20'sinden sorumludurlar. Peptik ülserlerden daha yüzeysel lezyonlar oluşturduğundan (mucosalis mukozayı aşmazlar), submukozada veya daha derinde bulunan büyük damarlarla ilişkisizdirler. Bu nedenle majör kanamalara pek neden olmazlar. Üç önemli nedeni vardır:

- Alkol,
- NSAİİ,
- Stress.

En sık nedeni aspirin ve diğer NSAİİ'lerdir. NSAİİ'lere bağlı eroziv gastrit, genellikle, kendi kendini kısıtlayan bir hastalık olup, suçlu ajan kesildikten sonra hızla iyileşir. Kanamaların çoğunluğu spontan olarak durur.

Alkole bağlı gastrit, ilaçlara bağlı gastritler gibi, kendi kendini sınırlar, alkol kesildiğinde hızla iyileşir ve nadiren invazif girişim gerektirir. Genellikle yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda ortaya çıkan stres ülserleri, asit salgılayan mukozada diffüz yüzeysel yırtılmalar olmasıdır. Etiyolojide, mukozal kan akımında azalma ve müküs, bikarbonat gibi diğer koruyucu faktörlerde azalma suçlanmaktadır. En sık karşılaştığı durumlar şunlardır: majör cerrahi, ağır yanıklar, kafa travması veya ağır intrakranial hastalık, solunum yetmezliği, peritonit, sanlık ve şok. Bu hastalıklar sebebiyle yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaklaşık %10-20'sinde mide kaynaklı kanamalar gelişir. Altta yatan hastalığın ciddiyeti arttıkça kanama riski artar. Kanama olması hastanın mortalitesini 2-3 kat artırır.

Bu hastalarda, kanama olduktan sonra, kanama kontrolü amacıyla yapılan tedavilerin hepsinin başarısızlık oranı yüksektir. Bu nedenle, profilaksi çok önemlidir. Profilaksi için antiasitler, PPI, H₂RA ve sükralfat kullanılmıştır. Ancak, mide pH'sını arttıran ilaçların, midede bakteri çoğalmasına neden olarak nozokomiyal pnömöniye yol açtıklarından kuşkulılmaktadır. Bu nedenle sükralfat kullanımını tercih edenler çoğunluktadır.

MALLORY-WEISS YIRTIĞI

Bir diğer adı özofagogastrik yırtılma olup, genellikle masif kanama ile ortaya çıkar. Hafif-orta ciddiyetteki kanamaların %5'inin, masif kanamaların %20'sinin etiyojisini oluşturur. Alkol kullanımı olmadan da, şiddetli öğürtü nöbeti veya tekrarlayan kusmalar sonrasında gelişir. Kanama olgularının %80-90'ında kendiliğinden durur. Kanaması spontan durmayan hastalara, endoskopik injeksiyon tedavisi veya termal tedavi yapılabilir. Nadiren, cerrahi müdahaleyle yırtığın dikilmesi gerekebilir.

HİATAL HERNİ-ÖZOFAJİT-ÖZOFAGUS ÜLSERİ

Tüm üst GİS kanamalarının %5-15'inden sorumludurlar. Özofajit sıklıkla gastroözofageal reflüye bağlıdır ve yol açtığı kanama çoğunlukla GGK ve kronik anemi şeklinde olsa da bazen ciddi kanamaya da neden olabilir. Özellikle yaşlı ve büyük hiatal hernili hastalarda derin özofajial ülserler oluşup masif kanamalara yol açabilir. Barrett özofajitine yerleşmiş kronik ülserlerde masif kanama nedenidir. Akut kanama atağının tedavisinde

antisekretuvar ilaçlarla (H₂RA, PPI) birlikte mukozayı koruyucu ajanlar (garviscon, sükralfat) kullanılabilir. Yüksek doz PPI kullanılması tercih edilmektedir.

NEOPLAZMLAR

Gİ kanal neoplazmları, genellikle, kronik ve gizli kanamaya neden olur. Primer (adenokarsinom, stromal tümörler, nöroendokrin tümörler, lenfoma) veya metastatik (meme, melanom, Kaposi sarkomu vb) tümörler kanama nedeni olabilir. Akut üst GİS kanamalarının yaklaşık %3-5'i benign yada malign neoplazmlara bağlı ortaya çıkar. Gastrik polipler nadiren kanamaya neden olurlar. Adenomatöz, büyük ve saplı olan polipler masif kanamayla ortaya çıkabilir. GİS lenfomaları kemoterapi öncesi veya sonrasında kanama ve perforasyona neden olabilir. Bu nedenle cerrahi rezeksiyon önerilmektedir. Ampulla vateri veya duodenum tümörlerinin üçte biri hematemez veya meleno ile ortaya çıkar.

DAMARSAL ANOMALİLER

Damarsal anomaliler üst GİS kanamalarının %1-5'inden sorumludur. Kolon ve ince barsak kaynaklı kanamalara daha çok neden olurlar. Birçok tipi mevcuttur. Telenjektazi veya anjiodisplazi diye adlandırılanlar mukozayı ve submukozada yerleşen dilate tortioze damarlardır. Endoskopide kiraz kırmızısı renginde ve eğrelti otu şeklinde görülürler. En uygun tanı yöntemi endoskopidir. Tedavilerinde ilk tercih endoskopik hemostatik (lazer, bipolar ve heater prob) tedavidir.

DiĞERLERİ

Hemobilia, safra yollarından hemosuccus pancreaticus ise pankreastan olan kanamalardır. Mortalitesi yüksektir (%30-50). Hemobiliyalı hastalar klasik olarak, kanamaya eşlik eden biliyer kolik ve sarılıkla baş vurur. Anjiyografik olarak arteriel embolizasyon en seçkin tedavidir. Anjiyografi başarısız olduğunda cerrahi gerekebilir. Duodenal divertiküle bağlı kanama çok nadir olsa da literatürde bildirilmiştir. Gastroduodenal Crohn ve Behçet hastalığı nadir üst GİS kanama nedenlerindedir. Primer kan diskrazileri ve kollajen doku hastalıkları ciddi üst GİS kanamalarına neden olabilirler. AIDS'de fırsatçı enfeksiyon ve Kaposi sarkomuna bağlı kanama gelişebilir. Amiloidoz, mide tutulumu varsa ciddi kanama oluşturabilir. Ciddi Mİ sonrası hemorajik duodenit gelişebilir.

ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI (AGİK)

Alt GİS Kanamanın Eşanlımları Şunlardır:

- Alt intestinal kanama,
- Rektal kanama,
- Visible rektal kanama,
- Kolonik kanama,
- Kanlı diyaredir.

AGİK Kanlı Dışkının Rengi ve Karakterine Göre de Adlandırılabilir:

- Parlak kırmızı kanlı dışkılama,
- Vişne çürüğü dışkılama,
- Kanlı ve pıhtılı dışkılama,
- Hematokezya.

Kanlı dışkılama GİS kanalın herhangi bir yerinden kaynaklanabileceğinden bu "alt" tanımlanması sorun yaratmaktadır. Ya alt yada üst GİS kanamalı hastaların %80'inde bazı şekillerde kanlı dışkılamaları olmaktadır. Üst GİS kanamalı hastaların %11'i hematokezya ile gelmektedir. Bu AGİK'sında üst GİS kanamasına göre tanı konmasındaki güçlüklerden biridir.

Alt GİS kanama genellikle Treitz ligamanının altından kaynaklanan kanama olarak adlandırılır. Ancak incebarsak kaynaklı kanamalar AGİK'in %90-30'unu kapsamaktadır. Ortaya çıkışlarında, seyirlerinde ve sağaltımındaki farklılıklar nedeniyle AGİK'i Treitz ligamanından ileoçekal valve kadar olanı ince barsak (orta barsak kanaması) ile ileoçekal valvden anüse kadar olanı kolonik (alt barsak kanaması) diye ikiye ayırmak uygun olacaktır. Tüm girişimlere rağmen AGİK'lerin %6 kadarcıkta bir odak saptanmayabilir.

Tüm GİS kanamalarının %24'ü AGİK'dir. Akut AGİK erkeklerde kadınlardan daha fazladır ve divertikül, anjiodisplazi ve kolorektal kanser sıklığı yaşla artışı için 80'li yaşlarda 20'li yaşlara göre 200 kat fazladır.

AKUT KOLONİK KANAMA İÇİN TANISAL DOĞRULUĞUN HİYERARŞİSİ

DüzeY 1: Kesin Tanı

A. Anjiyografide veya endoskopide aktif olarak kanayan lezyon bulunması,

B. Endoskopide yeni kanamanın işaretlerinin (kanamayan visible vessel, yapışık pıhtı) bulunması

C. IA veya IB ile desteklenirse pozitif işaretleri eritrosit sintigrafisi (İES)

Düzyey 2: Olası Tanı/Emare

A. Potansiyel kanama kaynağı olarak meskun kolon segmentine lokalize taze kan

B. Kolona lokalize pozitif İES ve pozitif İES bölgesinde potansiyel kanama odağı gösteren kolonoskopi

C. Objektif renk testiyle teyit edilmiş parlak kırmızı renkli dışkılama ve negatif üst endoskopiyle tamamlanmış, kolonda tek potansiyel kanama kaynağı gösteren kolonoskopi

Düzyey3: Şüpheli Tanı

A. Hematokezya veya renk spesifikasyonu yapılmamış kanlı dışkılama ve bir veya daha fazla kanama kaynağı gösteren kolonoskopi.

AGİK'İN NEDENLERİ

- Anal fissür
- Hemoroid
- Kolonik divertikül
- Kolorektal kanser
- İnflamatuvar barsak hastalığı
- İnfeksiyöz kolit
 - Salmonella
 - Shigella
 - Campylobacter
 - Amip
 - C. difficile
 - E. coli O157:H 7

CMV

- İskemik kolit
- Radyasyon koliti
- Vasküler anomaliler
 - Anjiodisplazi/ektazi
 - Hereditör hemorajik telenjektazi
 - Arteriovenöz malformasyon
 - Kolorektal varisler

- Soliter rektal ülser sendromu
- Aortaenterik fistül
- Meckel divertikülü
- Duedonal/jeujenal divertikül
- Hemobilia/hemosuccus pancreaticus
- İnce barsak neoplazmları
- Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlarla ilişkili ince barsak ülserleri
- Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlarla ilişkili kolonik ülserler
- Parazitöz

Akut kanama kanamanın miktarına göre hafif-orta ve şiddetli kanama diye ikiye ayrılmıştır. Hafif-orta kanamalı hastalarda cerrahi veya kan transfüzyonu gibi hayat kurtarıcı önlemler için acil karar verilmesi gereken şiddetli kanaması olduğu kabul edilen hastalara göre anlamlı değişiklikler yoktur. Hafif-orta kanamalar AGİK'lerin çoğunluğunu teşkil eder ve ya aşık bir aradan sonra ani kanamanın kendiliğinden kesilmesi ile ya da daha yavaş fakat uzun süre rektal kanama ile karakterizedir.

AGİK'lı hastaların ilk değerlendirmesinde ayrıntılı ve konuya odaklanmış hikaye ve fizik muayene esastır.

İlk Laboratuvar Testleri:

Tam Kan Sayımı: İlk hemogloblin/hematokrit değerinin volüm kontraksiyonu nedeniyle kaybolan kan miktarının derecesini yansıtmayacağını ve hidrasyonundan sonra anlamlı şekilde düşebileceği unutulmamalıdır.

Elektrolitleri:

Kan Grubu ve Çapraz Karşılaştırma Koagülasyon Profili: (PT/aPTT) Özellikle hastanın KC hastalığı öyküsü varsa veya hasta antikoagulan ilaç kullanıyorsa bakılmalıdır.

Ayrıca, 50 yaşın üzerindeki hastalar, koroner arter hastalığı için risk faktörü olan veya disritmi öyküsü olan genç hastalar veya kanama atağı ile birlikte göğüs ağrısı/çarpıntı olan hastalar için EKG.

Öyküde Kaydedilecek Noktalar Şunlardır:

- Kanamanın natürü ve şekli, dışkının rengi ve dışkılamasının sıklığı,
- Abdominal ağrı, dışkılama alışkanlığındaki değişiklikler, ateş, urgency / tenesmus, kilo kaybı gibi ilişkili semptomlar,

• Önceki kanama epizodları, travma, önceki abdominal cerrahiler, geçmişteki peptik ülser hastalığı, inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü, kan ve pelvise radyoterapi öyküsü, böbrek, kalp akciğer ve karaciğer gibi organ disfonksiyonu öyküsü gibi uygun bir öykü,

• Kullanılmakta ya da kullanılmış olan ilaçlar (aspirin, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar, antikoagülanlar) ve allerjiler,

• Göğüs ağrısı/çarpıntı, istirahatte veya egzersizde dispne, baş dönmesi, göz kararması veya postural hipotansiyon gibi yakınmaların varlığı veya yokluğu.

Fizik Muayene Şunları İçermelidir (en az):

• Ortostatik hipotansiyonun varlığı derhal araştırılmalıdır. Kan basıncında >10mmHg düşme veya nabız dakika sayısında >10 vuru/dakika artış 800ml'den fazla (total dolaşan kan hacminin %15'i) akut kan kaybı olduğunun göstergesidir. Belirgin taşikardi ve taşipne, hipotansiyon, baskılanmış mental durum 1500ml'den fazla (total dolaşan kan hacminin %30'u) kan kaybının göstergesidir.

• Kardiopulmoner, abdominal ve rektal tuşe muayenesi.

Tanısal testler veya spesifik tedavi edici girişimlerden önce resüsitatif işlemler ve hastanın uygun bir şekilde monitorizasyonu sağlanmalıdır. Resüsitasyonun amacı, hipovoleminin düzeltilmesi ve hemodinamik dengenin sağlanmasıdır. Hastanın damar yolu açılarak, sıvı ve eritrosit ve kan ürünleri transfüzyonu yapılmalıdır. Hastanın hemodinamik durumuna bağlı olarak öykünün alınması ve fizik muayenenin resüsitatif işlemlerle eşzamanlı yapılması gerekebilir.

Kanlı Dışkının Rengi

Rektal kanamadan yakınan hastanın hekim tarafından sorgulanması ve kanlı dışkının doğrudan gözlenmesi AGİK tanısında standart yaklaşımdır. Dışkıdaki kanın rengi barsaktan geçen kanın barsakta kalış süresine bağlıdır.

Dijital Rektal Muayene

AGİK ile başvuran tüm hastalarda rutin bir inceleme ve ilk değerlendirme işlemi olarak önerilmektedir.

Nazogastrik Aspirasyon

Sigmoidoskopi

Anoskopi ve sigmoidoskopi anorektal ve sol kolondan kanayan lezyonun yerini tespit etmek için

sunulan en ucuz ve uygun testtir, akut hemoroidal veya rektal kanama bulunduğu takdirde tedavi edici bir yaklaşımda bulunabilecektir. Kolonoskopinin olmadığı yıllarda AGİK tanısında ilk yapılan işlemler olarak anoskopi ve sigmoidoskopi oldukça güncelmiş ve halen önerilmektedir.

Kolonoskopi,

İşaretleli Eritrosit Sintigrafisi,

Anjiyografi,

Özofagogastroduodenoskopi,

Baryumlu grafiler.

TEDAVİ EDİCİ GİRİŞİMLER

AGİK'li hastaların %85'inde kanama kendiliğinden durmaktadır, fakat kanaması devam eden veya tekrarlayan hastalar tedaviye ihtiyaç duyarlar.

Üç tedavi edici girişim vardır:

- Endoskopi,

- Anjiyografi,

- Cerrahi.

Ayrıca kolonoskopik tedavi yöntemleri de vardır. Bunlar: enjeksiyon tedavisi, endoklip, bant, laser tedavisi, heater probe tedavisi, monopolar ve elektrokoterdir.

Ciddi toksik koliti ve şiddetli kolonik iskemi olanlarda mukozodan kanama ve yapısal olarak zayıflamış kolon duvarında perforasyon riski nedeniyle kolonoskopi yapılmamalıdır.

Anjiyografi: Kanama anjiyografide saptandığında, hemostaz intraarteriyel vazopressin infüzyonu veya supraselektif transkateter embolizasyonu sağlanabilir. İntrarteriyel vazopressin tedavisinden amaç arteriyel veya kapiller düzeyde splanknik arteriyel basınçta azalma sağlamaktır.

Cerrahi: Devam eden ciddi kanamalı hastalarda bilinen kanama kaynağı için acil sınırlı segmental rezeksiyon (belirgin segmental rezeksiyon), kolonun adenokarsinoması gibi bilinen kanama kaynağı için veya bir kolon divertikülü gibi bilinen bir lezyondan yeniden kanama için elektif segmental rezeksiyon, bir bilinmeyen kanama kaynağı için acil segmental kolon rezeksiyonu (kör segmental rezeksiyon) ve bir bilinmeyen kanama yeri için ileorektal anastomozlu acil total abdominal kolektomi.

AGİK'li hastalarda cerrahi önermek için kullanılan birkaç kriter vardır. 24 saat içinde 4 üniteden fazla kan transfüzyonu ihtiyacı ve toplam 10 ünite kan transfüzyonu cerrahi girişim göstergesidir. Tekrarlayan kanama cerrahi girişim için bir belirteç olarak kullanılabilir.

İNCE BARSAK KANAMALARININ SEBEPLERİ

- **İncebarsağın Vasküler Lezyonları:** (vasküler lezyonlar ince barsak kanamalarının en yaygın sebebidir %70-80).

- Anjiodisplazi
 - Sporadik
 - Böbrek yetmezliği ve Von Willebrand hastalığıyla ilişkili
 - Konjestif gastropati
 - Watermelon Stomach (gastrik antral vasküler ektazi)
- Venöz ektazi
- Telenjektazi
- Hemanjiom
- Arteriovenöz malformasyon
- Caliber-persistent artery (Dieulafoy lezyonu)

Anjiodisplazi, daha uygun tabiriyle vasküler ektaziler, genişlemiş damarlardır (kılcallan da içeren) ve displazik doku içermezler. Anjiodisplaziler klasik olarak sağ kolonda olur diye tanımlanır. Kolonik anjiodisplaziler ilk tanımlandığında kolonik ektaziler küçüktür ve baskın olarak çekum ve çıkan kolonda konumlanmıştır. Genellikle endoskopi sırasında tanı konur. İnce bağırsak vasküler lezyonları ya açık ya da gizli kanamaya sebep olabilirler. Hastalar sadece pozitif GGK testine veya melena ya sahip olabilirler.

Anjiodisplazilerin neden kanadığının sebebi açık değildir. Kanamalar ince duvarlı kapilleri çatlatan yüksek basınçtan veya mukozayı aşındıran besinlerden kaynaklanır.

İnce Barsak Tümörleri: İkinci en yaygın sebebidir. Çoğunlukla selimdir. Belirli hastalıklar ince barsak malignitesi gelişme riskini artırır. Çölyak hastalığı, adenokarsinoma ve lenfoma'nın riskini artırır. Crohn hastalığı, familial polipozis ve Peutz-Jeghers sendromunun yarattığı gibi. Adenokarsinoma riskini artırır. HIV enfeksiyonu incebarsak lenfoma-

sının ve Kaposi sarkomasının riskini artırır. Leiomyoma ve leiomyosarkoma bütün incebarsak boyunca oluşabilir. Bunlar kanayan en yaygın tümörlerdir. Pankreatik kanser direkt olarak duodenumu istila edebilir ve kanamayla görülebilir.

İnce Barsağın Ülserasyonu: İnce bağırsaktaki ülserel hastalıklar da incebarsak kanamasına sebep olabilir. Bu kategoride, Crohn hastalığı en yaygındır. Bu hastalarda, kanama genellikle tek semptom değildir. Çünkü çoğunluğu aynı zamanda Crohn hastalığının, diare ve abdominal ağrı gibi, yaygın semptomlarıdır. Zollinger-Ellison sendromu, bazı enfeksiyonlar, medikasyonlar ve çeşitli vaskülitler de ince bağırsak ülserasyonuna sebep olur. Tüberkülozlu, sifilizli, tifoidli ve histoplazmozlu ince bağırsak enfeksiyonlarında kanamaya sebep olurlar. Potasyum, NSAİİ ve 6-mekaptopurin gibi medikasyonlarda ince barsak ülserasyonuna ve kanamaya sebep olurlar.

İncebarsak Divertikülü: Jejunal divertikül ince barsak kanamalarına sebep olabilir.

İnce Barsak Vasküler Anomalileri: İnce barsak varisleri masif kanamaya sebep olabilir. Bu lezyonlar duodenum ve proksimal jejunumda konumlanır. İnce barsak varisleri genel olarak malignensi gibi portal hipertansiyonun prehepatik sebepleri ile ilişkilidir.

Bir aortaenterik füstüldeki kanama masiftir ve hayatı tehdit edicidir.

İNCE BARSAK KANAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

- Radyoloji
- Cerrahi
- Enteroskopi

Kolonun temizliğinden sonraki kolonoskopi akut AGİK'le hastaneye yatırılmış hastalarda seçilecek ilk işlemdir. İES'li/siz anjiyografi, kolonoskopinin mümkün olmadığı veya başarısız olduğu kanamalı hastalar için uygundur. AGİK'li hastalar çok büyük teşhissel zorluklar gösterebilir. AGİK demir eksikliği veya pozitif bir GGK testi gibi bilinmeyen bir tarzda da görülebilir, endoskopik gastrointestinal değerlendirme bu hastaların çoğunda endikedir.

Gizli Gastrointestinal Kanamalar ve Gaitada Gizli Kan Tespiti İçin Yapılan Testler

Gizli kanama hasta tarafından fark edilmeyen kanama olmakla birlikte gaitanın gözle muayenesinde de fark edilmez. Yetişkinlerin %5'inde gizli kanama varlığı saptanmıştır. 200ml'ye kadar olan üst GİS kanamaları melenaya yol açmazken, alt gastrointestinal sistemde daha az kanın lümenine geçmesi görülür-aşikar kanamaya neden olur.

Gizli kanamaların çoğu kroniktir. Gizli kanama anlamlı şekilde devam ederse demir eksikliği anemisine neden olur.

GİZLİ KAN KAYBINA YOL AÇAN NEDENLER

Neoplazmlar

1. Pimer adenokanser
2. Metastatik tümörler
3. Büyük polipler
4. Leiomyoma
5. Lenfoma
6. Leiomyosarkoma
7. Lipoma

İnfeksiyon-İnfestasyonlar

1. Anklostoma Duedonale
2. Strongyloidosis
3. Ascariasis
4. Amebiasis
5. İntestinal tuberculosis

Vasküler Nedenler

1. Anjiodisplazi
2. Vasküler ektazi
3. Portal gastropati
4. Hemanjioma
5. Blue rubber bleb nevus sendromu
6. Watermelon stomach (gastrik antral vasküler ektazi)
7. İskemik kolitis

İnflamatuvar Hastalıklar

1. Peptik ülser, özofajit, eroziv gastritis
2. Hiatal herni (cameron erozyonları)
3. İnflamatuvar barsak hastalığı (Crohn, Kolitis ülseroza)

1. Celiac sprue
2. Whipple hastalığı
3. Eosinofilik gastroenteritis
4. Meckel divertikülü
5. Soliter rektum ülseri
6. Çekum ülseri

İlaçlar ve Diğer Nedenler

1. NSAİ ilaçlar
2. Antikoagulan tedavi
3. Uzun mesafe koşmak
4. Nazogastrik, gastrostomi tüpü

Vasküler ektaziler genel olarak yaşlılarda görülür. Genellikle çok sayıda olup, GİS'in herhangi bir yerinde görülebilirler. Klinik olarak sağ kolonda daha sık görülür. Yaşlılarda kronik böbrek yetmezliği ve vasküler ektazi birlikteliğinde olduğu gibi altta yatan hastalıkta da göz önünde bulundurulmalıdır.

Watermelon stomach'da kıvrımlı, dilate vasküler lezyonlar pilordan radyal şekilde antruma ilerler. Akut kanamaya neden olduğu gibi kronik gizli kanamaya da neden olmaktadır.

Hiatus hernisinde gizli kanama ve buna bağlı demir eksikliği anemisi görülür. Kanama herniden değil birlikte görülen Cameron erozyonlarından olur.

Demir eksikliği anemisi ile birlikte en sık kolon patolojisi kolorektal kanserlerdir. Sağ kolon kanserleri, sol kolon kanserlerine göre daha sessizdir ve kendilerini gizli kanama ve demir eksikliği anemisi ile gösterirler.

Mukozal hasarla seyreden hastalıklarda demir emilimi bozulduğu gibi kan kaybı da olabilir. Eozinofilik gastroenteritis, Whipple hastalığı, sistemik mastositoz, Celiac sprueda olduğu gibi.

NSAİİ (non-steroid anti inflamatuvar) ilaçlar ülserojenik ilaçlardır. Bu nedenle açık ve gizli kanamaya yol açabilirler. Gizli kanamaya bağlı demir eksikliği anemisine neden olabilir.

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ

Normal koşullarda demir homeostazisi, sıkı bir şekilde demir emilimi (proksimal ince barsaktan) ile demir kaybı arasındaki ilişki ile dengelenir. Normal bir diyetle her gün 5-15 mg elemental demir ve 1-5 mg hem-demir özellikle diyetteki etten alınır her gün 1-2 mg demir emilimi olur.

Normal koşullarda sağlıklı bir kişide her gün yaklaşık 1 mg (2 ml kan) demir, mikroerozyon ve mikroülserasyonlardan kaybedilir. 100 ml kanda 15 gram hemoglobin vardır. 2 ml kanda 0.3 gram hemoglobin vardır. Böylece günde 0.3 gram hemoglobin gaytayıyla atılır. Günde 150 gram gaita dışkılandığı düşünülürse 1 gram gaita ile 2mg hemoglobin hemoglobinin total ağırlığının %0.35'i demir olduğuna göre ve günde 300 mg hemoglobin gaytayıyla atıldığına göre her gün 1 mg demir gaytayıyla atılmaktadır. Ayrıca Gi sistemdeki epitel hücrelerin lümenine dökülmesiyle de demir atılır. Epitel hücreler demir içeren enzimleri bulundurmaktadır.

Demir açığı olduğu durumlarda ince barsaktan demir emilimi 2-3 kat artabilir. Kan kaybı ince barsakların kompanse edilemeyen emilim kapasitesini aşarsa demir eksikliği anemisi ortaya çıkar. Demir eksikliği anemisinin ortaya çıkması için gereken süre, başlangıç depo demir miktarına, intestinal demir emilimine ve kan kaybı miktarına bağlıdır.

Klinik: Hafif demir eksikliği anemisi genellikle asemptomatiktir. Ciddi anemisi olanlarda yorgunluk, solukluk, taşikardi hipotansiyon, kardiyak outputun artışı ile karakterize hiperdinamik kalp, pappilödem, kraniyal sinir paralizisi, retinal kanama, koilonişi, glosit, keiloziz, baş ağrısı, göğüs ağrısı, yaşlılarda miyokard infarktüsü, felç görülebilir.

Laboratuvar: Demir eksikliği anemisi mikrositer bir anemidir. Fakat her mikrositer anemi demir eksikliği anemisini göstermez. Talasemi, kurşun zehirlenmesi, sideroblastik anemi, kronik hastalık anemisi de mikrositer özellikler taşır. Özellikle talasemide mikrositoz ile birlikte eritrosit sayısında uygun olmayan bir yükseklik vardır. Kronik hastalık anemisinde serum transferini ve demiri düşüktür.

Serum ferritin seviyesi depo demiri yansıttığından anemi ortaya çıkmadan düşüşe geçmiştir. Ayrıca endoskopik değerlendirme demir yetersizliğine sahip asemptomatik hastalarda %44'lük bir teşhis sonucuna sahiptir.

Tedavi: Demir eksikliği malnütrisyona, malabsorpsiyona ya da kan kaybına bağlı olabilir, o nedenle öncelikle etiyolojiyle birlikte rol oynayan faktöre

yönelik tedavi yapılmalıdır. Bu tedaviyle birlikte demir tedavisine başlanmalıdır. Demir tedavisi ferrous sulfat 325 mg günde 2-3 kez verilerek başlanabilir. 7-15 günde retikülosit krizi görülür. İki ayda hemoglobin normal değere ulaşabilir. Demir depolarının dolması için tedaviye 3-6. ay devam edilmesi uygun olur. Bulantı, konstipasyon gibi yan etkiler %10-20 oranında görülebilir. Tolere edilebilmesi için doz azaltılabilir ya da İM preparatlar verilebilir. Parenteral demir tedavisinde anaflaktik reaksiyon olabileceği unutulmamalıdır.

GAİTADA GİZLİ KAN

Gaitada gizli kan arama yöntemlerinin GİS kanamayı saptama olasılığı kanamanın anatomik düzeyinden, gaitanın transit zamanı, gaitanın kanştırılması ve intraluminal hemoglobin yıkımı gibi hastaya bağlı faktörlerden ve GİS kanal lezyonlarının kanama özelliklerinden etkilenir. İdeal bir GKG arama yönteminin araştırılmasındaki belki en önemli dürtü böyle bir yöntemle GİS kanserlerinin erken tanısı, dolayısı ile erken tedavilerinin temini ile bu tür kanserlerin mortalitesinin düşürülmesi umududur. Ülkemizde GKG aramak için Guaiac yöntemi kullanılmaktadır. Kimyasal metodların pozitif olma olasılığı kanayan lezyonun lokalizasyonu ve ebatına bağlı olan heminin miktarı ile orantılıdır. Bu testler geniş distal lezyonları saptamada daha iyidir.

Guaiac Testinde Yalancı Pozitifliğe Yol Açan Nedenler:

- GİS dışı kanamalar; epistaksis, diş eti kanamaları ve hemoptizi,
- İlaçlar; aspirin, diğer NSAİİ'ler,
- Eksojen peroksidaz aktivite; kırmızı et, bazı meyve pişmemiş sebzeler. Yalancı pozitiflik yapan gıda olarak en fazla kırmızı et suçlanmıştır. Yüksek peroksidaz aktivitesi sebze ve meyvelerin (kırmızı turp, karnabahar, havuç, enginar, salatalık, kabbak, greyfurt, lahana, patates, incir) yalancı pozitiflik yapabileceği de klasik bilgidir,
- Demir preparatlarının kullanılması da yalancı pozitiflik doğurabilmektedir. Antiasitlerin içerdiği bismut da gaitaya koyu renk verebilir ve testlerin değerlendirilmesini güçleştirebilir.

Feçeste gizli kan aranmasında kullanılacak ideal testin sensitivitesi ve spesifitesi yüksek olmalıdır. Bugün için konvansiyonel olarak kullanılan bir test yoktur.

Kitle taramasında pozitif bir testin Gİ bir kanser ve özellikle kolorektal kanser yakalama açısından prediktif değeri %5-10 arasındadır.

Kitle taraması yapmak klasik yöntemlerle anlamsız görünmektedir. Gizli kan yöntemleri bu nedenle esas olarak kliniklerde yardımcı laboratuvar yöntemi olarak kullanılmaktadır. Bu amaçla da yalancı pozitiflik yapabilecek kırmızı et, demir prepratları, aspirin gibi faktörler anemnezde ekarte edilerek Benzidine ve Orthotolidine testlerinden biri kullanılabilir.

DEĞERLENDİRME VE AYIRICI TANI

Bir hastada pozitif sonuç elde edildiğinde klinik ilgi öncelikle kolonun incelenmesine yönelmelidir.

Hava kontrastlı kolon grafisi çekilen hastalarda rektosigmoidi tam olarak değerlendirmek için fleksibl kolonoskopi gerekmektedir. Bazı çalışmalarda hava kontrastlı kolon grafisinin kolon kanseri ve geniş adenomları saptamada etkin olduğunu gösterse de kolonoskopi kadar etkin değildir. Değerlendirme stratejisini belirlerken yalnız etkinlik değil aynı zamanda ücret, hasta tarafından kabul edilebilirlik ve komplikasyon oranları da önemlidir. GGK pozitifliği saptanan hastalarda ciddi üst GİS hastalıkları da saptanabilir. GGK'si pozitif olan hastalarda birde ciddi reflü, dispepsi, kann ağrısı gibi üst GİS semptomları, kilo kaybı ve demir eksikliği mevcut ise üst GİS mutlaka incelenmelidir.