

**AKUT ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI VE
CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI**

Dr. Yücel ARITAŞ*
Dr. Ümit TOPALOĞLU**
Dr. Nihat BENGİSU*
Dr. Metin ŞEN*
Dr. Yaşar YEŞİLKAYA*

Ö Z E T

1977 - 1984 yılları arasında kliniğimize üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması nedeniyle başvuran ve tedavileri yapılan 111 hasta çeşitli açılardan, retrospektif olarak incelendi. Hastaların % 78.4'ü erkek olup, yaş ortalaması 43.8'dir. Serimizde üst GİS kanamalarında etyolojik faktörler, Akut Stres Ülserleri (% 36.2), Duodenal Ülserler (% 33.2), Benign ve Malign Mide Ülserleri (% 12.6), Özofagus Varisleri (% 10.8) ve diğerleri (% 7.2) şeklinde sıralanmaktadır. Tanıda en emin yöntem endoskopidir.

Akut Stres Ülserli hastalarda tıbbi tedavi ile % 25 başarılı sonuç alınabilirken, cerrahi tedavide bu oran % 45'dir. Bu grupta total mortalite % 40'dır. Duodenal ülserli hastaların % 43.1'i ikinci kanama, % 10.9'u ise üç veya daha fazla kanama nedeniyle başvurmuş olup, vakaların % 48.1'inde Turunkal vagotomi + Pilonoplasti + kanayan bölgeye sütür tatbiki tercih edilmiştir. Burada ise total mortalite % 10.6'dır. Benign veya Malign mide ülseri kanaması nedeniyle başvuran hastalarda, subtotal gastrik rezeksiyon sonuçları, total gastrektomiden daha iyidir. Bu grupta mortalite % 35.7'dir. Özofagus varisine bağlı üst GİS kanamalarında ise sadece konservatif medikal tedavi uygulanmış olup, mortalite oranı % 50'dir. Bütün serideki total mortalite oranı ise % 27.02'dir.

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

SUMMARY

ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING AND
RESULTS OF SURGICAL TREATMENT

Between 1977 and 1984, 111 patients applied to our clinic because of the upper gastrointestinal bleeding and were treated. These patients were reviewed retrospectively. 78.4 per cent of these patients are male and their mean age is 43.8. In our series, etiologic factors of upper gastrointestinal bleeding are acute stress ulcers (36.2 %), duodenal ulcers (32.2 %), benign and malignant peptic ulcers (12.6 %), esophageal varicose veins (10.8 %) and the others (7.2 %). Endoscopy is a reliable method for diagnosis.

Medical treatment is successful 25 percent of the patients with acute stress ulcers while success rate is 45 % with surgical treatment. Total mortality is 40 % in this group. 43.1 per cent of patients with duodenal ulcer applied because of second episode of bleeding and 10.9 % of them applied for third or more episodes. Truncal vagotomy, pyloroplasty and primer suture were preferred in 43.1 per cent of patients. Total mortality is 10.6 % in this group. Result of subtotal gastric resection in patients who suffered from bleeding of benign or malignant peptic ulcer are more successful than results from total gastrectomy. Mortality is 35.7 % in this group. The patients with upper gastrointestinal bleeding from esophageal varicose veins received only conservative medical treatment and rate of mortality is 50 %. Total mortality rate is 27.02 % in all series.

KEY WORDS. gastrointestinal bleeding, surgical treatment.

Akut üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları cerrahi kliniklerinde sık olarak görülen, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen, hastalardaki morbidite ve mortalite oranları yüksek olan bir patolojiyi temsil eder. Burada son 7 yıllık period içinde kliniğimize etyolojileri değişik üst GİS kanaması nedeniyle başvuran hastalar çeşitli parametreler dahilinde gözden geçirilmiş, özellikle değişik tedavi yöntemlerinin morbidite ve mortaliteye etkisi araştırılmıştır.

MATERYAL METOD

1977 - 1984 yılları arasında, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalına çeşitli etyolojik nedenlere bağlı üst GİS kanaması dolayısıyla başvuran, yatırılarak tıbbi ve/veya cerrahi tedavi uygulanan 111 hasta çeşitli açılardan incelenmiştir. Bu parametreler, üst GİS kanamalarında etyolojik faktörler, genel ve spesifik etyolojik faktörlere göre tanı yöntemleri, tıbbi ve cerrahi tedavi prensipleri ile bu tedaviler sonrası görülen morbidite ve mortalite oranlarını ihtiva etmektedir.

B U L G U L A R

Üst GİS kanamalı 111 hastanın 85 (% 78.4)'i erkek, 26 (% 21.6)'sı kadındır. Yaşları 6 - 80 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 43.8'dir. Etolojik faktörler Tablo I'de gösterilmektedir.

TABLO I : ÜST GİS KANAMALARINDA ETYOLOJİ

Etyoloji	Sayı	% (Yüzde)
Stres ülseri	40	36.2
Duodenum ülseri	37	33.2
Benign ve malign mide ülseri	14	12.6
Özofagus varisi	12	10.8
Mide Ca	4	4.0
Marjinal ülser	2	1.6
Hematobilia	1	0.8
İnvaginasyon	1	0.8
Toplam	111	100.0

Kullandığımız tanı yöntemleri anamnez ve klinik değerlendirilmenin yanısıra, özofagus - mide - duodenum grafisi ile endoskopidir (Tablo II). Bazı vakalarda endoskopi ile radyolojik tetkik birlikte yapılmıştır.

TABLO II : TEŞHİS METODLARI

Etyoloji	Sayı	% (Yüzde)
Endoskopi	68	61.3
Anamnez ve klinik	27	24.3
ÖMD grafisi	16	14.4
Toplam	111	100.0

Servisimizde ilk yıllarda endoskop bulunmadığı için anamnez ve klinik değerlendirme ile 27 (% 24.3) vakada teşhis konulmuştur. Daha sonra ise vakaların çoğunda endoskopi uygulanmıştır. Endoskopi uygulanan vakaların 4 (% 6.6)'ünde başarılı olunamamıştır. Üst GİS kanamalarında acil olarak yapılan endoskopilerin sonuçları Tablo III'de gösterilmektedir.

TABLO III : ÜST GİS KANAMALARINDA ACİL ENDOSKOPIK TANILAR

Etyoloji	Sayı	% (Yüzde)
Duodenum ülseri	23	33.8
Stres ülseri	21	30.8
Mide ülseri	11	16.1
Özofagus varisi	7	10.3
Mide Ca	4	5.8
Marjinal ülser	1	1.6
İnvaginasyon	1	1.6
Toplam	68	100.0

STRES ÜLSERİ KANAMALARI

Stres ülseri kanamaları serimizin en büyük gurubunu teşkil etmektedir. Diğer serilerde bu grup daha alt sıralarda olabilir. Çünkü kliniğimizde daha ziyade cerrahi tedavi endikasyonu konulan hastalar takibe alınmış, daha hafif seyirli diğer üst GİS kanamalarının tıbbi tedavisi ise Gastro - enteroloji ünitesi tarafından yapılmış olup, serimiz dışında tutulmuştur. Ayrıca Genel Cerrahi Servislerinde stres ülseri kanamasına zemin hazırlayıcı majör travmalı hastaları sıklıkla bulunabileceği göz önünde tutulursa bu grubun büyük olacağı tabiidir. Stres ülserli hastaların cinslere göre dağılımı Tablo IV'de gösterilmektedir.

TABLO IV : STRES ÜLSERLİ HASTALARIN CİNSLERE GÖRE DAĞILIMI

Etyoloji	Sayı	% (Yüzde)
Erkek	28	70
Kadın	12	30
Toplam	40	100

Stres ülserli hastaların yaş ortalaması 42 olarak bulunmuştur. Stres sebepleri ise Tablo V'de gösterilmektedir.

TABLO V : STRES ÜLSERLİ VAKALARIN ETYOLOJİSİ

Etyoloji	Sayı	% (Yüzde)
Majör operasyonlar	21	52.5
Aspirin	5	12.5
Alkol	4	10.0
Steroid	3	7.5
Novalgin	1	2.5
Hydrochloric acid	1	2.5
Tesbit edilemeyen	5	12.5
Toplam	40	100.0

Stres ülseri kanamasında tedavinin başarısı Tablo VI'de gösterilmektedir.

TABLO VI : STRES ÜLSERLERİNDE TEDAVİ METODLARI VE MORTALİTE

Metod	Hasta	Ölüm	% (Yüzde)
Cerrahi	26	12	46.1
Trunkal Vagotomi (TV) + Drenaj.	5	1	20
Total gastrektomi	5	5	100.0
Subtotal gastrektomi	16	6	37.9
Konservatif	14	4	28.5
Toplam	40	16	40.0

Stres ülser kanamalı 40 hastanın 32 (% 80)'sinde kanama başarı ile dururuldu. Cerrahi grupta başarı daha üstün gibi görünüyorsa da aslında bu hastaların hepsinde başlangıçta kanamayı durdurmak için konservatif tedavi denendi. 10 (% 25) hastada cerrahi gerekmeden konservatif tedavi ile kanama durdu. 8 (%20) hastada ise kanama hiç bir tedavi ile durdurulamadı. Konservatif tedavi olarak i.v tagamet 5x1 ampul/gün, + buzlu su ile irirasyonla kanama durdurulduktan sonra SIPPY diyetine geçilmektedir.

DUODENUM ÜLSERİ KANAMALARI

Duodenum ülseri kanamaları çalışmamızda ikinci büyük grubu teşkil etmektedir. Bu grupta 37 hasta olup, cinslere göre dağı-

lımı Tablo VII'de gösterilmektedir. Yaşları 19 - 67 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 36'dır.

TABLO VII : DUODENUM ÜLSERLİ HASTALARIN CİNSLERE GÖRE DAĞILIMI

Etyoloji	Sayı	% (Yüzde)
Erkek	32	86.5
Kadın	5	13.5
Toplam	37	100.0

Kanamalı duodenum ülserli 37 hastanın 16 (% 43.1)'sı ikinci kanama, 4 (% 10.9)'ü ise üç veya daha fazla üst GİS kanaması geçirdiler. Duodenum ülseri kanamalarında, kanama kontrolünde başarı durumu Tablo VIII'de gösterilmektedir.

TABLO VIII : DUODENUM ÜLSERLERİNDE KANAMA KONTROLÜ

Metod	Başarılı	Başarısız
Cerrahi (Toplam = 23)		
TV + Gastrojejunostomi	5	—
TV + Piloroplasti*	11	—
TV + Antrektomi	5	—
Proksimal gastrik vagotomi	2	—
Konservatif (Toplam = 37)	14	23
Toplam	37	23 (%) 60.2

(*) Heinecke - Mikulicz

Kanamalı duodenum ülserlerinde tedavi ve mortalite durumları Tablo IX'da gösterilmektedir. Vakaların hepsinde konservatif tedavi denendi, 23'ünde başarılı cevap alınamaması üzerine cerrahi tedavi uygulandı. Bütün vakalarda kanayan bölgeye transfiksiyon dikişi kondu.

TABLO IX : DUODENUM ÜLSER KANAMALARINDA TEDAVİ VE MORTALİTE

Tedavi	Hadta	Ölüm	% (Yüzde)
Cerrahi			
TV + Piloroplasti	11	2	18.1
TV + Gastrojejunostomi	5	—	—
TV + Antrektomi	5	2	40.0
Proksimal gastrik vagotomi	2	—	—
Konservatif	14	—	—
Toplam	37	4	10.6

Ölen 4 hastanın ikisine rezeksiyon yapılmıştı, biri miyokard enfaktüsüne bağlı, diğeri anastomoz kaçağına bağlı septik şok ile eksitus oldular. Diğer iki hasta ise sterkorol fistüle bağlı septik şok ile eksitus oldular.

BENİGN VE MALİGN MİDE ÜLSERİ KANAMALARI

Kanamalı mide ülserlerinin, cinslere göre dağılımı tablo X'da gösterilmektedir. Bu grupta 14 hasta olup, yaşları 21 - 70 arasında değişmekte ve ortalama yaş 42'dir.

TABLO X : VAKALARIN CİNSLERE GÖRE DAĞILIMI

Cins	Sayı	% (Yüzde)
Erkek	9	64.4
Kadın	5	35.6
Toplam	14	100.0

Benign ve malign ülserli kanayan vakaların 4 (% 29.0)'ünde konservatif metodlarla kanama durdurulmuş, elektif şartlarda operasyona alınmışlardır. Vakaların 10 (% 70.1)'una ise acil cerrahi müdahale yapılmıştır. Uygulanan tedavi metodları ve mortalite durumu Tablo XI'de gösterilmektedir.

TABLO XI : UYGULANAN CERRAHİ TEDAVİ METODLARI VE MORTALİTE

Metod	Sayı	Ölüm	% (Yüzde)
TV + Subtotal gastrektomi	5	1	20.0
Total gastrektomi	4	4	100.0
TV + Drenaj + Ülser eksizyonu	1	—	—
Toplam	10	5	50.0

Cerrahi müdahale geçiren vakaların % 40'ında malign, % 60'ında ise benign lezyon tesbit edildi. Malign olan vakaların tümü ile benign vakalardan biri post operatif 5 - 28. günler arasında kaybedildi. Ölüm sebepleri ise şunlardı : Kalp ve akciğer yetmezliği (2), septik şok (1), böbrek yetmezliği (1) ve akciğer embolisi (1).

Üst GİS kanamalarının % 10.8'i (12 vaka) özofagus varisine bağlı olarak bulundu. Bu vakaların % 83.3'ü erkek, % 16.7 (2 vaka)'si kadın idi. Vakaların 9'una endoskopi uygulandı, 8 (% 89.9) inde doğru teşhis konuldu. Vakaların hepsine de Sengstagen - Blakemore tüpü uygulandı. 6 (% 50.0)'sında kanama kontrol edilirken, diğer 6 (% 50.0)'sı konservatif tedavi sonucu kaybedildi. Vakaların hiç birine cerrahi tedavi uygulanmadı.

Bütün seride toplam mortalite sayısı 31 (% 27.02)'dir. Bu vakaların yaş dağılımı 7 - 80 (ortalama 52.5)'dir. Bunlara verilen kan ise 5 - 13 (ortalama 8.1) ünite arasında değişmektedir.

TARTIŞMA

Akut üst GİS kanamaları olan hastalarda fleksibl fiberoptik endoskopinin ve viseral arteriografinin gelişmesinden bu yana, kanamanın yerini, gerçek sebebini ve derecesini bilmeden laparotomi çok az yapılmaktadır. Son yıllardaki gelişmeler sayesinde hastaların prognozunu iyileştirmek mümkün olabilmektedir (2, 9, 10). Randomize olarak yapılan bazı çalışmaların sonucuna göre (4) geniş olarak tetkik edilen kanamalı hastalardan morbilite ve mortalitenin sadece konvansiyonel tetkiklerin yapıldığı hastalardan farklı olmadığı gösterilmiştir. Eastwood ve Sandlow (4, 12)'a göre tanıyı kesinleştirme çabaları kanama süresini gereksiz yere uzatmakta ve cerrahi müdahaleyi geciktirmektedir. Bir kaç sebeple biz bu görüşe katılmıyoruz. Öncelikle pek çok doktor, özofagus varisi, peptik ülser ve Mallory - Weiss sendromundan olan kanamayı aynı şekilde tedavi etmeye çalışmaktadır. Kesin ve spesifik tedavinin yapılabilmesi için erken devrede tanının doğru olarak konulması gerekir. Eğer erken teşhis ile uygulanan tedavi yetersiz kalıyorsa, daha iyi ve etkin bir tedaviye geçilmesi gerekebilir. Bunun için kesinlikle endoskopi ve mümkünse arteriografi yapılmalıdır.

Aktif olarak kanayan bir hastada yapılacak ilk müdahale mideye nazogastrik sonda koyarak, midenin dekompresyonunu sağlamaktadır. Aynı zamanda bir test anlamındaki bu çalışma ile kanamanın duodenojejunal birleşim yerinin üstünden veya altından geldiğini ayırtetmede de son derece faydalıdır. Luk ve arkadaşları (7) GİS kanamalı 1190 hastayı retrospektif olarak değerlendirmişler, hastaların 837'sinde mide aspirasyonu pozitif olduğu, bunların % 93'ünde kanamanın yerinin duodenojejunal birleşim yerinin yukarısında olduğunu tesbit ettiler. Mide aspirasyonu negatif olan 353 hastanın yalnız üçünde üst GİS kaynaklı kanama nedeni olarak duodenal ülser bulundu. Bu çalışmaya göre mide muhtevası kanama olduğunu gösterirse, kanamanın yeri hemen daima üst gastrointestinal kanaldadır, eğer mide aspirasyonu negatif ise yine de üst gastrointestinal kanal kanaması olabilir ve çoğunlukla da kanama durmuştur.

Hastaların acil ameliyata alınma endikasyonları son yıllarda daha da kesinleşmiştir. Kliniğimizde de uyguladığımız gibi yoğun resusitasyon tedavisine rağmen şok tablosunun devam etmesi veya erişkinde vital bulguları stabil tutabilmek için 12 saatte 2000 cc veya daha fazla kan verilmesi gerekiyorsa acil cerrahi girişim endikasyonu konulmaktadır (8, 10, 14).

Akut stres ülseri, aniden başlayan masif kanama, hastanın genel durumunun kötü, genellikle zeminde başka patolojilerin bulunması ve cerrahi tedavisindeki başarı şansının düşük olması gibi nedenlerle cerrah için çok önemli sorunlardan biri olarak devam etmektedir (13). Sınırlı çalışmalar, bazen ciddi hastalarda meydana gelen şiddetli hemorajik gastritin «stres ülseri» nin H_2 reseptör antagonistleri ile önlenebileceğini ve kanamayı kontrol edebileceğini göstermiştir. Cimetidine, peptik ülserasyonun sebep olduğu üst GİS kanamalarında aynı derecede etkili bulunmuştur (11). Cimetidine'i bu etkisi dolayısı ile majör operasyonlarda, travmalarda, sepsiste ve geniş yanıklarda proflaktik olarak kullanılmaktadır. Cerrahi tedavi uygulanan hastalardaki yüksek mortalite oranı literatüre uygunluk göstermektedir (14).

Peptik ülserle bağlı üst GİS kanamalarında son yıllarda kısa süreli ve basit müdahalelerin tavsiye edildiği görülmektedir. Hatta riskli vakalarda sadece transfiksasyon sütürünün konulmasını

tavsiye edenler de vardır. Fakat bu vakaların muhtelif çalışmalara göre postoperatif devrede tekrar kanama geçirme şansı % 40'a kadar varmaktadır (2, 10). Bu nedenle kliniğimizde radikal operasyonu da yapma eğilimindeyiz. Duodenal ülser cerrahisindeki gelişmeler, bütün cerrahi prosedürlerde olduğu gibi en fizyolojik, en iyi sonuç veren ve en konservatif metodun aranmasından doğmuştur. Rezeksiyonlar küçülmeye, vagotomiler daha selektif olarak yapılmaya ve pilorun korunmasına çalışılmaktadır.

Rezeksiyon yapılan vakalarda mortalitenin yüksek olduğu görülmektedir. Bu vakalar genellikle ilk yıllarda yapıldı. Günümüzde rezeksiyon gibi mortalitesi yüksek müdahaleleri, kliniğimizde olduğu gibi sadece tümör ve stres ülserine bağlı kanamalarda uygulayanlar çoğunluktadır (1, 3, 5, 6, 10). Kliniğimizde peptik ülser kanamalarında genellikle basit, morbidite ve mortalitesi az rezeksiyonsuz radikal operasyonlar tercih edilmektedir.

Sonuç olarak, üst GİS kanamalı hastaları preoperatif devrede iyice değerlendirmek gerekir, çünkü acil şartlarda yapılan ameliyatların mortalitesi % 20 kadardır (14). Erken endoskopik teşhis ve yeterli resusitasyon temin edildikten sonra erken cerrahi müdahale yapılmalıdır. Böylece mortalitenin azaltılabileceğine inanılmaktadır. 50 yaşından yukarı ve 6 üniteden fazla kan verilen vakalarda cerrahi tedaviye rağmen mortalitenin fazla olmasından dolayı bu vakalara büyük ve uzun süreli müdahalelerden kaçınılmalıdır.

K A Y N A K L A R

1. Bekada H, Charikhi M, Haicheur R, Yanes Y, et al : Bileeding Peptic Ulcer. Am J Surg 147 : 375 -377, 1984.
2. Dent LT : Evaluation of the bleeding patient. Surg Gynecol Obstet 151 : 817 -820, 1980.
3. Dunn S, Weber RT, Grosfeld LJ, Titzgerald RJ : Acute Peptic Ulcer in Childhood (Emergency Surgical Therapy in 39 Cases). Arch Surg 118 : 656 -660, 1983.
4. Eastwood GL : Does early endoscopy benefit the patient with acute upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterol 72 : 737 -743, 1977.
5. Emas S, Hammarberg C : Prospective, Randomized Trial of Selective Proximal Vagotomy With Ulcer Excision and Partial Gastrectomy With Gastroduodenostomy in the Treatment of Corporeal Gastric Ulcer. Am J Surg 146 : 631 -634, 1983.
6. Hunt SP : Surgical Managment of Bleeding Chronic Peptic Ulcer. (A 10-Year Prospective Study). Ann Surg 199 : 43 -50, 1984.
7. Luk DG, Turner EB, Hendrix TR. : Gastric Aspiration in localization of gastrointestinal hemorrhage. JAMA 241 : 576 -581, 1979.
8. McGregor DB : Massive Gastrointestinal Hemorrhage: A twenty five years experiences with vagotomy and drainage. Surgery 80 : 530 -533, 1976.
9. Palmer ED : Upper Gastrointestinal Hemorrhage JAMA 231 : 853 -855, 1975.
10. Papaevangelou EJ : A twelve year review of treatment of massive gastroduodenal bleeding. World J Surg 4 : 353 -357, 1980
11. Penn I : The Declining Role of the Surgeon in the Treatment of Acid - Peptic Diseases. Arch Surg 115 : 134 -135, 1980.
12. Sandlow LJ : A prospective randomized study of management of upper gastrointestinal hemorrhage. Am J Gastroenterol 61 : 282 -283, 1974.
13. Tobe T, Yamanguchi T, Yajiam H : Acute Stress Ulcer : An experimental study. Brit J Surg 66 : 808 -810, 1979.
14. Way LW : Upper Gastrointestinal Hemorrhage. In Dunphy EJ Way WL (eds) : Current Surgical Diagnosis and Treatment. 4 th Ed. Beirut, Lange Medical Publications 1979, pp 485 -489.