

ÇOCUKLUK ÇAĞI ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI; 15 Olgunun endoskopik incelemesi

UPPER GASTROİNTESTİNAL TRACTUS BLEEDING IN CHILDREN:
Evaluation of Endoscopic Findings in 15 Cases

Erhun KASIRGA
Sedat ERTEM
Esra ÖZER
Ali Rahmi BAKİLER
Nejat AKSU
Işın YAPRAK

SUMMARY

The purpose of this study is to evaluate endoscopic findings in children with upper gastrointestinal tractus bleeding. Approximatel half of the patients presented with melena and history of salicylate administration and upper gastrointestinal tractus bleeding was found. The diagnostic rate of endoscopy showed correlation with period between onset of symptoms and the procedure of endoscopy. The main endoscopic findings were active bleeding lesions, 4 (26.6%); recently bleeding lesions, 4 (26.6%); and nonbleeding lesions, 6 (40%).

(Keywords: Hematemesis, Melena, Oesophagogastroduodenoscopy)

ÖZET:

Bu çalışmada üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle başvuru alan 15 çocukta endoskopik inceleme sonuçları değerlendirilmektedir. Olguların yaklaşık yarısı melena yakınması ile gelmiş olup 4 olguda salisilat kullanımı, 5 olguda geçirilmiş üst gastrointestinal sistem kanaması bulunmuştur. Hastaneye başvurudan endoskopiye kadar geçen süre uzadıkça endoskopik tanı oranında azalma görülmüştür. Endoskopiye alınan olguların 4'ünde (%26.6) aktif olarak kanayan lezyon, 4'ünde (% 26.6) yakın zamanda kanayan lezyon, 6'sında (%40) kanama bulgusu olmayan lezyon saptanmıştır.

(Anahtar Sözcükler: Hematemez, Melana, Özofagogastroduodenoskopi)

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği (Doç.Dr.I Yaprak,
Kli. Şefi, Doç.Dr.AR Bakiler, Kli. Şef Yard., Uz.Dr.N Aksu,
Kli.Şef Yard., Uz Dr.E Kasirga, Dr.E Özer)
Gastroenteroloji Kliniği (Uz.Dr.S Ertem)
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 35120 Yenisehir-İZMİR

Yazışma: Dr. E. Özer

Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarında kanama odağının belirlenmesinde en başarılı yöntem endoskopidir (1-4). Hematemiz ve melena çocuklarda endoskopik incelemenin en sık nedenleri arasındadır. Tüm özofagogastroduodenoskopilerin yaklaşık olarak 1/3'ü üst GİS kanamalarının ayırıcı tanısı için yapılmaktadır (1). Özellikle hastada hemogloblin ve hematokritte düşmeye neden olacak kadar hematemiz varsa endoskopik inceleme üst GİS kanama nedeninin belirlenmesinde baryumlu grafilere oranla çok daha üstündür (2, 5, 6). Radyografik incelemelerde belirlenemeyen özofajit, eroziv gastrit ve duodenit gibi mukozal lezyonların görülmesini sağlar (2,5). Günümüzde özofagogastroduodenoskopi oldukça yaralı olup, kanamanın devamı konusunda prognostik bilgiler verir. Endoskopik olarak saptanan kanamabulguları prognostik bir tabanında taze kanamayı gösteren pıhtı varlığı veya damar görülmesi veya Mallory-Weiss sendromunun saptanması kanamanın devamı, nüksü, cerrahi gereksinim ve mortalite yönünden yüksek risk göstergeleridir (1). Kanayan ülser zemininde damar görülmesi inatçı kanama veya tekrarlayan kanamaların olabileceğine ve büyük olasılıkla bu hastanın cerrahi girişime gereksinimi olduğuna işaret eder (1, 2, 3). Özofagus varisleri olan hastaların yaklaşık olarak yarısında sıklıkla eroziv gastrit yada peptik ülser gibi başka bir odaktan kanama gösterilmiştir (5, 7). Özofagogastroduodenoskopi tanıdaki güvenilirliği kanamadan sonraki ilk 12-14 saat içinde en yüksektir (2, 5).

GEREÇ VE YÖNTEM

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniklerine Aralık 1995-Temmuz 1996 tarihleri arasında üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması nedeni ile başvuran ve özofagogastroduodenoskopi uygulanan 15 hasta geriye yönelik olarak değerlendirilmiştir. Başvuran hastaların 8'i kız, 7'si erkek olup yaşları 4-15 arasında değişmektedir. Yaş ortalamaları 10.26+ 3.26 (ort. + standart sapma) dır. Tüm hastalarda üst GİS kanamasının varlığı he-

matemez, nazogastrik sondadan aktif kanama olması eski kanamanın aspirasyonu veya melanın varlığı ile konulmuştur. En sık başvuru nedeni olarak 8 hastada (%53.3) melena tespit edilmiştir. Hastaneye başvuru için ortalama gecikme süresi, yalnız hematemizi (3olgu, %20) ve hematemizle birlikte melenası (4 olgu, %27) bulunanlarda 1.33 gün olup yalnız melenası (8 olgu, % 53) bulunanlarda ise 7.62 gündür (Tablo 1). İlk kanama bulgusunun ortaya çıkmasından itibaren, en erken başvuru 2 saat, en geç başvuru ise 10 gün sonra olmuştur. Endoskopik girişim hastaların kliniğe kabul edilmesinden sonraki ilk 4 gün içinde, hemodinamik denge sağlandıktan sonra gerçekleştirilmiştir Üst GİS endoskopisine hazırlık, topikal boğaz anestezi (pantokain %2) ve sedasyon (midazolam 0.1-0.2 mg/kg/IV.) ile sağlanmıştır. Üst GİS endoskopileri Olympus GIF P20 OES ve Fujinon FG-100 FP olmak üzere iki ayrı tipte endoskop kullanılarak yapılmıştır. Lezyondan taze kanama, lezyona yapışık taze yada eski kan pıhtısı ve ülserin kenarında ya da tabanında damar varlığı gibi bulgular lezyonun kanamanın kaynağı olarak kabul edilmesinde esas alınmıştır. 1 hastada ülser, 5 hastada geçirilmiş GİS kanaması, 4 hastada ise salisilat kullanımı öyküsü bulunduğu saptanmıştır (Tablo 2).

TABLO 1. Olguların Yakınmalarına Göre Hastaneye Başvuru Zamanı Ortalamaları.

Yakınma	S	Gün
Hematemiz	3	1.33
Hematemiz ve melena	4	1.33
Melena	8	7.62
Toplam	15	3.42

TABLO 2. Öykü-Cinsiyet İlişkileri.

Öykü	Erkek	Kız	Toplam
Salisilat kullanımı	3	1	4
Geçirilmiş GİS kanaması	-	5	5
Geçirilmiş ülser	-	1	1

SONUÇ VE BULGULAR

Özofagogastroduodenoskopi yapılan olguların 5'inde duodenal ülser (%32), 3'ünde gastrik ülser(%20), 4'ünde özofajit (%27), 1'inde özofagus varisleri (%7), 1'inde Henoch-Schönlein vaskülitine bağlı hemorajik gastrit ve bulbit (%7) tespit edilmiş olup 1 hastada ise herhangi bir lezyon saptanmamıştır (%7).

Tablo 4'te gösterildiği gibi 15 olgudan 7'sinde (%47) endoskopik inceleme hematemez nedeni ile yapılmıştır. Hematemiz grubunda hastaneye başvurudan itibaren ilk 48 saat içinde endoskopi yapılan olguların tümünde kanama odağı saptanmıştır. Hematemiz ile başvuran 7 olgunun 5'inde (%71.4) kanama odağının belirlenmesine karşın hematemez yakınması olmayan 8 hastanın ancak 3'ünde (%37.5) kanama odağı gösterilebilmiştir (Tablo 3). Endoskopide görülen lezyonlar (Tablo 4), endoskopi sırasında aktif olarak kanayanlar, yakın zamanda kanama bulguları gösterenler ve kanama bulguları olmayanlar şeklinde 3 grupta sınıflandırılmıştır.

Tablo 3'te hastaneye başvurdan sonra endoskopinin yapılma zamanına göre kanama bulguları verilmiştir. Akut üst gastrointestinal sistem kanamalarında aktif yada yakın edilmiştir. Kanama bulguları taşımayan lezyonlar mukozal lezyonların çok hızlı iyileşmesi nedeni ile her zaman doğru tanıyı göstermezler. Bu Kriterlere göre toplam endoskopik başarı oranı %53.3'tür (8 olgu). Ancak endoskopik başarı oranları ilk 24 saatten sonraki dönemlerde giderek düşmektedir (Tablo 5).

Üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan hastaların hiçbirinde önemli bir komplikasyon gözlenmemiştir.

TABLO 3. Hematemiz İle Endoskopi Zamanı Arasındaki İlişki.

Hematemiz	Endoskopi zamanı (saat)	
	<48	>48
Var	4 (4)	3 (1)
Yok	3 (2)	5 (1)

*Kanama bulgusu olan lezyonlar parantez içinde verilmiştir.

TABLO 4. Olguların Endoskopik Tanıları.

Lezyon	Endoskopik bulgular		
	Aktif kanayan	Yakın zamanda	Kanama bulgusu
	Lezyon (s)	kanayan lezyon (s)	olmayan lezyon (s)
Özofajit	2	-	2
Varisler	1	-	-
Gastrit	1	-	-
Ülser	-	4	4
Toplam	4 (%26.6)	4 (%26.6)	6 (%40)

* 1 olguda herhangi bir lezyon saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları genellikle acil bir durumdur ve hızlı tedavi gerektirirler (8). Son yıllarda üst GİS kanamalı hastalarda endoskopik incelemenin daha hızlı yapılması sayesinde tanı tedavinin etkinliği büyük oranda artmıştır (9,10). 1970'li yılların başında 48 saat sonra yapıldığında doğru tanı oranının %90'dan %27'ye düştüğünü buldular.

Katon ve Smith ise hastalarına başvurudan sonraki ilk 2 saat içinde endoskopi yaptıklarında olguların %70'inde aktif olarak kanayan lezyonları gördüler (3,4). Kırksekiz saatlik zaman döneminin mukoza lezyonlarının tümüyle iyileşmesi ve ülserlerin kanama bulgularının tamamen ortadan kalkması için yeterli olduğu bilinmektedir (3).

Hematemiz ve melena üst gastrointestinal sistem kanamalarının en sık rastlanan orataya çıkış şekilleridir. Özofagus varis veya peptik ülser kanamaları büyük çoğunlukla kendiliğinden durur ancak kanamanın tekrarlanmasını önlemek için tedavi edici endoskopik tekniklerin kullanılması gerekebilir (11). Endoskopik inceleme sonuçlarından görüldüğü gibi, hastaneye başvurudan endoskopiye kadar geçen süre uzadıkça doğru tanı oranı belirgin şekilde düşmektedir. Aktif olarak kanayan lezyonun görülme şansı ilk 24 saat içinde en yüksektir. Melena yakınması ile başvuran 1 olguda herhangi bir lezyon saptanamaması,

ilk kanama bulgusunun hastaneye yatışından 10 gün önce ortaya çıkması ve endoskopik incelemenin başvurdan 4 gün sonra yapılması ile ilişkili olabilir. Hematemizli hastalar yalnız melenası olanlara oranla hastaneye daha çabuk başvurmakta ve endoskopik incelemeye alınmaktadır. Melenalıların hastaneye başvurusundaki bu gecikme hematemiz ile gelen olgulara oranla kanama odağının saptanmasını güçlendirmektedir. Bu nedenle özellikle melena ile

başvuran olgularda endoskopik incelemenin gecikmeden yapılması büyük önem taşımaktadır. Endoskopik inceleme sayesinde; radyolojik incelemede gösterilmesi zor olan, 2'si özofajitli, 1'i hemorajik gastritli ve 1'i de yüzeysel gastrik ülserli toplam 6 hastada rahatlıkla doğru tanıya varılmıştır.

Sonuç olarak, üst gastrointestinal sistem kanaması olan çocukların tanı, izlem ve tedavisinde özofagogastroduodenoskopinin vazgeçilmez bir yöntem olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Ament ME, Christie DL. Upper gastrointestinal fiberoptic endoscopy in pediatric patients. *Gastroenterology*. 1977 ; 1244-1248.
2. Ament ME, Berquist WE, Vargas J, Perisic V. Fiberoptic upper intestinal endoscopy in infants and children. *Ped Clin North Am* 1988 ; 35 : 141-155.
3. Forrest JEH, Finlayson NDC, Shearman DJC. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *The Lancet*. 1974 ; 17 : 394-397.
4. Forrest N, Miloszewski KJA I, Losowsky MS. Stigmata of recent hemorrhage in diagnosis and prognosis of upper gastrointestinal bleeding. *Br Med J*. 1978 ; 1 : 1173-1174.
5. Wyllie R, Hyams JS. *Pediatric Gastrointestinal hemorrhage*. Philadelphia. WB Saunders Company. 1993 ; 251-270.
6. O'Hara SM. Acute gastrointestinal bleeding. *Radiol Clin North Am*. 1997 ; 35(4): 879-95.
7. Freeman ML. Endoscopic control of ulcer bleeding. *Semin Gastrointest Dis*. 1992 ; 3 : 65-74.
8. Puchner R, Allinger S, Knoflach P. The value of diagnostic and interventional endoscopy in acute, non-varicose, upper gastrointestinal hemorrhage. *Acta Med Austriaca*. 1995 ; 2 (1-2) : 6-8.
9. Hellstrom M, Befrits R, Hultcrantz R, Poppen B, Slezak P, Svenberg T. Upper gastrointestinal bleeding diagnosis and treatment guidelines. *Nord Med*. 1995 ; 110 (11) : 284-6.
10. Zimmerman HM, Curfman K. Acute gastrointestinal bleeding. *AACN Clin Issues*. 1997 ; 8 (3) : 449-58.
11. Rauws EA, Kool G, Bokwerk C. New approaches to endoscopic therapy for hemostasis of upper bleed. *GI Scand J Gastroenterol Suppl*. 1995 ; 212 : 90-5.
12. Terdiman JP, Ostroff JW. Risk of persistent or recurrent and intractable upper gastrointestinal bleeding in the era of therapeutic endoscopy. *Am J Gastroenterol*. 1997 ; 92 (10) : 1805-11.