

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastaların Etiyolojik ve Prognostik Değerlendirilmesi

*An etiological and prognostic evaluation of patients with upper gastrointestinal bleeding from Karadeniz Technical University
Department of Emergency Medicine*

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2010;10(1):20-25

Süleyman TÜREDİ,¹ Abdülkadir GÜNDÜZ,¹ Mustafa YANDI²

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi,
¹Acil Tıp Anabilim Dalı,
²Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

ÖZET

Amaç: Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları acil servislere sık başvuru nedenlerinden birisi olup, etyolojik nedenlerine göre mortalitesi de değişkenlik gösteren, hızlı tanı ve tedavi gerektiren bir acildir. Ülkemizde acil tıp anabilim dallarından üretilen çalışmalar içerisinde üst GİS kanamalarını konu edinen yayın sayısı sınırlıdır. Biz, acil servisimize başvuran üst GİS kanamalı hastalarda kanamanın etiyolojik nedenlerini, tedavi yaklaşımlarını, prognostik faktörleri, yeniden kanama oranlarını, hastaların kısa ve uzun dönem mortalitelerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: İleri dönük gerçekleştirilen bu çalışmada 1 Mart 2004 - 1 Mart 2005 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'nde üst GİS kanama tanısı alan hastalar incelendi. Bu hastalarda kanamanın etiyolojik nedenleri, terapötik yaklaşımları ve prognostik faktörleri ve bunların hastane içi veya hastane dışı mortaliteleri ve yeniden kanama oranları incelendi.

Bulgular: GİS kanamalı 179 hastayı içeren çalışmamızda üst GİS kanama nedenleri sırasıyla, eroziv gastrit (%22.9), gastrik ülser (%22.3), duodenal ülser (%22.3), özefagus varisleri (%17.9) ve malignite (%9.5) olarak saptandı. Altı aylık mortalite oranı %12.8, hastane içi mortalite oranı ise %9.5 olarak saptandı. Yeniden kanama oranı ise %27.9 idi. Özefagus varis kanaması, kronik karaciğer yetmezliği varlığı, yineleyen kanama ve malignite, mortalite artışı ile ilişkili bulundu ($p<0.05$). Olguların %60.3'üne yalnız tıbbi tedavi, %31.3'üne tıbbi ve endoskopik tedavi, %6.1'ine tıbbi, endoskopik ve cerrahi tedavi, %2.2'sine ise tıbbi ve cerrahi tedavi birlikte uygulandı.

Sonuç: Trabzon ili üst GİS kanama hastaları için referans hastane olan hastanemizde mortalite oranı ile literatür verileri arasında önemli bir fark yoktur. Yeniden kanama oranı literatür verilerinden daha fazla saptanmış olması, hastanemizdeki varis ve malignite hastalarının sayıca fazla olmasına bağlıdır.

Anahtar sözcükler: Üst gastrointestinal kanama; mortalite; prognoz.

SUMMARY

Objective: Upper gastrointestinal (GI) bleeding is a common cause of presentations to the emergency department (ED) which requires urgent diagnosis and treatment with varying mortality rate according to its etiology. A limited number of study from emergency departments in Turkey interested in gastrointestinal bleeding. In the present study, we aimed to determine the etiologies, therapeutic approaches, prognostic factors, rebleeding rates and short and long term mortality rates of upper GI bleeding who admitted to the ED of Karadeniz Technical University.

Methods: This prospective study, conducted between March 1, 2004 and March 1, 2005, investigated patients with GI bleeding applying to the KTU Medical Faculty Hospital Emergency Department. Etiological causes, therapeutic approaches and prognostic factors together with mortality rates and levels of recurrence of bleeding in or out of hospital was investigated.

Results: Our study included 179 patients with upper GI bleeding. Etiological causes of bleeding were found as erosive gastritis (22.9%), gastric ulcer (22.3%), duodenal ulcer (22.3%), esophageal varices (17.9%) and malignity (%9.5), respectively. Mortality rates were determined as 12.8% in 6 month follow up and as 9.5% in hospital. A total recurrence rate of bleeding rate of 27.9% was also found. The presence of esophageal varices, chronic liver disease, recurrence of bleeding and malignity were associated with increased mortality ($p<0.05$). Treatment procedures performed were found as medical treatment alone (60.3%), medical and endoscopic (31.3%), medical, endoscopic

İletişim

Dr. Süleyman TÜREDİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Acil Tıp Anabilim Dalı,
61080 Trabzon, Turkey.

Tel: +90 - 462 - 377 58 19

Faks: +90 - 462 - 325 05 18

Elektronik posta: suleymanturedi@hotmail.com

and surgical treatment (6.1%), medical and surgical treatment (2.2%).

Conclusions: There was no significant difference between the mortality level in our hospital, a reference hospital for GI bleeding patients in the Turkish province of Trabzon, and the data in the literature. Our recurrence of bleeding rate was higher than that in literature, and this was particularly ascribed to the high frequency number of patients with varices and malignity in our hospital.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding; mortality; prognosis.

Giriş

Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları yüksek mortalite, morbidite ve yatış maliyeti nedeniyle önemli bir acil başvuru nedenidir.^[1] Kanamaların yaklaşık %80'i kendiliğinden durmakta, %20'si ise devam etmekte veya tekrarlamaktadır. Bu hasta grubunda %15-30'lara ulaşan cerrahi girişim ihtiyacı, %30-40'lara varan mortalite oranları görülmektedir.^[2,3] Tanı ve tedavi girişimlerindeki gelişmeler rağmen, üst GİS kanamanın yaklaşık %10 olan mortalitesinde uzun zamandır istenilen iyileşme sağlanamamıştır. Bu nedenle üst GİS kanamalı hastaların acil servisteki değerlendirme, tanı ve tedavi yaklaşımları özel bir öneme sahip olmaktadır.

Ülkemizde üst GİS kanamaları konusunda acil servislere yapılmış çalışma sayısı kısıtlıdır. Bu çalışmada, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran üst GİS kanamalı hastalarda, kanamanın etyolojik nedenleri, prognostik faktörleri, tedavi yaklaşımları, yeniden kanama oranları, kısa ve uzun dönem mortaliteleri araştırılmıştır. Hastanemiz Karadeniz bölgesinin referans hastanesi olması nedeniyle, bulgularımızın geniş bir coğrafi bölgede gelişen üst GİS kanamaları için referans kabul edilebileceğini düşünüyoruz.

Gereç ve Yöntem

Etik kurul onayı alındıktan sonra, 1 Mart 2004 - 1 Mart 2005 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisinde üst GİS kanama tanısı alan 16 yaş ve üzeri erişkin hastalar prospektif olarak araştırıldı. Çalışmaya dış merkezde tanısı koyulup hastanemize sevk edilen veya hastanemizde tanısı konulup tedavisi düzenlendikten sonra sevk edilen hastalar da dâhil edildi. Çalışmaya alınan fakat daha sonra yeniden üst GİS kanama nedeniyle acil servise gelen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve çalışma süresince takip sırasında kendisi ile bağlantı kurulamayan hastalar da çalışma dışında tutuldu.

Hematemez, meleno veya nazogastrik lavaj aspiratında hemorajik sıvı tespit edilen hastalarımızdan tanılarını endoskopik yöntemler ile kesinleştirilenler çalışmaya dahil edildiler. Ancak semptom ve bulguları ile üst GİS kanama düşünülen fakat endoskopik inceleme için uygun olmayan hastalar endoskopik parametreler dışındaki parametrelerin (yeniden kanama, mortalite gibi) değerlendirmelerine dahil edildiler.

Çalışma süresince hastalar için acil servise başvuruları esnasında ve tedavi süresi boyunca yattıkları servislerde, uygulanan tanı ve tedavi yaklaşımının kaydedildiği bir form kullanıldı. Bu form ile yaş, cinsiyet, geliş yakınmaları, vital bulguları, laboratuvar bulguları, etyolojik nedenleri, eşlik eden hastalıklar, hastanede uygulanan tedavi protokolleri, endoskopik bulguları, cerrahi girişimler, hastanede kalış süresi gibi klinik ve demografik bilgileri kayıt altına alındı. Hastalara ayrıca taburcu olduktan 6 ay sonra telefon ile ulaşılarak, yeniden kanama ve mortalite açısından durumları tekrar değerlendirildi.

Acil servise başvuran tüm hastaların vital bulguları ve ilk resüsitasyonları acil tıpta araştırma görevlileri tarafından yapıldı. Tüm hastalara, sürekli kardiyak monitörizasyon, saatlik tansiyon ve idrar çıkışı takibi yapıldı. Hastalar gerekli standart sıvı resüsitasyonu, destek tedaviler ve nedene yönelik tıbbi, endoskopik veya cerrahi tedavileri aldılar. Endoskopik girişimler gastroenteroloji uzmanı tarafından Pentax EPM 3840 markalı video endoskop ile yapıldı.

Elde edilen veriler SPSS 11.0 (SPSS for Windows 11.0, Chicago, IL) programına kaydedildi ve istatistiksel hesaplamalar yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov normality test ile değerlendirildi. Verilerin analizinde student-t test ve ki-kare testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak p<0.05 olan değerler anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışma süresi olan bir yıllık dönemde üst GİS kanama tanısıyla 189 hasta takip edildi. Bu hastalardan 10'u (%5.3) verilerin takibinde karşılaşılan sorunlar ve 6 ay sonra yapılması planlanan değerlendirilmede hastalara ulaşılamaması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya alınan 179 vakanın genel özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Her iki cins için ortak özellikleri yaş grubunu içermeleriydi. Cinsiyetlere ve yaş gruplarına göre hasta dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre erkeklerle

Tablo 1. Üst gastrointestinal kanama tanısı alan 179 olgunun genel özellikleri.

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	128	71.5
Kadın	51	28.5
Yaş		
Erkek	61.62±15	
Kadın	67.4±16	
Başvurdukları iller		
Trabzon	103	57.5
Rize	29	16.2
Giresun	26	14.5
Artvin	13	7.3
Gümüşhane	5	2.8
Bayburt	3	1.7
Semptomlar		
Melena	154	86
Hematemez	114	63.7
Hematokezya	6	3.4
Senkop	3	2.2
Göğüs ağrısı	2	1.1
Baş dönmesi	1	0.6
Predispoze nedenler		
ASA veya NSAİİ kullanımı	124	69.3
Mide hastalığı öyküsü	70	38.6
Dispeptik yakınmalar	61	34.1
Sigara kullanımı	56	31.3
Kronik karaciğer hastalığı öyküsü	38	21.2
Antikoagülan kullanımı	13	7.3
Alkol kullanımı	11	6.1
Steroid kullanım öyküsü	4	2.2
Yandaş hastalıklar		
Kronik karaciğer yetmezliği	31	17.3
İskemik kalp hastalığı	29	16.2
Hipertansiyon	17	9.5
Malignite	16	8.4
Kalp yetmezliği	15	7.8
Diabetes mellitus	12	6.7
Akut miyokard enfarktüsü	7	3.9
Kronik böbrek yetmezliği	6	3.4
Serebrovasküler hastalık	6	3.4
Kanama diatezi	5	2.8
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	5	2.8
Astım	4	2.3

ASA: Asetilsalisilik asit; NSAİİ: Non-steroid antiinflamatuar ilaç.

rin kadınlara göre daha genç yaşta üst GİS kanama geçirdikleri saptandı ($p<0.05$). Hastalardan 116'sının (%64.8) ilk kez GİS kanama geçirdiği, 63'ünün (%35.2) ise daha

Tablo 2. Üst gastrointestinal kanama tanısı alan olguların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı.

Yaş	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<60	50	(39.1)	12	(23.5)	62	(34.6)
60-79	70	(54.7)	29	(56.9)	99	(55.3)
≥80	8	(6.3)	10	(19.6)	18	(10.1)

önce en az bir kez GİS kanama öyküsü olduğu belirlendi. Olguların 113'ünde (%63.1) en az bir tane eşlik eden hastalık bulunmaktaydı. Eşlik eden yandaş hastalıklar Tablo 1'de gösterildi.

Takip edilen 179 hastanın 33'ü (%18.4) hayatını kaybetti. Bu hastaların 10'u (%5.5) kanama dışı nedenlerden öldükleri için üst GİS kanama mortalitesi olarak değerlendirilmedi. Kanama nedeniyle hayatını kaybeden 23 (%12.8) hastanın, 17'si (%9.5) hastanede ilk yatışlarında, 6'sı (%3.3) ise ilk başvurudan sonraki 6 aylık takipleri sırasında hastane dışında kaybedildi. Mortalite nedenleri sıklık sırasına göre, %34.8 özefagus varis kanaması, %17.4 gastrik ülser, %17.4 malignite, %8.7 eroziv gastrit, %4.3 duodenal ülser ve %17.3 diğer nedenler olarak belirlendi. Endoskopide özefagus varisleri tespit edilenlerde, kronik karaciğer yetmezliği ve malignitesi olan hastalarda mortalite daha yüksekti (tüm gruplar için $p<0.005$). Ölen vakaların 17'si (%73.9) erkekti. Cinsiyetin mortalite üzerine bir etkisinin olmadığı saptandı ($p>0.05$). Sağ veya kanama dışı nedenlerden ölen 156 hastanın ortalama yaşı 62 ± 16 yıl saptanırken, GİS kanama nedeniyle ölen 23 hastanın ortalama yaşı ise 70 ± 11 yıl olarak belirlendi. Yaş yüksekliği ile artmış mortalite arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. ($p<0.005$).

Yeniden kanama ile mortalite arasındaki ilişki de anlamlı olarak değerlendirildi ($p<0.005$). Olguların 50'sinde (%27.9) hastanede yattıkları sürede veya taburcu edildikten sonra yapılan değerlendirmede ilk kanamadan sonraki 24 saat içinde yeniden kanama saptandı. Yeniden kanama oranları sıklık sırasına göre, polip ve Dieulafoy lezyonu olan vakalarda %66.7, maligniteli hastalarda %41.2, varisli hastalarda %37.5, gastrik ülserli hastalarda %27.5, *visible vessel* olan vakalarda %25, duodenal ülserli hastalarda %17.5, eroziv gastritli hastalarda %12.2 olarak saptandı. Yeniden kanama geçiren 50 hastanın 14'ü (%28) hayatını kaybetti. Üst GİS kanama için predispoze faktör-

Tablo 3. Hastaların endoskopi bulgularına göre üst gastrointestinal kanama nedenleri.

Etyolojik neden	Sayı	Yüzde
Eroziv gastrit	41	22.9
Gastrik ülser	40	22.3
Duodenal ülser	40	22.3
Özefagus varisleri	32	17.9
Malignite	17	9.5
Visible vessel	8	4.5
Özefageal ülser	5	2.8
Özefajit	4	2.3
Polip	3	1.7
Dieulafoy lezyonu	3	1.7
Alkalen reflü gastriti	3	1.7
Anastomoz ülseri	2	1.1
Duedenit	1	0.6
Mukozal kanama	1	0.6
Patoloji yok	2	1.1

lerden sadece asetilsalisilik asit (ASA) veya non-steroid antiinflamatuar ilaç (NSAİİ) kullanan hastalar ile yeniden kanama arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p<0.05$). Yandaş hastalıklardan sadece kalp yetmezliği olan hastalarda yeniden kanama oranları anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hastaların 161'ine (%94.4) tanı veya tedavi amaçlı endoskopi uygulandı. On sekiz (%5.6) hastaya ileri yaş, akut miyokard enfarktüsü, ciddi ritim ve solunum problemi veya endoskopi reddetmeleri gibi nedenlerden dolayı endoskopi yapılamadı. Endoskopi sonuçlarına göre tanımlar Tablo 3'de gösterildi. Endoskopi yapılamayan 18 hastanın 8'i (%42.2) hayatını kaybetti. Endoskopi yapılamayan hastalarda, endoskopi yapılan hastalara göre daha fazla ölüm saptandı ($p<0.05$). Endoskopi yapılan hastaların ortalama hastanede kalış süresi 6.17 gün, yapılmayanların ise 6.83 gün olarak belirlendi. Endoskopi yapılamayan hastalar ile endoskopi yapılan hastalar arasında, hastanede kalış süreleri açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi. ($p>0.05$)

Hastaların 108'ine (%60.3) sadece tıbbi tedavi (proton pompa inhibitörü, sıvı ve kan nakli), 56'sına (%31.3) tıbbi ve endoskopik tedavi, 11'ine (%6.1) tıbbi + endoskopik + cerrahi tedavi, 4'üne (%2.2) ise tıbbi + cerrahi tedavi prosedürleri uygulandı. Endoskopik tedavi uygulanan 73 (%45.3) hastada kullanılan endoskopik tedavi se-

çenekleri, skleroterapi %15.1, hetarprob %5.6, enjeksiyon %6.1, band ligasyon %5.6, hemoklips %3.9, skleroterapi + hetarprob %1.7, skleroterapi + band ligasyon %1.7, enjeksiyon + hemoklips %1.1 olarak belirlendi. Tüm hastaların %8.4'üne cerrahi tedavi uygulandı. Sadece tıbbi tedavi ile izlenen hastalarda mortalite %13.0 iken, endoskopik tedavi uygulananlarda %12.5 ve cerrahi tedavi uygulananlarda %13.3 olarak saptandı. Tedavi protokolleri ile mortalite farkı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Tedavi seçeneklerinden sadece tıbbi tedavi ile takip edilen hastaların ortalama hastanede kalış süresi 4.69 gün, endoskopi gerektiren hastalarda 6.09 gün ve cerrahi gerektiren hastalarda 17.87 gün idi. Bu gruplar arasında anlamlı fark istatistiksel fark tespit edildi ($p<0.005$).

Tartışma

Son otuz yılda üst GİS kanamalı hastaların tanı ve tedavisinde ilerlemeler kaydedilmiştir. Gelişmiş hasta bakım koşulları, yeni endoskopik ve cerrahi tekniklere rağmen mortalite oranları günümüzde halen geçmiş elli yılın düzeyleri olan %5-10 seviyelerindedir.^[4] Trabzon ili ve çevresinde, GİS kanama hastaları için referans hastane olan hastanemizde hastane içi mortalite oranı %9.5 saptanmış ve literatür verileri ile mortalite açısından önemli bir fark tespit edilmemiştir.

Çalışma sonuçlarımıza göre Doğu Karadeniz Bölgesi üst GİS kanamaları için erkek/kadın oranı yaklaşık 2,5/1'dir. Literatürde, Anand ve arkadaşlarının üst GİS kanamalı 408 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada erkek/kadın oranı benzer şekilde 3/1 olarak bulunmuştur.^[5] Rockall ve arkadaşlarının^[6] 1995 yılında yayınladıkları çalışmada bu oran 1,7/1 olarak bulunmuştur. Bu açıdan bölgemizde cinsiyete göre üst GİS kanama sıklığı literatür ile benzerdir. Üst GİS kanamalı hastalarda yaş ortalaması 63, bu oran erkeklerde 62, kadınlarda 67 olarak saptandı. GİS kanama geçiren erkekler daha genç yaşta iken, kadınların daha ileri yaşta oldukları belirlendi. Antony ve arkadaşlarının^[7] 2004 yılında yaptıkları çalışmada ortalama yaş çalışmamıza benzer şekilde 70 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda mortalite oranı 6 aylık izlemde %12.8, hastane içinde ise %9.5 olarak tespit edildi. Amouretti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastane içi ve dışı toplam mortalite oranı %10.7 bulunmuştur. Sereda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran yaklaşık %15, Rockall ve arkadaşlarının çalışmasında ise %11 olarak bulunmuştur.^[6,8,9] Literatürdeki mortalite oranları ile çalışmamızda

saptadığımız mortalite oranları benzerdi. Yaş ile mortalite arasında cinsiyetten bağımsız olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Literatürde de benzer sonuçlar olduğu ve yaş ile üst GİS kanamalı hastalarda mortalitenin arttığı gözlemlendi.^[6,10,11]

Çalışmamızda kanama nedenleri sırasıyla, eroziv gastrit (%22.9), gastrik ülser (%22.3), duodenal ülser (%22.3), özefagus varisleri (%17.9), malignite (%9.5), visible vessel (%4.5), özefageal ülser (%2.8) ve özefajit (%2.3) olarak belirlendi. Thomopoulos ve arkadaşlarının 1999-2003 yılları arasında yaptıkları çalışmada üst GİS kanama nedenleri içinde eroziv gastrit (%10.8), peptik ülser (%45), özefagus varis (%13.9) ve malignite (%7.2) olarak bulunmuştur; Rockall ve arkadaşlarının yaptığı 2332 hastalık seride ise eroziv gastrit (%10.3), peptik ülser (%36.1), özefagus varisleri (%4.6) ve malignite (%4.0) olarak bulunmuştur.^[12,13] Çalışmamızdaki eroziv gastrit ve varis kanaması oranları literatürdeki oranlardan daha yüksektir. Bu durumun seçilmiş vakaların referans hastane olan hastanemize gelmeleri, ülkemizdeki hepatit ve siroz insidansı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Benzer olarak aterosklerotik kalp-damar hastalıklarının ve romatizmal hastalıklarının bölgesel sıklığı göz önüne alındığında yüksek NSA-İİ ve ASA kullanımı eroziv gastrit insidansındaki yüksekliğin sebebi olabilir.

Olgularımızda yeniden kanama oranı %27.9 olarak bulundu. Bu hastalarda etyolojik nedenler arasında en sık, eroziv gastrit %12.2, gastrik ülser %27.5, duodenal ülser %17.5, malignite %41.2, varis %37.5, visible vessel %25, polip %66.7 ve Dieulafoy lezyonu %66.7 saptanmıştır. Rockall ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yeniden kanama oranı %15-16, Van Leerdam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada peptik ülserde %20, varislerde %25, eroziv gastritte %5 ve malignitede %10 toplamda %15-16 saptanmıştır.^[13,14] Bu verilere göre çalışmamızdaki yeniden kanama oranları literatüre göre yüksektir ve bu yükseklik özellikle varis ve maligniteli hastalardaki yüksek yeniden kanama oranlarından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda tedavi protokolleri ile mortalite farkı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ancak, literatürdeki güncel bilgiler ışığında hastalara başvuru anından itibaren 24 saat içinde endoskopi yapılması, gerekli ise hemostazın sağlanıp yeniden kanama durumunda yeniden endoskopi uygulanması ve eğer hemostaz sağlanamazsa cerrahi tedavi uygulanması uygun görülmektedir. Lau ve arkadaşları yaptıkları çalışmada başlan-

gıç endoskopik kontrol sonrası yeniden kanayan hastalarda yeniden endoskopi uygulanmasının cerrahi ihtiyacını ölüm riskinde artışa neden olmaksızın azalttığını ve cerrahiden daha az komplikasyona neden olduğunu belirtmişlerdir.^[15]

Çalışmamız bölgesel olarak üst GİS kanamalı hasta verilerimizin değerlendirildiği tek merkezli bir çalışma olarak değerlendirilmelidir. Çalışmaya dahil edilen hasta özellikleri, kanama için predispoze faktörler ve diğer bir çok etken farklılıklar gösterebileceğinden elde edilen sonuçların genelleme yapılarak kullanılması mümkün değildir.

Sonuç

KTÜ Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran üst GİS kanamalı hastaların incelenmesinde hastane içi mortalite oranı %9.5 saptanmıştır. Uygulanan tedavi yöntemleri ile mortalite arasında bir fark saptanmamıştır. Yeniden kanama oranı literatür bilgilerinden fazla saptanmış olup, bu durum hastanemize başvuran varis ve malignite hastalarının sayıca fazlalığına bağlanmıştır.

Kaynaklar

1. Hurst JM. Gastrointestinal Bleeding. In: Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR, editors. Critical care medicine. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1988. p. 1271-82.
2. Di Palma JA. Gastrointestinal bleeding. In: Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR, editors. Critical care medicine. 3th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 2033-45.
3. İliçin G, Ünal S. Gastrointestinal kanama. Temel İç Hastalıkları Cilt 1, 1996. s. 1060-65.
4. Gündüz A, Kesen J, Topbaş M ve ark. Acil servise başvuran üst gastrointestinal sistem kanamalı olguların retrospektif analizi. *Turkish J Med* 2004;2:57-61.
5. Paucar SH, Cossio VE, Lizárraga RJ. Upper gastrointestinal bleeding in Cuzco: two years experience. [Article in Spanish] *Rev Gastroenterol Peru* 1996;16(3):203-7. [Abstract]
6. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995;311(6999):222-6.
7. Anthony T, Penta P, Todd RD, Sarosi GA, Nwariaku F, Rege RV. Rebleeding and survival after acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Surg* 2004;188(5):485-90.
8. Amouretti M, Czernichow P, Kerjean A, Hochain P, Nousbaum JB, Rudelli A, et al. Management of upper digestive hemorrhage occurring in the community: patterns of patient care in 4 French administrative areas. [Article in French] *Gastroenterol Clin Biol* 2000;24(11):1003-11.
9. Sereda S, Lamont I, Hunt P. The experience of a haematemeses and melaena unit: a review of the first 513 consecutive admissions. *Med J Aust* 1977;1(11):362-6.
10. Greenwald DA. Aging, the gastrointestinal tract, and risk of acid-related disease. *Am J Med* 2004;117:8-13.
11. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict

-
- need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000;356(9238):1318-21.
12. Thomopoulos KC, Mimidis KP, Theocharis GJ, Gatopoulou AG, Kartalis GN, Nikolopoulou VN. Acute upper gastrointestinal bleeding in patients on long-term oral anticoagulation therapy: endoscopic findings, clinical management and outcome. *World J Gastroenterol* 2005;11(9):1365-8.
13. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Influencing the practice and outcome in acute upper gastrointestinal haemorrhage. Steering Committee of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Gut* 1997;41(5):606-11.
14. van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA, Geraedts AA, Tijssen JG, Reitsma JB, et al. Acute upper GI bleeding: did anything change? Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000. *Am J Gastroenterol* 2003;98(7):1494-9.
15. Lau JY, Sung JJ, Lam YH, Chan AC, Ng EK, Lee DW, et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *N Engl J Med* 1999;340(10):751-6.