

Etiologic Factors, Risk Factors, Diagnoses, and Importance of Colonoscopy in Patients Hospitalized Due to Lower Gastrointestinal Bleeding From Emergency Services

Acil Servisten Alt Gastrointestinal Kanama Nedeni ile Yatırılan Hastalarda Etiyolojik Faktörler, Risk Faktörleri, Tanılar ve Kolonoskopinin Önemi

Zikret Köseoğlu¹, Banu Kara², Ümit Bildedoğan², Adnan Kuvvetli³, Ayça Açıkalin¹, İlker Ünal⁴

¹Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana, Türkiye

²Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Adana, Türkiye

³Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

⁴Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Abstract

Objective: It is estimated that 3 out of 7 people suffer lower gastrointestinal bleeding (LGIB) at some point in life, and it is a frequent cause of emergency department admission. In this study, we aimed to evaluate the etiological factors, risk factors, diagnoses and the importance of colonoscopy in patients with LGIB.

Material and Methods: Forty-three cases with LGIB who were referred to the Emergency Department of Adana Numune Training and Research Hospital, between January 2010 and January 2011 and examined with colonoscopy in the Gastroenterology and General Surgery Departments were retrospectively investigated. Demographical characteristics, etiology, risk factors, diagnoses and treatment modalities were determined.

Results: Twenty-five patients with LGIB (58.1%) were male and 18 (41.9%) were female. The patients were aged between 18 and 85 years. Mean age (\pm SD) was 56.4 ± 22.4 . The average age (36.1 ± 15.7) of patients with hemorrhoids and anal fissures were lower than others (69.7 ± 14.9) ($p < 0.001$). Signs and symptoms of the patients on admission were; melena 13 (30.2%) cases, hematemesis 1 (2.3%) case, hematemesis-melena 1 (2.3%) case, hematochezia 25 (58.1%) cases, abdominal pain 13 (30.2%) cases, and other reasons 1 (2.3%) case. Also, 7 patients (16.2%) had tachycardia, 4 (9.3%) had fever and 5 (11.6%) had hypotension. In terms of the associated diseases, 13 (30.2%) had hypertension, 4 (9.3%) had diabetes-mellitus, 6 (14.0%) had coronary artery disease, 2 (4.7%) had stroke, 1 (2.3%) had heart valve disease, and 1 (2.3%) had CRF. The anamnesis of LGIB was positive in 15 (34.9%) cases while smoking was positive in 14 (32.6%) cases. Risk factors for the disease were, use of aspirin for 8 (18.6%) cases, NSAIDs for 5 (11.6%) cases, anticoagulant for 2 (4.7%) cases, steroid for 2 (4.7%) cases, aspirin+NSAIDs for 2 (4.7%) cases and NSAIDs+anticoagulant for 1 (2.4%) case. Colonoscopic diagnosis of the patients were hemorrhoids for 14 (32.6%) cases, diverticulosis for 8 (18.6%) cases, ulcerative colitis for 7 (16.3%) cases, colorectal carcinoma for 4 (9.3%) cases, angiodysplasia for 3 (6.9%) cases and anal fissure for 3 (6.9%) cases. Colonoscopy was nondiagnostic in only four (9.3%) patients. 13 (30.2%) patients were given red blood cell transfusion, 7 (16.2%) antibiotics, 5 (11.6%) patients were treated endoscopically and 4 (9.3%) patients received surgical treatment.

Conclusion: Diverticulosis was the most common cause of LGIB in older patients while ano-rectal diseases in younger patients. Most bleeding stopped spontaneously, and the remainder were successfully treated with colonoscopic treatment modalities. (*JAEM 2012; 11: 6-10*)

Key words: Lower gastrointestinal bleeding, etiological factors, risk factors, diagnoses and colonoscopy

Received: 01.06.2011

Accepted: 15.07.2011

Özet

Amaç: Toplumdaki 7 kişiden 3'ünün hayatlarının bir noktasında alt gastrointestinal kanamasından (AGİK) müzdarip olduğu tahmin edilmektedir ve bu durum acil servise başvurunun sık bir nedenidir. Bu çalışmada; AGİK tanılı olgularımızda etiyolojik faktörlerin, risk faktörlerinin, teşhislerin ve kolonoskopinin öneminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğine Ocak 2010 ile Ocak 2011 tarihleri arasında başvurup, Gastroenteroloji ve Genel Cerrahi Kliniklerinde kolonoskopi ile muayene edilmiş AGİK olan 43 olgu retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikleri, etiyolojileri, risk faktörleri tanıları ve tedavileri değerlendirildi.

Bulgular: AGİK olan 25 hasta (%58.1) erkek ve 18 hasta (%41.9) kadındı. Hastalar 18-85 yaş arasındaydı. Ortalama yaş 56.4 ± 22.4 yıl olarak bulundu. Hemoroid ve Anal Fissür tanısı alan hastaların yaşları (36.1 ± 15.7) diğer hastalardan (69.7 ± 14.9) anlamlı derecede küçüktü ($p < 0.001$). Hastaların başvuru anındaki yakınma ve bulguları; melena 13 (%30.2) vaka, hematemez 1 (%2.3) vaka, hematemez-melena 1 (%2.3) vaka, hematokezya 25 (%58,1) vaka, karın ağrısı 13 (%30.2) vaka ve diğer nedenlerle acile başvuran hasta sayısı da 1 (%2.3) vakadır. Ayrıca 7 (%16.2) vakada taşikardi, 4 (%9.3) vakada ateş ve 5 (%11.6) vakada hipotansiyon saptandı. Yandaş hastalıklar açısından ise 13 (%30.2) vakada HT, 4 (%9.3) vakada diabetes-mellitus, 6 (%14.0) vakada koroner arter hastalığı, 2 (%4.7) vakada SVH, 1 (%2.3) vakada kalp kapak hastalığı ve 1 (%2.3) vakada KBY saptandı. AGİK hikâyesi 15 (%34.9) vakada pozitif iken sigara içme hikâyesi 14 (%32.6) vakada pozitif olarak saptandı. Risk faktörleri açısından hastaları sorguladığımızda 8 (%18.6) vakada Aspirin kullanımı, 5 (%11.6) vakada NSAİ, 2 (%4.7) vakada antikoagülan, 2 (%4.7) vakada steroid, 2 (%4.7) vakada aspirin ile NSAİ ve 1 vakada (%2.4) NSAİ ile anti-koagülan kullanımı saptandı. Hastalarımızın kolonoskopik tanıları; hemoroid 14 (%32.6) vakada, divertikülozis 8 (%18.6) vakada, ülseratif kolit 7 (%16.3) vakada, kolorektal karsinoma 4 (%9.3) vakada, anjiyodisplazi 3 (%6.9) vakada, anal fissür 3 (%6.9) vakada saptandı. Sadece 4 (%9.3) vakaya kolonoskopi ile tanı konulmadı. 13 (%30.2) hasta eritrosit transfüzyonu, 7 (%16.2) hasta antibiyotik, 5 (%11.6) hasta kolonoskopik tedavi, 4 (%9.3) hasta da cerrahi tedavi aldı.

Sonuç: Divertikülozis yaşlı hastalarda, ano-rektal hastalıklar ise genç hastalarda en sık görülen AGİK nedeniydi. Kanamaların çoğunun kendiliğinden durdu. Kanamlar da kolonoskopik tedavi yöntemleri ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. (*JAEM 2012; 11: 6-10*)

Anahtar kelimeler: Alt gastrointestinal sistem kanaması, etiyolojik faktörler, risk faktörleri, tanılar ve kolonoskopi

Alındığı Tarih: 01.06.2011

Kabul Tarihi: 15.07.2011

Giriş

Alt gastrointestinal kanama (AGİK), treitz ligamentinin distal kısmındaki barsakta meydana gelen kanamalar olarak tanımlanmaktadır. Bu kanamalar gastrointestinal sistem kanamalarının %20-25'ini oluşturmaktadır (1). Toplumdaki 7 kişiden 3'ünün hayatlarının bir noktasında bu hastalıktan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir ve bu durum acil servise başvurunun sık bir nedenidir (2). Bu kanamalar genellikle kanamalar kendi kendini sınırlayıcı özelliktedir ve mortalite oranı %6'den azdır ve Klinik özellikleri değişkendir ve şiddeti kan kaybının miktarına bağlıdır, kanama miktarı tuvalet kağıdındaki küçük bir miktar kanamadan, masif yaşamı tehdit eden, iyi biçimli kahverengi dışkı şeklinde kanamaya kadar değişebilir (2-5).

AGİK'larının en sık nedenleri divertikülozis, vasküler malformasyonlar ve ano-rektal hastalıklardır (3, 4, 6). Kolon kanserleri, kolit (bulaşıcı veya iskemik radyasyon formları dahil), inflamatuvar barsak hastalıkları, polipler, Meckel divertikülü ve aortoenterik fistüller diğer nedenleri oluşturur (2). Hemoroid muhtemelen AGİK'ların en sık nedenidir, ancak genellikle tanı güçlüğü teşkil etmez ve nadiren masif kanamaya neden olurlar. Benzer şekilde, anal fissürler kanayabilir ve tekrarlayıcı özelliktedir ayrıca kolayca hikaye temelinde ve klinik bulgulara dayalı olarak teşhis edilir (2). Kolonoskopi kesin tanı ve tedavi için iyi bir seçenektir (7). Kolonoskopinin en belirgin avantajları, mukozanın direkt görüntülenmesi ile tanıyı koymak, herhangi bir kanamalı lezyon tespit etmek, gerektiğinde biyopsi almak ve bazı terapötik müdahaleleri (ısı probu, epinefrin enjeksiyonu, lazer tedavisi, bant ligasyonu, ya da hemokliping yöntemi) yapabilme yeteneğine sahip olmasıdır (8). Erken dönemde yapılan kolonoskopinin geç döneme göre daha yüksek tanı ve tedavi değeri olduğu gösterilmiştir (9-12). Ayrıca erken kolonoskopi yapmak kısa hastanede kalış süresi ile de ilişkilidir (9, 13).

Anjiyografi stabil olmayan hastalarda hala iyi bir seçenektir. Kolonoskopinin başarısız olduğu vakalarda kanama nedenini belirlemek için arteriyografi ve kanama epizotunda tarama yapmak bir seçenek olarak düşünülmelidir (2). Arteriyografi ayrıca tedavi seçenekleri de sunmaktadır (14). Anjiyografik ve endoskopik tedavi yöntemlerine rağmen kanama tekrarlar veya devam ederse kanama kontrolü için cerrahi endikasyonu vardır (2).

Bu çalışmada; AGİK tanılı olgularımızda etyolojik faktörlerin, risk faktörlerinin, teşhislerin ve kolonoskopinin öneminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğine Ocak 2010 ile Ocak 2011 tarihleri arasında başvurup, Dahiliye Gastroenteroloji ve Genel Cerrahi Kliniklerinde kolonoskopi ile muayene edilmiş AGİK olan 18 yaş üstü 43 hastaya ait tıbbi veriler hasta dosyalarından retrospektif olarak toplandı. İlgili kliniklere yatarak tedavi gören hastalardan AGİK'na yönelik kolonoskopik tetkik ve tedavileri yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Ayrıca hastaların yaşı, cinsiyeti, başvurma semptomları, sigara veya alkol kullanıp kullanmadığı, kullandıkları ilaçlar, beraberinde yandaş hastalıklarının olup olmadığı, fizik muayene bulguları, uygulanan tedavi yöntemleri, hastanede yatış süreleri ve sonuçları çalışma formlarına kaydedildi. Özellikle kanamaların etiyolojileri, risk faktörleri, yatış süreleri, kolonoskopinin önemi ve tedavi başarımız üzerinde durulması amaçlanmıştır.

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 19.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerle ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. İki kategorik ölçüm arasında yapılan karşılaştırmalarda Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Bağımsız iki sayısal ölçümün karşılaştırılmasında ise varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

Bulgular

Çalışmamızda 25'i (%58.1) erkek, 18'i (%41.9) kadın olan toplam 43 AGİK'lı hasta bulunmaktadır (Tablo 1). Hastaların yaş ortalaması 56.4±22.4 (min-maks=18-85) yıl idi. Erkek hastaların yaş ortalaması 52.8±23.6 (min-maks=18-85) yıl iken, kadın hastaların yaş ortalaması 59.2 ± 21.5 (min-maks=19-81) yıl idi. Bu değerler arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunamadı (p=0.357).

Anal bölgede hastalık tanısı (hemoroid veya anal fissür) alan 17 (%39.5) hastadan 9'u (%52.9) kadın iken, 8'i (%47.1) erkek idi. Her iki cinste de anal bölge tanısı alan hasta oranı benzerdi (p=0.531). Tanıları hemoroid veya anal fissürden farklı AGİK tanısı olan 26 hastadan 9'u (%34.7) kadın ve 17'si (%65.3) erkek idi. Hemoroid ve anal fissür tanısı konan hastaların yaşları (36.1±15.7) diğer hastalıkları olanların yaşlarına (69.7±14.9) göre anlamlı derecede küçüktü (p<0.001).

Acil servismize başvuran hastaların ilk başvuruda yakınma ve bulguları gözden geçirildiğinde; melena 13 (%30.2) vakada, hematemiz 1 (%2.3) vakada, hematemiz-melena 1 (%2.3) vakada, hematokezya 25 (%58.1) vakada, karın ağrısı 13 (%30.2) vakada, diğer nedenler de 1 (%2.3) vakada müsbet bulundu (Tablo 2). Ayrıca 7 (%16.2) vakada taşikardi, 4 (%9.3) vakada ateş ve 5 (%11.6) vakada hipotansiyon saptandı (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların cinsiyet, yandaş hastalık ve risk faktörlerine ait veriler

	n	(%)
Cinsiyet		
Erkek	25	(%58.1)
Kadın	18	(%41.9)
Yandaş Hastalık		
HT	13	(%30.2)
D-Mellitus	4	(%9.3)
KoronerAH	6	(%14.0)
SVH,	2	(%4.7)
Kalp kapak hastalığı	1	(%2.3)
KBY	1	(%2.3)
Risk Faktörleri		
GİS hastalık hikayesi	19	(%44.2)
Sigara	15	(%34.9)
Aspirin	8	(%18.6)
NSAİİ	5	(%11.6)
Antikoagülan	2	(%4.7)
Steroid	2	(%4.7)

Çalışmaya aldığımız hastalar yandaş hastalıklar açısından değerlendirildiğinde 13 (%30.2) vakada hipertansiyon (HT), 4 (%9.3) vakada diabetes-mellitus (DM), 6 (%14.0) vakada koroner arter hastalığı (KAH), 2 (%4.7) vakada serebrovasküler hastalık (SVH), 1 (%2.3) vakada kalp kapak hastalığı (KKH) ve 1 (%2.3) vakada kronik böbrek hastalığı (KBH) saptandı (Tablo 1).

AGİK hikayesi 15 (%34.9) vakada pozitif iken sigara içme hikayesini sorguladığımızda 14 (%32.6) vakada pozitif olarak saptandı. Risk faktörleri açısından hastaları sorguladığımızda 8 (%18.6) vakada aspirin kullanımı, 5 (%11.6) vakada nonsteroid antiinflamatuvar (NSAİ), 2 (%4.7) vakada antikoagülan, 2 (%4.7) vakada steroid, 2 (%4.7) vakada aspirin+NSAİ ve 2 vakada da (%4.7) NSAİ+antikoagülan ilaç birlikte kullanımı saptandı (Tablo 1).

Hastalarımızın GIS hikayesini sorguladığımızda 42 hastadan 19 (%44.2) hastada pozitif olduğu ve peptik ulcus 1 (%2.3) vakada, hemoroid 8 (%18.6) vakada, Hepatit B 1 (%2.3) vakada, kronik karaciğer hastalığı 1 (%2.3) vakada, rektum Ca 2 (%4.7) vakada, anjiyodisplazi 1 (%2.3) vakada, kolon Ca 1 (%2.3) vakada, divertikülozis 1 (%2.3) vakada ve ülseratif kolit (UK) 3 (%7.0) vakada saptandı.

Çalışmamızda tanı ve tedavi amacı ile 43 hastaya kolonoskopi yapılırken, 3 (%6.9) vakaya bir dış merkezde arteriografi tetkiki yapıldı ve 5 (%11.6) vakaya batin için bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yapılarak tanı konuldu.

Çalışmamızdaki hastaların kolonoskopik tanıları; anal fissür 3 (%6.9) vakada, anjiyodisplazi 3 (%6.9) vakada, hemoroid 14 (%32.6) vakada, kolo-rektal Ca 4 (%9.3) vakada, divertikülozis 8 vakada (%18.6) ve UK 7 (%16.3) vakada saptandı ve 4 (%9.3) vakada kolonoskopi ile tanı konulamadı (Tablo 3).

Çalışmamızdaki hastaların son tanıları; anal fissür 3 (%7.0) vakada, anjiyodisplazi 4 (%9.3) vakada, hemoroid 14 (%32.6) vakada, kolo-rektal Ca 5 (%11.7) vakada, divertikülozis 9 vakada (%20.9) ve UK 8 (%18.6) vakada saptandı.

Hastalarımızdan 9 (%20.9) tanesinde kanamanın spontan olarak durmadığı saptandı. Bu hastalarımıza uygulanan medikal, kolonoskopik tedavi (5 hasta) ve cerrahi tedavi (4 hasta) sonrası kanama kontrolü sağlandı.

Hastalarımızdan 13 (%30.2) olguda klinik ihtiyacı gereği eritrosit süspansiyonu (ES) transfüzyonu yapıldı. Tanılara göre ES ihtiyacı; anal fissürlü 1 (%2.3) vakada 3 ünite, hemoroidli 2 (%4.7) vakada 1 ve 3 ünite, kolon-rektum Ca'lı 3 (%7.0) vakanın her birine 3 ünite, UK'li 4

Tablo 2. Servisimize başvuran hastaların ilk başvuruda yakınma ve muayene bulguları

	n	(%)
Yakınma		
Melena	13	(%30.2)
Hematemez	1	(%2.3)
Hematemez-melena,	1	(%2.3)
Hematokezya	25	(%58.1)
Karın ağrısı	13	(%30.2)
Diğer	1	(%2.3)
Muayene bulguları		
Taşikardi	7	(%16.2)
Ateş	4	(%9.3)
Hipotansiyon	5	(%11.6)
**taşikardi: kalp atım hızı ≥ 100 /dk, ateş ≥ 36.5 C, hipotansiyon $\leq 90/60$ mmHg		

(%9.3) vakanın 2, 3, 4 ve 5 ünite ve divertikülozislü 2 (%4.7) vakanın 4 ve 6 ünite ES ihtiyacı olmuştur. Her ne kadar UK ve rektum Ca olgularında ES transfüzyonu ihtiyacı oranı diğer tanılara göre daha fazla olsada, bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p=0.450$). Hiçbir hastamıza taze donmuş plazma verme ihtiyacı oluşmamıştır.

Hastalardan 34'ü (%79.1) serviste tetkik ve tedavi görürken 9'u (%20.9) yoğun bakım şartlarında takip edilmiştir. Hastaların yatış süresi ortalama ve standart sapma değerleri 5.35 ± 4.19 (min-max=1-18 gün) idi.

Tanılara göre yatış süreleri ile ilgili veriler Tablo 4'de görülmektedir. Mann-whitney test-yatış süresi hemoroid tanısı olan vakalar (ortanca değer 3.00, min-max=1-8 gün) ile UK'li vakalar (ortanca değer 5.00, min-max=3-18 gün) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ($p=0.005$) olup bu fark tanıya bağımlı klinik farklılıktan kaynaklanmaktadır. Diğer tanılardan anal fissür için yatış süresi ortanca değeri 4,00 (min-max=2-6 gün), rektum Ca için ortanca değer 4,00 (min-max=4-12 gün) olarak saptandı. Diğer tanıların yatış süreleri benzer olup istatistiksel açıdan anlamlı değildi.

Tablo 3. Çalışmamızdaki vakaların Kolonoskopik tanıları

Kolonoskopi Sonucu	n	%
Anal Fissür	3	6.9
Anjiyodisplazi	3	6.9
Hemoroid	14	32.6
Eksternal Hemoroid	5	
İnternal Hemoroid	9	
Grade 1	1	
Grade 2	3	
Grade 3	4	
Grade 4	1	
Divertikülozis	8	18.6
Kolon-Rektal Ca	4	9.3
Ülseratif Kolit	7	16.3
Evre 0	0	
Evre 1	1	
Evre 2	4	
Evre 3	2	
Tanı Konulamayan	4	9.3
Toplam	43	100.0

Tablo 4. Hastaların kesin tanı ile yatış süresi ilişkisi

Tanılar	Ortanca değer (gün)	Minimum	Maximum
Anal Fissür	4.00	2	6
Hemoroid	3.00	1	8
Rektum Ca	4.00	4	12
Ülseratif Kolit	5.00	3	18
Anjiyodisplazi	4.00	2	17
Kolon Ca	14.50	11	18
Divertikülozis	5.00	3	8
Toplam	4.00	1	18

Hastalarımızdan 39'u (%90.7) salah ile taburcu edilirken 3 (%7.0) hasta kendi isteği üzerine taburcu edildi ve 1 (%2.3) hasta da ileri tetkik ve tedavi amacı ile başka bir kuruma sevk edildi.

Tartışma

Abulfalgha'nın (8) çalışmasında bir yıllık dönemde AGİK'sı olup servise yatırılan 89 hastanın 57'si (%64) erkek ve 32'si (%36) kadındır. Fernandez ve arkadaşlarının (2) çalışmasında ise toplam 177 hastanın yaş ortalaması 70.5 (± 17.0) yıl olarak saptanmıştır. Diğer benzer çalışmalarda da AGİK tanısı ile yatırılan hastaların klinik profili incelendiğinde yaşlı hasta grubu öne çıkmaktadır (2, 4, 5, 13). Bizim çalışmamızda da hastaların çoğu erkek (%58.1) ve yaşlı olup, sonuçlarımız literatürle uyumludur.

Abulfalgha'nın (8) çalışmasında AGİK ile başvuran olguların %26'sını oluşturan kolon ve rektum kanaması olan vakaların yaş ortalaması 68 yaş olarak saptanmıştır. Singapur'da başka bir çalışmada, rektum kanaması ile hastaneye kabul edilen olguların %12'si kolorektal nedenli olup bu hastaların yaş ortalaması 70 yıl olarak bulunmuş (15). Divertikülozis ve arteriovenöz malformasyon sıklıkla yaşlı hasta grubunda görülürken hemoroid ve anal fissür gibi perianal nedenler daha çok genç yaş grubunda tespit edilmiştir (16, 17). Rektal kanaması olan hastalarda malignite riski de yaşla birlikte artmaktadır. Kanama bölgesi ve kanama nedeni hastanın yaşı ile çok kuvvetle ilişkilidir (8). Bizim çalışmamızda da diğer AGİK tanılı hastaların yaş ortalamaları (69.7 ± 14.9) hemoroid veya anal fissür tanısı alan hastalara (36.1 ± 15.7) göre anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.001$)

Acil servisimize başvuran hastaların en sık görülen yakınma ve bulguları; melena 13 (%30.2) vakada, hematokreza 25 (%58.1) vakada, karın ağrısı 13 (%30.2) vakada mevcuttu. Ayrıca 7 (%16.2) vakada taşikardi, 4 (%9.3) vakada ateş ve 5 (%11.6) vakada hipotansiyon saptandı. Çalışmaya aldığımız hastalarda sık görülen yandaş hastalıklar ise 13 (%30.2) vakada HT, 4 (%9.3) vakada DM, KAH 6 (%14.0) vakada saptanmıştır. Risk faktörleri açısından hastalarımızı sorguladığımızda sadece 8 (%18.6) vakada Aspirin kullanımı, 5 (%11.6) vakada NSAİ, 2 (%4.7) vakada antikoagülan, 2 (%4.7) vakada aspirin ile NSAİ ve 1 vakada (%4.7) NSAİ ile antikoagülan birlikte kullanımı saptanmıştır. Fernandez ve arkadaşlarının (2) 2010 yılındaki çalışmasında ise antikoagülan tedavi alan hastalar (%21.5) ile anti-inflamatuar veya antiplatelet tedavi alan hastaların (%30.3) sayısı oldukça fazla bulunmuştur. Başka bir çalışmada da antikoagülan tedavi alan ve antiinflatuar veya antiplatelet tedavi alan hastaların oranları %7 ve %22 olarak saptanmıştır (3). AGİK nedeni ile kabul edilen hastaların klinik profili diğer çalışmaların sonuçlarına benzer olup komorbidite ve antitrombotik tedavi almak gibi kesin risk faktörleri olan yaşlı hasta grubunu içermektedir (4, 5, 13, 18, 19). Şiddetli AGİK için bilinen diğer risk faktörleri yaş, komorbidite, antitrombotik tedavi, anemi ve kan nakli yapılmasıdır (13, 18, 19). Bu durum daha çok ileri yaşlarda ve kardiyovasküler hastalığı olan hastaların oranının yüksek olması ile açıklanabilir. Diğer yazarlar akut karın ağrısı ve hematokrezyanın kötü prognoz ile ilişkili olduğunu daha önceden tanımlamışlardır (18, 20). İskemik, enfeksiyöz veya inflammatuar koliti olan hastaların ve kolon kanseri olan hastaların en yaygın klinik işareti olarak ateş tanımlanmıştır (2, 21).

Bir çok çalışmada alt gastrointestinal kanamalarda bir tanı aracı olarak erken kolonoskopinin büyük yararı olduğu rapor edilmiştir (1, 2, 11-13). Çalışmamızda, kolonoskopi ile 39 (%90.7) vakada tanı konulmuş olup sadece 4 (%9.3) vakada kolonoskopi ile tanı konula-

mamıştır. Bu durum literatürle de uyumludur. Nitekim, Fernandez ve arkadaşlarının çalışmasında kolonoskopi ile %91 olguya tanı konulabilmiştir (2). Yayımlanan bir makalede akut AGİK etyolojisi açısından acil kolonoskopinin tanıl veriminin %89-97 arasında olduğu bildirilmiştir (22). Başka bir makalede kolonoskopi ile tüm aramalara rağmen %16 vakada kanama sebebi bulunamadığı bildirilmiştir (23). Bu durum, tekniklerin kullanımına, kanayan lezyonun özelliklerine ve kanama alanına, cihazlar ile hekimin kişisel deneyimine ve kanama alanına erişim gibi değişkenlere bağlanmaktadır (22).

Fernandez ve arkadaşlarının (2) çalışmasında batın BT (%9.5) tarama tetkiki gerekli olmuş fakat hiçbir hastada arteriyografi ihtiyacı olmamıştır. Bizim çalışmamızda ise 5 (%11.6) vakaya BT tetkiki yapılarak, 3 (%6.9) vakaya da arteriyografi tetkiki yapılarak tanı konulabilmiştir. Hemodinamik instabilitesi veya masif kanaması olan hastalarda tanı için arteriyografi tetkikinin çok yararlı olduğu belirtilmektedir (2, 24). Kolonoskopide kanama yeri bulunamaz ise ve aktif kanama devam ediyorsa, önce anjiyografik çalışma yapmak cerrahiye muhtemel kanama yeri hakkında yol gösterici olacaktır (23).

Fernandez ve arkadaşlarının (2) çalışmasında: 62 hastada (%35.0) iç hemoroid, 24 hastada (%13.6), divertikülozis, 19 hastada (%10.7) iskemik kolit, 18 hastada (%10.2) kolon kanseri, 16 (%9.0) hastada enfeksiyöz kolit, 7 hastada (%4.0) anjiyodisplazi, 5 hastada (%2.8) inflamatuvar bağırsak hastalığı, 5 hastada (%2.8) ülser veya anorektal fissür ve 2 (%1.1) hastada kolon polipleri saptanmıştır. Tarık ve arkadaşlarının (25) çalışmasında AGİK semptomlarına neden olan hastalıklar içerisinde birinci sırayı %31.0 ile internal hemoroid alırken ikinci sıklıkla %22.7 oranında ÜK tesbit edilmiş ve bu tanıları %21.5 oranı ile anal fissür, %6.9 ile nonspesifik kolit, %6.2 ile rektum Ca izlemiştir. Abulfalgha'nın (8) çalışmasında AGİK ile başvuran hastalarda yine hemoroid en sık neden olarak saptanmıştır. Bu durum ABD'deki sonuçlarla (26) ve Tan ve arkadaşlarının (15) Singapur'daki serilerinin sonuçları ile benzerdir. Shennak ve arkadaşları (27) 701 hastadan oluşan çalışmasında rektum kanamasında en sık neden olarak hemoroid saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da AGİK nedeni olarak ilk sırayı %32.6 oranında ile hemoroid almış olup, bu oran yapılan diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir (28, 29).

Fernandez ve arkadaşlarının (2) çalışmasında ve diğer çalışmalarda, olduğu gibi AGİK'larında çoğu vakanın kendiliğinden çözümlendiği görülmektedir (30). Bir çalışmada AGİK'larının genellikle arteriyel kanama olduğu fakat kanamanın %70-80 oranında spontan olarak durduğu belirtilmiştir (23). Başka bir çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunda (%80-85) kanama kendiliğinden durmaktadır denmektedir (22). Bizim çalışmamızda da hastalarımızdan 34 (%79.1) tanesinde AGİK kendiliğinden dururken, 9 (%20.9) vakada kanama spontan olarak durmamıştır.

Çalışmamızda 13 (%30.2) hastaya eritrosit transfüzyonu, 7 (%16.2) hastaya antibiyotik, 5 (%11.6) hastaya endoskopik tedavi ve 4 (%9.3) hastaya cerrahi tedavi uygulanmıştır. Fernandez ve arkadaşlarının çalışmasında ise 34 (%19.9) hasta eritrosit transfüzyonu, 27 (%16.0) hasta antibiyotik, 18 (%10.5) hasta endoskopik tedavi alırken 9 (%5.3) hastaya elektif cerrahi tedavi uygulanmıştır (2). Abulfalgha'nın çalışmasında şiddetli rektal kanaması olan hastalar intravenöz sıvı ve kan transfüzyonu ile tedavi edilmiş; tüm kanamalı olguların çoğu tıbbi ve destekleyici tedavi ile kontrol altına alınmıştır (8). Kanama transfüzyon gereksinimi iki üniteyi aşmadan önce AGİK'sı kendiliğinden durmuştur (8).

Fernandez ve arkadaşlarının (2) çalışmasında hastaların %10.5'inde endoskopik teknikler ile lokal tedaviye gerek duyulmuş-

tur. Bu oran ve çalışmamızdaki oran (%11.6) önceden yapılmış çalışmalardan daha yüksektir ancak bu durum son yirmi yılda endoskopik tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişim ile açıklanabilir (3). Fernandez ve arkadaşlarının çalışmasında erken cerrahi ihtiyacın (%5.3) (2) literatüre ve çalışmamıza göre düşük olması da muhtemelen çalışma grubundaki seçim ile açıklanabilir.

Sonuç

Kliniğimize başvuran ve yatış verilen AGİK'lı yaşlı hastalarda en sık görülen kanama nedeni divertikülozis iken, gençlerde daha çok anorektal hastalıklar kanamaya nedeni olmaktadır. Çalışmamızda kanamaların çoğunun kendiliğinden durduğu kalanın da kolonoskopik tedavi yöntemleri ile başarılı bir şekilde ile tedavi edildiği tespit edilmiştir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Bounds BC, Friedman LS. Lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 1107-25. [\[CrossRef\]](#)
2. Fernández Alonso C, García Lamberechts EJ, Fuentes Ferrer M, Chaparro D, Cuervo Pinto R, Villarreal Elipse P, et al. Management of lower gastrointestinal bleeding in the emergency department short-stay unit. *Emergencias* 2010; 22: 269-74.
3. Gayer C, Chino A, Lucas C, Tokioka S, Yamasaki T, Edelman DA, et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in 1,112 patients admitted to an urban emergency medical center. *Surgery* 2009; 146: 600-6. [\[CrossRef\]](#)
4. Farrell JJ, Friedman LS. Gastrointestinal bleeding in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 377-407. [\[CrossRef\]](#)
5. Martín Martín L, Trapero-Marugán M, Cantero Perona J, Moreno Otero R. Difficulties and controversies in hospitalized patients with lower gastrointestinal bleeding. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 560-4.
6. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal haemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 419-24.
7. Barnert J, Messmann H. Management of lower gastrointestinal tract bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008; 22: 295-312. [\[CrossRef\]](#)
8. Abufalgha F. Spectrum of the causes of lower gastrointestinal bleeding. *Al-satil Journal* 2008; 20: 9-16.
9. Strate LL, Syngal S. Timing of colonoscopy: impact on length of hospital stay in patients with acute lower intestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 317-22. [\[CrossRef\]](#)
10. ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the patient with lower gastrointestinal bleeding: guidelines for clinical application. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 685-8. [\[CrossRef\]](#)
11. Green BT, Rockey DC, Portwood G, Tarnasky PR, Guarisco S, Branch MS, et al. Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2395-402. [\[CrossRef\]](#)
12. Ríos A, Montoya MJ, Rodríguez JM, Serrano A, Molina J, Ramírez P, et al. Severe acute lower gastrointestinal bleeding: risk factors for morbidity and mortality. *Langenbecks Arch Surg* 2007; 392: 165-71. [\[CrossRef\]](#)
13. Strate LL, Orav EJ, Syngal S. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. *Arch Intern Med* 2003; 163: 838-43. [\[CrossRef\]](#)
14. Holder LE. Radionuclide imaging in the evaluation of acute gastrointestinal bleeding. *Radiographics* 2000; 20: 1153-9.
15. Tan BK, Tsang CB, Nyam DC, Ho YH. Management of acute bleeding per rectum. *Asian J Surg* 2004; 27: 32-8. [\[CrossRef\]](#)
16. Reinus JF, Brandt LJ. Vascular ectasias and diverticulosis. Common causes of lower intestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1994; 23: 1-20.
17. DeMarkles MP, Murphy JR. Acute lower gastrointestinal bleeding. *Med Clin North Am* 1993; 77: 1085-100.
18. Velayos FS, Williamson A, Sousa KH, Lung E, Bostrom A, Weber EJ, et al. Early predictors of severe lower gastrointestinal bleeding and adverse outcomes: a prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 485-90. [\[CrossRef\]](#)
19. Yong D, Grieve P, Keatin J. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect the outcome of patients admitted to hospital with lower gastrointestinal bleeding? *N Z Med J* 2003; 116: U517.
20. Das AM, Sood N, Hodgkin K, Chang L, Carson SS. Development of a triage protocol for patients presenting with gastrointestinal hemorrhage: a prospective cohort study. *Crit Care* 2008; 12: R57. [\[CrossRef\]](#)
21. Molina R, Navarro F, López JL, Álvarez M. Cancer colorrectal. *Medicine* 2009; 10: 1730-6.
22. Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2009; 6: 637-46. [\[CrossRef\]](#)
23. Karayalçın S. Alt Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastaya Yaklaşım ve Etiyoloji. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics* 2008; 1: 35-8.
24. Edelman DA, Sugawa C. Lower gastrointestinal bleeding: a review. *Surg Endosc* 2007; 21: 514-20. [\[CrossRef\]](#)
25. Tarık İ, Minel A. The evaluation of diagnostic rectosigmoidoscopic examinations in Turkish Republic of Northern Cyprus. *Turk J Gastroenterol* 1999; 10: 268-71.
26. Miller LS, Barbarevech C, Freidman LS. Less frequent causes of lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1994; 23: 21-52.
27. Shennak MM, Tarawneh MM. Pattern of colonic disease in lower gastrointestinal bleeding in Jordanian patients: a prospective colonoscopic study. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 208-14. [\[CrossRef\]](#)
28. Mikela JT, Kivineim H, Latinens S, Kairaluoma MI. Diagnosis and treatment of acute lower gastrointestinal bleeding. *Scand J Gastroenterol* 1993; 8: 1062-6. [\[CrossRef\]](#)
29. Graham DJ, Pritchard IJ, Bloom AD. Colonoscopy for intermittent rectal bleeding: impact on patient management. *J Surg Res* 1985; 54: 136-9. [\[CrossRef\]](#)
30. Peura DA, Lanza FL, Gostout CJ, Fouch PG. The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: preliminary findings. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 924-8.