

## Gastro-İntestinal Kanamalar

Ali Rıza ÜNAL\*  
M. Vas fi ÖZER\*\*

Çeşitli gastro intestinal sistem hastalıkları kanamalara neden olabilirler. Kanama az, orta veya bol miktardadır. **Az** miktarda olan devamlı kanamaların uzun süre farkına vanılmaz ve sonunda bir anemik tablo ortaya çıkar. Önemli miktarda kanamalar ise acil bir tablo yaratarak hasta ve hekim için sorun teşkil ederler.

Gastro-intestinal kanama olayları ile sık karşılaşılır. Eski bir konu olmasına rağmen, günümüzde de önemli yerini korumaktadır. Özellikle tanı ve tedavi yönünden yeni ve gelişmiş yöntemlerin bulunması, konunun hayati önemi yanında güncelliğini korumasını ve ilginç olmasını devam ettirmektedir. Bugün dahi massif dijestif kanamalarda mortalité hayli yüksektir. Özellikle yaşlı hastalarda mortalité çok yüksektir. Lamy'ye göre % 20, Hamilton'a göre % 23, Levrat'a göre % 34 mortalité bildirilmektedir.

Tanıda kanama yerinin tesbiti bakımından önemli sorunlarla karşılaşılmaktadır. Kanamanın yeri tesbit edilmeden, massif hemoraji karşısında acil müdahale zorunda kalış cerrahın büyük kaygusu olmaktadır. Ancak bütün bu olumsuz hususlarda eskiye nazaran önemli merhaleler alınmış olması gerçektir.

Massif dijestif kanamaların önemli bir yönü de, konunun medico-chirurgicale işbirliği gerektirmesidir. Dahiliyeci ve cerrahın beraberliği bu konuda, diğer konulardan ziyade önem taşır. Bu beraberliğin başarıda yeri büyüktür. Dijestif kanamalar genellikle ilk önce acil dahiliye veya gastro kliniklerine başvururlar. İlk tetkikleri ve tedavisi orada yapılan vak'alara ayrıca cerrahi konsültasyonu istenir. Gerekenler cerraha tevdi edilir. Massif kanama olayları bazan doğruca cerrahi servisine alınırsa da, medico-chirurgicale işbirliği orada da uygulanır.

Gastro-intestinal kanamalar hernatemez, melena veya rektal kanama olmak üzere 3 şekilde tezahür eder.

\* Ankara Numune Hastanesi 3. Cerrahi Servis Şefi

\*\* Ankara Numune Hastanesi 3. Cerrahi Servis Şef Mv.

Hernatemez, kan kusulması olayıdır. Orofarenks-ten, duodeno-jejinal köşeye kadar olan kanamalar hernatemez şeklinde kendilerini gösterirler. Bazan hernatemez ve melena beraber olabilir, yahut da sadece melena görülür. Kanamanın yeri, miktarı ve nedenine bağlı olarak gelen kanın görünüşü farklı olur. Arteriel kökenli taze kan, parlak kırmızı renktedir. Bazı gastro-duodenal ülser kanamaları ve Mallory-Weiss sendromu kanamaları gibi. Venöz kökenli kanamalar ise koyu kırmızı renkte olurlar, varis kanamaları **gibi**. Ayrıca midede beklemiş kanamalar kanın mide salgısı ile sindirilerek değişikliğe uğrar, renk koyulaşır ve nihayet kahve telvesi görünümünü alır. Bu manzara genellikle kanamanın yavaş olduğunu gösterir. Mide salgısındaki HCL'in hemoglobine etkisi ile asit hematin olmasından ileri gelir (10). **Taze** veya pıhtılar halinde **kanın** kusulması ise massif **kanama** lehindedir.

Melena, kanın sindirim sisteminde tam veya kısmen değişime uğrayarak katran gibi veya parlak siyah renkte bir dışkı manzarasında çıkmasıdır. Genellikle çekuma kadar **olan** kısımdan **gelen** kanamalar melena görünümü verirler. Ancak çok bol miktarda olan üst gastrointestinal kanamalar da taze rektal kanama şeklinde çıkabilirler. Kanın renk değiştirmesi kanamanın yerinden çok, kanın barsakta kalış süresine bağlıdır. Melena görünüşü, mide asidinin hemoglobin üzerine etkisi ile ortaya çıkan hematin ve heme molekülündeki demir üzerine H<sub>2</sub>S'in tesiri ile teşekkül eden heme sulfite tarafından meydana getirilir.

Melena görüntüsü için 50-100 cc'lik bir kanama kafidir. 10-15 cc'lik bir kanamada melena olmaz. 1000 cc civarında kanama olursa melena 3-5 gün devam eder. Kanama çok değilse dışkı siyah renkte **ve** formedir, dışkılama sayısı normaldir. Kanama miktarı fazlalaştıkça, dışkı parlak, siyah bir renk alır ve kıvamı yumuşar. Buna paralel olarak dışkılama sayısı artar ve şekli erimiş katran manzarasını alır. Bazı be-

sinler; ıspanak, çilek, pancar, üzüm ve bazı ilaçlarda (demir, bizmut ve organik kömür gibi) dışkıya melena görünümü verirler.

Rektal kanama (Hematochezia), anüsden gelen ve değişikliğe uğramadan çıkan taze kan demektir. Dışkı üzerinde veya ayrı olarak bulunabilir. Rektum ve distal kolon kanamaları barsakta kalış süresine bağlı olarak az çok koyu kırmızı renkte olurlar. Bazı hemoroid kanamalarında bile iç memelerin ampullaya kanamaları ve orada beklemeleri sonucu koyulaşmış pıhtı görünüşü alırlar. Ancak defekasyon esnasında kanayan, damla damla veya fişkırlı tarzda dışarı çıkan taze kan, özel görünüşü ile farkedilir. Hemoroid, fissür ve polip kanamaları bu cinstendir.

Gastro-intestinal kanamaları 2 büyük grup halinde incelemek uygun olacaktır:

- I. Üst Gastro-İntestinal Kanamalar
- II. Alt Gastro-İntestinal Kanamalar

### I. ÜST GASTRO-İNTESTİNAL KANAMALAR

Treitz ligamanının proksimalinde kalan kanamalar, özofagus, mide, duodenum, karaciğer ve pankreas ait kanamalar bu gruba girer, üst gastro-intestinal sisteme ait kanamaları Bourde ve arkadaşları 4 ana gruba ayırırlar:

1. önemli mide-duodenum hastalıklarına bağlı kanamalar.
2. Mide-duodenum'un egu lezyonlarına bağlı kanamalar.
3. Genel kanama kusurlarına bağlı kanamalar.
4. Portai hipertansiyona bağlı kanamalar.

Bir de mide dışından gelip midede biriken ve sonra hematemez veya melena tarzında kanama tezahürü gösteren vakalar vardır. Bunları da 5. grup olarak müतालaa edebiliriz.

5. Mide dışından gelip midede biriken kanamalar.

#### 1. Önemli mide-duodenum hastalıklarına bağlı kanamalar:

##### a. Gastro-duodenal ülserler:

Üst dijestif kanamaların 2/3'si ülser kanamalarıdır. Çeşitli otörler % 35 ile % 80 arasında değişen raporlar bildirirler. Edelman 903 vakalık bir kanama serisinde % 66.6, Luy, Grossman ve Bochrach 4614 vakada % 72, Tanner 1490 vakada % 80, Jones da 910 vakada % 89 ülser kanaması bildirmişlerdir (14). Peptik ülserli hastaların % 20'sinde akut kanama görülür. Bunların % 16'sında da kanama ilk semptom olarak belirir. Peptik ülserden ölümlerin % 40'ında sebep lassif kanamadır (14). Duodenal ülser kanamalarına mide ülserlerinden 4 kat daha fazla rastlanır, ülserli astalarda kanamadan önce ülser ağnlan fazlalaşır,

kanamayı takiben birdenbire ağn kesilir. Hastanın bu ifadesi ülser kanamaları için patognomoniktir.

Ülserlerde kanama çeşitli nedenlerle olur. Ülserin damar cidarını aşındırması massif kanamaların en sık görülen sebebinin teşkil eder (7). Bunlar submukozadaki damarlar olabildiği gibi, penetran ülserlerde büyük damarlar da açılabilir. A. gástrica sinistra'nın dalları, a. lienalis ve a. gastroduodenalis veya kollan gibi. Ülserlerde görülen diğer bir kanama şekli müköz kanamalarıdır. Ülser etrafındaki mukozanın konjesyonuna ve sathi mukoza ülserleşmelerine bağlıdır. Ülser zeminindeki lezyonlardan da kanamalar olabilir. Bir de anastomoz ülserlerinde görülen kanamalar vardır. Genellikle bunlar abondan kanamalara neden olurlar.

Ülser kanamaları, genellikle tıbbi tedavi ile damar duvarının büzüşmesi ve pıhtı tıkaçı ile kendiliğinden durabilir. Özellikle gençlerde bu olay beklenir. Fakat yaşlı hastalarda, arteriosklerotik damarların büzüşmesi ve pıhtı tıkaçı ile kanamanın durması daha zor olur.

Mide ülseri kanamalarında hematemez ve melena beraber görülebilir. Duodenal ülser kanamalarında ise, hematemez olmadan melena şeklinde kendini göstermesi daha sıktır. Abondan kanama hallerinde, duodenumdaki kan mideye regürjite olur ve hametemez görülebilir.

#### b. Mide kanseri:

Oldukça sık görülür ve önemli bir kanama nedenidir. Ekseriya gizli kanama şeklinde azar azar kanayarak hastayı anemik bir görünüme sokar. Bazan massif kanamalara neden olarak hematemez ve melena yapar. Büyük kanamalar neoplazik dokuda geniş nekrozlarla damarların açılması sonucu olur. Kardiya'ya yakın kanserler, daha sık kanama yapmaları ile tanınmışlardır.

Selim tümörler meyanmda mide polipleri, leiomyomlar ve schwannomlar da bol miktarda kanamalara neden olurlar.

#### c. Hiatus hernileri:

Kanama olaylarında büyük bir önemi haiz değildirler. Ekseriya gizli kanama yaparlar. Akut kanama nadir görülür. Hiatus hernilerinde kanama, reflü nedeniyle peptik ülser ve özofajit husulüne bağlıdır. Paraözofageal hiatus fitiklerinde kanamaya daha sık rastlanır.

#### 2. Midenin egu lezyonlarına bağlı kanamalar:

Bu grup, gastrointestinal kanamalar arasında önemli bir yer tutar. Celvet'e göre dijestif kanamaların % 20'si bu gruptadır. Çok çeşitli sebeplerle olurlar, kesin tanıda büyük zorluk çekilir. Bu grupta hemorajik gastritler, Mallory-Weiss sendromu ve Curling'in yanık ülserleri zikredilebilir.

Hemorajik gastritler geniş kapsamlı bir konudur. Medikomantö kanamalar, stres ülserleri, büyük cerrahi müdahaleler, özellikle nöroşirurjikal müdahaleler sonu kanamalar bu gruba girerler (6).

Hemorajik gastritler giderek artan bir sıklıkla görülmektedirler. Midede yaygın, erosiv bir patoloji vardır, annap kanayan bir mukoza halindedir.

Gastro-duodenal egu lezyonlara bağlı kanamaların teşhisi çok zordur. Gerek kanamanın karakteri ve gerekse muayene verileri kesin kanaat vermekten uzaktır. Antecedanda bazan mevcut olan bir ülser veya siroz yanıtıcı olarak kanama sebebi gibi görülebilir. Mide duodenum grafisi ilk fırsatta yapılır, fakat aydınlatıcı bilgi vermez. Gastroskopide her tarafın kanla kaplı olduğu bir manzara görülür (12). Esas tanıya varılamaz. Bu çeşit kanamalarda selektif anjiografinin önemli yeri vardır. Damarlara ait "fuite" kanama yerini ortaya koyar. Ancak selektif anjiografinin gastrointestinal sistemde rutin olarak kullanılması, bu konuda spesyalize olmuş dünyaca belli bazı merkezlerde yapılmaktadır. Özel teknik uygulama ve bu konuda iyi experimente olmuş elemanlar gerektirir. Bunun dışında çok defa tanı konulmadan ameliyata almak zorunda kalınır. Mide açılınca her taraf kanla dolu olarak bulunur, fakat kanama mihrakı bulunmaz. Adeta "mukoza kan ağlıyor" denilen özel bir görüntü vardır. Mukoza tamponla silinince tomurcuklar halinde kanamalar belirir. Bazan da mukoza üzerinde çok sayıda ve çeşitli büyüklükte yüzeysel ülserler bulunur. Egu dijestif kanamaların prognozu ağırdır. % 30-40 gibi yüksek mortalite gösterirler.

Hemorajik gastritlere ait kanamalarda medikomantö kökenli kanamalar önemli bir yer alır. Bu hususta iyi bilinen bazı ilaçlar vardır.

Aspirin alınmasına bağlı kanamaların mukoza üzerine direk tesirli olduğu iddia edilmektedir. Genellikle kanama had ülserasyon husulü veya mevcut bir ülserin alınan ilaçla aktivasyonu sonu olmaktadır.

Kortikosteroid'ler de kanama yaparlar, zararlı etkisini genel yoldan yaptığı bildirilmektedir.

Phenylbutazolone da kortikosteroidler gibi genel yoldan etki yapar.

Reserpine, histamine, antibiyotiklerden terramycine, antikoagülanlar ve tanderyl sınıfı ilaçlar da kanama sebebi olabilirler.

Hemorajik gastrit olaylarında stres önemli bir yer tutar. Çeşitli stres sebepleri bu arada zikredilebilir. Ayrıca büyük ameliyatlar, nöroşirurjikal müdahaleler, kardiyovasküler büyük operasyonlar ameliyatı takip eden günlerde (genellikle ilk 10 gün) kanama gösterebilirler.

Bazı dahili hastalıkların seyri esnasında da dijestif kanama görülmektedir. Koroner afetleri, had respiratuvar bozukluklar, anoksi ve hiperkapni olayları, böbrek yetmezliği, amiloidoz, ağır infeksiyon olayları,

atomik irradiasyonlar gibi.

Curling'in tarif ettiği, yanıklarda görülen egu ülserlere bağlı kanamalar nadir görülür. Kanama olayı yanığın vahameti ile paraleldir.

Mallory-Weiss sendromu, egu dijestif massif kanamalar grubunda yer alırlar. Dispeptik bir tablo altında, eforlu öğürmeler ve kusmalar esnasında kanama olur. Olay cardia yakınında, küçük kurvaturda mukozanın yırtılması ve submüköz şebekenin kanamasından ibarettir (27, 28).

Midenin egu kanamaları arasında angioma, herediter hemorajik teleanjiektazi (Rendu Osier-Weber sendromu), vaskülitler, aort, hepatik ve splenir arter anevrizmalarının mideye açılmaları da zikredilebilir.

Mide mukoza prolapsusu, duodenum divertikülü de çok nadiren kanama nedeni olabilirler.

### 3. Genel kanama kusurlarına bağlı olaylar:

Çeşitli kanama diatezleri bu grup kanamalara neden olurlar. Kanama ve pıhtılaşma zamanını bozan etkenler bu aradadır. Oldukça nadir görülürler. Başlıcaları: Polisitemia, lökemi, hemofili, trombopeni gibi.

### 4. Portal hipertansiyona bağlı kanamalar (Özofagogastrik varis olayları):

Siroz ve subhepatik venlere ait (v. lienalis, v. porta) trombozlar sonucu oluşan portal hipertansiyon önemli kanamalara neden olur (22). Portal hipertansiyonda özofagus'un alt bölümü ile kardiada portakaval anastomozlara ait varisler oluşur, özofago-gastrik varisler, üst gastrointestinal kanamaların % 10'unu teşkil ederler. Ancak bu hususta verilen istatistikler birbirini tutmamaktadır. Lamy'ye göre 414 büyük kanamalı bir seride portal hipertansiyon kanamaları % 32, Avery-Jones'a göre ise 3856 vakalık bir seride % 2.3'dür. Herhalde alkol alışkanlığının çok olduğu veya olmadığı memleketlere göre farklı sayılar bulunmaktadır. Sirotik hastalarda görülen kanamaların % 53'ünde sebep varisler, % 22'sinde hemorajik gastrit, % 20'sinde ise peptik ülserdir (10). Varis kanaması genel olarak özofagus içine prolabe haldeki ven duvarının açılması ile olur. Bol bir hematemez şeklinde kendini gösterir (22). Kanın vasfi venöz kanamaya uygun şekilde taze veya koyu kırmızı kan şeklindedir.

Evvelce siroz olduğu bilinen olgular için tanı problem değildir. Ancak ilk belirtisini varis kanaması olarak gösteren olgular vardır ve bunlar az değildir. Dispepsi şikayetleri ile beraber peptik ulkus bulunan vakalarda yanılma sık olur. Ancak ameliyat masasında hakiki tanının konulduğu olgular vardır. Aslında bu vakalarda karaciğer ve dalaktaki değişikliklerin değerlendirilmesi ve özellikle karaciğer fonksiyon testlerindeki önemsiz sayılabilecek sapmaların üzerinde durulması gerekir.

### 5. Kökeni mide dışında olan mide kanamaları:

Mide **dışından gelip midede toplanan ve** sonra hematemez şeklinde kendini gösteren massif kanamalar da vardır. Bunlar:

1. Akciğerden **gelerek** yutulan sonra çıkarılan kanamalar,

2. Orofarenks ve rinofarenks kökenli **kanamalar**, bu **bölge** tümörleri **veya travmaya** bağlı **kanamalar**,

3. Orofarenkse yerleşen **sülük** olayları, Anadolu'da çalışan hekimlerin karşılaştıkları olaylardandır. Kırlarda **yalaktan veya açık** pınardan elle **veya** eğilecek doğrudan doğruya su içerken sülük de yutulur. Sülük orofarenks duvarına yapışarak kan emmeye başlar. Bu **sırada** kanama olur **ve devam eder**. Bu kanama yutulur ve sonra **hematemez** tarzında **çıkarılır**. Bir vakamız uzun süre sülük taşımış ve mide **kanaması** tanısı ile ameliyata alınmıştır (15).

4. Hemobilia, karaciğerin veya safra yollarının bilhassa travma ile yaralanmasından sonra gecikmiş olarak meydana gelen kanamalardır. Bu olayda önce nekrotik karaciğer dokusu ve iltihabı eksüda içeren intrahepatik birikim oluşur. Buradan çevredeki safra yolları ile bunlara **yandaş** hepatik **arter dallarına** açılmalar olur. Arterlerdeki basınçlı kan **safra** yollarına, oradan da hepatik safra kanallarına ve duodenuma açılır. Hemobili'de kısa veya uzun **zaman aralıkları** ile **massif kanamalar** olur. **Kanama** ile beraber kolik tarzında ağrılar ve sarılık da görülür. Kanama **ekseriya** melena tarzındadır, bazan hematemez ve melena beraber **görülebilir**. Bir vakamız tampon ile duvar **araştırma** sıklığından 3 ay **sonra** sağ **hipokondriumda ağrılar** ile hematemez ve melena semptomları gösteriyordu. 4-5 günde bir ağrılı kolikler ve kanama oluyordu. Ameliyatta **hemobili** tespit edildi.

## ÜST GASTRO-İNTESTİNAL KANAMALARDA TEDAVİ

üst **gastro-intestinal kanamalarda** tedavi **kanama** sebebinin tayinine göre yapılacaktır. Bu bakımdan mediko-şirurjikal işbirliğinin önemine daha evvelce değinmiştik. **Massif kanamalarda** çok **defa** kesin **tanı** koymadan cerrahi girişim zorunda kalınabilir. Dijestif sisteme ait massif bir kanamada medikal tedaviye rağmen kanama devam ediyorsa acil müdahale endikasyonu vardır (1, 2, 6, 14). Cerrahi endikasyon konurken şu 3 hususun **gözönünde** tutulması gerekir:

- Kanamamanın seyri*
- Hastanın yaşı*
- Kanama sebebi*

a. Kanamanın seyri:

Burada, daha çok görülen gastro-duodenal kana-

malar ele alınarak anlatılacaktır. Gastro-duodenal kanamalar çeşitli şekilde ve şiddette seyrederler. **Massif kanamalar, residiv kanamalar, devamlı ve azar azar kanamalar** gibi. Tıbbi tedaviye rağmen kanamanın devamı halinde, hasta ameliyat şansını kaybetmeden ameliyat endikasyonu konulmalıdır. 24 saat kanaması devam eden ve vital belirtileri kritik sayıların altına düşürmemek için 1500-2500 cc kan vermek gereken hastalarda ameliyat endikasyonu var demektir. Serebri ve Mandeloff'a göre ameliyat endikasyonu şöyledir:

— Transfüzyon'a rağmen massif kanamanın devam etmesi

— 48 saatte 3000 cc civarında kana ihtiyaç duyulması

Hastanın iyi bir tıbbi tedaviye rağmen residiv kanama göstermesi

b. Hastanın yaşı:

Ameliyat endikasyonu konurken hastanın yaşı ayrı bir önem taşır, 45 yaşın üstündeki kanama vakalarında yaş ile mortalité arasında bir paralellik vardır (Tablo - 1). Özellikle 60 yaşın üzerinde vefiyat bariz bir artış gösterir. Lamy'ye göre 60 yaşında % 20, Hamiltan'a göre % 23, Levrat'a göre (60-70 yaş) % 34, Avery-Jones'a göre (71-80 yaş) % 60 olarak bildirilmiştir. Ekseriya arteriosklerotik olan bu şahıslarda kanamanın arteriyel kontraksiyon ve trombus teşekkülü ile kendiliğinden durması nadiren olur. Bu nedenle yaşlı hastalarda ameliyat endikasyonu konurken geç kalınmamalıdır.

Tablo - 1  
Mortalité ile Yaşın İlgisi  
(La Presse Med.'den Huguier ve ark.)

	Hasta	Sayı	Vefat (%)
40 yaşından az	24	2	8
40-50 yaş arası	14	2	14
50-60 yaş arası	30	5	17
60-70 yaş arası	28	9	32
70-80 yaş arası	18	8	44
80'den yukarı	11	5	15

c. Kanama sebebi:

**Kanama yeri ve sebebinin bilinmesinde fayda vardır.** Aynca kanayan patolojiyi bilmek önemlidir. Kanama özofagus, mide, duodenum veya komşu organlardan gelebilir. Kanama nedenleri de yukarıda sıralandığı gibi çok çeşitli olabilir. Ancak sebebi tesbit etmek her zaman mümkün olmaz.

Gastro-duodenal ülser kanamalarında ameliyat endikasyonu şu durumlarda konabilir:

— Acil Ameliyat Enriikasyonu: Yukarda belirtildiği gibi, massif kanama karşısında dahili tedaviye rağmen vital tehlike sınırlarına geline vakalarda acil ameliyat endikasyonu vardır,

— Reşidi? kanamalar, evvelce kanama geçirmiş eski ülserli hastaların kanamalarıdır. Ülserlerde residiv kanamalar sık görülür. Wilkinon vakaların % 77'sinde, Donaldson % 43'ünde ve Boies ise % 27'sinde nüks kanama bildiriyorlar. Genellikle residiv kanamalar, ilk kanamadan daha riskli olurlar. Bu sebeple residiv kanamalarda daha sonraki residivlere fırsat bırakmadan, vaka normal şartlara getirilince ameliyat uygulanmalıdır.

— Gecikmiş ameliyat endikasyonu: Burada tıbbi tedavi ile durdurulabilmiş massif kanama vakaları bahis konusudur. Hastanın durumu düzeltildikten sonra elektif ameliyat yapılır. Hamilton'a göre acil müdahalelerde mortalité % 17, geciktirilmiş vakaların elektif müdahalelerinde ise % 1,2, Lamy ve arkadaşlarına göre acil ameliyatta % 21, kanama dışında % 4 bulunmuştur (Tablo - 2).

Tablo - 2

Gastroduodenal Kanamalarda Acil ve Geciktirilmiş Müdahalelerde Mortalité

	MÜDAHALE	
	Acil Vefiyat	Geciktirilmiş Vefiyat
Hamilton	% 17	%1.2
Lamy	%21	%4
Ünal-Korkut	%25	% 1.7

**Kanamalı** mide ülserlerinde genellikle 2/3 mide rezeksiyonu yapılır. Duodenum ülser kanamalarında ise rezeksiyon veya vagotomi tartışmalıdır. Genel olarak vagotomi, piloroplasti ve kanayan damarın ligasyonu (Weinberg ameliyatı) lehinde bir eğilim vardır (30).

Mide kanseri vakalarında ancak massif kanama olayları acil ameliyat gerektirir. Kanama üzerindeki bir vakada karsinolojik yönden geniş bir müdahale yapılamaz.

Özofagus varis kanamalarında çeşitli yöntemler uygulanmıştır. Konservatif yöntemlerden Sungstaken-Blakemore tübü çok bilinir. Cerrahi metodlar palyatif olarak kanamaya yöneliktir. Bunlardan segmenter rezeksiyon, yerel ligasyon ve nihayet özofagogastrik tüb tatbiki (Dr. Gökok) en önemlilerindedir. Ayrıca porto-kav santiar ilave edilir.

Mallory-Weiss sendromunda lezyonun suture edilmesi yeterlidir (27).

Diğer kanamalar sebebe göre özel tedavi gerektirir.

## II. ALT GASTROINTESTINAL KANAMALAR

**Treitz** ligamanının distalindeki dijestif sisteme ait kanamalar, alt gastrointestinal kanamaları teşkil ederler. **Çok defa** bahis konusu **hastalığa** ait ilk belirti olarak **tezahür ederler. Daha önce bir şikayeti olmayan hasta ani bir solukluk, terleme ve baş dönmesi hisseder.** Bunlar **massif kanamanın** habercisidirler. **Arından bol melena ile kendini gösterir.**

**Massif ve özellikle tekrarlayan kanamalar hayati tehlike yaratırlar.** Eaton'a göre en az 2 ünite transfusion **gerektiren** vakalar **massif** kanama kabul edilir (13). **Wright** 24 saatte 1500 cc (32) kan vermek gereken olayları. Boley 2400 cc (9), Todd 24 saatte 6 ünite (26), Athanasoulis ve **Talrnan da** 8 ünite **kan nakli gereken vakaları bu gruba sokarlar ve bunlar da acil cerrahi girişim önerirler (4, 5, 26).**

**Alt gastrointestinal sisteme ait kanamalar, özellikle massif kanamalar yakın zamanlara kadar üzerinde az durulmuş bir konudur.** Bunun **başlıca nedeni, ilgili hastalıkların daha az tanın malan ve distal barsak sistemine ait muayene yöntemlerinin yetersiz olmasıdır.** **Son 10-15 yıldan beri bu bölgeye ait araştırma ve inceleme olanaklarımız artmıştır.** Abdominal sintigrafi ve özellikle selektif **anjiografi konuya büyük açıklık getirmişlerdir.**

Abdominal sintigrafi ile kanayan bir hastaya **İ.V. yoldan** radyoizotop verilir ve gastrointestinal kanala **ekstravaze olması izlenir. Bu maksatla** kullanılan çeşitli radyonüklidler **vardır** ( $Tc^{99m}$ , sulphur colloid,  $Cr^{51}$  veya  $Tc^{99m}$  işaretli eritrosit, albümin gibi) (3).

Selektif anjiografi gastrointestinal kanamanın yerini göstermede çok faydalıdır. İlgili organa gelen arter selektif olarak kateterize edilir (17). Buradan verilen opak madde ekstravaze olur ve bu radyografik olarak tesbit edilebilir. Bu **yolla** kanamanın gösterilebilme şansı abondan kanamalarda **daha** fazladır. Bu **muayene ile** (17),

— Vasküler kaçış **yeri** tesbit edilir,

— Kanamaya **neden** olan patolojiye dair bilgi edinilir,

— Kateter aracılığı ile vazopressin verilerek **kesin veya geçici** hemostaz sağlanır.

Anjiografi ile kanama dışında da indirek belirtiler saptanabilir.

Selektif anjiografi bugün ancak bazı gelişmiş merkezlerde rutin olarak yapılabilmektedir. Massif kanama karşısında yapılan tıbbi tedavi ve yeterli transfüzyona rağmen kanamanın devam etmesi halinde acil müdahale endikasyonu doğar. Bu vakalarda, özellikle son senelerde tanınan vasküler kökenli patolojik olaylarda kanama yerinin tayininde güçlü çekiştir. Elle ve gözle muayene bir sonuç vermez. Bu durumda **Weidenheimer preoperatuvar kolonoskopi"** önerir.

Alt gastro-intestinal kanamalar, ince barsaklar,

kolonlar ve ano-rektal bölgeden çıkarlar. Alt dijestif massif kanamaların % 2'den azı intestinal kökenlidir, ince barsak kanamaları çeşitli lezyonlardan olabilir. İnce barsak ülserleri, tifo, K'lu tablet alınımına bağlı ülserler, invaginasyon, Meckel divertikülü, régional enterit, ince barsak selim ve habis tümörleri gibi.

İnce barsak basit ülserleri oldukça nadir görülürler. Barsak eksenine paralel yönde ve barsak serbest duvarı üzerindedirler.

Tifo'da daha çok delinme olur, massif kanama ise çok nadir görülür. Genellikle 3. haftada ortaya çıkar ve yüksek mortalite riski taşır.

K'lu tablet alanlarda ileum son kısmında ülser teşekkülü ve buna bağlı kanamalar bildirilmiştir. Keza thiazide grubu diüretik alanlarda da görülebilir.

İnvaginasyon, daha ziyade çocukluk çağında görülür ve massif kanamalara neden olur. Orta ve ileri yaşlarda görülen invaginasyonlar genellikle başka bir patoloji sonucu teşekkül ederler.

Meckel divertikülü, % 0.2-3 oranında görülür. En ziyade bebeklerde massif rektal kanama nedeni olur. Divertikül içindeki ektopik mide mukozasının HCL salgısı ile ülserleşmesi sonucu kanama yapar. Divertikül genellikle ileumun ileo-çekal valvülden 1 m kadar proksimalinde bulunur. Bu nedenle kanama, melena tarzında olabildiği gibi, kırmızı veya koyu vişne renginde de olur. Meckel divertikülünü radyolojik olarak tesbit etmek zordur. Çok defa kesin tanı ameliyatta konur. Yakın zamanlarda mide mukozasına afinitesi olan radyoizotop kullanarak abdominal sintigrafi ile saptanması mümkün olmuştur. Yetişkinlerde Meckel divertikülü daha çok divertikülitis şeklinde komplikasyonla tezahür eder.

Régional ileitis (Crohn hastalığı), genellikle diare ile seyredir. Bazan massif kanama yapar (% 6).

İnce barsak tümörleri, seyrek de olsa polipler, soliter veya çok sayıda olabilirler (Gardner ve Peutz-Jeghers sendromu). Leiomyoma, lipom, lenfoma, carcino-ma, leiomyosarcoma nadiren görülür ve bazan kanama nedeni olabilirler. Karsinoid tümörler de nadiren kanama yaparlar.

Ayrıca ince barsakların vasküler kökenli kanamaları vardır; hemangioma, herediter teleanjiyektazi (Osler-Rendu-Weler sendromu), ince barsak mukozası anevrizmalan, mezenterik arter tromboz ve embolileri, mezenterik ven trombozu gibi.

Kolo-rektal kanamalar: Alt gastrointestinal kanamaların en sık görülen sebepleri kolo-rektal bölgede bulunur. Kolo-rektal massif kanamaların % 70'den fazlası kolon kökenlidir. Divertikülozis ve divertikülitis, ülseratif kolitis, kolonun selim ve habis tümörleri en önemli kanama nedenleridir. Bir de kolonların daha az görülen damar kökenli kanamaları vardır. Anjiyodisplaziler, işemik kolit, kolon varisleri gibi. Posttraktikler de kanama nedeni olabilirler.

Divertikülozis, kolonların genellikle ileri yaşlarda görülen hastalığıdır. Yaşlı kimselerin ciddi kanamalarında en önemli sebebi teşkil eder. 522 hastanın massif hemorajisinde % 53 divertiküloz bulunmuştur (25). Divertiküler kökenli kanamaların karakteristiği, vakaların hemen yansında kanamanın ilk belirti olarak kendini göstermesidir. Kanama divertikülozda oluşan ülserasyon veya divertikülitten ileri gelir. Divertiküllerin sol kolon ve sigmoid'de daha çok görülmesine rağmen kanama yeri vakaların 3/4'ünde sağ kolondadır (8). Fakat cenahi müdahale sahası dışında başka divertiküllerin de bulunabileceği ve bunların residiv nedeni olabileceği (% 32-44) bilinmelidir (8,9,11,13).

Ülseratif kolit: Bu hastalıkta başlıca belirti, kanlı ve mukuslu diarelerdir. Hasta sık sık tuvalet ihtiyacı duyar, bazan yalancı defekasyon, bazan da biraz kan ve mukusdan ibaret bir şeyler çıkarır. Rektum ve kolonlarda yaygın ülserasyonlar vardır. Rektoskopik muayene tanıda önemli bilgiler verir. Mukozada ülserli sahalar yanında polipoid teşekküller oluşur. Burada massif kanamalardan ziyade az ve orta derecede devamlı kanamalar vardır. Hasta anemik bir hal alır.

Kolo-rektal polipler: Kolonlarda tek veya yaygın polipler oldukça sık görülür ve çeşitli derecede kanamalara neden olurlar. Tanı, endoskopik muayene ve lavman opakla konur. Polipin yerine göre taze veya koyu kırmızı kan görülür. Çocukların juvenil polipleri rektumda bulunur, orta ve ileri yaşlarda ise poliplerin tabiatı şüphe ile karşılanır. Kolonların polipozisi olan rekto-kolik polipozis herediter bir hastalıktır ve massif kanama yapar. Gardner sendromunda, kolon polipleri ile birlikte bulunan genel belirtiler vardır.

Kolo-rektal kanserler: Alt gastro-intestinal kanamaların sık rastlanan sebepleri arasındadırlar. Bunlar yerleşimine göre, koyu veya taze kırmızı renkte kanama yaparlar. Massif kanama nadiren görülür. Daha çok devamlı ve azar azar kanama olur ve sonuçta hasta anemik bir görünüş alır. Sağ kolon kanserleri bu çeşit sürekli ve gizli kanama ile hastayı anemiye sokar. Sol kolon kanserlerinde ise kanama koyu kırmızı renktedir ve % 30 vakada görülür. Kan dışkıya bulaşmış veya karışmış olabilir. Rektoskopide ampulla rekti ve sigma kolon civarında kan pıhtıları görmek tanıda yol göstericidir. Kolon kanseri olgularında kanamanın görülmesi, hasta için şans gibidir, tanıda habercisi önemli bir unsurdur. Rekto-sigmoidoskopi veya kolonoskopi ile sebep araştırılır. Ayrıca lavman opakla radyolojik tetkik yapılır.

Rektum kanseri'nde önemli sorun hastaların hemoroid ihtimali ile oyalanmaları ve tanıda geç kalmasıdır. Kanama genellikle az miktarda, dışkıya bulaşmış veya dışkı ve mukusla karışmış haldedir.

Ano-rektal kanamalar: Proktolojik hastalıklardan ileri gelir. Hemoroid, fissür anal gibi. Hemoroidler derecelerine göre az veya fişkırtır tarzda fakat daima çok taze kırmızı renkte kanarlar. Fissür analde ise

kanama damla halinde veya tuvalet kağıdına bulaşır haldedir. Bunlarda tanı kolaydır.

#### Kolonların Vasküler Kökenli Kanamaları:

**Sağ kolon anjiyodisplazileri:** Konu yenilerde tarif edilmiş bir patolojik antite teşkil eder. 1979'da Tattman anjiyografik olarak dokümanite edilmiş 61 vaka topladı (25). Boley'e göre yaşlı hastalarda kolon kökenli kanamaların % 20'sinin sebebi anjiyodisplazidir (5). Vakaların % 80'inde kanamalı antesedan saptanmıştır. Vasküler lezyon sumüko yerleşimli sağ ileokolik venin dejeneratif ektazisi veya arterio-venöz küçük fistüller şeklindedir. Çekum ve assendan kolonun gözle ve elle tetkikinde patolojik hiç bir şey bulunmaz. Operasyon pieslerinin mutad anatomopatolojik muayene yöntemleri ile dahi pek kesin bir şey söyleyemez. Ancak anjiyografi ile anlaşılabilmiş ve antite olarak tanınmıştır. Genellikle 70 yaş civarında görülür. Vakaların büyük çoğunluğu latent kalır. Harmoniere yaş ortalaması 78 olan kişilerde yapılan sağ hemikolektomi pieslerinin anatomo-patolojik muayenesinde, % 37 oranında kolik anjiyektaziler bulunduğunu bildirmektedir. Bu vakalarda tanının anjiyografi ile mümkün olduğunu evvelce bildirmiştik. Bütün otörler kanamalı olgularda, peroperatuvar identifikasyonun güçlüğüne belirtirler. Bazı şanslı durumlarda çekal bölgede subseröz varislerin görülmesi istisnai olaylardır (29).

**İskemik kolitler:** Nadir de olsa massif kanama yaparlar. Kanama, ağrılı krizlerle olur. Tanı anjiyogra-

fik verilere dayanarak konabilir. Daha ziyade ileri yaşlarda görülür.

**ülser kolikler:** Kolonların nonspesifik ülserleridir. Bazan önemli kanamalara neden olurlar. Mahoney literatürden bu tip 124 vaka toplamıştır (23). Vakaların % 80'i tek ülserden ibarettir. Ekseriya çekumda bulunur, üzeri fibrinli ve nekrotik granülasyon dokusu ile kaplıdır. Preoperatif tanı, endoskopik ve anjiyografik veriler üzerine konur. Burada patolojik proses'in damar düzeninde olduğu sanılmaktadır. Mukozadaki ince damarların fibrinö trombüsü bahis konusudur. Lospinusa, ameliyat esnasında kolonun dikkatli bir palpasyonu yapılmıca, çekum duvarında lokalize bir kalınlaşma bulunabileceğini bildiriyor (16,20,23).

**Kolon varisleri:** Portal hipertansiyonlu vakalarda, özofagus ve anorektal varisler gibi, bazan kolonlarda da varisler görülebilir. Bunların rüptürü sonucu önemli kanamalar bildirilmiştir. Patel 1979'da, yenilerde yayınlanmış 29 olgu toplamıştır. Tanı endoskopik ve anjiyografiktir. Kolon varisleri % 65 sol kolonda bulunurlar. Bunların tedavisi portal hipertansiyona ait porto-kaval derivasyonla beraber yapılmalıdır.

#### TEDAVİ

Alt gastrointestinal massif kanamalarda genellikle kanama sebebine göre özel tedavi yapılır. Çok defa vakalara hemikolektomi yapmak zorunda kalınır.

#### KAYNAKLAR

1. Adloff, M. et Kochler, J.J.: La place de la vagotomie dans le traitement des hémorragies ulcéreuse massives. La Presse Medical. 77, 49, 1813-1814, 1970.
2. Alexiu, O.: Furtunescu et Pacesu Les Vagotomies. Masson, Paris, 1970.
3. Aktan, H.: Renal kanama. Türkiye Klinikleri, Cilt: 3, Sayı: 3, 201-204, Eylül 1983.
4. Athanasoulis, C.A., Baum, S., Rosch, J.: Mesenteric arterial infusions of vasopressine for hemorrhage from colonic diverticulosis. Am. J. Surg., 129, 212, 1975.
5. Boley, S.J., Dibiase, A., Brandt, L.J., Sammartano, R.J.: Lower intestinal bleeding in the elderly. Am. J. Surg., 137,57-64, 1979.
6. Bourde, J., Assadourian, R., Raynoud, B., Houze, J.P., Randrian, J., Lamy, J.: Les hémorragies des ulcères duodenaux. Considerations etiologiques et thérapeutiques. J. deChir. 103, 5-6,465-478, 1972.
7. Bumin, O.: Delinme ile sonuçlanmış bir Mallory-Weiss sendromu vakası. A.Ü. Tıp Fak. Mec. XXIV, 219-225, 1971.
8. Casarella, W.J., Kanter, I.E., Seaman, W.B.: Right sited colonic diverticule as a cause of acute rectal hemorrhage. N. Engl. J. Med.286-450, 1972.
9. Cathcart, P., Cathcart, R.S., Rambo, W.: Management of massive lower gastrointestinal bleeding. Ann. Surg. 43,4,217-219, 1977.
10. Değerli, Ü.: Cerrahi Gastroenteroloji. İstanbul Tıp Fak. Vakfı, 19-34, İstanbul, 1984.
11. Drapanas, T., Pennington, D.G., Kappelman, M., Lindsey, E.S.: Emergency subtotal colectomy: Preferred approach to management of massively bleeding diverticulus disease. Ann. Surg. 31, 8, 693-698, 1977.
12. Dupuy, P., Cazard, G., Rueff, B., et Nahum, H.: Correlations radio-endoscopiques en période d'hémorragie digestive haute. La Presse Med. 79, 51, 2309-2311, 1971.
13. Eaton, A.C.: Emergency surgery for acute colonic hemorrhage. A retrospective study. Br. J. Surg., 1981,
14. Edelmann, M.G.: Le traitement des hémorragies gastro-duodenales massives (hypertansion portale excepte). Mem. de l'acad. de Chir. 92, 31, 890-901, 1966.
15. Erdentuğ, N., Ünal, A.R., Tüzüner, N.: özofagusda yerleşen ve mide kanamasını taklit eden bir sülük vakası münasebetiyle. Ank. Numune Hast. Bült. Cilt: VIII, 6, 873-880, 1968.

16. Hamoniere, G., Greniere, A., Lalloue, C., Ducroux, A., Ferry, C.: Recherches sur l'angiectasie du colon droit. Lyon. 78, 2, 125-128, 1982.
17. Hernandez, CL.: Place de l'artériographie dans les hémorragies coliques. In Actualités Digestives. Médico-Chirurgicales. 1. Col. 180-189, Masson, 1982.
18. Huguier, M., Belchim, J., Valette, M., Leclere, J.: Varices rectales hémorragiques chez un cirrhotique. Gastroenterol. Clin. Biol. 4, 3, 211-214, 1980.
19. Huguier, M., Vana, M., Levy, E., et Loygue, J.: Les hémorragies gastro-duodenales graves étude de la mortalité et éducatons thérapeutique. La Press Med. 79, 2, 41-43, 1972.
20. Lagache, G.: Les hémorragies digestives basses. Etiologie, signe d'appel. In Actualités Digestives Médico-Chirurgicales 159-168, Masson, 1982.
21. Leborgne, J., Bourret, J.F., Heloury, Y., Paineau, J., Le Neel, J.C.: Problèmes poses par les hémorragies massives d'origine colo-rectale. A propos de 12 observations. J. de Chir. 121, 1, 39-49, 1984.
22. Léger, L., Delattre, B., et Nicodene, J.P.: Hémorragies digestive chez les cirrhotiques. Notre attitude thérapeutique a propos de 134 observations. J. de Chir. 106, 1-2, 45, 1973.
23. Mahoney, T.J., Bubrick, M.P., Hitchcock, O.R.: Non-specific ulcers of the colon. Dis. Col. Rect. 21, 8, 623-626, 1978.
24. Mouiel, J., Delmont, J., Rampai, P., Bertrand, J.C., Mazarguil, P., Loubiere, M.: Les angio-dysplasies ou ectasies vasculaires intestinales. J. de Chir. 119, 6, 7, 4194-28, 1982.
25. Talman, E.A., Dixon, D.S., Guittieres, F.E.: Role of arteriography in rectal hemorrhage due to arteriovenous malformations and diverticulosis. Ann. Surg. 180, 2, 203-213, 1979.
26. Todd, M.C.: Selective mesenteric angiography and colon bleeding. Int. Surg. 63, 4, 35-39, 1973.
27. Ünal, A.R., Korkut, H.C.: Mallory-Weiss sendromu. Ank. Hast. Derg. 8, 3, 187-193, 1973.
28. Ünal, A.R., Korkut, H.C., Togan, S.: Gastro-duodenal kanamalar ve vakalarımızın etüdü. Ank. Numune Hastanesi Bük. 15, 2, 193-215, 1974.
29. Veidenheimer, M.C., Corman, M.L., Collier, J.A.: Colonie, hemorrhage. Surg. Clin. N. Amer. 58, 3, 581-590, 1978.
30. Weinberg, J.A.: Treatment of the massively bleeding duodenal ulcer by ligation pyloroplasty and vagotomy. Amer. J. Surg. 102, 158-167, 1961.
31. Welch, C.H., Athanasoulis, C.A., Galdabini, J.J.: Hemorrhage from the long bowel with special reference to angiodysplasia and diverticular disease. World J. Surg. 2, 73-78, 1978.
32. Wright, U.K.: Massive colonic hemorrhage. Surg. Clin. North Amer. 60, 5, 1297-1304, 1980.
33. Yazıcı, Y.: 232 massif gastro-duodenal kanama vakasında cerrahi tedavi ve ameliyat endikasyonları. Gülhane As. Tıp Ak. Bül. 12, 1, 13-25, 1970.
34. Zerouali, N., El Faves, F., Abi, F., Laaroussi, İL, Touzani, K., Bouzidi, A., Tuchmann, L.: Complication hémorragique du faux kyste du pancreas. J. de Chir. 121, 11, 663-666, 1984.