

T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları
Ana Bilim Dalı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

125 Kanamalı Peptik Ülser Vakasının Analizi

(İHTİSAS TEZİ)

Dr. Mustafa SUCU

T. C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0036626
Tasnif No.	616.343
	SUCU

1983

DIYARBAKIR, 1983.

İ Ç İ N D E K İ L E R

ÖNSÖZ	1
GİRİŞ	2
GENEL BİLGİLER	3-27
MATERYAL VE METOD	27-31
BULGULAR	31-38
TARTIŞMA	38-44
SONUÇ	44-45
ÖZET	45-46
LİTERATÜR	46-49

Ö N S Ö Z

Kanamalı peptik ülser,biz hekimler için özel bir önem taşımaktadır. Memleketimizde,her yıl 100.000 kişide yeni ülser geliştiği;bu hastalığın çok uzun sürdüğü,sık sık nüksettiği,her zaman hayati tehlike teşkil ettiyi bilinen kanamaların hastaların bir bölümünde zorunlu olarak eninde sonunda ameliyatla tedaviye baş vurulur. Buna bağlı direkt mortalite,morbidite ve maluliyet küçümsenemez.

Peptik ülser fizyolojisi hakkında birçok ilerlemeler olmuş ve bunlar teşhis ve tedavide geniş uygulama alanları bulmuşsada,bu yeni görüşlere ilâveten peptik ülser fizyopatolojisinde devamlı olarak yeniden açıklanması gereken sahalara bugün içinde mevcuttur.

Bu noktadan hareketle Güneydoğu Anadolu bölgesinde Kamu Sağlığı hizmetlerini veren,Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniğine 1980 - 1982 yılları arasında peptik ülsere bağlı kanama nedeni ile müracaat eden hastaları tetkikle analize etmeye çalışarak bölgemizde peptik ülser kanamasında rol oynayan faktörleri araştırıp bir sonuca varmaya gayret ettim.

Böylesine hassas bir konuda çalışmama yön veren,kıymetli yardımları ile bana ışık tutan ve her türlü maddi ve manevi desteklerini esirgemyen Sayın Hocalarım Prof.Dr.Nedim ÇOBANOĞLU,Prof.Dr.Sıtkı GÖRAL'a,Doç.Dr.Halil B.DEĞERTEKİN'e ve Sayın Yrd.Doç.Dr.Bünyamin IŞIKOĞLU'na ve tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Mustafa SUCU

Diyarbakır,Aralık 1982

G İ R İ Ő

Peptik ülser kanamalarının,Memleketimizde sağlık problemi yönünden önemli bir yeri vardır. Acil tedaviyi gerektiren bir durum oldukları için,Dünyada ve Ülkemizde insan sağlığını ve hayatını tehdit etmeye devam etmektedir. Peptik ülser ve kanamaları etyoloji,tanı ve tedavi için yapılan araştırmalar ve çalışmalar oldukça kabarık olmasına karşın henüz tamamen aydınlatılması,bir çok yönlerin bulunması etörlerce kabul edildiğinden,bu konudaki araştırmalar halen yoğun bir şekilde sürmektedir.

Bu araştırma Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,İç Hastalıkları Biriminde 1980 - 1982 yılları arasında yatırılarak tedavi gören 125 kanamalı peptik ülserli hastayı kapsamaktadır. Bu hastalar yaş,cins,meslek, mevsim,yatış süreleri,uygulanan kan transfüzyonları,tanı ve tedavi yöntemleri yönünden araştırılarak elde edilen sonuçlar Dünya ve Ülkemiz literatürleri ile karşılaştırılarak tartışıldı ve görüldüki kanamalı peptik ülser memleketimizin önemli bir problemidir. Durum böyle oluncada profilaktik erken teşhis ve terapötik tedbirlerin önemi kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

GENEL BİLGİLER

Peptik Ülser

Konuya girmeden önce bazı terimlerin tarifi yararlı olur kanısındayım. Peptik ülser, asit mide suyu etkisi ile mide-barsak kanalının bu su ile temasa gelebilen herhangi bir yerinde mukozada husule gelen ve en az muskularis mukoza içine kadar uzanan sınırları belli doku kaybına denir. (22).

Peptik ülser pratikte başlıca mide ve duodenum ülserlerini ifade için kullanılır. Fakat sindirim kanalında peptik ülser şuralarda gelişebilir.

- 1 - Mide duodenumun I. kısmında
- 2 - Özefagusun alt ucunda
- 3 - Mide ameliyatlarından sonra anastomoz yerinde veya distalindeki bağırsakta
- 4 - Meckel divertikülü
- 5 - Sindirim kanalının heteropik mide mukozası taşıyabilen herhangi bir yerinde.

Ülser: Granülasyon dokusu ile ve yerinde nedbe bırakarak iyileşir, erozyon ise; nedbe bırakmadan epitel rejenerasyonu ile karakterizedir.

Erezyon: Muskularis mukozaya girmeyen yüzlek bir doku kaybıdır.

Aktif Ülser : İki anlamda kullanılır.

- a) En çok ülserin septom husule getirdiğini ifade için kullanılır.
- b) Bazen, septomlar dindiği halde endoskopik ve radyolojik inceleme ülserin henüz aktif yani iyileşmemiş olduğunu bildirir.

İnaktif ülser : Ülserli bir hastanın septomsuz olduğu devreyi ifade eder.

Sessiz ülser : Tesadüfen veya kanadığı, yahut perfore olduğu için farkına varılan aktif, fakat septomsuz bir ülerdir.

Akut ülser : Klinik olarak nisbeten ani başlayan, kısa süren ve septomları nisbeten şiddetli olan ülere denir.

Kronik ülser: Yavaş başlayan, uzun süren ve belirtileri nisbeten hafif olan ülerdir. Histolojik olarak akut ülser tabanında hiç bağ dokusu bulunmaz, veya pek az bağ dokusu bulunur. Kronik ülerde ise histolojik olarak kenar ve tabanında bağ dokusu vardır. (29).

HEMATEMEZİŞ : Taze kanın veya mide salgısı ile tazeliğini kaybetmiş kanın kusulması demektir. Hematemezi takiben melana olur, kusulan kanın özelliği kanamanın yerine, kanamanın ve midenin boşalmasının süratine bağlıdır, içinde pıhtının bulunması kanamanın çok süratli olduğunu gösterir. Kahve telvesi şeklindeki kusmada yavaş kanamaya ve kanın midede bir süre kalmış olmasına işaret eder.

MELENA : Bu terim ile gaitanın siyah ve katran gibi sindirilmiş kan içerildiği 50 ml.lik bir kanama bile melenaya sebep olabilir.

Fazla miktarda olan kanamalardan sonra meydana gelen melena günlerce görülebilir.(1).

Gaitada gizli kan bulunması ise büyük kanamalardan 3 hafta sonrasına kadar sürebilir. Aşağı seviyelerden olan kanama kırmızı olarak görüldüğü halde üst gastrointestinal sistemden gelenler genellikle katran şeklindedir. Mide suyu hemoglobine etki ederek hematin teşekkülüne sebep olur. Gaitaya katran görünümü verir, bazı ilaçlar ve gıdalar feçeste renk değişimi yaparak melena veya rektal kanamayı taklit edebilirler. Kanamalar hayatı tehdit edici yönüyle hastada korku, heyecan yaratan ve tıbbi yardım için derhal hekime sevk eden septomlardır, üst gastrointestinal sistem kanamalarının en sık görülen sebebi peptik ülserlerdir. Peptik ülser kanamaları gastrointestinal sistem kanamalarının en sık görülen sebeplerini teşkil etmektedir.(1).

Onbin (10.000) vaka üzerinde yapılan tetkikte % 50 oranında peptik ülser kanamaları görülmüştür. Duodenal ülser kanamasından 4 defa daha sıklıkla görülür. Ancak bu oran duodenal gastrik ülserin sıklığını yansıttığı için her iki tür ülserin kanama ihtimali birbirine eşittir.(1).

Masif kanama ülserli hastaların % 10-15 inde meydana gelir, kanayan hastaların % 15 inde kanama ülserlerin ilk meydana çıkan septomudur.

Gastrik ülser kanamalarında ülser genellikle küçük kurvaturda bulunur ve gastrik arterin veya dallarından birinin ülser tarafından aşındırılmasından dolayı kanama olur.(29). Duodenal ülserde ise kanamayı, gastro duodenal arterin dallarından birinin veya kendisinin delinmesi meydana getirir. Kanayan ülserlerin bir çoğu kronik ülserlerdir ve ülser tarafından belirli bir bölgede iltihabi değişiklikler mevcuttur.(29).

Bu sebeple arter duvarında bir kontraksiyon olmaz ve spontan hemostaz zor olur. Peptik ülserler söz konusu olduğunda diğer bir kanama kaynağında stomal ülserlerdir. Özellikle cerrahi metodlardaki noksanlıklara veya cerrahi teknikteki hatalara bağlı olan bu ülserlerin konservatif tedavileri oldukça zordur.

Yetersiz operasyonlar ve Zollinger - Ellison sendromu gibi sebepler stomal veya marjinal ülserlerin meydana gelmelerine sebep olurlar.

Bunların kanamaları genellikle sık tekrar ederler ve tedavilerinde cerrahi girişimler en uygun olanıdır.(29).

EPİDEMIYOLOJİ :

Peptik ülserin Dünyanın her tarafında, her ırktan, her cinste, her meslekte, şehirde ve köyde yetişenlerde sık rastlanan bir hastalık olduğu söylenebilir. Peptik ülser insidansı hakkında pek çok araştırmaların varlığına rağmen hala doğru bilgi edinmeye imkan yoktur. Bunun başlıca sebepleri şunlardır.

1 - Hastalığın insidansı diyetetik, genetik, klimatik v.b. bölgesel faktörlere önemli derecede bağlıdır.

2 - İnsidans tayini için kullanılan çeşitli araştırma metodları ve kriterleri birbirlerinden çok farklıdır.

3 - Eski istatistiklerde mide ve duodenum ülserleri bir arada gösterilmiştir.

4 - Mide ve duodenum ülserleri insidansında zaman içinde nedeni bilinmeyen değişiklikler husule gelmektedir.

Klinik istatistiklerine göre yetişkin şahısların % 1-3'ünde peptik ülser bulunur. Ülser insidansı memleketten memlekete, aynı memlekette bölgeden bölgeye, ayrıca yukarıda belirtildiği gibi çeşitli zaman periyotlarında çok değişebilir. Fakat ülserin görülmediği yer ve zaman periyodu yoktur.(29).

Yaşın İnsidansa Etkisi : Genel olarak yaş ilerledikçe peptik ülser insidansı artar. Türkiye'de klinik olarak maksimal insidansı artar.

Türkiye'de klinik olarak maksimal insidansa duodenal ülserde 20-50 yaşlarında, mide ülserinde ise; 30-60 yaşlarında rastlanılır.(29).

Lokalizasyonun ve Cinsin İnsidansa Etkisi : Mide ve duodenum ülserine hem kadında hem erkekte rastlanılır, duodenum ülserinde erkek/kadın oranı 2/1 dir. Her iki cinste duodenum ülserine mide ülserinden daha sık rastlanır. Duodenum ülseri/mide ülseri oranı çeşitli istatistiklerde; 3/8,5 arasındadır.

Sosyal Sınıflar Arasında İnsidans Farkı : Sosyal ve ekonomik seviye peptik ülser insidansını etkiler, mide ülseri insidansı düşük gelir bölümüne giren şahıslarda kesin surette daha yüksektir.(29).

Mesleklerin İnsidansa Etkisi : Henüz açıklığa kavuşmamıştır. Çevresel faktörlerin etkisinin daha büyük olduğu anlaşılıyor. Fakat genel olarak peptik ülser insidansı doktorlar, iş idarecileri, nakil araçlarında çalışanlar ve balıkçılarda yüksek, tarım işçileri ve sekreterlerde düşük olduğu ifade olunabilir. İşte ustalık derecesi, yemeklerin intizamı, gece vardiyasında çalışmanın ülser insidansında etkisi yoktur. Fakat mesleği ne olursa olsun önemli sorumluluğu olan ve başkalarının iyi çalışmasını sağlamakla yükümlü görevlerde bulunanlarda ülser gelişmesi riski büyüktür.(29).

Yeme İçme Alışkanlıklarının Peptik Ülser İnsidansına Etkisi: Bu konuda doyurucu, inandırıcı araştırma ve delil yoktur, yalnız beslenme rejimindeki ani değişikliklerin (Zengin diyet)'ten fakir diyet'e veya tam aksi yönde ani değişikliklerin ülser insidansını artırdığını düşündürmüştür. Çay, kahve, baharat, alkol ve sigaranın peptik ülser etyoloji ve epidemiyolojisinde kesin bir rolü olduğu gösterilmemiştir.

Bunların ülserlerin iyileşmesini önleyen veya geciktiren faktörler olarak tesir etmeleri muhtemeldir.

Emosyonel Gerginlik Halinin Peptik Ülser İnsidansında Etkisi :

Emosyonel gerginlik husule getiren şartların peptik ülserin ve komplikasyonlarının insidansını artırdığını göstermiştir.

Genetik Faktörlerin Epidemiyolojiye Etkisi : Peptik ülserli şahısların yakın akrabalarında popupalasyona göre çok daha sık rastlanılır. Mide ülserlerinin akrabalarında mide ülseri, duodenal ülserlilerin akrabalarında ise duodenal ülser gelişir.

Kan grupları ve Peptik Ülser : Peptik ülser kan grubu (O) olan şahıslarda diğer (A,B,AB) kan gruplarını taşıyan şahıslardan daha çok sık olarak gelişir.

Klinik Bulgular : Peptik ülserin başlıca septomu ağrıdır. Bu ağrının beş özelliği vardır.

1 - Karakter ve şiddeti : Ağrı çok defa şiddetli değildir, kemirici kunt acıma, yanma, şiddetli açlık hissi krampını andırır, sızlayıcı, can sıkıcı, yakıcı diye tarif olunur.

Ağrı çoğunlukla hasta acıkınca geldiği için açlık ağrısı peptik ülser teriminin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Ağrı yerine hasta bulantı hissi veya iç geçmesinden bahsedebilir. Ülser ağrısı devamlı bir ağrıdır. Şiddetinden çabucak değişiklik husule gelmez, hep aynı şiddette kalır. Ağrının karakter ve şiddeti ülserin yerine, büyüklüğüne, hastanın ağrıya karşı duyarlılığına, serozanın hastalığa katılmasına ve komplikasyonların bulunup bulunmamasına bağlıdır. Ağrının şiddeti ülserin büyüklüğünü ve çevresindeki iltihabi reaksiyonun şiddetini yansıtır, ama ağrı eşiği şahıstan şahısa ve aynı şahısta zamanla çok değişiklik gösterebilir.

Serozanın hastalığa katılması ağrıyı şiddetlendirir, komplikasyonlar, ağrının karakter ve şiddetinde değişiklik husule getirir.

Kanamadan sonra çok defa ağrı geçer, pilor abstrüksiyonu, dolgunluk bulantı duygusu, ve kramp şeklindeki ağrıyı husule getirir. (29)

2 - Ağrının yeri ve yayılışı : Komplikasyonsuz ülserlerde tipik olarak ağrı ksifoid ile göbek arasında orta çizgi üzerinde 2-6 cm çapında, sınırları kesin olarak gösterilebilen bir alanda oturur, hasta ağrı yerini parmağının ucu ile gösterebilir. Komplikasyonsuz ülserlerde ağrı vücudun başka bölgelerine yayılmaz. Seroza hastalığa katılırsa ağrının şiddeti artar, ağrı çeşitli vücut bölgelerine vurabilir, ülser penetre olunca yerine ve penetrasyonun derecesine göre ağrı vücudun çeşitli bölgelerine yayılır. Özellikle sırtta vurması karakteristik belirtisidir. (45)

3 - Ağrının periyodik oluşu : Peptik ülserlerin tanı yönünden en karakteristik özelliğidir. Bu terimle değişik süreli ağrılı ve ağrısız periyotların birbirini izleyişi ifade olunmak istenir. Genel olarak ağrı haftalarca süre her gün, ritmik olarak kaybolur, ama günün birinde tekrar başlar. Ağrılı periyot sadece birkaç gün sürebilir, aktif lezyon iyileşince veya etkili bir tedaviye başlandıktan sonra 1-2 gün içinde ağrı kaybolur.

Öte yandan komplikasyonsuz ülserde ağrı kendi kendisini sınırlar, yan tedavi olunmasada belirli bir zaman sonra kaybolur. Remisyon başlar, sonra tekrar nükseder. Çünkü, peptik ülser, remisyon ve ekzaserbasyonlarla seyreden kronik bir hastalıktır. Zamanla ağrı periyotları sıklaşır, bu periyotların devam süreleri uzar, ağrının şiddeti artar. Buna karşılık ağrısız periyotların süreleri kısalır, bu periyotlar daha seyrek görülür.

Ağrının genel olarak en çok ilk ve sonbaharda husule geldiği söylenir fakat hemen her mevsimde ve ayda ağrılı periyotların husule gelebileceğini göstermiştir. Bu yüzden peptik ülser için karakteristik olan husus periyodik oluşudur.

Peptik ülser çok nükseder, nükselere sebep olan faktörler kesin şekilde bilinmiyor. Diyet bozuklukları, üst solunum yolu enfeksiyonları, yorgunluk, emosyonel gerginlik, fazla alkol, sigara, anksiyete, bazı ilaçlar (Salisatlar, steroidler, butazolidin), allerji bu işte rol oynayabilir.

4 - Ağrının ritmik oluşu : Ülser ağrısı tipik vakalarda daima yemeklerden belirli bir zaman sonra husule gelir. Yani ağrının belirli bir ritmi vardır. Ülser ağrısı mutad olarak yemeklerden 1-3 saat sonra başlar, 1/2-2 saat sürer, ya spontan olarak, yada yiyecek veya kalevi almakla, istirahatle yahut kusma ile geçer. Öğleden önce hiç ağrı gelmeyebilir. Gelse bile bu gün içinde en hafif ağrıdır.

Genellikle gün içinde en şiddetli ağrı öğleden sonra gelir, genellikle akşam yemeğinden sonra ve yatmadan önce ağrı gelmesinden şikayet etmezler. Peptik ülser ağrısının bir diğer karakteri gece hasta uyuduktan 1-4 saat sonra gelmesi ve hastayı uyandırması, ağrı dindikten sonra gece tekrarlanmaz. Bazı hastalarda gündüz pek az ağrı husule gelir.

Gece ağrısı çok daha belirgin ve göze çarpıcıdır. Ağrının yemeklerden sonra erken veya geç gelişine bakarak ülserin lokalize olduğu yeri tayine imkan yoktur. Fakat yemeklerden 1/-1 saat sonra başlayan ağrının mide ülserinde daha sık görüldüğünü iddia edenlere rastlanabilir.

5 - Ağrının Yemeklerle ve Kalevilerle Geçışı : Yemek yemek veya alkali almakla ülser ağrısı geçer. Ancak kaba, çok lifli, çiğ veya irite edici yiyecekler çok şiddetli ağrıya, bulantı ve kusmaya sebep olur.

Ülserin Lokalizasyonu : Mide ülseri büyük çoğunlukla kurvatur üzerinde veya onun yakınında lokalize olur. Bütün mide ülserlerinin büyük çoğunluğu pilordan yukarı, kardiaya doğru 6 cm'lik mesafeyi işgal eden mide kısmında ve özellikle pilor bezleri bölgesi ile fundus bezleri bölgesini birleştiren sınır çizgisi yakınında lokalize olurlar.

Bu alan ileri derecede asit mide suyunun etkisinde en çok kalan mide bölgesidir.

Duodenum Ülseri : Duodenum ülseri, duodenumun ilk 3 cm'lik kısmında (bulbusta) ve onun ön veya arka yüzünde oturur. Büyük çoğunluğu pilor deliğinden 5-20 cm uzaklıktadır. Ön duvar ülserleri sayıca arka duvar ülserlerinden çok daha fazladır. Perforasyonların büyük çoğunluğuna ön duvar ülserleri sebep olurlar. (% 71) (29).

Etyopatogenes : Etyopatogenesi henüz tam olarak anlaşılammıştır, fakat bu hastalığın oluşunda değişik derecede rol oynayan bir çok faktörlere dair geniş bilgi edinilmemiştir.

Bu faktörler iki grupta toplanabilin.

a) Agnesif faktörler: İçinde asit ve pepsin taşıyan mide suyudur.

b) Defansif faktörler: Mukozayı savunan faktörler.

Duodenum ve mide ülserinin teşekkülü için şu iki kompenentnin varlığı şarttır.

1 - Mukozada lokal direnç azalması

2 - Mide içinde asit-pepsin bulunan mide suyunun varlığı

Peptik Ülserin Psikosomatik Yönü : Peptik ülser, özellikle duodenal varyetası psikosomatik bir hastalıktır. Fakat hiç şüphesiz peptik ülser gelişmesinde ne sadece organik, nede sadece psişik faktörler rol oynar.

Bu sebeple Weiner et Al (Mirsky grubu) organik ve psişik faktörlerin rollerini uzlaştıracı bir formül içinde toplamışlardır. Buna göre peptik ülser husulüne yardım edebilen üç parameter vardır.

1 - Fizyolojik parameter: Mide-duodenum ülserasyonunun elverişliliğini tayin eder. Mide mukozasının sekresyon kapasitesi (Hipresekretuar veya hyposekretuar oluş)

2 - Psikolojik parameter : Psişik gerginlik husule getiren nisbeten spesifik, psişik konfilikt.

3 - Sosyal parameter : Söz konusu şahsa zararlı çevresel olay.

Peptik Ülserle Bağlı Gastrointestinal Kanamaların Klinik Belirtileri

Hematemez ve melana peptik ülserin en sık husule gelen komplikasyonudur. Warrén'e göre peptik ülserlilerin % 50 si hayatlarının bir çâğın da kanama geçirirler. Hastahaneye yatırılan peptik ülserlilerin % 25'inde yakış sebebi kanamadır. Herhangi bir hastahaneye kabul olunan ülserli hastaların % 25'inin ondan sonraki 10 yıl içinde kanama geçirecekleri hesaplanmıştır. Peptik ülserde kanama insidansı hastalığın süresi uzadıkça azalır, (İlk yıl içinde kanama daha sık, on yıldan sonra daha seyrek.)

Vakaların aşağı yukarı % 20 sinde kanama ülserin ilk belirtisini teşkil eder. Hatta kanama aynı şekilde önceden hiç ağrı husule getirmeden tekrarlayabilir. Bir kere kanayan ülserin tekrar kanaması ihtimali hiç kanamamış ülserle göre daha fazladır. (29).

İlk kanama daha tehlikelidir. Yaş ve cinsin kanama insidansına etkisi olmadığı kabul edilirdi, son bulgular peptik ülser kanamalarının erkeklerde kadınlardan 2 kat daha sık husule geldiğini, kanayanların yaklaşık yarısının 60 yaşından daha yaşlı olduğunu, 60 yaşından büyük kadınlarda kanama riskinin 60 yaşını aşkın erkeklerden daha büyük olduğunu göstermektedir. Peptik ülser yılın hemen her ayında kanayabilirsede kanama insidansı sonbahar ve kışın daha yüksektir. Duodenal ülser mide ülserinden, post-bulber ülserler, bulber ülserlerden daha sık kanarlar.

Peptik ülserlerin neden kanadığını tayine mutad olarak imkan yoktur. Ülseri aktive edebilen herhangi bir faktör kanamaya sebep olabilir.

Kanama hiçbir presipite edici faktör mevcut olmadan husule gelebilirsede şu faktörler çok defa presipite edici rol oynarlar.

1 - Ülserojen İlaçlar : (Başta aspirin ve benzerleri), ACTH, kortikosteroidler, butazolidine, rezerpine)

- 2 - Emosyonel stress
- 3 - Fizik stress
- 4 - Yorgunluk
- 5 - Enfeksiyonlar (Özellikle üst solunum yolu enfeksiyonları)
- 6 - Lokal irite edici faktörler (Alkol, sigara)
- 7 - Diyet hastaları
- 8 - Arterioskleröz ve hipertansiyon
- 9 - Antikoagulan ilaçlar.

Kanamalı Ülserde Kanamanın Orijini:

- 1 - Ülserin bir kan damarı (Arter veya ven) içine penetrasyonundan (Masif kanama)
- 2 - Ülser çevresindeki küçük konjeksiyonlu damarlardan,
- 3 - Ülser tabanında gelişen vasküler granülasyon dokusu içindeki damarlardan ileri gelebilir. (29).

Septomatoloji :

Masif peptik ülser kanamasının husule getireceği septomlar ve belirtiler kan kaybının büyüklüğüne, hızına, hastanın kanama başlamadan önceki Hb seviyesine, hastada mevcut kardiovasküler ve diğer hastalıkların etkisine bağlıdır. Ayrıca kan kaybına karşı reaksiyon şahıstan şahısa çok değişebilir. Genel olarak 500 ml.yi aşmayan kanamalar yetişkinde ya pek hafif septomlar husule getirir veya hiç septom vermez.

Kan kaybı 500 ml.yi aşınca kan volümünde husule gelen azalma vena yolu ile kalbe dönen kan miktarını ve kalb debisini düşürdüğünden kompensatris sistemik belirtiler gelişebilir. Çok kısa zamanda 1500-2000 ml.kan kaybı ölüme sebep olabilir. Peptik ülserden husule gelen masif kanama çok defa hastada birdenbire bir defaksiyon ihtiyacı husule getirir. Hatta hasta bu hisle uykudan bile uyanabilir. Defekasyon sırasında veya hemen sonra ürperme hissi, çarpıntı, soğuk ter boşanması, baş dönmesi, yüzde solukluk husule gelir.

Hasta bayılabilir,çıkan feçes melana vâsfındadır. Bu sırada hema-
temezde görülebilir,daha şiddetli kanamalarda birdenbire bulantı,hema-
tez ve çabucak kollaps gelişir. Bazen önce kollaps gelişir,ondan 1 saat
ile 1-2 gün sonra melena görülür. Massif kanamadan sonra vücudun aldığı
kompensatris tedbirler kan volümünü korumaya yetmeyince şok (Hipovole-
mik) husule gelir. Başlıca septomları zayıf suratlı (filiform),nabız
hipotansiyon (80 mm Hg veya daha az sistolik basınç),deride özellikle
ekstremitelerde soğukluk,ıslaklık ve solukluktur.

Hastada hava açlığı (Hızlı,yüzeyel solunum,anksiyete,huzursuzluk
ve çoğunlukla susuzluk hissi vardır.) Şok irreversibl hale gelebilir.

O zaman artık kan transfüzyonları ile kan basıncını normale yük-
seltmek kabil olmaz. Kanamadan sonraki periyot sırasında kan kaybı
devam ederse veya yeniden kanama sonucu kan volümünde ani ek bir azalış
husule gelirse,hasta şoka girebilir. Bu tehlikeli halin yaklaştığını
gösteren belirtiler şunlardır:

- Sistolik kan basıncında devamlı düşüş
- Periferik nabızda zayıflama
- Nabız sayısında artma
- Deride soğukluk ve solukluğun gittikçe şiddetlenmesi.

Şok,büyük kan kaybından hemen veya saatlerce sonra gelişebilir.

Diğer Belirtiler:

Ateş :Hastaların % 80'inde kanamadan sonraki ilk 24 saat içinde
37,5 - 39^o yi bulan ateş husule gelir. En çok bir hafta sürer,sebebi
bilinmiyür.

Diyare : Melanalı feçes çok defa suludur,sebebi barsak lümeni
içindeki kanın mütilliteyi artırmasıdır.

(Volümü ve tahriş edici etkisi ile) fakat melenada diyare şart
değildir. Feçes şekilli ve sert olabilir.

Serebral değişiklikler : Özellikle yaşlılarda konfüzyon delir ve
demans görülebilir.(Surebral anoksi)

Kardiovasküler Değişiklikler : Yaşlı ve koroner hastalıklı şahıslarda E.K.G. de T. ve ST.değişiklikleri hattı,infarktüs görülebilir.

Karaciğer koması : Karaciğer yetmezliği bulunan şahıslarda orijini ne olursa olsun peptik ülser kanama komayı preripite edebilir.

T E Ş H İ S

Hikaye : Hastaların hikayesi kanamanın kaynağı hakkında önemli bilgiler verir. Hasta şokta değilse hikaye çok dikkatli alınmalıdır.

Fazla miktarda kan kusma daha çok peptik ülser kanamalarında görülür,fakat ozeofagus varis kanamalarında akla getirir.

Kanamalı peptik ülserli vakalarda kanamadan önce ağrının olması ve kanama ile bunun geçmesi peptik ülser hastalığı için karakteristiktir

Bununla birlikte peptik ülser kanamalı vakaların % 20 sinde daha önce bir belirti bulunmayabilir. Bu hastalarda fazla alkol kullanma hikayesi alınabilir. Eğer kanamadan önce fazla alkol alma hikayesi varsa akut mukozal lezyonlar düşünölmelidir. Hastaların hemen kanamadan önce aldıkları salisilat, butazolidin gibi ilaçlar alkol,antikuagulan ve kortikosteroidler dikkate alınmalıdır. Bu ilaçların akut mukozal lezyonlara sebep olduğu bilinmektedir,daha önce geçirmiş olduğu mide ameliyatlari varsa dikkatle gözden geçirilmelidir. Böylece bir stomal ülser ihtimali düşünölebilir.

Fizik Muayene : Kanamalı peptik ülserli vakalarda fizik muayene hastanın ameliyat riskini tayinde çok önemli bulgular verebilir. Fakat kanamanın yerini belirlemede çok defa fazla yararlı olmaz. Ajitasyon ve susuzluk kanamanın hızını gösterir.

Nabızın sürati kadar özellikleride önemlidir. Süratli ve filiform tipte nabız yine kanamanın ciddiyetine işaret eder. Fizik muayenede fark edilecek peteşi ve ekimoz kuagulasyon bozukluğuna delalet eder.

Spider hemangioma, jinekomasti, palmar eritem, çomak parmak, portal hipertansiyonun belirtileri olarak kabul edilirler. Kas kitlesinin azalmış olması, zayıflık, hypoproteinemi karaciğer sirozuna delalet eder.

Splenomegali, hepatomegali karaciğer sirozunun belirtilerindedir. Kanamalı peptik ülser vakaları, kanama yönünden bu hastalıklarla benzerlik gösteriyorsa tedavi ve takip bakımından tamamen ayrıcalık gösterir. Fakat bütün kanamalı vakalarda kanamanın etyolojisi ne olursa olsun, fizik muayene bulgusunda hipotansiyon gibi hipovolemik şokun klasik belirtileri mevcut ise; tedavi şokla mücadele edilir ve sonra tedavi kanamanın yerine ve teşhise göre öncelik kazanır.

Hiperperistaltizm masif kanamanın devam ettiğini gösterir, bazen barsak kanalında kanın varlığı ile birlikte hastada hafif aetş (37,7-38,8°C) bulunur. Deri soğuk ve nemlidir, deride solukluk hakimdir, birçok vakada hiçbir fizik belirtisi bulunmayabilir. (11).

Laboratuvarda : Laboratuvar araştırmaları kanamanın kaynağını teşhiste olduğu kadar hastanın içinde bulunduğu durumun değerlendirilmesinde de çok önemli bilgiler verirler. Hemoglobün ve hematokrit seviyesi kanamanın şiddetini gösterir. Fakat ilk Hb ve Hct ölçmeleri normal kanamanın başlangıçta 4-6 saat sonra hemodilasyon başlar ve gerçek değerler elde edinilebilir.

Kanamalı peptik ülserli hastalarda Hb, Hct değerleri akut kanamalarla birlikte lökositoz görülebilir. Akut mukozal lezyonlarda koagülasyon bozuklukları vardır. (Trombozopeni, protrombin, zamanında yükselme ve diğer koagülasyon faktörlerinde azalma). (11.)

İdrar miktarının ve dansitesinin ölçümü, hipovolemi derecesini gösteren çok önemli testlerdir.

E.K.G. ye ameliyat riskinin tayini için başvurulması gerekir. Yaşlı kimselerde massif kanama esnasında myokart infarktüsü meydana gelebilir, ve genellikle ağrısızdır. Mümkün olan merkezlerde ilk yapılması gereken diagnostik işlem, özefago-gastroskopedir. Kanama kaynağı peptik ülser olduğu gibi varis kanamalarında olabilir.

Fiberoptik endoskoplara kullanılmaya başlandığından beri % 87 oranına varan doğru teşhisler elde edilmiştir. Bu metodu kullanmak için kurulu bir düzene ve eğitilmiş bir endoskopiste ihtiyaç vardır, ancak bu yolla radyolojik muayenede görülmesi mümkün olmayan yüzeysel lezyonlar teşhis edilebilir.

Radyoloji, Angiografi : Kanamanın yeri bulunmaz ise; endoskopiden sonra yapılması gerekir. Bunun içinde kurulu bir düzene ve eğitilmiş kimselere ihtiyaç vardır. Memleketimizde endoskopi gibi angiografide ancak belirli merkezlerde yapılabilir.

Esası : Çöliak ve superior mezenterik artere veya dallarına radyo opak madde vermek ve seri grafiler çekmek sureti ile kanama yerini tayin etmektir. Angiografik tetkik için kanamanın dakikada 3-5 ml'den fazla olması gerekir.

Arteriyel kanamalarda teşhis oranı % 90'a varır, üçüncü olarak üst gastro-intestinal sistemin baryumla çalışması yapılmalıdır. Bu muayene erken safhada tehlikesizce yapılabilir. Peptik ülserlerin teşhisine % 80'in üzerinde sonuç verir.

Prognöz : Massif kanamalı peptik ülserli vakalarda mortalite % 5 olan ciddi bir olaydır. Prognöze tesir eden faktörlerin başında yaş arttıkça mortalite artar. İkinci faktör kanamaya sebep olan lezyondur.

Prognoza tesir eden üçüncü faktör kanamanın bir defa olup kesilmesi veya devam etmesi yahut tekrarlamasıdır. Kanama ile beraber diğer bir hastalığın bulunuşuda mortaliteyi etkileyen başka bir faktördür.

Tedavi : Kanamalı peptik ülserli hastanın tedavi sonucu kanamanın şiddetine ve hastanın genel durumuna çok yakından bağlıdır. Ameliyat edilenlerin mortalitesi, ameliyattan önce verilen transfüzyon miktarları ile ilgili bulunduğundan ameliyat için erken karara varmak daha iyi sonuçlar doğurmaktadır. Eğer hasta şokta ise bunun tedavisi diagnostik çalışmalara ve kanayan lezyonun spesifik tedavisine göre öncelik kazanır. (24%).

Önce hastanın venlerinden birinden intravenöz mayi verilir, buradan laboratuvar tetkikler için kan alınmalıdır. (Kan grubu, Hb, Hmc). Hastanın kan kaybı, kan ve kristaloid solüsyonlarla karşılanabilir. Kan basıncı düşük seviyelerden daha yukarı seviyelere çıkarılmalıdır. Verilecek intravenöz sıvı miktarını tayin etmek için en uygun metod santral venöz basıncının ölçülmesidir.

Bu basınç 10 cm H₂O civarında tutulmak üzere kan ve sıvı verilmedir. Kanamalı vakalarda yetmezlik belirtileri varsa dijital isoproterenol verilmesi gerekir. Kanamalı hastalarda vazopresörlerin verilmemesinden kaçınılmalıdır. İdrar miktarı ve dansiteside intravenöz perfüzyonlara bir rehber teşkil ederler.

Hasta şok halini atlattıktan sonra kanama kaynağının teşhisi yapılmalıdır.

Peptik ülser kanamasında aşağıdaki işlemler yapılmalıdır.

- a) Nazogastrik tüp takılması,
- b) İntra-gastrik lavaj,
- c) Mideye anti-asit ilaçların verilmesi
- d) İntravenöz yolla H₂ receptör antagonistlerinin (Cimentidine) verilmesi.

Nazogastrik tüp hem mideyi temizlemek, hemde bundan sonra yapılacak olan lavajı temin etmek için kullanılır. Midanın kandan arınmasının özellikle gastrik peptik ülser kanamalarında önemli bir rolü vardır.

Kanamanın durdurulmasında en önemli faktörlerden biri boş olan midenin kontrolezyonudur. Massif kanamalarda genellikle tamamen boşaltma mümkün olmaz.

Mide lavajı buzlu su veya serum fizyolojikle temin edilir, lavaj için fazla miktarda (1 litre/saat) mayı kullanılacağından serum fizyolojik kullanılırsa elektrolit denge bozukluğu meydana gelmez.

Kanama yavaşlatıldıktan sonra mideye anti-asit ilaçlar verilir, bunlar ya damla halinde veya zaman parçalarına bölünerek verilebilir.

Bazı araştırmalara göre; nazogastrik tüp aracılığı ile lakterenol kanamayı geçici de olsa durdurur. Son senelerin getirdiği bir yenilik, intravenöz yolla verilen cimetidin bu gibi vakalarda kullanılmasıdır. (29).

Ameliyat Endikasyonları : Yukarıda belirlenen tedavinin uygulanmasına rağmen kanamanın devamı halinde ise ameliyat endikasyonu ortaya çıkmış demektir. Hastanın durumu tedavi ve transfüzyonlar ile dengelendikten sonra nabız ve tansiyonunu diğer belirtilerini dengede tutmak için 8 saatte 500 cc veya 24 saatte 1500 cc kan transfüzyonundan daha fazla kana ihtiyaç duyulursa kanamanın oldukça süratli olduğu kabul edilir.

Acil cerrahi endikasyonu doğan. Ayrıca şu belirtiler tehlike işareti sayılmalıdır.

- 1 - Tekrar eden bulantı, hematemez ve melena,
- 2 - Devam eden şiddetli ağrı,
- 3 - Uygun bir medikal tedavi yapıldığı halde kanamanın tekrarı
- 4 - Bayılma, taşikardi, terleme ve halsizlik,

Bu belirtiler kanamalı hastada erken ameliyatı gerektirir, ayrıca yaşlı hastalarda, gastrik ülserlerde daha önce hastalık geçirmiş hastalarda mevcut kanamanın medikal tedaviye direnç gösterdiği hallerde erken cerrahi tedavi düşünülmelidir.

Peptik ülser kanamalarında ameliyat endikasyonu şema I de gösterilmiştir.

ŞEMA I

Kanayan Duodenal Ülserde Tedavi

Dekompresyon Buzlu su Lavajı Yapılır

Kanama yavaşlar (veya durur)	Endoskopi	Kanama devam eder
Tekrarlayan kanama	Medikal tedavi	1500 cc kan/24 saat
		Ameliyathanede endoskopi

Cerrahi Tedavi:

Kanayan peptik ülser için çeşitli ameliyat yöntemleri seçilmiştir.

Bu yöntemler T.Vagatomi + pyloroplastiden rezeksiyon ameliyatlarına kadar değişir.

MEDİKAL TEDAVİ - İLAÇLAR

Anti-asitler :

Antiasit tedavisinin mantıklı temeli, mide kapsamının Ph sıvı en az 5'e yükseltmektir. Bu Ph'da pepsinin proteolitik yeteneği gerçekten ortadan kalkar ve asiditeye bağlı hasar husule getirici etki minimaldir.

Bazı antiasitler bir adsorban etki ile de pepsini inaktive ederler. Aç bırakılmış, duodenal ülserli hastaya verilen antiasitlerin en büyük kısmı sadece 20-30 dk. süren bir etkiye sahiptirler.

Bu çabuk gelip geçici (Süreksiz) etki kullanılan anti asidin tamponlanma yeteneğinin yetersizliğine değil, fakat daha çok midenin hızlı boşaltılmasına bağlıdır.

Antiasit tedavinin etkisi ilaç yemek yedikten 1 saat sonra alınır- sa apaçık şekilde uzatılmış olabilir. Antiasitin seçimi önemlidir, fakat henüz ideal bir antiasit bulunamamıştır, sodyum bikarbonat gibi absorbe olunabilen antiasitler kullanılmamalıdır. Çünkü bunlar sistemik alkaloz husule getirirler, özellikle eğer uzun süre süt ilimesi ile birlikte verilir ise absorbe olunabilen antiasitler ve ara sıra hatta absorbe olunamayan maddeler bile süt alkali sendromu husule getirebilirler. Absorbe olunamayan antiasitler ya teker teker, veya bir arada olarak en sık kullanılan maddelerdir. Kalsiyum bikarbonat, muhtemelen en etkili antiasittir. Çünkü kendisinin nötrale edici etkisi uzundur ve peptik aktiviteyi azaltır.

Bu madde hiperkalsemi ve hiperkalsivriye neden olma eğiliminden dolayı böbrek taşı, dehidratasyon olanlarda kullanılmamalıdır.

Magnezyum oksit, magnezyum trisilikat veya magnezyum karbonattan 8-10 defa güçlüdür ve aliminyum hidroksit jellerin nötrale edici etkisi pek azdır. Kalsiyum karbonat ve aliminyum hidroksisin özellikle yaşlılarda şiddetli kabızlık ve feçes tıkaçı husule getirme etkisi vardır.

Bu yan etkiler, günlük dozlarda her ikisine ilave olarak 4 gr. magnezyum oksit konularak karşılanabilir. Birçok aliminyum preparatlarının içinde fazla miktarda sodyum bulunması ağız yolu ile düşük sodyum almaları gereken hastaların zararına olabilir.

Barsak içinde fosfatın aliminyum preparatları tarafından bağlanması mutad olarak ciddi bir probleme bağlı değildir. Çünkü bu hastalar tarafından alınan diyet içerisinde genel olarak fazla miktarda fosfat vardır. Mide içinde daha fazla ve kolay olarak dağılırlar.(2).

Bu nedenle tabletlerden biraz daha etkilidirler, bir saatte 50 milikivalan asidi nötrale etmeye yeten mutad kalsiyum karbonat, magnezyum oksit veya aliminyum tabletlerinin dozu 4 gr. veya aliminyum jel preparatlarının dozu 15-30 ml. dir.

Ayakta uygulanan mutad rejim, yemeklerden 1 saat sonra ve yatar-ken veya rahatsızlığın meydana geldiği herhangi bir zaman da antiasit uygulamasından oluşur.

Aktif akut ülserasyona karşı intensif tedavide antiasitler, eğer kontipasyondan kaçılırsa ciddi yan etkiler izlenmeksizin mutad dozlarda her saat verilebilir.(27).

ENDOSKOPİ :

Peptik ülser vakalarında endoskopik muayeneler günümüzde modern gastroenterolojinin milimetrenin binde biri çapta olan liflerin ışığı ve görüntüyü yüzlerce prizmadan geçer gibi kırarak istenilen uzaklığa ve istenilen doğrultuda nakletmesi modern endoskopide son 20 yıl içinde önemli gelişmelere sebep olmuş ve sindirim sistemi hastalıklarının teşhisinde büyük gelişmelere imkan vermiştir.

Bir lastik tüp şeklinde istenilen yönde kıvrılabilen bu aletler 100-200.000 cam liften meydana gelen ve genellikle çapları 1 cm'yi geçmeyen silindirik tüpler şeklindedirler. Endoskopi senelerden beri çeşitli araştırmacılar tarafından rahatlıkla kullanılmaktadır.

Endoskopi ilk olarak 1881'de Mickulicz tarafından kullanılmıştır, gastroskopinin altın devri Hirchowitz'in çalışmaları ile başlamış ilk defa kliniklerde kullanılan tam flexibl gastroskoplardan (Panendoskopların) esasını teşkil etmektedir. Panendoskopinin acil endoskopi şeklinde üst sindirim kanalı kanamalarda kullanılması tanıda büyük yardımcı olmaktadır. Panendoskopinin görerek makroskopik tanı, acil endoskopi ve kanama yerinin tesbiti sağladığı faydaların yanında diğer önemli bir yönüde görerek biopsi yapmak ve üst sindirim yollarında istenilen yerden mukoza parçasının alınmasında sağlamasıdır. Ayrıca istenilen mide ve bulbus bölgesinde özel fırçalar ile alınan yüzeysel hücrelerin histopatolojik olarak tetkikinde fırsat vermektedir.

Gerektiđi hallerde panendoskop ile görüntüyü siyah-beyaz veya renkli fotoğraflarla tesbit etmek her zaman mümkündür. Mide fonksiyonlarının incelenmesi ve gerek mortalite yönünden ve gerekse safra refluxu bakımından gastro-sinematografide rahatlıkla yapılabilir.

Panendoskop ile doğru tanı olasılığı değişik merkezlere göre % 85-99 arasında değişmektedir.

Panendoskop hemen hemen birçok mide ve duodenum hastalıklarında rahatlıkla kullanılabilir.

Panendoskopinin Kontrendikasyonları :

1 - Dispne ve kronik hastalıklarında,
Sebepler ne olursa olsun mecbur olmadıkça yapılmamalı, yapılırsa ancak hastahane de yatan hastalara tatbik edilmelidir.

2 - Farinks ve larinks tümörleri

3 - Ağız, boğaz enfeksiyonlarında

4 - Üst özefagus atrezileri

5 - Konjenital özefagus anomalileri ve darlıkları

6 - Akut mediastinit ve etrafa infiltrat mediastin tümörleri

7 - Büyük aorta anevrizmaları

8 - Ağır kalp yetmezliklerinde

9 - Ağır hemorajik diyateze sebep olabilecek hastalıklar,

10 - Ağır psikiyatrik hastalıklar.

Panendoskopinin iki zorluğu vardır.

Biri; bu konuda yetişmiş, gördüğünü doğru ve yerinde yorumlayacak insanların yetişmesi, ikincisi de bu aletlerin oldukça pahalı olması ve bakımındır. Panenskoplara tatbikinde büyük çapta bir premedikasyona ihtiyaç vardır. Hastalar akşamdan itibaren veya erken bir akşam yemeğinden sonra aç bırakılırlar.

Bazı hastalara trankilizanlar verilebilir, panendoskopide konforu temin edip endoskopistin rahat çalışması için lokal anestezi kullandığı hastalarda kullanılabilir.

PRATİKTE PEPTİK ÜLSER KANAMALARININ İZLENMESİ

Görünüşte şiddeti ne olursa olsun her peptik ülser kanama hastanın hayatını her an tehlikeye koyabilecek potansiyelde ve acele tedbir alınmasını gerektiren önemli bir problem olarak kabul olunmalıdır.

Akut üst sindirim sistemi kanaması (Hematemez ve melana) geçirmekte olduğu her hastada kanamanın o anki şiddetine bakılmaksızın sırası ile şunlar yapılmalıdır.

1 - Hasta mutlak yatak istirahatine konur.

2 - Kan basıncı ve nabız sayısı saptanır, 1/2 - 1 saat ara ile bunlar kontrol edilir ve kaydedilir.

3 - Gereğinde kan transfüzyonu için kullanılabilecek büyüklükte bir iğne ile damardan dakla damla serum fizyolojik veya izotonik glikoz çözeltisi verilir.

4 - Nazogastrik entubasyon : Aspirasyonla kanamanın varlığı ve dinip dinmediği tesbit olunur. Mide suyunda asidin varlığı veya konsantrasyonu tesbit edilir. Mide ymkanarak kan pıhtılarından temizlenir. (Panendoskopiye hazırlık, tedavi amacı ile faydalanılır.)

5 - Kan grubu ve çapraz uygunluk tayini için kan alınır.

6 - Hematokrit, hemoglobin, eritrosit ve lökosit sayısı (imkan varsa kanda üre) tayin olunur. Formül için yayma preparat hazırlanır.

7 - Kısa anemnez alınır, hasta anamnez veremiycek durumda ise yakınları sorguya çekilir.

8 - Fizik muayene (sadece karın fazla baskı yapmadan muayene olunur. Özellikle dalak ve karaciğer palpasyonu deride ikter, spider, purpura kollateral dolaşım, karında kitle aranır.)

9 - Anamnez ve fizik muayene bulgularına göre ayırıcı tanı yapmaya çalışılır ve gerekli görülen diğer laboratuvar muayenelerine baş vurulur.

10 - Erken panendoskopik muayene bulgularına göre ayırıcı tanı yapmaya çalışılır ve gerekli görülen diğer laboratuvar muayenelerine baş vurulur.

11 - Erken radyolojik muayene : Acil cerrahi müdahale söz konusu ise ve derhal panendoskopi yapma imkanı yoksa (Ülkemizde çoğunlukla olduğu gibi başvurulabilecek tek araçtır. Çift kontrast çekim tekniği kullanılmak şartı ile kanama yerini ameliyattan önce tesbit için faydalanılacak tek araçtır.)

AKUT SERBEST PERFORASYON

Kendi klinik çalışma ve bulgularına geçmeden önce, peptik ülserle bağılı akut serbest perforasyonun, peptik ülser kanamaları kadar hayati önem taşıdığından ve çalışmamla yakından ilgili olduğundan kısaca bu konuya değinmek istiyorum.

Bu komplikasyon peptik ülserin oturduğu yerde organın duvarının bütün katlarını delerek periton boşluğuna açılmasından ve bu yüzden mide ve duodenum içinde bulunan yiyeceklerin ve sekresyonun serbestçe periton boşluğuna dökülmesinden ibarettir. Delik cerrahi olarak derhal kapatılmaz veya kendiliğinden kapanmıyorsa periton ve septisemi husule gelir.

KLİNİK BULGULAR : Sindirim bozukluğu, ülser tipi ağrı mevcut olabilir.

2 - Karın ağrısı : Klinik tablounun esas elementini teşkil eder, çok şiddetlidir ve ağrının başladığı an hasta tarafından kesin şekilde ifade olunabilir. Ağrı birdenbire epigastrik ortasında başlar, dayanılmaz kadar şiddetli ve devamlıdır. Omuz başlarına özellikle sağ omuza vurur. Her türlü hareket ağrıyı artırdığı için hasta hiç kıvrılmadan yatar, karnını elletmez.

Solunum yüzlek göğüs tipinde ve süratlidir, ağrı zamanla bütün karna yayılır, kusma ve bulantı olabilir. Yüz soluk, çökük, ızdıraplı ve yalvarıcı, gözler açık ve dikkatli, kaşlar ve şakaklar terle kaplı saçlar ıslaktır. Perforasyondan 1-6 saat sonra hastada geçici ve aldatıcı bir düzelme görülür. Hatta hasta kalkıp dolaşabilir. Fakat arkasından yavaş yavaş (6-12 saat sonra) yaygın peritonit tablosu yerleşir.

Ateş, taşikardi, karında gerginlik, şiddetli ağrı, hıçkırık görülür hasta en sonunda şok içinde ölür.

- 3 - Karında tahta sertliđi
- 4 - Karında sesizlik (Barsak peristaltizminin durması)
- 5 - Karaciğer matatesinin kaybolması
- 6 - Lökositöz mm'te 40.000'i aşabilir.
- 7 - Serumda amilaz yükselir : Akut pankreatitle akut perfo-

rasyonun klinik tabloları birbirine çok karışır ve bu iki hastalığın tedavisi ise tamamen çok farklıdır. Pankreatit'te tedavi konservatif, akut perforasyonda cerrahidir. Her iki haldede amilaz yükselir. Ancak akut pankreatit'te çok yükselir. Serum amilaz seviyesinin 5 katına yükselmesi pankreatit için karakteristiktir.

8 - Radyolojik muayene : Akut serbest perforasyon tanısında en önemli araçtır. Ayakta karnın direkt muayenesidir.

Tipik bulđu: Diafragmalar özellikle sağ diafragma kubbesi altında serbest havanın varlığıdır.

TEDAVİ

Tedavide iki metoda baş vurulur.

1 - Cerrahi,

2 - Konservatif tedavi (Aspirasyon tedavisi): Bu tedavi metodunun esası hastaya burun yolu ile yutturulan bir sonda ile mide içine girecek havayı ve mide sekresyonunu devamlı surette en az 24-36 saat aspire ederek mide içi basıncı intraperitoneal basıncın altına indirmek ve böylece perforasyon deliğinin kapanmasına fırsat vermektir.

Sonra 36-96 saat süre ile intermitten aspirasyona devam olunur, arada ağızdan yavaş yavaş sıvı verilir. Sonda aktif peristaltik hareketler başlayıncaya kadar yerinde bırakılır.

Konservatif tedavi şu hallerde endikedir :

1 - İlk defa görüldüğü sırada iyileşmeye yüztutmuş (Peritoneal) iritasyon belirtileri gerilemeye başlamış vakalar.

- 2 - Operatör bulunmaması,
- 3 - Hastanın genel durumunun ameliyata elverişsiz oluşu,
- 4 - Peptik ülser tanısının kesin olmaması,
- 5 - Supuratif peritonitin bulunmaması.

Akut serbest perforasyon geçirip jeneralize peritonit gelişen hastalar tedavi olunmazlarsa hemen ölürlür. Tedavi olunsalar bile mortalite tedavi metodu ne olursa olsun yüksektir. Mortaliteyi etkileyen en önemli faktör perforasyon husulünden tedaviye başlanıncaya kadar geçen zamandır. 6 Saat içinde tedaviye başlananlarda mortalite, 24 saat sonra başlananlardan 8 kere daha azdır.

Bunun sebebi bakteriyal peritonit ve septisemi gelişmesidir, bu komplikasyonlar mutad olarak perforasyondan 12 saat sonra gelişir.

MATERİYAL VE METOD

MATERİYAL :

Bu araştırma için materyal Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Biriminde Ocak 1980 - Aralık 1982 tarihleri arasında yatırılarak tedavi gören 125 kanamalı peptik ülserli hastalardır.

Hastalarda tanı, klinik bulguları, radyolojik ve endoskopik incelemeler sonucu konulmuştur.

Vakaların seçiminde Birimimize kanama ile müracaat edenlerin olmasına özen gösterildi. Araştırmanın yapıldığı süre içinde birkaç kez müracaat edenlerin ayırımına dikkat edildi.

Kanamalı peptik ülserli hastaların 105'i erkek, 20 tanesi kadındır. Yaş ortalaması: Kadınlarda 35 (20-50 yaş), erkeklerde 39 (27-50 yaş) arasındadır. (Tablo I ve Table II)

TABLO I

117 peptik ülserli kanamalı hastanın cins ve ortalama yaşa göre dağılımları

CİNS	ADET	YÜZDE	ORTALAMA YAŞ
Erkek	105	84	39,27
Kadın	20	16	35
TOPLAM :	125	100.00	74 (Ortalama yaş: % 37,14)

TABLO II

117 Peptik ülserli kanamalı hastanın yaşa göre dağılımı

YAŞ	KADIN	%	ERKEK	%	TOPLAM	%
10 - 19	2	10	5	4,76	7	5,6
20 - 29	4	20	27	25,70	31	24,8
30 - 39	8	40	25	23,80	33	26,4
40 - 49	4	20	27	25,70	31	24,8
50 - 59	2	10	10	9,52	12	9,6
60 - 69	-	-	8	7,61	8	6,4
70 - 79	-	-	3	2,91	3	2,74
TOPLAM :	20	100	105	100,00	125	100,00

M E T O D

Sippy Diyeti : Kanamalı peptik ulcuslu hastalarda kanamaları devam ettiği sürece her iki saatte bir defa 10-15 ml. sıvı antiasit verildi ve her saat başına 50-100 cc süt verilerek sippy diyeti uygulanmaya çalışıldı.

Mide Duodenum Grafisi : Sabah aç karnına tetkike alınan hastaya içinde 150-200 gr baryum sülfat bulunan takriben 400 -600 cc miktardaki baryum sülfat suspansiyonu içirilmeye başlanır. Skopide hasta izlenir.

Baryumun 1/3 ü içirildikten sonra grafi alınır. Geriye kalan baryum sülfat ile mide dolduktan sonra midenin değişik pozisyonlarda grafileri çekilir.

Bu grafiler rutin olarak sağ oblik, sol oblik ve trandelenburg pozisyonlarındaki grafilerdir. Vakanın özelliğine göre dahada değişik pozisyonlarda grafiler alınabilirler.

Daha sonra hastanın duodenal bulbus spot grafileri alınır, bulbus spotlarda daha çok sol oblikte olmak üzere her iki oblik pozisyonda ve ayakta yapılırlar. Ancak yatar pozisyonda ve sol oblik duruşta bulbusun havalı grafisinin alınmasında çok yararlı olur, bunu takiben duodenal ansıda içine alan bir grafinin çekilmesi uygundur.

Çift Kontrast Tetkiki : Malign ve mukozal yüzeyin incelenmesi hallerinde tercih edilir. Bunun için daha az baryum sülfat solüsyonu kullanılır ve gaz ihtiva eden içeceklerle gerçekleştirilir.

ENDOSKOPİ:

Kliniğimizde endoskopik alet olarak olypus marka panendoskop kullanıldı. Panendoskopumuz 100 cm uzunluğunda olup GIF - K2 modeldi.

Panendoskopi özel hazırlanmış endoskopi odasında yapılmaktaydı.

Akşamdan aç bırakılan hasta endoskopi odasına alınıp lokal anestezi ile boğazı uyuşturulduktan sonra muayene masasına sol yana yatırılmaktadır. Bu arada panendoskop asılı olduğu dolaptaki özel muhafaza kılıfından dikkatlice çıkarılıp, soğuk ışık kaynağına ait kısmı takılmaktaydı. Bilahare panendoskopun ucu serum fizyolojik ile hafifçe ısıtılıp kayganlığı sağlanmaktaydı. Ayrıca panendoskopun ucundan hastanın aleti dişlememesi için plastikten yapılmış özel dişlik geçirilmektedir.

Bundan sonra yan yatmış olan hastanın aleti yutması söylenerek ve bir taraftanda kontrollü olarak aleti parmaklarımızla iterek hastanın aleti yutması sağlandıktan sonra soğuk ışık kaynağı açılarak panendoskop ile organizmanın içi görülerek rahatça ilerlenir.

Gereğinde panendoskopun özel düğmelerine basarak hafifçe su verilerek birtakım artıklar varsa temizlenir, herşeyin kolayca görülmesi sağlanır.

B U L G U L A R

Çalışmamız Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Biriminde Ocak 1979 - Aralık 1981 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 125 kanamalı peptik ülserli hasta üzerinde yapılmıştır.

125 vakamızın yaş ve cins dağılımları Table I ve II de gösterilmiş olup 105'i (%84) erkek, 20'si (%16) kadındır.

Tüm vakalarımızın yaş ortalaması 37 (%14,70), erkeklerin yaş ortalaması 39,27 (15-70 arası), kadınların yaş ortalaması ise; 35 (14-65 yaş arasındır).

Vakalarımızın Kliniğimizde en az 1 gün, en çok 34 gün yattıkları görüldü. Hastaların çoğu 5-6 gün yatmışlardır. (Grafik:I). Vakalarımız birçok meslek grubunu içermekteydi. Meslek dağılımını aşağıdaki tabloda ki şekilde özetlemek mümkündür.

Çiftçi	%21.33
İşsiz	%19.55
Memur	%15.32
İşçi	%14.76
Ev hanımı	%14.60
Serbest	%10.24
Öğrenci	% 1.78
Asker	% 1.30
Mahkum	% 1.20
TOPLAM	%100.00

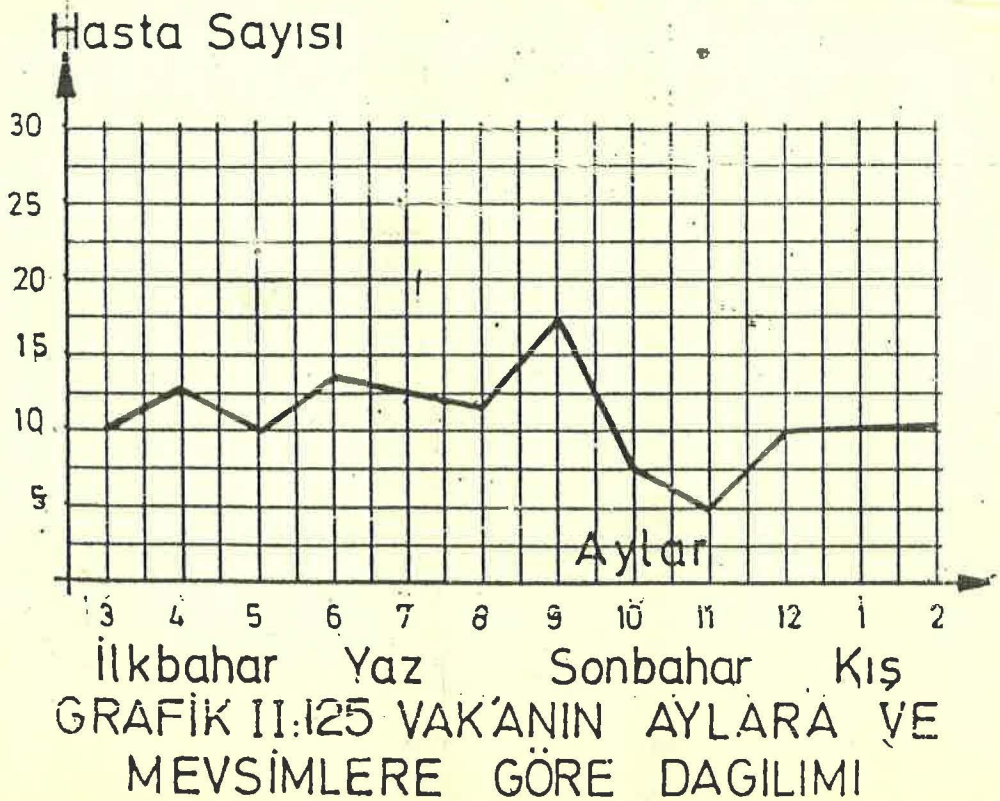
Vakalarımızın kanama şekillerine göre dağılımları şöyleydi: Toplam 101 (%80.8) vakada hematemez+melena izlendi. Bunların 88'i (%87.12) erkek, 13'ü (%12.88) kadın idi. Toplam 24 hasta (%19.2) melenali idi, bunların 17'si (%70.83) erkek, 7'si (%29.17) kadın idi.

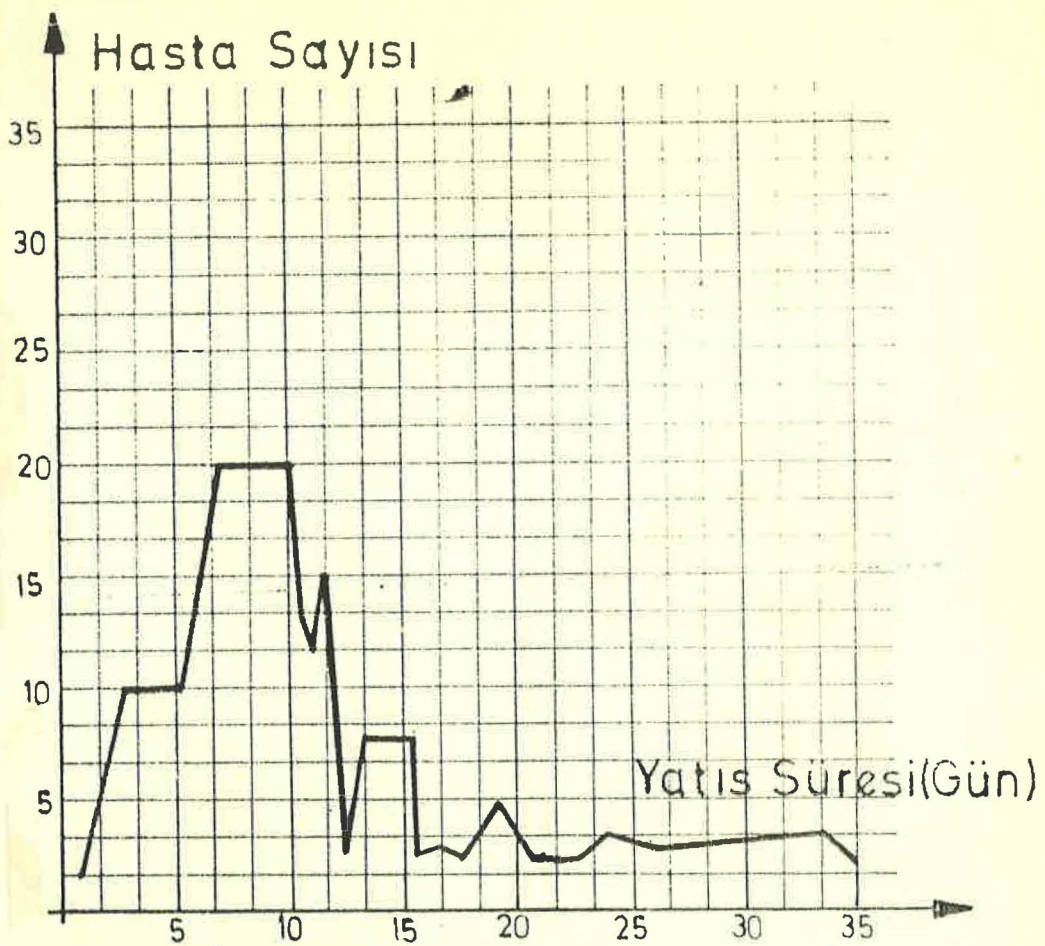
T A B L O III

117 Kanamalı Peptik Ülserli Vak'anın kanama Şekillerine göre dağılımları

Kanamama Şekli	Kadın	%	Erkek	%	Toplam	%
Hematemez+Melena	13	6,5	88	83.8	101	80.8
Melena	7	3.5	17	16.2	24	19.2
TOPLAM	20	100.00	105	100.00	125	100.00

Vakalarımızın en çok Eylül ve en azda Kasım aylarında Kliniğimizde yattıkları müşahade edildi. Hastalarımızın %26.24'ü İlkbahar, %31.55'i yaz, %21.77'si sonbahar, %20.44'ü kış aylarında kanama geçirmişlerdir. İlkbahar ve yaz aylarında kanama insidansında bir artış dikkati çekmektedir. Vakalarımızın aylara ve mevsimlere göre yatış eğrisi Grafik II de gösterilmiştir.

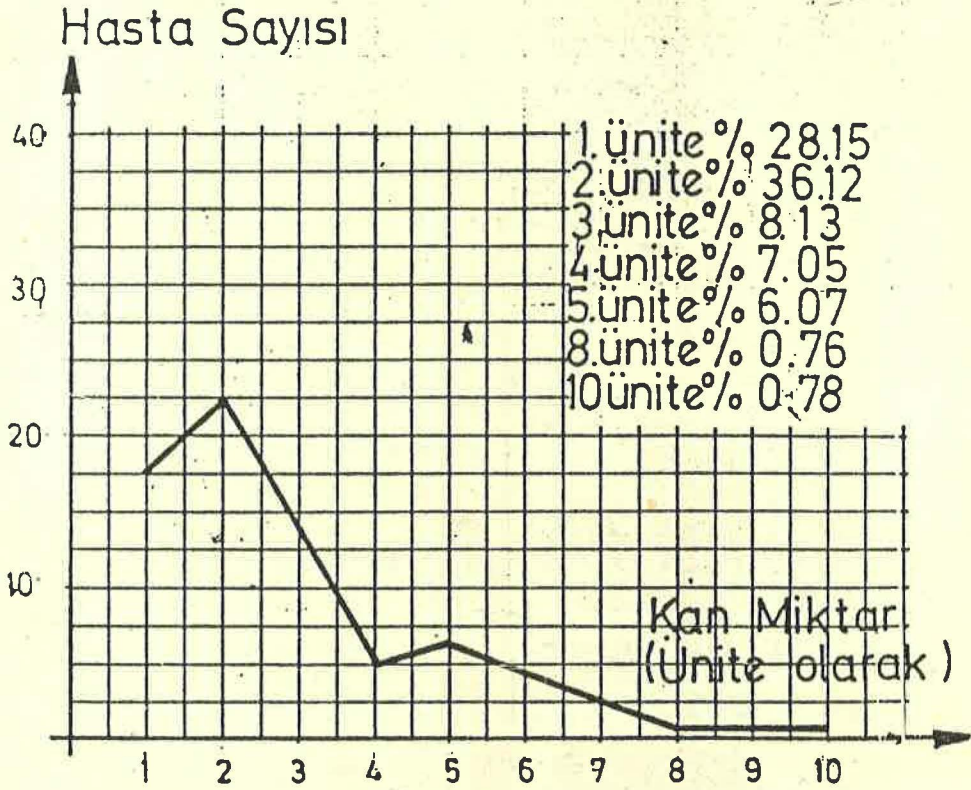




GRAFİK I: 125 VAKANIN YATTIĞI GÜNLERE GÖRE DAĞILIMI

Vakalarımıza gerekli olduğu hallerde kan transfüzyonu yapılmaya çalışıldı. Kan transfüzyonu yapılan vaka sayısı 115 (%92), bunların 102'si (%88.7) erkek, 13'ünde (%11.3) kadındı. Grafik III de hastalarımızda uygulanan kan transfüzyonu organları verilmiş ve eğriside çizilmiştir.

Grafiğinde tetkikinden anlaşılacağı gibi vak'alarımızda genellikle 1-2 veya 3 ünite kan transfüzyonu uygulanmıştır. Yüksek miktarda kan transfüzyonu uygulanımı çok azdır.



GRAFİK III: 125 VAK'AYA VERİLEN KAN TRANSFÜZYON. EĞRİSİ

115 vak'amızda toplam 277 ünite kan transfüzyonu uygulandı. 115 vakamızda uygulanan ortalama kan transfüzyonu oranı, 2.40 bulundu.

Kanamalı 125 peptik ülser vakasının derinliğine araştırılmasında bunların kesin olarak 86'sının (%68.80) duodenal, 8'ininde (%6.40) gastrik ülser olduğu görüldü.

125 kanamalı peptik ülser vakasının dağılımı Tablo V de gösterilmiştir.

T A B L Ö V

KANAMALI 125 PEPTİK ÜLSER VAKASININ DAĞILIMI

HASTALIK	KADIN	%	ERKEK	%	TOPLAM	%
Anastomoz ülseri	1	5	3	2.86	4	3.20
Muhtemelen peptik ülser	4	20	20	19.05	24	19.20
Duodenal ülser	10	50	71	67.62	81	64.80
Gastrik ülser	2	10	6	5.71	8	6.40
Akut hemorajik gastrit	1	5	3	2.86	4	3.20
Superficiel gastrit	2	10	2	1.90	4	3.20
TOPLAM	20	100.00	105	100.00	125	100.00

Vakalarımızı daha önceden olan kanama sayıları yönünden de araştırdığımızda 13 peptik ülser vakasının bir kez, 7 peptik ülserin 2 kez, 2 peptik ülserinde 3 kez kanadığını gördük. Ayrıca 2 anastomoz ülseri vakasının 1 kez kanadığını kaydettik. 125 vakanın 115'inde (%92) radyolojik ve endoskopik teşhis metodları kullanılarak tanıya varıldı. Tablo VI.

115 vakanın 65'inde (%56.52) radyoloji, 33'ünde (%28.70) endoskopi, 17'sinde de (%14.78) radyoloji ve endoskopi ortak kullanılarak tanıya varıldı. Tablo VI

115 kanamalı peptik ülserli vakamızın 50'sinde endoskopi ve endoskopi radyoloji yapılarak kesin tanıya varıldı. 50 vakanın 25'inde (%50) duodenal ülser, 10'unda (%20); gastrik ülser, 6'sında (%12) akut hemorajik gastrit, 5'inde (%10) anastomoz ülser, 4'ünde (%8) superficiel gastrit tesbit edildi. 50 vakanın endoskopi ile yapılan tanıları Tablo VII da gösterilmiştir.

T A B L O VI

125 kanamalı peptik ülserli vakanın 115'inde yapılan radyolojik ve endoskopik tetkikin dağılımı

YAPILAN TETKİK	KADIN	%	ERKEK	%	TOPLAM	%
Radyoloji	5	50	60	57.14	65	56.52
Endoskopi	3	30	30	28.57	33	28.70
Radyolojik+Endoskopik	2	20	15	14.29	17	14.78
TOPLAM	10	100	105	100.00	115	100.00

T A B L O VII

50 kanamalı peptik ülserli vakamızın yapılan endoskopik, radyolojik endoskopik inceleme sonuçları

ENDOSKOPIK TANI	SAYI	%
Duodenal ülser	25	50
Gastrik ülser	10	20
Anastomoz ülser	5	10
Akut hemorajik gastrit	6	12
Superficial gastrit	4	8
TOPLAM	50	100.00

115 vakamızın 33'ünde (%28.70) endoskopi yapılarak kesin tanıya varıldı. 33 vakanın 14'ünde (%42.42) duodenal ülser, 5'inde (%15.15) gastrik ülser, 6'sında (%18.18) akut hemorajik gastrit tesbit edildi, 4'ünde (%12.12) anastomoz ülser, 4'ünde (%12.12) superficial gastrit görüldü. Tablo VIII de 125 vakayı kombine oldukları hastalıklar yönünden de tüm vakalarımızın kombine oldukları hastalıklar ile ilişkileri Tablo X da gösterilmiştir.

T A B L O VIII

33 kanamalı peptik ülserli vakamızın yapılan endoskopik inceleme sonuçları

ENDOSKOPİK TANI	SAYI	%
Duodenal ülser	14	42.42
Gastrit ülser	5	15.15
Anastomöz ülser	4	12.12
Akut hemorajik gastrit	6	18.18
Superficiel gastrit	4	12.12
TOPLAM	33	99.99

125 peptik ülserli vakamızın prognozu incelendiğinde 89'unun (%71.20) salah ile taburcu edildiği, 16'sının (%12.80) acil olarak cerrahi operasyona verildiği, 14'ünün (%11.20) cerrahi tedavi önerildiği, 6'sının da Kliniğimizde yatarken vefat ettikleri görüldü. Tablo IX

T A B L O IX

117 peptik ülser vakamızda prognoz

Prognoz	No	%
Salah	89	71.20
Acil operasyon	16	12.80
Cerrahi tedavi tavsiyesi	14	11.20
Preoperatif Ex	6	4.80
TOPLAM	125	100.00

117 kanamalı peptik ülserli vakamızda kombine olan hastalıkların dağılımı

TABLO X

TEŞHİSLER	AKCTBC	Hypertansiyon	Nefro.send.	Dia.	Kr.obs.Akc.
Peptik ülser	6	1	5	3	5
Akut hemorajik gastrit	1	1	3	-	1

T A R T I Ş M A

Peptik ülser kanamaları çeşitli yönleri ile birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Özellikle bu çalışmalarda peptik ülser kanamasının nedenleri, tanısı ve tedavi yöntemleri incelenmiştir. Dünyada ve Ülkemizde olduğu gibi Bölgemizde de peptik ülser kanamalarının çok görülüp acil teşhis ve tedaviyi gerektirmesinden dolayı bizde bu tür bir araştırmaya giriştik.

Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniğinde de Ocak 1980-1982 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 125 kanamalı peptik ülserli vaka araştırılmış, incelenmiştir.

125 vakamızın Tablo I dede görüldüğü gibi 105'i (84) erkek, 20'si (16) kadındır. Bu bulgu literatürdeki kadın-erkek oranları ile paraleldir. (10,12,18).

Vakalarımızın ortalama yaşı 37 bulundu. Erkeklerde ortalama yaş 39.27, kadınlarda ise 35'tir. Vakalarımızın içerisinde %26.20 ile en yüksek seviyeyi 20-29 yaş grubu içermektedir, ayrıca tüm vakaların %54.10'u 40 yaşına kadar olan zaman diliminde görülmekte olup Çobanoğlu ve arkadaşları % 30 oranı ile en yüksek seviyeyi oluşturan kanamaların 30-40 yaşlarında olduğunu ve tüm vakaların %56'sının 40 yaşına kadar olan zaman biriminde bulunduğunu göstermişlerdir. (12).

Nyame isimli araştırmacıda yaptığı bir araştırmada en yüksek insidansı genç yaş grubunda tesbit etmiştir. (32).

Her iki araştırmadaki bulgular bizim vakalarımıza uygunluk göstermektedirler.

Vakaların Kliniğimizde en az 1 ve en fazla da 34 gün yattıkları gözlemlendi. En fazla hastanında 5-6 gün arasında yattıkları gözlemlendi.

Vakalarımız birçok meslek grubunu içermektedir. Meslek grubundan çiftçiler %21.33 ile başta gelmektedirler, vakalarımızın 101'inde (80.8) hematemiz+melena mevcuttu. Bunun 88 (%83.8) erkek, 13'ü (65) kadındı.

Ayrıca 24 (19.2) melenalı vakalarımızda 17 (%16.2) erkek, 7 (%35) kadındır. Bu konuda Hamalgyl ve arkadaşlarının 400 vakalık serilerinde % 80 oranında melena tesbit edilmiştir. Vakalarımızın en çok Eylül ve en azda Kasım aylarında Kliniğimizde yaptıkları müşahede edildi.

Hastalarımızın % 26.22 si ilkbahar, %31.55'i yaz, %21.77'si sonbahar, %20.44'ü kış aylarında kanama geçirmişlerdir. Çobanoğlu ve arkadaşları 210 vakalık serilerinde sonbaharda kanamaların çok, Bitter ve arkadaşları ise 111 vakadan oluşan serilerinde bahar ve kış aylarında kanamaların daha sık olduğunu belirtmişlerdir. (5).

Danışoğlu ve arkadaşları 471 vakalık serilerinde en çok Temmuz ve Ağustos aylarında kanama olduğunu belirtmektedirler. (13).

Bu bizim seriye uygunluk sağlamaktadır. Bagoch peptik ülser kanamalarının bahar ve kış aylarında en çok olduğunu söylemektedir. (16).

Bizim vakalarımız arasında mevsimsel fark çok fazla olmadığı için bu araştırmacıların serileriyle fazla çelişmemektedir.

Hastalarımıza gerekli durumlarda ve koşullar ölçüsünde kan transfüzyonu uygulandı. Vaka sayısı 115 idi, vakalarımızın %29.56'sına 1 ünite, %34.78'ine 2 ünite, %8.26'sına 3 ünite, %5.95'ine 4 ünite vakaların %8.69'una 5 ünite kan takıldı.

Bunların %45.33'ü erkek, %13'ü kadındı. 115 vaka içerisinde bir vakaya düşen ortalama kan miktarı 2.40 ünitedir. Bitter ve arkadaşları vaka başına 8.35 ünite kan transfüzyonu yaptıklarını bildirmişlerdir.

Bu oran bizim bulduğumuzdan yüksektir, bu farklılığı kan teminindeki koşulların farklılığına bağlayabiliriz.

Kanamalı peptik ülserlilerin (%84)'ünü erkekler, (%16)'sini kadınlar teşkil etmektedir. Tüm peptik ülserlerinde (%19.20) muhtemelen peptik ülser, (%64.80)'i duodenal ülser, (%6.40) gastrik ülserdir.

Çobanoğlu ve arkadaşları 210 vakalık serilerinde duodenal ülseri %36.70, gastrik ülseri ise %12.90 olarak bulmuşlardır.

Danişoğlu ve arkadaşları 471 vakalık serilerinde en başta gelen kanama sebebinin %67.30 ile peptik ülser olduğunu bununda %57'sinin erkek, %10.30'unun kadın olduğunu bildirmişlerdir. (13). Bu konuda İvy ve arkadaşları 4614 vakalık serilerinde peptik ülser oranını % 72, Tanner 1490 vakalık serisinde %80, Jones 4131 vakalık serisinde %51.50 Hamelgyl ise 425 vakalık serisinde %67.30 bulmuşlardır. (22).

Birmingham General hastahanesinde 200 vaka üzerinde duodenal ülser %26, gastrik ülser %22 bulunmuştur. (25). Bizim bulgularımız daha çok Çobanoğlu ve arkadaşlarının, Jones ve Hamalgy'l'in bulgularına yakındır. Jones aynı serisinde vakalarının %16.50'sinde gastrik, %35'inde duodenal ulcus tesbit etmiştir. Bizde de bu oranlara yakın değerler elde edilmiştir.

Abraham Bogoch'a göre kanayan ülser vakalarının % 30'u kadındır, ülserli hastaların oranı %11.95'tir. Buda Bogoch'un ortaya koyduğu değer yarısından azdır ve Danişoğlu ve arkadaşlarının bulduğu %15.90 lık değere yakındır. Teşhiste bu kadar ayrıntılı bilgilere girmek için endoskopinin yapılmasına bağlıdır. Kanamalı peptik ülserli vakalarında bu araştırmacılar arasındaki büyük fark bu muayenelerin yapılarak ayrıntılı teşhis konulmamış olmasıyla açıklanabilir.

Özellikle endoskopinin yaygınlaşması ve kanama vakalarında kanamayı araştırmacı travma etkisi korkusu dolayısı ile kısıtlı kullanılmasına inanan eski görüşe karşılık bugün endoskopinin

Kanama vakalarında da kolayca kullanılması, kısa zamanda iz bırakmadan iyi olması sebebiyle etyolojisi belli olmayan birçok kanama sebebini aydınlığa çıkardığına inanılmaktadır. Bu konuda araştırmacılar hemfikirdirler. (11,20,23,24,35).

125 vakamızda ayrıca %3.2 oranında anastomoz ülseri tesbit ettik, bu konuda derinliğine yapılmış bir araştırmaya rastlayamadığımız için literatür verileriyle karşılaştırma yapma imkanı bulamadık. Bulgularımız sadece araştırma verisi olarak kayd ediyoruz. Vakalarımızı daha önceden olan kanama sayıları yönünden araştırınca peptik ülserlilerden 13'ünün daha önceden 1 kez, 7'sinin 2 kez, 2'sinin 3 kez, 2 anastomoz ülserinin 1 kez kanadığını tesbit ettik.

125 vakamızın radyolojik ve endoskopik tanı yöntemlerini uygulama olanağını bulduk. 125 vakanın %56.52'sine radyoloji, %28.70'ine endoskopi, %14.78'ine radyoloji-endoskopi uyguladık.

Çalışmamızda endoskopinin radyolojiden daha güvenilir bir metod olduğunu, endoskopi+radyolojinin birlikte kullanıldığında birbirlerini desteklediklerini ve daha sihhätli neticeler alındığını gördük.

Endoskopi yapılan hastaların %50'sinde duodenal ülser, %20'sinde gastrik ülser, %10'unda anastomoz ülseri tanısına vardık. Belkide vakalarımızın azlığı sebebiyle endoskopiyle % 100 tanıya vardık.

Pull ve arkadaşları endoskopik ve röntgenolojik incelemenin kanamalı peptik ülserli vakaların teşhisinde ön plana alınması lazım geldiğini (34), Badın ve arkadaşları ile Thies ve arkadaşları ise endoskopinin radyolojik tetkikten daha güvenilir netice verdiğini iddâa etmektedirler. (47).

Schereiber, radyoloji ile tanıya varma oranınının 100 vakasında %88, endoskopi ile ise %96 bulmuştur. (44). Bencur ve arkadaşları radyoloji ile tanıya varmayı %60-210 vakalarında endoskopi ile tanının %91.40 Brandstaetler ve arkadaşları 77 vakalarında %71.40 Freuhmorgen ve arkadaşları da 206 vakalarında %92 olarak bulmuşlardır. (9,17,24,44).

Bu bulgular bizim neticelere yakınlık göstermektedirler.

125 vakamız kombine hastalıklar yönünden de araştırıldılar, 117 peptik ülser vakasınının %17.09'unda kombine hastalık izlendi. Bunların 6'sı akciğer tüberkülozu, 5'i kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 5'i netrokalsinoz, 3'ü diabet, 1'i hipertansiyon idi. Bu konuda Çobanoğlu ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışma vardır. (12).

117 vakamızın 87 (%74.35)'sine medikal tedavi uygulandı, 14 (%11.96) acil operasyona verildi. Cerrahi tedavi tavsiyesi 12 (%10.25) preoperatif ex. 4 (%4.68). Çobanoğlu ve arkadaşları medikal tedaviyi %91.40 uygulamışlardır. (12). Bodin ve De Paulo Castro medikal tedavi ile ettiklerini bildirmişlerdir. (44,7). Bizimde elde ettiğimiz neticeler bu araştırmacılarınkine yakındır. 1634 hasta konservatif tedavi uygulamış olan Dugan bu tedavinin aspirin alanlarda, cerrahi girişim geçirilenlerde ve yaşları 50'nin altında bulunanlarda faydalar sağladığını bildirmektedir. Bu araştırmacının fikrine bizde iştirak etmekteyiz. (15).

60 yaşın üzerindeki 118 hastada gerekli incelemeleri yapan Vaname ve arkadaşları ileri yaşlarda peptik ülserli kanamalarda konservatif tedavinin tehlikesinin daha çok olduğunu ve dolayısıyla operasyonun daha fazla düşünülmesinin gerektiğini bildirmektedirler.

125 vakamızda genel mortalite oranı %4.68 genel mortalite oranı Palmer'e göre %5.30, Schiller ve arkadaşlarına göre %6.80, Janese göre %7'dir. Bu oranlar ve diğer bir kısım araştırmacının mortalite oranları bizim mortalite oranlarımızdan yüksektir. (25,33,41,42).

Sepela ve arkadaşlarının %3.20 lik oranı bizim oranımızdan düşüktür. Prandi ve arkadaşlarının %4.40'lık ile Pauli ve arkadaşlarının %4.80'lik neticesine yakındır. (34,36). Prandi ve arkadaşlarının %2.50 lik oranı düşüktür. 125 peptik ülser vakasının prognozu incelendiğinde %71.20'sinin salah ile taburcu edildiği, %12.80'inin acil olarak operasyona verildiği, %11.96'sinin cerrahi tedavi yapıldığı ve %4.80'inin preoperatif devrede eks olduğu görüldü.

Birçok araştırmacı tarafından peptik ülserde mortalite %6-12 civarında bulunmuştur. Bizim bulduğumuz bu değerden azdır, buna sebep vaka sayısının azlığı olabilir.

S O N U Ç

Bu araştırma Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniğinde yatarak tedavi gören ve klinik izlenim, laboratuvar muayeneleri, radyoloji ve endoskopi ile tanımları konulan 125 kanamalı peptik ülser hasta üzerinde yapılmış ve hastalar değişik yönlerinden tetkik edilmişlerdir.

Hastalarımızın 105'i erkek, 20'si kadındır, tüm hastaların yaş ortalaması 37, erkeklerin 39.27, kadınların yaş ortalaması 35 olarak bulunmuştur. Hastalarımız içinde en büyük meslek grubunun %21.33 ile çiftçiler olduğu görülmüştür. Hastaların Kliniğimizde en çok kaldıkları süre 5-6 gündür.

Hastalarımızın 101'i hematemez+melenalı, 24'ü sadece melanalı idi kanamaların ay olarak Eylül, mevsim olarak ta yaz ve ilkbaharda çok, Kasım ayında ve diğer mevsimlerde en az olduğunu gördük. Hastalarımıza 270 ünite kan transfüzyonu yapıldı, ortalama kan transfüzyonu miktarı 2:40 ünitedir. 125 peptik ülserli hastamızın derinliğine teşhisinde bunların kesin olarak %68.80'inin duodenal, %6.40'ının gastrik ülser olduğu görüldü. Yardımcı tanı metodları olarak kullanılan radyoloji ve endoskopi 115 vakamızda uygulandı ve bunlar %100 tanıya vardık.

Hastalarımızın %71.20'sine medikal tedavi; %12.80'ine acil cerrahi tedavi uygulandı. Kanamalı peptik ülserli hastalarımızda mortalite oranı %4.80 olarak tesbit olundu.

Bütün sonuçlar literatür verileri ile kıyaslanarak tartışıldı ve çoğunun literatür verilerine uygun olduğu görüldü.

Ö Z E T

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniğinde Nisan 1980 - Mart 1982 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve klinik izlenim, laboratuvar muayeneleri, radyolojik, endoskopik yöntemlerle tanıları yapılan 125 kanamalı peptik ülser vakaları çeşitli yönleri ile araştırıldı.

Vakalarımızın 105'i erkek, 24'ü kadın olup yaş ortalaması 37'dir. erkeklerin yaş ortalaması 39.27, kadınların yaş ortalaması 35'dir.

Vakalarımızın Kliniğimizde en çok 5-6 gün yattıkları ve çoğunun çiftçi olduğu (%21.33) görüldü.

Hastalarımızın 101'i hematemez+melena, 24'ü sadece melena ile müracaat etmişti. Ay olarakta en çok vaka Eylül, mevsim olarak yaz ve ilkbaharda yatmıştır. 270 hastaya kan transfüzyonu yapılmıştır.

Ortalama kan transfüzyonu 2,40 ünitedir. 125 kanamalı peptik ülserli vakamızın kesin olarak 86'sı duodenal, 8'i gastrik ülserli idi.

65 vakada radyolojik, 33 vakada endoskopik metodları kullanarak % 100 doğru olan neticeler elde ettik. 89 hastamıza medikal tedavi 16 hastamıza acil operasyon uygulandı, 14 hastamıza cerrahi tavsiyede bulduk. Medikal tedavi yapılan 4 hastamızda preoperatif devrede Kliniğimize yatarken eks oldular (2 anastomoz, 2 gastrik ülser)

Bu araştırdma sonucu elde ettiğimiz bulgular literatür verileri ile kıyaslanarak tartışıldı ve bir sonuca varılmaya çalışıldı.

L İ T E R A T Ü R

- 1 - Abağlu, C., Aleksanyan, V.: Semptomdan teşhise 890-893 (1972)
- 2 - Atik, M., Matini, K.: Platelet Dysfunction An important factor in massive bleeding from stress ulcer. J. Trauma 12:834 (1972)
- 3 - AVER, JONES, E.: Clinical gastroenterology p:548 Blackwell Scientific Publications Oxford (1968)
- 4 - BENCUR, J.M., Chorvath, J., Moravec, R. et al : Techniques and tactics of radiodiagnosis in acute hemorrhage into the gastrointestinal tract Bratisl. lek. listy 62/4, 452-458 (1974)
- 5 - BITTER, J. and KVASNICKA, J : Bleeding in the upper part of the gastrointestinal tract; cs. Gastroent. vyz, 27/2. 49-56 (1973)
- 6 - BOCKUS-HENR L. Gastroenterology V.1, 763-822 (1973)
- 7 - BODIN, F., LICHTENSTEIN, H., et al : Akute peptic ulcer with hemorrhage: Report of 100 cases. Sem. Hop. Paris 50/4, 929-934 (1973)
- 8 - BOGOCH, ABRAHAM. Gastroenterology, 392-426 (1973)
- 9 - BRANOL, STAETTER G. and KRATOCHVIL, P : Endoscopic diagnosis of bleeding in the upper gastrointestinal tract Wien Med. Wschr. 124/39 563-565 (1974)
- 10 - BRANT, B., ROSCH, J., KRÄHNE, W, W.
Experiences with angiography in diagnosis and treatment of acute gastrointestinal bleeding of.
- 11 - CAMMOCK, E.: NYHUS, L.M. Hallet, W, Y. Harkins. N: Diagnosis and therapy in gastrointestinal hemorrhage. Arch. Surg. 66:608 (1963)
- 12 - ÇOBANOĞLU, N., GÖRAL, S., KARADENİZ, V. : Tıp Fakültesi Dergisi 5:1, 2 205 (1975)

- 13 - DANIŞOĞLU, N., PAYKOÇ, Z., DOĞAN, S., ŞAHİN, T., : A.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. IV :760(1976)
- 14 - DE PAULA CASTRO, L., COLDEIRA, G., CASTRO, C., et al :Comments On the Diagnosis and treatment of 200 cases hemorrhage of the upper digestive tract Rev. Assoc. Med. Bras. 19/9, 371-374 (1963)
- 15 - DUGGAN, J.M :Acute gastrointestinal haemorrhage prognostik Faktors on a konservatif regine Med. J. Aust. 2/4, 187-193 (1972)
- 16 - FOESCH, Gastrointestinal bleeding:Endoscopic Findings. Diagnostik. 8/2, 55-58, (1975)
- 17 - FRUEHMORGEN, P., ZEUS, J. and DEMLING, L. Endoscopic diagnosis in bleeding from the small intestine, and rectum. Langenbecks Arch. Chir. 337/konber. 557-561 (1974)
- 18 - GARDNER, B. and BARONOFSY I. D. BULL. N.Y. Acad. Med. 35, 554 (1959)
- 19 - GÖNEN, T., BOSTANCIOĞLU, Ş., ATMACA, N. S., VARAN, K.:Ankara Hastahanesi Dergisi 6:2:211 (1971)
- 20 - HARRISON İç Hastalıklarında Temel Bilgiler Cilt III 314: 1865-1866 (1979)
- 21 - HATTORI, K., LEVIN, B., and KIRSNER, J. B. 3 rd. world kongress of gastrointestinal endoscopy Mexico City (1974)
- 22 - HAMALGYL, ANDREW (A critical Rewiew of 425 patients with upper gastrointestinal heammorrhaga) Surgery, Gynecology and obstetrics 419-40 March (1970)
- 23 - HOROLY, K. J. Haematemesis and melena: Clinical Study of 251 hospital admissions Aust. N. Z. J. Surg. 44/4 388-393 (1974)
- 24 - JENSEN, H. E., AMDRUP, E., CHRISTIANSEN, P. et al :Bleeding gastric ulcer surgical and surgical treatment of 225 patients. Scand J. Gastroent. 716 535-540 (1972)

- 25 - JENSEN, DAVID, C., M.D., F.A.C.S., JOHN BEUMETTI, M.D. and BURTONE ADAMS, M.D. F.A.C.S. General versus private hospital operative mortality from massive upper gastrointestinal haemorrhage surger. Gynecology obstetrics 778-782 (May.1970)
- 26 - LATASTE, J. and LE PICARD, P.: Upper digestive haemorrhage due to gastritis or from an unknown cause Report of 140 cases J.Chir. 106/6, 541-543 (1973)
- 27 KOYUNCUOĞLU: Farmakoloji Dersleri Cilt:2 S:298-300 (1972)
- 28 - MEIDERER, S.E., LOFFLER, W., OBSER, E. and STADEIMANN: World Congress of Gastrointestinal Endoscopy, Mexico City (1974)
- 29 - MENTEŞ: Klinik Gastroenteroloji Cilt I S:148-237 (1982)
- 30 - MIRO, A., FUGAROLAS and ARMENGOL R. 3 rd world congress of Gastrointestinal Endoscopy, Mexico City (1974)
- 31 - NAGY, G.S. 3 rd World congress of Gastrointestinal Endoscopy Mexico City (1974)
- 32 - NYAME, P.K. Haematemesis and melena in accra. A report of 124 cases CHANA Med.J.12/4, 365-370 (1973)
- 33 - PALMER, E.D.J. Amer. Med. Ass. 207.1477 (1969)
- 34 - PAULL, A., VANDETH, A.G. and GRANT, A.K. Combinet endoscopy in upper Gastrointestinal haemorrhage: Aust. N. Z. J. MED I:12-15 (1974)
- 35 - PENALOZA, A. and FASSLER, S.: Emergency Endoscopy in Haemorrhages from the upper alimentary canal. Univ. Med. (Bogota) 15/4, 217-223 (1973)
- 36 - PRANDI, D., DUPUY, P. and RVEFF, B.: Acute bleeding gastritis and ulcerations with reference to 70 cases Ann. Chir. 27/11, 1135-1141 (1973)
- 37 - PRANDI, D., PLOT, J.C., FLAMANT, Y., et al: Results of emergency treatment in bleeding choranic gastroduodenal ulcers with reference to 91 cases Ann-Chir. 27/11, 1143-1148 (1973)

- 38 - PRUITT, B. A., FOLEY, F. D., MONCRIEF, J. A. Curling's ulcer a clinico-Patological study of 323 cases - *ann. Surg.* 172:523 (1970)
- 39 - SALMON, P. R. (1974) *Fiberoendoscopy*-Pitman Medical
- 40 - SANAÇ, YILMAZ *Türkiye Klinikleri* 2,2 : 103-109 (1982)
- 41 - SCHREIBER, H. W. : Haemorrhage from the alimentary Canal stomach and duodenum introduction. *Langenbecks Arc. Chir.* 336/Konber, 493-496 (1974)
- 42 - SEPPELA, K., KIVELA, H., AXRIMAA, M., et al : Acute upper gastrointestinal haemorrhage An analysis of 100 consecutive cases duodecim (Helsinki) 90/18 1218-1227 (1974)
- 43 - SUTTON, DAVID. *Textbook of Radiology*, 34:715 (1975)
- 44 - SCHWARTS, S. I., STORER, E. H. *Principles of surgery*, SCHARTZ, WC GRAW HILL Book Co. Second ed. p.992 (1974)
- 45 - TITİZ, I., Oktay, S., AKTAN, H. *İç Hastalıkları Septomatoloji ve Tedavi*. II:795-798 (1974)
- 46 - TRUELOVE, S. C. and GOODMAN, M. J. *Topics in Gastroenterology* 3: 25-60 (1975)
- 47 - THIEES, H. A. and BAHRS PAUCOR, H. : Analysis of gastric haemorrhages in 150 patients *Brunns Beitr. Klin. Chir.* 219/8 703-708
- 48 - ULUGAY, İLHAN : *Gastroenteroloji* 4:372 (1977)
- 49 - VANAME, R. and WINAVER, J. The treatment of stress ulcer, with human growth hormone (HGH) : Case report and hypothesis on HEH and hemostasis *clin. Bull.* 3/2, 54-57 (1973)