

İnatçı ve Tekrarlayan Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastalarda Klinik Risk Faktörleri¹

THE RISK FACTORS IN PERSISTENT AND RECURRENT UPPER GASTROINTESTINAL TRACT BLEEDING PATIENTS

Mehmet DEMİR*, Fatih DEDE*, Mehmet ARHAN**, Burçin BUDAKOĞLU***, Enver ÜNVER*, Erdal ESKİOĞLU*

* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Servisi,

** Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Servisi,

*** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Dahiliye Servisi, ANKARA

Özet

Amaç: Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları önemli mortalite nedenlerinden birisidir. Üst GİS kanaması olan hastaların % 80'inde kanama kendiliğinden durmaktayken, %20'sinde devam etmekte veya tekrarlamaktadır. Üst GİS kanamalarında mortalite %10 düzeylerindedir, inatçı ve tekrarlayan kanamalarda bu oran %30-40'lara kadar yükselmektedir. Amacımız üst GİS kanamalı hastalarda inatçı ve tekrarlayan üst GİS kanamasını tanımlayacak klinik risk faktörlerini belirlemektir.

Materyal ve Metod: Çalışmaya Şubat-Haziran 2001 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil polikliniğine başvuran ve üst GİS kanaması tanısı ile acil dahiliye servisine yatırılan 107'si erkek, 50'si kadın 157 hasta dahil edildi. Hastalarda 9 değişik klinik parametre değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 25 (%15,92)'inde eşlik eden başka bir aktif hastalık, 14 (%8,9) hastada da ileri derecede karaciğer hastalığı mevcuttu. 106 (%67,51) hastada NSAİ ilaç kullanım hikayesi mevcuttu. Başvuru anında 23 (%14,64) hastada hipovolemiye bağlı hipotansiyon vardı. Acil polikliniğe başvuru sırasındaki kanama bulguları: yalnız hematemez 18 (%11,47), yalnız melana 65 (%41,40) ve hematemezle birlikte melana 70 (%44,58) olarak saptandı. Hastaların 4(%2,55)'ünde başvuru sırasında hematemez veya melana yoktu. 37 (%23,56) hastada inatçı ve tekrarlayan kanama oldu. Genel mortalite oranı % 5,09, inatçı ve tekrarlayan kanamalarda mortalite %16,2 olarak tespit edildi.

Sonuç: Erkek cinsiyet ve başvuru semptomu olarak hematemez varlığının, inatçı ve tekrarlayan kanama açısından birbirinden bağımsız klinik risk faktörleri olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: İnatçı ve tekrarlayan üst GİS kanamaları, Klinik risk faktörleri

T Klin Gastroenterohepatoloji 2003, 14:86-92

Summary

Background: Upper gastrointestinal tract bleeding is an important cause of mortality. In 80% of patients bleeding is self-limited while persistent and recurrent in the remaining 20%. Although the mortality rate is 10% in upper gastrointestinal tract bleedings, this rate exceeds to 30%-40% in persistent and recurrent cases. The aim of the study was to determine the risk factors for persistent and recurrent bleeding in patients with upper gastrointestinal tract bleeding.

Materials and Methods: 157 patients (107 male, 50 female) that applied to the Ankara Numune Hospital emergency unit and diagnosed as upper GİS bleeding between February-June 2001 were recruited in this study. 9 clinical parameters were considered.

Results: 25 patients (15,92%) had an accompanying active disease and 14 patients (8,9%) had serious liver disease. 106 patients (67,51%) had a positive medical history for previous NSAID medication. At the time hospitalization, 23 (14,64%) patients had hypotension as a consequence of hypovolemia. The presentation of bleeding was hematemesis in 18 patients (11,47%), melena in 65 patients (41,40%), both hematemesis and melena in 70 patients (44,58%). 4 (2,55%) of the patients had no hematemesis or melena on hospital admission. In 37 (23,56%) patients persistent and recurrent bleeding was observed. The general mortality rate was 5,09%, persistent and recurrent bleeding mortality rate was 16,2%.

Conclusion: Male gender and hematemesis as an initial symptom were found as independent clinical risk factors for persistent and recurrent upper gastrointestinal tract bleeding.

Key Words: Persistent and recurrent upper gastrointestinal tract bleeding, Clinical risk factors

T Klin J Gastroenterohepatol 2003, 14:86-92

Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları önemli bir mortalite nedeni olup, insidansı 100.000'de 100-150'dir (1-4). Kanamaların orta-

lama %80'i üst GİS olarak kabul edilen Treitz ligamenti üzerinden, %20'si ise alt GİS'den kaynaklanmaktadır. Üst GİS kanaması olan hastaların

%80'inde kanama kendiliğinden durmakta ve kanamaya bağlı komplikasyon görülmemektedir. Hastaların %20'sinde ise kanama devam etmekte ya da tekrarlamaktadır. Üst GİS kanamalarında mortalite % 10 düzeylerindeyken, inatçı ve tekrarlayan kanamalarda bu oran %30-40'lara kadar yükselmekte ve bu hastalarda %10-30 oranında cerrahi müdahale gerekmektedir. Acil koşullarda yapılan cerrahi müdahalenin mortalitesi ise %25-30 arasındadır (1,4-12).

Acil polikliniklerine üst GİS kanamasına ait bulgularla başvuran hastaların, inatçı ve tekrarlayan kanama yönünden düşük ve yüksek riskli hasta grubu olarak değerlendirilip; hastanın hastaneye yatırılarak takip edilmesi, yoğun bakım ünitesinde takibi ve cerrahi ya da endoskopik girişim ihtiyacı açısından yönlendirilmeleri için güvenilir kriterlerin belirlenmesi oldukça önem taşımaktadır.

Amaç

Bu çalışma ile amacımız; üst GİS kanaması nedeniyle hastaneye yatırılan olgularda öykü, fizik muayene ve rutin laboratuvar testleri ile inatçı ve tekrarlayan GİS kanamasını tanımlayacak risk faktörlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Şubat-Haziran 2001 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil polikliniğine başvuran ve üst GİS kanaması tanısı olarak acil dahiliye servisine yatırılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Başka kurumdan sevk edilmiş olan hastalar, yapılan tetkikler (üst GİS endoskopisi, sintigrafi, anjiyografi) ve cerrahi girişim sonrası; kanama odağı duodenumun distalinde saptanan hastalar ve sadece melenası olan fakat üst GİS 'de kanama odağı saptanamayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Klinik değişkenler: Klinik değişkenler hasta acil serviste değerlendirilerek elde edildi.

Demografik: Yaş, cinsiyet

Komorbidite: Üst GİS kanaması ile birlikte aktif hastalık; akut miyokard enfarktüsü, kararsız angina pectoris, konjestif kalp yetmezliği, akut serebrovasküler olay, remisyonda olmayan malignite, dializ gereksinimi olan kronik böbrek

yetmezliği, sürekli tedavi gereksinimi olan kronik obstrüktif akciğer hastalığı, parenteral antibiyotik kullanımını gerektiren sistemik enfeksiyon, immüsupresyona yol açan durumlar (organ transplantasyonu ve kemoterapi) ve daha önce veya hastanede yatarken kanama diyatezinin varlığı olarak tanımlandı.

İleri derecede karaciğer hastalığı: Total bilirübin düzeyi >3 mg/dl, serum albümin düzeyi <3g/l, uluslararası normalleştirilmiş (INR) oranı >1.5, özefagus varisi, asit mevcudiyeti ve hepatik ensefolopati kriterlerinden en az üçünün bir arada bulunması olarak tanımlandı.

Koagülopati: Trombosit sayısı <50000/ml, INR >1.5 veya aPTT değeri normal üst sınırın 1.5 katı ve üstünde olan fakat kronik karaciğer hastalığı olmayan hastalar olarak tanımlandı.

Asetil salisilik asit / NSAİİ kullanımı: Hastaneye yatırılmadan önceki haftada 100 mg veya daha fazla asetil salisilik asit alması ve/veya herhangi bir NSAİ ilacın tek veya daha fazla dozda kullanım hikayesinin olması olarak tanımlandı.

Yaşamsal bulgular: Hipotansiyon; sistolik kan basıncının 90 mmHg altında veya daha önce kaydedilen başlangıç değerinden 30mmHg daha düşük olması, ortostatik hipotansiyon; hasta yatar pozisyondayken oturtulduğunda veya ayağa kaldırıldığında, kalp hızında 20/dk artış ya da sistolik kan basıncında %10'luk düşme olarak tanımlandı.

Kanama bulguları: Sadece kusma veya nazogastrik aspiratta kahve telvesi görünümü, sadece defekasyonla veya rektal tuşede melena ve melenayla birlikte hematemez olarak üç ayrı grupta tanımlandı.

Sonlanımlar: Hastaların sonlanımlarını sınıflandırabilmek için endoskopik bulgular, tedavi, toplam transfüzyon miktarı, hastanede kalma süresi ve ölüm vakaları kaydedildi. Endoskopik bulgular ve tedavi; kanamanın kaynağı olduğu düşünülen lezyon Forrest sınıflandırılması ile sınıflandırıldı; uygulanan endoskopik tedavinin şekli kaydedildi. Tıbbi ve endoskopik tedaviye yanıt alınamayan hastalar cerrahiye sevk edildi. Toplam transfüzyon miktarı; hastanın yattığı süre içerisinde hematokrit değerini %25'e yükseltmek ve bu değeri korumak

için hastaya verilen, ünite biriminden tam kan ve eritrosit süspansiyon miktarı olarak hesaplandı. Hastanede kalış süresi gün olarak hesaplandı.

Sonlanımların sınıflandırması: Bütün hastalar kendiliğinden duran kanama ve inatçı ve tekrarlayan kanama olarak sınıflandırıldı.

Kendiliğinden duran kanama: Endoskopiden önce kendiliğinden duran ve hastanede yatış sırasında tekrarlamayan; hastada ilk müdahaleden sonra hemodinamik bir anormallik saptanmaması (hipotansiyon ve ortostatik hipotansiyon tespit edilmeyen), endoskopide aktif kanamanın olmaması ve hematokrit düzeyinin stabil seyretmesi (hematokrit düzeyinin stabil olmaması; hematokrit'de %3'lük düşme veya kan transfüzyonuna rağmen hematokrit'de yükselme görülmemesi) olarak tanımlandı.

İnatçı ve tekrarlayan kanama: Kliniğe yatışından hastaya endoskopi yapılana kadar devam eden kanama (açık kanaması olan ve/veya hemodinamik anormalliğin eşlik ettiği ve/veya hematokrit değeri stabil olmayan), endoskopi ile aktif kanama saptanan (Forrest1a-1b) ve endoskopik tedaviyle hemostaz sağlanamayan kanama, endoskopiden sonra devam eden kanama, kendiliğinden veya endoskopik tedavi sonrası kanaması duran fakat hastanede yatışı sırasında tekrarlayan kanama ve cerrahiye sevk edilen kanama olarak tanımlandı.

Endoskopik ve diğer tedavi yöntemleri: Endoskopi 157 hastanın 136'sına (%86,62) ilk 24 saat içinde yapıldı. Bir hasta endoskopi yapılamadan kaybedildi. Aktif olarak kanayan tüm

lezyonlara endoskopik tedavi uygulandı. Varis dışı lezyonlara, 2.3 mm lümen genişliği olan 0.7 mm uzunluktaki iğne ucu ve çalışma uzunluğu 4 mm olan endo-flex marka skleroterapi iğnesi ile 1-2 cc'lik dozlar halinde 1/10000'lik adrenalin, %3 NaCl veya her ikisi birlikte enjekte edildi. Aktif kanayan özefagus varislerine endoskopik varis ligasyonu yapıldı. Tedavi sonrası en az 5 dakikalık gözlem dönemi boyunca aktif kanama olmaması başarılı endoskopik hemostaz kriteri olarak kabul edildi.

Tüm hastalara H₂ reseptör blokörü veya proton pompa inhibitörü verildi. INR 1,5 ve üzerinde olan hastalara taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Trombosit sayısı 50000/mm³ ve altında olan hastalara trombosit süspansiyonu verildi.

İstatistiksel Yöntem

İnatçı ve tekrarlayan kanamanın tahmin edilmesini sağlama kapasitesi açısından değişkenler arasındaki farklılıklar, lojistik regresyon analizi yapılarak, tahmini rölatif risk (TRR) ve %95 güven aralıkları (GA) hesaplanarak değerlendirildi. Tablo 1'deki değişkenlerin oluşturduğu denklemdeki ilişkiler şöyledir: $Z = -1.58 + 0.01(\text{yaş}) + 1.19(\text{cinsiyet}) + 1.88(\text{hematemez}) + 0.52(\text{melena}) - 1.43(\text{NSAID kullanımı}) - 1.03(\text{karaciğer hastalığı}) - 3.04(\text{koagülopati}) - 0.38(\text{hipotansiyon}) + 0.78(\text{başka hastalık})$

Kantitatif veriler, ortalama \pm standart sapma olarak ifade edildi. Uygun olan yerlerde t testi ve ki-kare testi kullanıldı. $P < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Tablo 1. İnatçı ve tekrarlayan kanama ile kendiliğinden duran kanamanın risk faktörlerinin dağılımı

Risk Faktörü	İnatçı ve Tekrarlayan Kanama	Kendiliğinden Duran Kanama	Tahmini Rölatif Risk (%95 GA)
Yaş	57.08 \pm 19.27	54.28 \pm 17.99	1.01 (0.99-1.03)
Erkek cinsiyet	%75.7	%66.7	3.28 (1.14-9.38)
Hematemez	%78.4	%52.5	6.58 (2.38-18.22)
Melena	%86.5	%89.2	1.68 (0.46-6.14)
NSAID kullanımı	%54.1	%71.7	0.24 (0.09-0.63)
Karaciğer hastalığı	%8.1	%9.2	0.35 (0.08-1.64)
Koagülopati	%2.7	%4.2	0.05 (0.003-0.84)
Hipotansiyon	%10.8	%15.8	0.68 (0.19-2.42)
Başka hastalık	%18.9	%14.2	2.18 (0.63-7.48)

Tablo 2. İnatçı ve tekrarlayan kanama ile kendiliğinden duran kanamanın sonlanımlarının karşılaştırılması

Sonlanım	İnatçı ve Tekrarlayan Kanama	Kendiliğinden Duran Kanama	P
Kan transfüzyonu	6.05 ± 4.65	1.91 ± 1.81	P<0.05*
Hastanede kalma süresi	5.35 ± 3.13	3.57 ± 2.08	P<0.05*
Mortalite	%16.2	%0.8	P<0.05**

* *T testi uygulanmıştır*** *Ki-kare testi yapılmıştır*

İnatçı ve tekrarlayan kanamalarda ve kendiliğinden duran kanamalarda sonlanım durumuna göre uygun olan yerlerde Student t testi ve ki-kare testi kullanılarak, transfüzyon sayısı, hastanede kalma süresi ve mortalite karşılaştırıldı.

Sonuçlar

6 aylık çalışma dönemi boyunca 168 hasta üst GİS kanaması nedeniyle hastaneye yattı. 11 hasta daha önce belirtilen nedenlerden çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan 157 hastanın 107 (%68,15)'si erkek, 50 (%31,85)'si kadındı. Hastaların 25 (%15,92)'inde eşlik eden başka bir aktif hastalık, 14 (%8,9) hastada da ileri derecede karaciğer hastalığı mevcuttu. 106 hastada (%67,51) NSAİ ilaç kullanım hikayesi tespit edildi. Başvuru sırasında 23 (%14,64) hastada hipovolemiye bağlı hipotansiyon vardı. Başvuru sırasındaki kanama bulguları; hematemez 18 (%11,47) hastada, melana 65 (%41,40) hastada ve hematemezle birlikte melana 70 (%44,58) hastada saptandı. Hastaların 4 (%2,55)'ünde başvuru sırasında hematemez veya melana yoktu. Bir hastaya acil cerrahi girişim yapıldı.

Lojistik regresyon analizi sonrası; erkek cinsiyet ve başvuru semptomu olarak hematemez varlığının, inatçı ve tekrarlayan kanama açısından birbirinden bağımsız klinik risk faktörleri olduğu saptandı (Tablo 1).

37 (%23,56) hastada inatçı ve tekrarlayan kanama oldu. Genel mortalite oranı % 5,09, inatçı ve tekrarlayan kanamalarda mortalite %16,2 olarak saptandı. Kanaması kendiliğinden duran hastalardan bir tanesi dilate kardiomiyopati nedeniyle kaybedildi. İnatçı ve tekrarlayan kanamada kan transfüzyon ihtiyacı, ortalama 6.05 ± 4.65 ünite, kendiliğinden duran kanamalarda ise ortalama 1.91 ±

1.81 ünite olarak saptandı. İnatçı ve tekrarlayan kanamada hastanede kalma süresi ortalama 5.35 ± 3.13 gün, kendiliğinden duran kanamalarda da ortalama 3.57 ± 2.08 gündü (Tablo 2).

Tartışma

GİS kanamalı hastaların %20-30'unda inatçı ve tekrarlayan kanama tespit edilmiştir. İnatçı ve tekrarlayan kanamanın varlığında mortalitenin yükseldiği birçok çalışmada gösterilmiştir(5,16,20-22). Bizim çalışmamızda inatçı ve tekrarlayan kanama oranını %23,56, mortalite oranını da %16,20 olarak saptadık. Üst GİS kanaması nedeniyle acil servise başvuran hastalarda inatçı ve tekrarlayan üst GİS kanamasını tanımlayacak risk faktörlerinin belirlenmesi için birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda bu risk faktörleri; ileri yaş, komorbidite, ileri derece karaciğer hastalığı, ciddi hemodinamik bozukluk, düşük başlangıç hemoglobin değeri ve koagülopati olarak belirlenmiştir. (2,4-6,10-15).

Jaramillo ve arkadaşları 1567 peptik ülser tanısı konmuş üst GİS kanamalı hastayı retrospektif olarak incelemişler ve 65 yaş üstü, kadın cinsiyet, endoskopide kanayan ülserin varlığı, alkolizm, komorbidite, hematemez, kan üre nitrojen düzeyinin 90mg/dl'nin üzerinde olması ve şokun; inatçı ve tekrarlayan kanamayla ilişkili olduğunu bulmuşlardır ve çok değişkenli analiz sonrası bunlar içerisinde 4 faktörün inatçı ve tekrarlayan üst GİS kanamalı hastalarda istatistiksel olarak diğerlerinden daha güçlü risk faktörü olduğunu göstermişlerdir (17). Bunlar endoskopide kanayan ülserin varlığı (P<0,001), şok (P<0,001), hematemez (P<0,001) ve hastanın 65 yaş üzerinde olması (P<0,001) dır. Bu dört parametreyi içeren hasta grubunda tekrarlayan kanama % 54,1 oranında

tespit edilirken, bu parametreleri içermeyen hasta grubunda tekrarlayan kanama oranı %6,6 olarak saptanmıştır (17).

Jonathan ve arkadaşlarının 137 hastada yaptıkları çalışmada; inatçı ve tekrarlayan kanama %30,7 oranında saptanmıştır ve bu çalışmada ileri yaş ile inatçı ve tekrarlayan kanama arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hematemez ve düşük başlangıç hemogloblin düzeyinin inatçı ve tekrarlayan kanama açısından bağımsız risk faktörleri olduğu görülmüştür (18).

Türkiye’de bu konuyla ilgili Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yapılan, peptik ülser tanısı konmuş üst GİS kanamalı 164 olgunun, 10 değişik klinik ve endoskopik parametresinin değerlendirildiği prospektif bir çalışmada; şok varlığının, hematemezin ve kanayan ülserin endoskopik görünüşünün kanamanın tekrarına veya devamına neden olan risk faktörleri olduğu sonucuna varılmıştır (19).

Bu çalışmalar ve bizim çalışmamızdaki ortak nokta; üst GİS kanamalı hastada hematemez varlığının, kanamanın devamı veya tekrarlaması açısından bir risk faktörü olarak tespit edilmesidir. Jaramillo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bir risk faktörü olarak tespit edilen ileri yaş; bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (16,18,19). Ayrıca bizim çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak erkek cinsiyet bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmuştur.

İnatçı ve tekrarlayan üst GİS kanamaları ile endoskopik bulgular arasındaki sıkı ilişki yapılan bir çok çalışmada ortaya konmuştur (6,16,17,22-27). Üst GİS kanamalı bir hastaya endoskopi yapıldığında, aktif kanayan ülser tespit edilip endoskopik tedavi uygulanmadığı takdirde, yaklaşık %50 oranında kanama devam etmekte veya tekrarlamaktadır (28-30). Endoskopide tespit edilen lezyonun fışkırır tarzda kanıyor olması, görülebilir damar yapısı veya taze pıhtı içermesi kanamanın devamı açısından yüksek risk faktörleridir (5,6,16,21-27). Fışkırır tarzda kanamalı lezyonun devamlılık gösterme olasılığı %80’in üzerindedir (31). Endoskopik tedavi sonrası aktif kanaması

olan hastaların %10-30’unda tekrar kanama olmaktadır (32-34). Aktif kanayan ülserin mide küçük kurvaturunun proksimalinde bulunması veya boyutunun 2 cm’den büyük olmasının, birbirinden bağımsız olarak, endoskopik tedavi sonrası kanamanın tekrarına veya devamına neden olan risk faktörleri olduğu gösterilmiştir (35-41). Üst GİS kanamalı hastanın endoskopisinde saptanan ülserin mide küçük kurvaturunun proksimalinde veya duodenumun arka duvarında yerleşmiş olması, bu lezyonların sol gastrik veya gastroduodenal arterin yakınında bulunmasından dolayı tekrar kanama olasılığı yükselmektedir.

Bazı araştırmacılar üst GİS kanamalı hastalarda, klinik ve endoskopik bulguları içeren ve hastanın prognozu, kanamanın devamı veya tekrarlayan kanama riskinin belirlenebilmesine yönelik bir skorlama sistemi geliştirmişlerdir. Rocall ve arkadaşlarının yakın dönemde yaptıkları bir çalışmadaki 2531 hastanın 744’ünü düşük skorlu hasta grubuna dahil etmişler ve bu hastaların %4,3’ünde tekrarlayan kanama ortaya çıkmış ve mortalite %0.1 olarak bulunmuştur (42). Longstreth ve Feitelberg yaptıkları çalışmada; düşük risk altındaki hastaları, endoskopik bulgulardan; arteriyel kanama, yapışık pıhtı, görülebilir damar yapısı, varis ve portal hipertansif gastropati ve bunun yanında ortostatik hipotansiyon, ileri derece karaciğer hastalığı ya da eşlik eden bir hastalık, antikoagülan tedavi kullanıyor olmak, koagülopati, taze ve bol hematemez, çok sayıda melana epizodu veya ağır anemi (hemoglobin<8g/dl) olmaması olarak tanımlanmış ve ileriye dönük 141 hastayı bu kriterlere göre değerlendirmişlerdir. 34 hasta düşük risk grubu olarak değerlendirilerek hastaneye yatırılmamış, bunlardan yalnızca bir tanesinde tekrar kanama olmuştur ve hasta grubunda ölüm olmamıştır (43). Saeed ve arkadaşları 1993 yılında 1-Endoskopi öncesi hastanın hikayesi, yaş ve klinik durumu, eşlik eden hastalığın sayısı ve ciddiyeti 2-Endoskopide kanama odağının kaynağı, yeri ve kanama bulguları 3-Endoskopi öncesi ve sırasındaki bulguların endoskopi sonrası değişikliğini içeren, üç komponentten oluşan bir skorlama olan, Baylor kanama skorunu geliştirmişlerdir. Bu

skorlamayla endoskopi öncesi dörtten fazla, endoskopi sonrası 11'den fazla skora sahip olan hastalarda tekrarlayan kanama sıklığının, endoskopi öncesi dörtten az, endoskopi sonrası 11'den az skora sahip olan hastalara göre anlamlı derecede daha fazla olduğunu bulmuşlardır ($P<0,05$). Yüksek skorlu hastalarla tekrarlayan kanama arasında güçlü bir korelasyon olduğunu, ayrıca agresif endoskopik tedavinin tekrarlayan kanama ve kan transfüzyon ihtiyacını azalttığını göstermişlerdir (41,44,45). 1997 yılında Ondrejka ve arkadaşları, peptik ülser tanısı konmuş üst GİS kanamalı hastalarda, modifiye Baylor kanama skoru ile yaptıkları çalışmada, hastaları düşük (0-7 skorlu), orta (8-11 skorlu) ve yüksek (12 ve üzeri skorlu) risk gruplarına ayırmışlardır. Çalışmada; düşük risk grubunda tekrar kanama olmamış, orta risk grubundaki 19 hastadan 4'ünde ve yüksek risk grubunda bulunan 36 hastanın ise 32'sinde kanamanın tekrar ettiği görülmüştür(46).

Mevcut literatür bilgileri ışığında, üst GİS kanamalı hastaların, klinik ve endoskopik bulgularını içeren ve hastaların prognozu, kanamanın devamı veya tekrarlama riskini belirleyebilmek için kullanılan skorlama sistemlerinin güvenilir olduğu sonucuna varılmaktadır. Fakat endoskopinin acil şartlar altında her hastaya yapılması pratik ve yaygın bir yöntem değildir. Bu nedenle kolay, ucuz ve çabuk elde edilebilecek laboratuvar verilerinden ve hastanın kliniğinden oluşan skorlama sistemleri hastaların prognozu, kanamanın devamı veya tekrarlama açısından risk gruplarının belirlenmesi için daha pratik bir yaklaşım sunacaktır. Bu konuda yapılacak çalışmalar üst GİS kanamalı hastalara yaklaşımın daha sağlıklı olmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Morgan AG, McAdam WAF, Walmsley GL. Clinical findings, early endoscopy and multivariate analysis in patients bleeding from the upper gastrointestinal tract. *BMJ* 1977; 2:237-40.
- Schiller KFR, Truelove SC, Williams DG. Haematemesis and melena, with special reference to factors influencing the outcome. *BMJ* 1970; 2:7-14.
- Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding: I. Study design and baseline data. *Gastrointest Endosc* 1981; 27:73-9.
- Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding: II. Clinical prognostic factors. *Gastrointest Endosc* 1981; 27:80-93.
- McCleod IA, Mills PR. Factors identifying the probability of further hemorrhage after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br.J.Surg* 1982; 69:256.
- Fleischer D. Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1983; 84:538-43.
- MacLeod IA, Mc Kenzei JF, Mills PR. Haemorrhage from gastric artery aneurysms. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981;28:282(6269):1074.
- Kovaes TOG, Jensen DM. Endoscopic control of gastroduodenal hemorrhage. *Ann Rev Med* 1987; 38:267-77.
- Laine L. Multipolar electrocoagulation in the treatment of active upper gastrointestinal tract hemorrhage. *N.Engl J Med* 1987; 316:1613-7.
- de Dombal FT, Clarke JR, Clamp SE. Prognostic factors in upper GI bleeding. *Endoscopy* 1986; 18(suppl 2):6-10.
- Turner IB, Jones M, Piper DW. Factors influencing mortality from bleeding peptic ulcers. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26:661-6.
- Katschinski B, Logan R, Daviees J. Prognostic factors in upper GI bleeding. *Dig Dis Sci* 1994; 39:706-12.
- Lin HJ, Preng CL, Lee FY. Clinic courses and predictors for rebleeding in patients with peptic ulcers and non-bleeding visible vessels: A prospective study. *Gut* 1994; 88:1842-9.
- Wara P. Bleeding pattern before admission as guideline for emergency endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20:72-8.
- Larson G, Schmidt T, Goot J. Upper gastrointestinal bleeding: Predictors of outcome. *Surgey* 1986;100:765-73.
- Park KGM, Steele RJC, Mollison J. Prediction of recurrent bleeding after endoscopic haemostasis in non variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg* 1994; 81:1465-8.
- Jaramillo JL, Galvez C, Carmona C. Prediction of further hemorrhage in bleeding peptic ulcer. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:2135-8.
- Jonathan PT, James WO. Risk of Persistent or recurrent and intractable upper gastrointestinal bleeding in the era of therapeutic endoscopy. *Am J Gastroenterology* 1997; 92:10:1805-11.
- Hafta A, Çolakoğlu SÖ, Akkız H. Peptik ülser kanamalarının prognozunu ve ülserin yeniden kanayacağını önceden tespiti. *The Turkish J Gastroenterol* 1995; 6:174.
- Jones FA. Hematemesis and melena: With special reference to causation and to the factors influencing the mortality from bleeding peptic ulcers. *Gastroenterology* 1956; 30:166-90.
- MacLeod IA, Mills PR, MacKenzie JF. Neodymium yttrium aluminum garnet laser photocoagulation for major hemorrhage from peptic ulcers and single vessels: A single blind controlled study. *BMJ* 1983; 286 :345-8.
- Asaki S, Nishimura T, Satoh A. Endoscopic hemostasis of gastrointestinal haemorrhage by local application of absolute ethanol: A clinical study. *Tohoku J Exp Med* 1983; 141:373-83.

23. Chang-Chien CS, Wu CS, Chen PC. Different implication of stigmata of recent hemorrhage in gastric and duodenal ulcers. *Dig Dis Sci* 1988; 33:400-4.
24. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: A meta-analysis. *Gastroenterology* 1992; 102:139-48.
25. Foster DN, Miloszewski KJA, Losowsky MS. Stigmata of recent hemorrhage in diagnosis and prognosis of upper gastrointestinal bleeding. *BMJ* 1978; 1:1177.
26. Freitas D, Donato A, Monterio JG. Controlled trial of liquid monopolar electrocoagulation in bleeding peptic ulcers. *Am J Gastroenterol* 1985; 80:853-7.
27. Griffiths WJ, Neumann DA, Welsh JD. The visible vessel as an indicator of uncontrolled or recurrent gastrointestinal haemorrhage. *N Engl J Med* 1979; 300:1411-3.
28. Bornman PC, Theodorou NA, Shuttleworth RD. Importance of hypovolaemic shock and endoscopic signs in predicting recurrent haemorrhage from peptic ulceration: A prospective evaluation. *BMJ* 1985; 291:245-7.
29. Clason AE, Macleod DAD, Elton RA. Clinical factors in the prediction of further haemorrhage or mortality in upper gastrointestinal haemorrhage. *Br J Surg* 1986; 73:985-7.
30. Jonston JH. Endoscopic risk factors for bleeding peptic ulcer. *Gastrointest Endosc* 1990; 36(suppl 5):16-20.
31. Lin HJ, Tsai YT, Lee SD. Heat probe therapy for severe hemorrhage from a peptic ulcers with a visible vessel. *Endoscopy* 1988; 20:131-3.
32. Johnston JH, Sones JQ, Long BW. Comparison of heater probe and YAG laser in endoscopic treatment of major bleeding from peptic ulcers. *Gastrointest Endosc* 1985; 31:175-80.
33. Chung S, Leung J. Heat probe or epinephrine injection for actively bleeding ulcers: A randomized comparison (abstract). *Gastrointest Endosc* 1989; 35:152.
34. Chung S, Leung J, Sung JY. Injection or heat probe for bleeding ulcer. *Gastroenterology* 1991; 100:33-7.
35. Anonymous. Therapeutic endoscopy and bleeding ulcers: Consensus conference. *JAMA* 1989; 262:1369-72.
36. Brearley S, Hawker BC, Morris DL. Selection of patients for surgery following peptic ulcer haemorrhage. *Br J Surg* 1987; 74:893-6.
37. Brullet E, Campo R, Bedos G. Size and site of bleeding peptic ulcer: Is there any relation to the efficacy of hemostatic sclerotherapy? *Endoscopy* 1991; 23:73-5.
38. Brullet E, Calvet X, Campo R. Factors of predicting failure of endoscopic injection therapy in bleeding duodenal ulcer. *Gastrointest Endosc* 1996; 43:111-6.
39. Brullet E, Campo R, Calvet X. Factors related to the failure of endoscopic injection therapy for bleeding gastric ulcer. *GUT* 1996; 39:155-8.
40. Saperas E, Pique JM, Perez-Ayuso R. Outcome and prognostic factors of bleeding ulcer with visible vessel. *Med Clin (Barc)* 1988; 90:806-9.
41. Saeed ZA, Ramirez FC, Hepps KS. Prospective validation of the Baylor bleeding score for predicting therapy the likelihood of rebleeding after endoscopic hemostasis of peptic ulcers. *Gastrointest Endosc* 1995; 41:561-5.
42. Rocall TA, Logan RFA, Devlin HB. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1996; 347:1138-40.
43. Longstreth GF, Feitelberg SP. Outpatient care of selected patients with acute nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1995; 354:108-11.
44. Saeed ZA, Cole RA, Ramirez FC. Endoscopic retreatment after successful initial hemostasis prevents ulcer rebleeding: A prospective randomized trial. *Endoscopy* 1996; 28:288-94.
45. Saeed ZA, Winchester CB, Michaletz PA. A scoring system to predict rebleeding after endoscopic therapy of nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage, with a comparison of heat probe and ethol injection. *Am J Gastroenterol* 1993; 88:1842-9.
46. Ondrejka P, Sugar I, Rath Z. The use of modified Baylor score in the prediction of rebleeding in peptic hemorrhage. *Acta Chir Hung* 1997; 36(1-4):270-3.

Geliş Tarihi: 26.02.2002

Yazışma Adresi: Dr.Mehmet DEMİR
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
2.Dahiliye Servisi
Sıhhiye, ANKARA

†Bu çalışma 18. ulusal gastroenteroloji kongresinde poster olarak sunulmuştur.