

ACİL SERVİSE BAŞVURAN ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALI HASTALAR İÇİN, BAZI ZAMAN DEĞERLERİNİN PROSPEKTİF OLARAK SAPTANMASI

*Nurullah GÜNAY, *Cuma YILDIRIM, *Suat ZENGİN, *Beril KÖSE,
*Murat ÇAVDAR, *Hilal HOCAGİL, **Murat GÜLŞEN, **Cemil SAVAŞ,
**Mehmet KORUK, **Abdurrahman KADAYIFÇI
*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı,
**Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep.

ÖZET

Üst gastrointestinal sistem (ÜGIS) kanamaları acil servislere önemli başvuru sebeplerinden biri olup, erken tanı ve tedavi gerektiren bir durumdur. Üst gastrointestinal sistem kanaması düşünülen hastalarda acil endoskopi yapılması sonucu, hem kanama odağının tespiti ve uygun tedavi tipinin (konservatif, endoskopik, cerrahi) seçilmesi sağlanmış olmakta hem de kanama miktarı, tekrar kanama ihtimali, cerrahi tedavi sıklığı, mortalite oranı ve hastanede kalış süresi azalmaktadır. Bu nedenle ÜGIS kanaması ile merkezimize başvuran hastalarda; 1- Hastanın şikayetleri başladıktan sonra acil servise başvurana dek geçen süre 2- Hastanın şikayetleri başladıktan sonra endoskopi yapılana dek geçen süre 3- Acil servise başvurduktan sonra endoskopi yapılana dek geçen süre olmak üzere, 3 ayrı zaman dilimini ortaya koymayı ve bu süreler içerisinde, literatürde verilenleri özdeşleri ile karşılaştırmayı amaçladık.

Yerel etik kurul onayı alındıktan sonra 01.09.2003 - 01.06.2005 tarihleri arasında yapılan bu prospektif çalışma, Gaziantep Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı ve Gastroenteroloji Bilim Dallarının işbirliği ile gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmaya toplam 110 (66 E, 44 K) hasta alınmış olup, hastaların yaşları 18-97 arasındadır. Hastaların 50 (%45)'si acil servis gözlem ünitesinde, 60 (%55)'i ise yoğun bakım ünitesinde tedavi edildi. Hastanede yatış süresi ortalama 4,7 gün (1-60) olmuştur. Taburcu edildikten 1 ay sonra telefon ile aranan hastalardan 5'inin daha öldüğü öğrenilmiştir. Çalışmamızın amacı olan zaman farkları; Zaman Farkı⁽¹⁾: 8,9 saat, Zaman Farkı⁽²⁾: 13,6 saat ve Zaman Farkı⁽³⁾: 4,6 saat olarak bulundu.

Hastaların acil servise başvurması ile endoskopi yapılması arasında geçen süreye baktığımızda; literatürde bildirilen süreden (17,2 saat) çok daha iyi bir noktada olduğumuzu söyleyebiliriz. Diğer bir ifade ile söz konusu çalışmada acil servise başvuran hastalara 17.2 saatte endoskopi yapılırken, bizim çalışmamızda bu süre 4.6 saat gibi oldukça kısa sürede yapılmıştır. Sonuç olarak, acil servisimize başvuran ÜGIS kanamalı hastalara ortalama endoskopi yapılma süresi 4.6 saat olup literatürde bildirilen süreden oldukça kısadır ve bu kısalık hastaların tanı ve tedavilerine olumlu yansımaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Üst gastrointestinal sistem kanamaları, acil endoskopi, acil servis

SUMMARY

Introduction: Upper gastrointestinal system (UGI) bleeding is one of the most important medical problems requiring early diagnosis and treatment in an emergency department (ED). With urgent endoscopy, the diagnosis can be confirmed and conservative, interventional or operative treatment can be initiated. With this approach, bleeding, rebleeding, surgery, mortality and hospital stays have been decreased.

Methods: A prospective observational study of patients with UGI hemorrhage presenting over a 22-month period was performed and the following three durations recorded: first symptoms to ED presentation (1), first symptoms to endoscopy (2), and ED presentation to endoscopy (3). Telephone follow-up was done one month after presentation.

Results: During the study period, 110 UGI hemorrhage patients were evaluated (66 male, 44 female; age range 18-97 years). Fifty patients (45%) were treated in a normal ED room, and 55% in resuscitation room. Mean durations (as described above) were 8.9 hours (1), 13.6 hours (2), and 4.6 hours (3). On one-month follow-up, five patients (4.6%) had died. Discussion: The mean time from ED presentation to endoscopy was much shorter in our study than that in recent studies (4.6 vs 17.2 hours). The beneficial effects of such a short time from ED presentation to endoscopy need to be further evaluated. Key words: Upper gastrointestinal bleeding, endoscopy, emergency department

KEY WORDS: Upper gastrointestinal bleeding, endoscopy, emergency department

GİRİŞ

Üst gastrointestinal sistem (ÜGIS) kanamaları acil servislere önemli başvuru sebeplerinden biri olup, erken tanı ve tedavi gerektiren bir durumdur. Üst gastrointestinal sistem kanaması düşünülen hastalarda acil endoskopi yapılması sonucu, hem kanama odağının tespiti ve uygun tedavi tipinin (konservatif, endoskopik, cerrahi) seçilmesi sağlanmış olmakta hem de kanama miktarı, tekrar kanama ihtimali, cerrahi tedavi sıklığı, mortalite oranı ve hastanede kalış süresi azalmaktadır.^(1,2) Ülkemizde sınırlı sayıda olmakla birlikte, günün her saati ÜGIS kanaması ile başvuran hastalara acil endoskopi yapılan merkezler bulunmaktadır. Gaziantep Üniversitesi Acil Servisi de bu merkezlerden birisidir. Literatürde, ÜGIS kanamalı hastalarda kanama başladıktan sonra, endoskopi yapılana dek geçen süre

ile ilgili bilgilere ulaşmak mümkün olmakla birlikte,^(3,4,5,6,7,8) ülkemiz kaynaklı yapılmış çalışmalarda böyle bir bilgiye rastlayamadık. Bu nedenle ÜGIS kanaması ile merkezimize başvuran hastalarda;

1- Hastanın şikayetleri başladıktan sonra acil servise başvurana dek geçen süre

2- Hastanın şikayetleri başladıktan sonra endoskopi yapılana dek geçen süre

3- Acil servise başvurduktan sonra endoskopi yapılana dek geçen süre olmak üzere, 3 ayrı zaman dilimini ortaya koymayı ve bu süreler içerisinde, literatürde verilenleri özdeşleri ile karşılaştırmayı amaçladık.

METOD

Yerel etik kurul onayı alındıktan sonra 01.09.2003 - 01.06.2005 tarihleri arasında yapılan bu prospektif çalışma, Gaziantep Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı ve Gastroenteroloji Bilim Dallarının işbirliği ile gerçekleştirilmiştir. İlgili tarihler arasında Gaziantep Üniversitesi Acil Servise başvuran ÜGIS kanamalı hastalar için, acil servis uzman doktoru tarafından çalışma ile ilgili form dolduruldu. Doldurulan bu form, hastaya ait demografik bilgiler, vital bulgular, başvuru şikayeti (hematemez, melena, hematokezya ve diğer), özgeçmiş (daha önce ÜGIS kanama, peptik ülser, kronik hastalık, ilaç- alkol-sigara kullanımı), tedavi şekli (endoskopik, cerrahi, medikal, verilen toplam kan miktarı), yattığı yer (yoğun bakım, acil gözlem veya gastroenteroloji servisi), yatış gün sayısı, sonuçta şifa ile taburcu olup-olmadığı ve taburcu olmuş ise 1 ay sonraki telefon bilgisi ile sağlıklı olup-olmadığının kontrolünü içerdi. Ayrıca çalışmamızın amacı olan, hastaların ÜGIS kanama semptomlarının başlama, acil servise başvurma ve endoskopi yapılma saatleri kaydedilerek bu saatler arası farklar ortaya çıkarıldı. Buna göre, Zaman Farkı⁽¹⁾ (Semptomun başlama saati ile acil servise başvurma saati arasındaki süre farkı), Zaman Farkı⁽²⁾ (Semptomun başlama saati ile endoskopi yapılma saati arasındaki süre farkı) ve Zaman Farkı⁽³⁾ (Acil servise başvurma saati ile endoskopi yapılma saati süre farkı) olmak üzere 3 ayrı zaman süresi (saat olarak) tanımlandı. Çoğu hastanın semptomunun başlangıcı olarak kanamayı gördüğü an alınmış olmakla birlikte, dışı kanaması ön planda olmayan bir kısım hastada ise ÜGIS kanamasına eşlik edebilecek olan senkop ve hipotansiyon gibi semptomların başladığı saat baz alındı. Ayrıca özefagus varis kanaması ve endoskopi sonrası erken dönem taburcu edilenler dışında tüm hastalara 3 günlük proton pompa inhibitörü (80 mg i.v. puşeyi takiben 8 mg/saat pantoprazol infüzyon) tedavisi uygulanmıştır.

BULGULAR

Bu çalışmaya toplam 110 (66 E, 44 K) hasta alınmış olup, hastaların yaşları 18-97 arasındadır. Yetmiş üç (%66) hasta hematemez ve melana, 20 (%18) hasta hematemez, 13 (%12) hasta melana, 2 (%2) hasta hemetokezya ile başvururken, senkop, baş dönmesi ve diğer hipotansif semptomlar gibi atipik şikayetler ile başvuran 2 (%2) hastaya da ÜGIS kanama tanısı konmuştur.

Hastaların özgeçmişlerine baktığımızda; 63 (%36)'ünde non-steroidal antiinflatuvar ilaç kullanımı, 32 (%18)'sinde önceden geçirilmiş ÜGIS kanama, 29 (%17)'unda sigara kullanımı, 19 (%10)'unda kronik karaciğer hastalığı, 16 (%9.2)'sinde peptik ülser, 7 (%4)'sinde kronik böbrek hastalığı, 7 (%4)'sinde alkol kullanımı, 3 (%2)'ünde (%1,7) trombolitik tedavi alma, 2 (%1)'sinde antikoagülan ilaç, 2 (%1)'sinde malignite hikayesi olduğu öğrenildi (Tablo.1).

Endoskopik tanıların (38 hasta duodenal (%31), 37 hasta gastrik (%30) olmak üzere) %60'ını peptik ülser hastalığı oluşturmuştur. İkinci en sık sebep 15 hasta ile (%12) özefagus varis kanaması olup, diğer etyolojiler tablo 2'de gösterilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların 77 (%70)'sine medikal tedavi uygulanırken, acil cerrahi tedavi 3 vakada (gastrik ülserli 1, mide kanseri olan 1 ve skleroterapi ile başarı sağlanamayan özefagus varis kanamalı 1 hasta) gerekli olmuştur. Kanamaya endoskopik olarak müdahale edilen toplam 30 (%27) hastadan; 7 (%6)'si özefagus varis kanaması, 12 (%11)'si gastrik ülser, 8 (%7)'i duodenal ülser, 1 (%1)'i Mallory Weiss sendromu, 1 (%1)'i mide kanseri ve 1 (%1)'i de gastrik varisli hastalardı.

Kan transfüzyonu ortalama her hasta için 2.4 ünite/hasta olup, peptik ülserde bu oran 1,7 ünite/hasta, varis kanamalarında 2,9 ünite/hasta olmuştur. Tekrar kanama görülen 10 (%9) hastadan 3'ü cerrahi olarak tedavi edildi. Ölen 9 hastadan; 1'i peptik ülser, 4'ü varis kanaması, 1'i mide kanseri ve 3'ü ise kanama odağı tespit edilemeyen hastalardı (Tablo.3).

Hastaların 50 (%45)'si acil servis gözlem ünitesinde, 60 (%55)'i ise yoğun bakım ünitesinde tedavi edildi. Hastanede yatış süresi ortalama 4,7 gün (1-60) olmuştur. Taburcu edildikten 1 ay sonra telefon ile aranan hastalardan 5'inin daha öldüğü öğrenilmiştir. Çalışmamızın amacı olan zaman farkları; Zaman Farkı⁽¹⁾: 8,9 saat, Zaman Farkı⁽²⁾: 13,6 saat ve Zaman Farkı⁽³⁾: 4,6 saat olarak bulundu.

TARTIŞMA

Akut ÜGIS kanamaları, acil servislere başvuran hastalar içinde önemli bir yere sahiptir. Bu hastaların acil servise başvuru şikayetlerinin çoğunluğunu hematemez ve/veya melena oluşturmakta olup,^(9,14) çalışmamızdaki hastaların en sık başvuru nedenleri de bu olmuştur. Non-steroidal-anti-inflatuar ilaç kullanımının sıklıkla rastlandığı bu hastalarda, alkol kullanımı, kronik karaciğer hastalığı da etyolojide yer alabilmektedir.⁽¹²⁾ Çalışmamızda özellikle eroziv gastritlerde analjezik kullanımı %36 gibi önemli bir oranda olup, bazı hastalarda bilinçsiz ve reçetesiz analjezik kullanımı tek neden olarak karşımıza çıkabilmiştir. Diğer bir ifade ile en sık reçetesiz tüketilen ilaç gruplarından birisi olan analjezikleri kullanan hastalar, bu ciddi sonuç ile acil servislere başvurabilmektedirler.

Endoskopik bulgular ışığında baktığımızda; ÜGIS kanamalarının en sık sebebi peptik ülserler⁽¹⁰⁾ olup, bu çalışmada da %61 oranında kanama nedeninin endoskopik olarak gösterilen peptik ülser olduğunu görmekteyiz. Hatta bu oran literatürde bildirilen bazı oranlardan, daha fazla olmuştur. Bölgemizdeki beslenme

şeklinin buna neden olduğu düşünülebilir. Peptik ülserin neden olduğu kanama en sık neden olmakla birlikte, hasta başına en az kan transfüzyonu gerektirmiştir (1.7 Ü). En fazla transfüzyon gerektiren grup özefagus varis kanamalı hastalar %12 oranında görülmüş olup, hasta başına 2.9 ünitelik kan transfüzyonu gerektirmiştir. Ayrıca bu hastaların hastanede daha uzun süre kaldıkları, kanamalarının daha fazla yinelediği ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu şimdiye dek bildirilmiş olan özefagus varis nedenli kanamalar^(9,14) takip ve tedavisinde en çok zorlukların yaşandığı hasta grubu olmuştur.

Mortal seyreden 9 hastadan 4'ü özefagus varis kanamalı hasta olup, bu hastalarda mortalite beklenen bir sonuç olabilmektedir. Kanama odağı tespit edilemeyen 3 hastanın mortal seyretmesi de erken endoskopik yaklaşımın önemini ortaya çıkarmaktadır diye düşünmekteyiz. Her ne kadar bu konuda istatistiksel olarak elde edilmiş bir sonucumuz olmamakla birlikte, bu hastalar kaybedilmiştir.

Özellikle çalışmanın yapıldığı zaman olmak üzere, genelde hastanemizde Acil Servise başvuran hastaların yatışı için yer problemi yaşanmaktadır. İstatistiksel sonucumuz olmadan yaptığımız diğer bir pratik gözlemimiz de şu olmuştur; cerrahiye giden 3 hasta dışında, erken endoskopi sonucu hastaların acil serviste gözlem odasına alınmasına (50 (%45)) yada yoğun

bakım ünitesine transferine (60 (%55)) karar verilmesi sayesinde en azından bu hastalar için yer problemi az sıklıkta yaşanmıştır.

Çalışmamızın esas amacı olan süre tayinlerinden Fark⁽³⁾'e baktığımızda, literatürde bildirilenden⁽¹⁴⁾ (17,2 saat) çok daha iyi bir noktada olduğumuzu söyleyebiliriz. Diğer bir ifade ile söz konusu çalışmada acil servise başvuran hastalara 17.2 saatte endoskopi yapılırken, bizim çalışmamızda bu süre 4.6 saat gibi oldukça kısa sürede yapılmıştır. Hastanede kalma süresi ve mortalite oranının literatür ile uyumlu olması ve hatta bazılarında daha düşük olmasını bu sürenin kısalığına bağlayabiliriz. Ayrıca literatürde bildirilen bu oranların bazıları non-varisiel çalışmalara aittir. Şimdiye kadar bildirilmiş herhangi bir veriye rastlayamadığımız fark⁽¹⁾ (8,9 saat) ve fark⁽²⁾ (13,6 saat) süre tayinlerinin de önemli olduğunu düşünmekteyiz. Semptomun başlaması ile acil servise başvurusu arasında geçen süre yani Fark⁽¹⁾, hastaların bilinçli davranıp acil servise erken başvurmaları kadar acil sistemleri ile de ilişkilidir düşüncesindeyiz. Fark⁽²⁾'ye, diğer iki farkın yansımaları olarak bakılabilir ve bu zaman sürelerinin daha sonra yapılabilecek çalışmalar için baz değer olması amaçlanmıştır. Sonuç olarak, acil servisimize başvuran ÜGS kanamalı hastalara ortalama endoskopi yapılma süresi 4.6 saat olup literatürde bildirilen süreden oldukça kısa olup, bu kısalık hastaların tanı ve tedavilerine olumlu yansımaktadır.

Tablo 1. Hastalara ait özgeçmiş

Hikaye	N	%
Önceden gis kanaması	32	18,5
Peptik ülser	16	9,2
Karaciğer hastalığı	19	10,09
Böbrek hastalığı	7	4
Antiküagülan kullanımı	2	1,1
Alkol	7	4
Sigara	29	16,7
NSAID kullanımı	63	36,4
Trombolitik kullanımı	3	1,7
Varfarin	2	1,1
*Diğerleri	2	1,1

*Malignite, oral antibiyotik, altta yatan medikal hastalıklar.

Tablo 2. Üst endoskopi ile saptanan lezyonlar

Endoskopik bulgular	Hasta Sayısı	%
Duodenal Ülser	38	31,4
Gastrik Ülser	37	30,5
Özafajial varis	15	12,3
Bulbit/Erezyon	7	5,8
Gastrik Varis	7	5,8
Özafajial erezyon	4	3,3
Eroziv/Hemorajik Gastrit	4	3,3
Mide kanseri	3	2,5
*Diğerleri	4	3,3
**Lokalize edilemeyenler	2	1,6

*Diğerleri:1) Mallory-Weiss Sendromu

2) Özafajial ülser 3) Gastrik Polip

**Lokalize edilemeyenler: Tanı konulamayanlar veya normal muayene.

Tablo 3. Hastaların klinik seyri

Tanılar	Verilen Kan Ünite/Hasta	Tekrar kanama (n=10)	Eksitus (n=9)
Peptik ülser (75)	1,72	1	1
Varis (22)	2,9	5	4
Gastrit (4)	1,75	1	-
Erezyon (4)	1,30	-	-
Diğerleri (4)	1,23	1	1
Belirlenemeyen (2)	2,9	2	3

Varis:Özefagus ve/veya gastric varis

Gastrit: Eroziv/ hemorajik gastrit

Erezyon: Özafajial ve bulber..

KAYNAKLAR

1. Velayos FS, Williamson A, Sousa KH, Lung E, Bostrom A, Weber EJ, Ostroff JW, Terdiman JP. Early predictors of severe lower gastrointestinal bleeding and adverse outcomes: A prospective study. Clin Gastroenterol Hepatol. 2004; 2 (6): 485-90.
2. Belohlavek J, Hruby M, Polak F, Bortlik M. Nonvariceal acute upper digestive tract hemorrhage--therapeutic approach Cas Lek Cesk. 2001; 140(10):295-298.
3. Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE, Margaritis VG, Blikas AP, Katsakoulis EC, Nikolopoulou VN. Clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2004; 16(2): 177-182.
4. Oh DS, Pisegna JR. Pharmacologic Treatment of Upper Gastrointestinal Bleeding. Curr Treat Options Gastroenterol. 2003; 6(2): 157-162.
5. Pfau PR, Cooper GS, Carlson MD, Chak A, Sivak MV Jr, Gonet JA, Boyd KK, Wong RC. Success and shortcomings of a clinical care pathway in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Am J Gastroenterol. 2004; 99(3): 425-431.
6. Oh DS, Pisegna JR. Pharmacologic Treatment of Upper Gastrointestinal Bleeding. Curr Treat Options Gastroenterol. 2003; 6(2): 157-162.
7. Anwar RM, Dhanji A, Fish A, Singh S. Impact of protocol-based guidelines on the management and outcome of acute upper gastrointestinal hemorrhage in a district general hospital. Can J Gastroenterol. 2003; 17(2): 97-100.

8. Adamopoulos AB, Baibas NM, Efstathiou SP, Tsioulos DI, Mitromaras AG, Tsami AA, Mountokalakis TD. Differentiation between patients with acute upper gastrointestinal bleeding who need early urgent upper gastrointestinal endoscopy and those who do not. A prospective study Eur J Gastroenterol Hepatol. 2003; 15(4): 381-387.
9. Parente F, Anderloni A, Bargiggia S, Imbesi V, Trabucchi E, Baratti C, Gallus S, Porro GB. Outcome of non-variceal acute upper gastrointestinal bleeding in relation to the time of endoscopy and the experience of the endoscopist: a two-year survey. World J Gastroenterol. 2005; 11(45): 7122-7130.
10. Palmer K. Management of haematemesis and melaena. Postgrad Med J. 2004; 80(945): 399-404.
11. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal hemorrhage. BMJ. 1995; 311: 222-226.
12. Bornman PC, Theodorou N, Shuttleworth D. Importance of hypovolaemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: a prospective evaluation. BMJ. 1985; 291: 245-249.
13. Griffiths WJ, Neuman DA, Welsh DA. The visible vessel as an indicator of uncontrolled or recurrent gastrointestinal hemorrhage. N Engl J Med. 1979; 300: 1411-1413.
14. Zaltman C, Souza HS, Castro ME, Sobral Mde F, Dias PC, Lemos V Jr. Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopy records. Arq Gastroenterol. 2002; 39:74-80.