

## Rektal Kanama

HAMDİ AKTAN\*

Sindirim kanalı kanamaları hemorajinin meydana geldiği yere göre "üst sindirim kanalı kanamaları (Hematemez, Mena)" ve "distal barsak kanamaları (Rektal kanama, Hematochezia)" olarak iki ayrı başlık altında incelenebilir. Daha sık görülmesi, daha yüksek oranda masif ve mortel oluşu nedeniyle bunlardan birincisi üzerinde çok yazılıp konuşulduğu halde, ikincisi, rektal kanama, yakın zamana kadar klasik kitaplarda ve Bockus gibi büyük tretelerde bile yer bulamamış talihsiz bir semptomdur. Bu ihmalde semptomun değerini küçümsemekten çok rektal kanamaya neden olan birçok hastalık (iskemik kolitis, kolonun Crohn hastalığı, diverticulosis, angiodysplasia'lar) hakkındaki bilgisizliğimiz ve distal barsak kanamalarını aydınlatma yöntemlerinin kısırlığı amil olmuştur. Son on yılda bu bölge hastalıklarına ait bilgilerimizdeki gelişmeler yanında kanama yerinin ve sebebinin aydınlatılmasını mümkün kılan modern diyagnostik yöntemlerin ortaya çıkışı ve çoğunlukla yaşlılarda karşılaşılan bu semptomun insan ömrünün uzamasına paralel olarak artışı, rektal kanamaları, ilgi duyulan güncel bir konu haline getirmiştir. Masif kanamaya neden olan degeneratif hastalıkların, geriatric hastalar grubu ile birlikte çoğalışı da konuya ilgiyi arttırmıştır.

Bu yazımızla rektal kanamaların sebeplerini, etyolojiyi aydınlatıcı modern yöntemleri ve tedavide izlenecek prensipleri sunmaya çalışacağız.

### Tanımlama:

Distal sindirim kanalındaki kanamalarda, materiyel barsaklarda fazla beklemeden ve hazmolmadan dışarı atıldığı için rengi kırmızı veya mor, taze kan görünümünde veya ona yakındır. Bu görüntüde kanama ile melenayı ayıran, üst ve alt sindirim kanalı deyimlerini sınırlandıran bölge relatif ve tartışmalıdır. Sınır noktasını duodeno-jejunal veya ileo-caecal bölge olarak alanlar vardır. Aslında parlak kırmızı taze kan, inen kolondan aşağıdaki sigmoid ve anorektum hastalıklarında görülür. ileo-çekal valvül altındaki tüm kalın barsağı, hatta duodeno-jejunal bileşmeden itibaren tüm ince ve kalın barsağı distal sindi-

rim kanalı kabul edenler vardır. Bu yazımızda kolon kanamaları, özellikle masif kanamalar esas alınmıştır.

Ülser, varis rüptürü gibi nedenlere bağlı hematemez-melena şeklindeki kanamaların çoğunlukla bir defada fazla miktarda, rektal kanamaların ise, daha çok tekrarlayan ufak kan kayıpları tarzında olduğu kabul edilir. Özellikle yaşlı hastalarda rektal kanamanın da masif kan kaybı şeklinde bir âcil sorun olarak karşımıza çıkışına son zamanlarda sık rastlanmaktadır.

Pekçok kimse mecbur kalmadan rektal şikâyetlerle hekime başvurmak istemez. Ayrıca memleketimizde kırsal alanda yaşayan kadınların ano-rektal bölgeyle ilgili yakınmalarını uzun süre gizleme eğilimleri, bu semptomu meydana çıkarmak üzere özel surette sorgu yöneltmesini gerektirir.

### ETYOLOJİ

Çocukluk çağı dışında rektal kanamanın en sık rastlanan sebebi hiç kuşkusuz hemoroidlerdir. Defekasyonu izleyen damlama tarzı, küçük tekrarlayan kanama bu hastalığın en önemli belirtisidir. Daha önce Dergimizde (Cild 2, Sayı 4, Aralık-1982) etraflı şekilde gözden geçirilmiş bulunan hemoroid hakkında burada tekrar bilgi sunmak gereksiz ise de şunu vurgulamakta yarar vardır: Rektal kanamalı bir hastada hemoroid gibi çok sık karşılaşılan bir lezyonun saptanması, kanamaya neden olan daha önemli ikinci bir hadisenin araştırılmasını hiçbir zaman engellemelidir.

Rektal kanamaya sebep olan hastalıkların türü ve sıklığı yaşamın çeşitli çağlarında farklıdır.

### Bebeklik ve ilk çocukluk döneminde:

tnfeksiyöz diyare, nekrotizan enterokolit, invaginasyon, ano-rektal travma gibi süreçler küçük kanamalara neden olabilir. Bebeklik çağında masif rektal kanama ise en ziyade Meckel divertikülü ülserleri ile juvenil poliplere bağlıdır. Bu konjenital divertiküle tüm doğumların % 0,2-3 ünde rastlanır, erkek çocuklarda üç defa daha siktir. Divertiküldeki ektopik mide mukozasından salgılanan HCI, peptik ülser oluşumu-

\* Emekli öğretim Üyesi. Antalya, Fevzi Çakmak Cad. 65/6

nun ve kanamaların nedenidir. Divertikül, ileo-çekal valvülden bir metre kadar yukarıda, ileumda oturduğundan kanama, melena şeklinde olabilir de rektal yolla kırmızı veya kestane rengi kan çıkması daha sıktır. Meekel divertikülünü radyolojik olarak meydana çıkarmak güçtür. Yakın zamana kadar bu anomali ancak kanama vakalarında yapılan laparatomilerde teşhis edilebilirdi. Son on yıldan beri mide mukoza glandlarına afinitesi bulunan bir izotop aracılığı ile abdominal sintigrafide tanı mümkün olmaktadır.

JUvenil polipler kistik yapıli hamartomalardır. Damardan zengin stromaları nedeniyle kolay kanayan bu lezyonların çoğu rektumda oturduğundan endoskopik olarak tanınmaları ve tedavileri de kolaydır.

### Gençlik ve erişkinlik çağında:

Puberteden itibaren ilk gençlik yıllarında rastlanan rektal kanamaların sık rastlanan nedenleri; iltihabi barsak hastalığı (colitis ulcerosa, Crohn), adenomatöz polipler ve kolonun familial polyposis'idir. Erişkinlik çağında ise bu lezyonlar yine sık olmakla birlikte yaş ilerledikçe kolonun malign tümörleri, diverticulosis bunlara katılır ve ön plana geçer. Bu önemli hastalıklardaki kanama şekillerini kısaca gözden geçirelim:

**İltihabi barsak hastalığı:** Colitis ulcerosa klinik tablosunu açan semptom çok defa rektal kanamadır. Tekrarlıyan küçük kan kayıpları tarzındaki bu başlangıç belirtisi, önceleri hemoroidi düşündürürse de mukuslu diyare ve diğer lokal ve sistemik bulguların ortaya çıkışı veya endoskopik muayene ile durum aydınlanır. Her vakada rastlanan bu küçük kanamalar dışında, bir komplikasyon olarak, bol miktarda parlak kırmızı kanamaya (masif kanama) özellikle yaygın tiplerde nadir oluyarak (% 3-4) rastlanır. Bir mukoza hastalığı olan colitis ulcerosa dan farklı olarak barsağın tüm katlarını tutan transmüral bir iltihap oluşu nedeniyle Crohn hastalığında masif kanama daha yüksek oranda (% 6) görülür. Öte yandan colitis ulcerosa'nın karakteristik bulgusu olan küçük kanlı defekasyon veya kanlı mukuslu diyare Crohn hastalığında nadirdir.

**Rektum ve kolon polipleri:** Rutin rektoskopik incelemelerde % 5-10 oranında rastlanan, daha ziyade distal kolonda oturan bu adenomların % 40-50 sinde kanama olur. Bu kanamaların % 90 ı tekrarlıyan ufak rektal kanamalar tarzındadır, % 9 oranında ise masif kanama söz konusudur. Kolon ve rektumun soliter adenomatöz poliplerinde kanama dışında hemen hiçbir belirti yoktur. Bu nedenle klinikte rutin proktoskopik muayene sırasında tesadüfen veya kanama dolayısıyla yapılan incelemelerde teşhis edilirler.

**Kolonun familial polipozisi:** Bir genetik bozukluk olarak kolonda sayısız adenomaların oluştuğu bu familial hastalıkta rektal kanama, diyare ve kann ağnsı ilk semptomlardır. Poliplerin meydana çıkışı pu-

berte çağı, ilk semptomların görülüşü ise genç erişkinlik dönemidir. Polyposis, 40 yaş dolaylarında kolon kanserine ve hastanın kaybına yol açtığından erken teşhis için, bu hastalık saptanan bireylerin tüm ailesinde, polyposis araştırılmalıdır. Polyposis'de çoğunlukla zaman zaman kanlı mukus çıkışı veya küçük rektal kanama vardır. Masif kanama da nadiren olur.

**Kolon-rektum kanserleri:** Erişkinlerdeki rektal kanama sebepleri arasında sıklık değil fakat önem bakımından en önde gelir. Tecrübeli hekim her rektal kanama vakasında önce kanseri düşünüp elimine etmeye çalışır. Bu hastalıkta kanama, tümörün ülser olmasına bağlı küçük bir damarın erozyonu sonucudur ve kanama da bu nedenle hafif, tekrarlıyan tiptedir. Gerçekten Noer, 90 neoplazik kanamanın yalnız 4'ünde masif kanama olduğunu bildirmektedir. Kanamanın küçük olması, hastalar ve maalesef bazı hekimler tarafından semptomun da küçümsenmesine, teşhiste gecikmelere yol açar. Rektal kanama, kolo-rektum neoplazmalarının ağrı ve defekasyona ait değişikliklerden sonra en sık rastlanan belirtisidir. Tümörün lokalizasyonuna göre kanama belirtisinin görülme oranı da değişiktir. Bockus, 418 hastalık bir seride hematocheziyaya sağ kolon tümörlerinde % 30, sol kolon tümörlerinde % 49, rektum tümörlerinde ise % 80 oranında rastlamıştır. Çekum ve sağ kolon tümörlerinde kanama çoğunlukla okült tarzdadır, feçes renginde değişiklik yapmaz yahut miktar daha fazla ise feçes rengi kestane gibi veya siyahımsı olur. Sol kolon tümörlerinde feçese bulaşık kırmızı veya feçesle kanşık koyu renk kan çıkışı söz konusudur. Rektum kanserinde ise defekasyonla ilgili veya ilgisiz olarak taze kırmızı kanın rektal yolla akışı karakteristiktir. Kan feçese kanşık veya ayırdır. Yalnız defekasyon sonu yıkanırken veya tuvalet kağıdına bulaşma tarzındaki hemoroid kanamasından, rektum kanseri kanaması, bu özelliklerle ve diğer rektal ve üriner yakınmalarla ayrılır. Rektal tuşe ve rektoskopi ise kesin ayımmı sağlar.

### İhtiyarlık çağında:

Yirminci yüzyıl başlannda ve ilk yanmında ihtiyarlık çağı rektal kanaması önce neoplazik lezyonlan akla getirirken gerek diverticulosis yaygınlığının dramatik artışı, gerek inceleme yöntemlerinin gelişimi bu kanıyı değiştirmiştir. Pekçok batı toplumunda bu gün masif rektal kanama etyolojik sıralamasında çekumun vasküler ektazialan (angiodysplasia'lar) ve diverticulosis sıklık bakımından tümörlerden önde gelen lezyonlar kabul edilir.

**Diverticulosis, diverticulitis:** Endüstrileşmiş toplumların izlediği diyetdeki kepek (fibre) eksikliğinin sonucu olarak batı yarım küresinde diverticulosis 60 yaş üzerindeki bireylerin % 35-50 sinde rastlanan bir hastalık haline gelmiştir. Diverticulosis bulunan hastaların yaklaşık % 10'unda rektal kanama bildirilmişse

de bir arterin rüptürüne bağlı masif hemoraji oranının (hastalığın batıdaki yaygınlığı dikkate alınınca) bundan çok daha az olması gerekir. Kolon divertiküllerinin damarlarla yakın komşuluğu bilindiğinden erozyon veya diverticulitis nedeniyle bir damarın kolaylıkla açılabilceği anlaşılır. Diverticulosis en ziyade sol kolonu, özellikle sigmoid bölgeyi tuttuğu halde diverticulosis e bağlı kanamaların % 70'inde kanamanın sağ kolondan oluşu ilginçtir. Bu sebeple kan bazen parlak kırmızı, bazen şarap rengidir. Diverticulosis mevcudiyeti bilinen bir kimsede rektal kanamanın gerçekten diverticula'lara bağlı olduğunu kanıtlamak kolay değildir. İki, üç dekad önceleri böyle bir vakada divertikül kanaması tanısı için Quinn tarafından konulan aşağıdaki kriterler yeterli sayılırdı:

- Rektal yolla bol miktarda kırmızı veya vişne rengi kan gelişi,
- Radyolojik olarak kolonda divertikül varlığının gösterilmesi,
- Lavmanlı kolon grafisi ve endoskopide kanamaya neden olabilecek başka bir lezyon bulunması,
- Kanamalı dönemde yapılan mide tübajında kan görülmemesi,
- Genel kanama diyatezi bulunmaması.

Bu kriterlerin çoğunun diğer nedenleri elimine etmeye yaradığı yani "per exclusionem" tanıya gidildiği görülüyor. Bugün kanama döneminde kolonoskopi ve angiografi yapılarak kanamanın divertikül ile direk ilişkisinin gösterilmesinin tanı için gereğini savunular vardır. "Kanamalı dönemde selektif angiografi ile kanama yerinin ve kanamanın gösterilmesi" ancak dünyanın sayılı merkezlerinde rutin olarak yapılabildiğinden diverticulosis'li bir hastada rektal kanama yapan diğer lezyonların bulunmadığı endoskopi, barium enema ve koagülasyon testleri ile anlaşılırsa kanamanın divertikulosis ile ilgili olduğu kabul edilebilir.

Kolonun vasküler ektaziaları (Angiodysplasia'lar): Son 10-15 yılda tanınmaya başlamış bulunan çekumun vasküler ektazilerinin, ileri yaşta karşılaşılan masif rektal kanamaların en önemli ve en sık rastlanan nedeni olduğu anlaşılmıştır. Bunlar sindirim kanalında her yaşta rastlanan konjenital veya neoplazik vasküler lezyonlardan tamamen ayrı, genellikle 60 yaşından sonra ortaya çıkan, degeneratif, farklı bir klinikopatolojik antitedir. Deri veya iç organların angiomatoz lezyonları ile beraber olmazlar, hemen daima çekum veya assendan kolonun çekuma komşu bölgelerinde otururlar. Çok defa 5 mm den küçük, multipl lezyonlardır. Ameliyat sırasında cerrahın görmesi veya mutad anatomo-patolojik yöntemlerle gösterilmesi mümkün olmadığından selektif angiografi yaygınlaşmaya kadar tanınmamış yeni bir antitedir.

Bu vasküler lezyonların kanaması çoğunlukla tekrarlayan küçük hemorajiler tarzındadır. % 15 olguda masif kanama şeklinde karşımıza çıkar. Diverticulo-

sis kanaması arteriyel, vasküler ektazilerdeki kanama ise çoğunlukla venöz veya kapiller olduğundan ilk lezyondaki kanama ikincidekinden daha ciddidir. Ayrıca divertikül kanamaları spontan olarak durma, angiodysplasia kanamalı ise uzun sürme ve tekrarlama eğilimindedirler,

#### TANI

Masif kanamanın etyolojik tanısında izlenecek yol çocuklarla erişkinlerde ve kanamalı dönem ile kanama dışında farklıdır. Çocuklarda etyolojiyi aydınlatıcı tüm radyolojik (mide, incebarsaklar, kolon), endoskopik (gastroduodenoskopi, rektoskopi, kolonoskopi) ve sintigrafik yöntemler sıra ile uygulanmalıdır. Selektif arteriyografi yukarıdaki yöntemlerle aydınlatılmayan, transfüzyon gerektiren büyük kanamalarda endikedir. Çocukluk çağı rektal kanamaları ne kadar masif olsa da % 90'dan fazla olasılıkla kendiliğinden durur veya yukarıdaki yöntemlerle etyoloji aydınlatılır. Sebebi meydana çıkarılmayan, hayatı tehdit edici büyük kanamalarda eksploratif laparotomi yapılabilir. Ancak tüm diyagnostik yöntemler denenmeden, acele ile laparotomiye gitmek çoğunlukla birşey kazandırmaz. Shandling'in böyle durumlar için yıllar önce yazdığı, bugün de geçerlidir: "Kesin cerrahi endikasyon bulunmayan, nedeni belirsiz, çocukluk çağı rektal kanamalarının takip ve tedavisinde en çok gereksinim duyulan iki kişi vardır: hevesli bir çocuk uzmanı ile isteksiz bir cerrah"

Erişkinlerdeki kanamalarda ise rektal yolla gelen kan parlak kırmızı ise incelemelere standart proktosigmoidoskopi ile başlamak ve kanama devam ederse kolonoskopi ile devam ederek ano-rektal ve distal kolon lezyonlarını ilk planda araştırmak doğru olur. Endoskopi ile aynı dönemde veya onun negatif olduğu hallerde, hem kanamanın devam edip etmediğini kontrol, hem yeri hakkında kabaca oryante olmak yönünden abdominal sintigrafiye baş vurulmalıdır. Kolonoskopinin başarısızlığı veya hemoraji yerini ve sebebini aydınlatmadığı zamanlarda eğer kanama devam eder veya tekrarlarsa acil angiografi (sırasıyla arteria mesenterica superior, inferior ve coeliaca selektif arteriyografileri) endikedir.

Rektal yolla gelen kanın parlak kırmızı, taze kan görünümünde olmadığı kanamalarda tüm sindirim kanalını potansiyel kanama yeri olarak kabul etmekte yarar vardır. Böyle hastalarda bir naso-gastrik sonda ile mide kapsamının kontrolü, kanın geldiği seviye hakkında fikir verir. Kansız fakat safralı bir kapsam duodeno-jejunal kesim (Treitz) üstündeki tüm lezyonları elimine eder ve üst sindirim kanalı endoskopisi ile radyolojik incelemelerini gereksiz kılar. Böyle hastalarda kanama durmuşsa rektoskopi ve kolonoskopiden sonra ince barsaklar ve kolonun baryumla radyolojik incelemelerini yapmak ve eğer sonuç alınmazsa vasküler bir lezyon araştırmak üzere elektif mesenterik angio gereklidir.

Hematemez-melena dahil her çeşit gastro-intestinal kanamada hematolojik tetkiklerle kanama diyetezi bulunup bulunmadığı da araştırılmalıdır.

Yukarıda adı geçen araştırma yöntemlerinden nisbeten yeni olan üçü hakkında aşağıda kısa bilgi sunulacaktır :

**Kolonoskopi:** Standart rijid sigmoidoskoplarla görülebilen distal 30 cm.lik bölgenin proksimalini incelemeğe yarayan fleksibl endoskoplarla yapılan muayenedir. Bunların splenik fleksuraya kadar ithali kolaydır, proksimal kolon incelemeleri ise özel eğitim ve deneyim gerektirir. LUMendeki kanın aspirasyonu güçlüğü nedeniyle kanama sırasında görüş olanağı kısıtlıdır. Kanama durduktan sonra yapılan kolonoskopik muayene; polip, kanser, divertikül, angiodysplasia gibi en önemli lezyonları tanıma şansı verir. Ayrıca poliplerin ameliyatsız tedavisi bu muayene sırasında mümkündür.

**Abdominal sintigrafi:** Bu muayene en çok, hastanın angiografide lokalizasyonu saptanacak kadar hızla kan kaybedip etmediğini saptamak üzere bir tarama yöntemi olarak, ayrıca da kanayan bir Meckel divertikülünü araştırmada kullanılır. Prensip, kanamakta olan bir hastada İV. olarak verilen izotop bir maddenin gastrointestinal kanal içine ekstravaze olması ve karnın sintigrafisi ile bunun gösterilmesidir. Bu maksatla çeşitli radyonüklid kullanılmıştır

( $^{99m}_{Tc}$ ),  $^{51}Cr$  ip. hur colloid,  $^{51}Cr$  veya  $^{99m}_{Tc}$  ile işaretli eritrosit veya albumin,  $^{111}In$  ile işaretli transferrin). Dakikada 0.1 ml kadar az kan kaybını bile bu yolla saptamanın mümkün olduğu gösterilmiştir.

Kanayan tüm Meckel divertiküllerinin ektopik mide mukozası ihtiva etmesi nedeniyle paryetal hücrelere affinitesi olan  $^{99m}_{Tc}$ , pertechnetate sintigrafisi ile bu divertikülleri araştırmak kabildir. HCI salgısını stimule ve bloke etmek üzere pentagastrin ve cimetidini vererek izotopun tutulma ve hücrelerde konsantrasyonunu artırmak da tavsiye edilmiştir.

**Selektif arteriyografi:** Kanamanın yerini lokalize etmede yararlıdır. Kan kaybının en az dakikada 0.5 ml lik bir hızla devam etmekte olması, başarılı bir sonuç için şarttır. Barsağa kan getiren arterlere verilen kontrast maddenin lezyon bölgesinde lümen ektra-

vazasyonu radyografik olarak araştırılır. Divertikül kanamaları hızlı ve devamlı olduğundan bu yolla gösterilme şansı yüksektir (% 75). Kolonun vasküler ektazilerinde ise kan kaybı ara ara olduğundan ekstravazasyonun gösterilebilmesi ancak % 10-20 vakada mümkündür. Vasküler lezyonların varlığına delalet eden diğer indirekt angiografik belirtiler vardır. Bu nedenle kanamasız bir dönemde yapılan incelemelerle de kolon angiodysplasia'larını teşhis kabildir.

## TEDAVİ

Küçük rektal kanamalarda yukarıda sayılan incelemelere başvurularak etyolojiyi aydınlatmak ve lezyonun tabiatına göre tedaviyi planlamak gerekir. Masif rektal kanamalarda ise hastanın kan kaybına bağlı şoktan çıkarılması veya şoka girmesini önleyici tedbirlerin alınması ilk ve acil tedavi tedbirlerini oluşturur. Kanamanın devam ettiği hallerde İV. olarak vasopressin infüzyonu (dakikada 0.1-0.4 ünite) yararlıdır. Spontan olarak veya vasopressin infüzyonu ile durmayan kanamalarda angiografi ile kanayan arter saptanabilirse vasopressin kateterden intraarteriel olarak da verilebilir veya kateterden verilen jelatin süngeri (Gelfoam) ile yapılan embolizasyon denenebilir.

Masif rektal kanamalarda âcü ve elektif cerrahi endikasyonlarla ameliyat türleri de şöyle özetlenebilir:

— Meckel divertikülü, neoplazmalar, konjenital arterio-venöz malformasyonlar ekstripe edilir. Poliplerde endoskopik yöntem cerrahiye tercih edilmelidir.

— Colitis ulcerosa'nın ağır kanamalarında subtotal kolektomi gerekir.

— Durdurulamayan veya vasopressinle durduktan sonra tekrarlayan divertikül kanamalarında segmental kolektomi yapılmalıdır.

— Selektif angiografide çekum vasküler ektaziaları saptanırsa, bunlarda tekrarlayan kanama mutad olduğundan, sağ hemikolektomi endikedir.

— Masif kanamanın durdurulamadığı ve angiografide patolojinin saptanamadığı hastalarda subtotal kolektomi hayat kurtarıcı olabilir. Ancak bu halde önce sağ hemikolektomi yapılması ve kanama buna rağmen, tekrarlırsa daha sonra sol hemikolektomi yapılmasının, tek seansta yapılan subtotal kolektomiden daha az mortalite ve morbiditesi olduğu anlaşılmıştır.