

Demir eksikliği anemili hastalarda gastrointestinal endoskopik inceleme sonuçları

Results of gastrointestinal endoscopic examinations in patients with iron deficiency anemia

Züleyha Akkan Çetinkaya¹, Mesut Sezikli², Fatih Güzelbulut², M. Erhan Altınöz², Ayça Değirmenci², Yasemin Gökden², Selvinaz Özkara³, Seçil Sağlam¹, Ayşe Oya Kurdaş Övünç²

¹Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji, Kocaeli, Türkiye

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji, İstanbul, Türkiye

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi / Received: 21.12.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 01.03.2011

ÖZET

Amaç: Endoskopi ünitelerinde, demir eksikliği anemisi nedenini saptamaya yönelik işlemler yapılmaktadır. Demir eksikliği anemisi (DEA) ön tanısıyla yapılan endoskopik incelemelerin sonuçları retrospektif olarak taranarak, sonuçların paylaşılması amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Endoskopi ünitesi 2008-2010 yılları arasındaki endoskopi kayıtları retrospektif olarak tarandı. Demir eksikliği anemisi endikasyonu nedeniyle endoskopi yapılan hastalar belirlendi. Hastaların bulguları kaydedilerek analiz edildi.

Bulgular: Hastanemiz endoskopi ünitesinde anemi nedeni ile işlem yapılan toplam 490 hasta değerlendirildi. Hastalarımızın yaş ortalaması: 58.94 ± 14.8 yıl idi. Toplam 288 hastaya (172 kadın, 116 erkek) sadece gastroskopi, 116 hastaya (61 kadın, 55 erkek) ise sadece kolonoskopi yapılmıştı. Gastroskopi ve kolonoskopinin birlikte yapıldığı hasta sayısı ise 84 (39 erkek, 45 kadın) idi. Tek işlem yapılan hastalarda DEA nedeni olabilecek patolojiye rastlamama oranı gastroskopiye %18.75, kolonoskopiye ise %46.55 ile kolonoskopiye daha yüksek olarak bulundu ($p<0.05$). Buna karşın çift işlem yapılan hastalarımızda DEA nedeni olabilecek patolojiye rastlamama oranımız ise %3.48 olarak saptandı

Sonuç: Demir eksikliği anemisine sahip hastayı endoskopi ünitesine gönderirken üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisinin birlikte yapılması, DEA etyolojisine daha kolay ulaşmamızı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Demir eksikliği anemisi, gastrointestinal endoskopi, gastrointestinal sistem

ABSTRACT

Objectives: Endoscopic procedures are usually carried out in order to diagnose the cause of iron deficiency anemia (IDA). We aimed to evaluate endoscopic findings of our patients with iron deficiency anemia retrospectively.

Materials and methods: We retrospectively reviewed our computerized data of patients who attended to Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital Gastroenterology Endoscopy Unit between 2008 and 2010 years. Patients in whom upper gastrointestinal endoscopy and/or colonoscopy were performed in order to diagnose the cause of IDA were included in this study.

Results: This study included 490 patients with iron deficiency anemia in whom upper gastrointestinal endoscopy and/or colonoscopy were performed. The mean age of patients was 58.94 ± 14.8 years. Of these patients, 288 (172 female, 116 male) underwent only upper gastrointestinal endoscopy, 116 (61 female, 55 male) underwent only colonoscopy and 84 (39 male, 45 female) underwent both upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy. The rates of failure to reveal the cause of IDA in patients in whom either upper gastrointestinal endoscopy or colonoscopy had been performed were 18.75% and 46.55%, respectively. On other hand, the ratio of failure to reveal the cause of IDA was 3.48% in patients in whom both upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy had been performed.

Conclusion: When referring any patient with iron deficiency anemia to endoscopy unit, ordering both upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy may allow us to find the reason more accurately.

Key words: Iron deficiency anemia, gastrointestinal endoscopy, gastrointestinal system

GİRİŞ

Endoskopi ünitelerinde, demir eksikliği anemisi (DEA) nedenini bulmaya yönelik işlemler sıklıkla yapılmaktadır. Endoskopi istenen hastaların %4-13'ünde DEA mevcuttur.¹ Gelişmiş ülkelerde DEA prevalansı %8 civarındadır.² Tüm dünya göz önüne alındığında en sık DEA nedeni kancalı kurt enfestasyonu iken², gelişmiş ülkelerde erişkin erkek ve postmenopozal kadınlarda en sık neden gastrointestinal sistemden olan kan kaybıdır.^{3,4} Bu gruptaki prevalansının %2-5 civarında olduğu tahmin edilmektedir.⁵ Çeşitli kılavuzlarda erkeklerde 11 gr/dl'nin, postmenopozal kadınlarda ise 10 g/dl altında hemoglobin düzeyleri olan demir eksikliği mevcut olan hastalar, altta yatan neden açısından tetkik edilmelidir.⁶ Yapılan bir çalışmada demir eksikliğine sahip hastaların %11.2'sinde altta yatan sebep olarak malignite saptanmış ve 50 yaş üstü olmak malignite için anlamlı risk faktörü olarak bulunmuştur.⁷ Sıklıkla DEA nedeniyle çeşitli kliniklerden ve gastroenteroloji polikliniğinden yönlendirilen hastalara ünitemizde endoskopik işlem yapmaktayız. Hastaların bulgularını değerlendirmek amacıyla DEA ön tanısı mevcut olanların endoskopi kayıtlarını retrospektif olarak taradık.

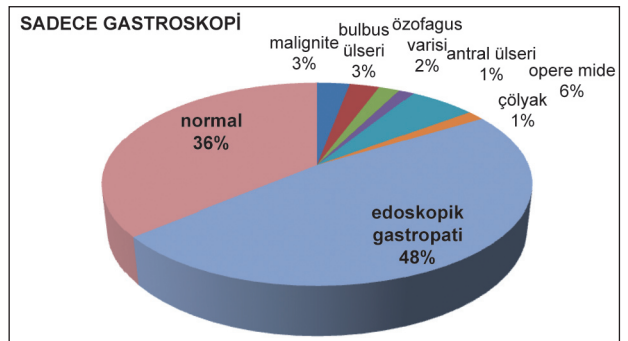
HASTALAR VE YÖNTEM

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Endoskopi ünitesinin 2008-2010 yılları kayıtları retrospektif olarak tarandı. Demir eksikliği anemisi endikasyonu ile endoskopi yapılan hastalar saptandı. Erkeklerde 11 g/dl'nin, kadınlarda ise 10 g/dl altında hemoglobin düzeyleri olan hastalar değerlendirmeye alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, endoskopi istendiği tarihteki hemoglobin, hematokrit düzeyleri, demir, total demir bağlama kapasitesi, ferritin düzeyleri, endoskopi sonucunda hastanın aldığı tanı, biyopsi alınmış ise sonucu değerlendirmeye alındı. DEA yapabilecek hastalıklar olarak maligniteler, eroziv özofajit ve gastritler, özofagus varisleri ve portal hipertansif gastropati, herhangi bir lokalizasyonda ülser, opere mide, polip, anjiodisplazi, çölyak hastalığı varlığı (biyopsi ve seroloji ile doğrulanmış), inflamatuvar bağırsak hastalığı, divertikül varlığı, hemoroid tanılarını kayıt altına alındı. Aktif kanama, melena vb. yakın kanama bulgusu olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

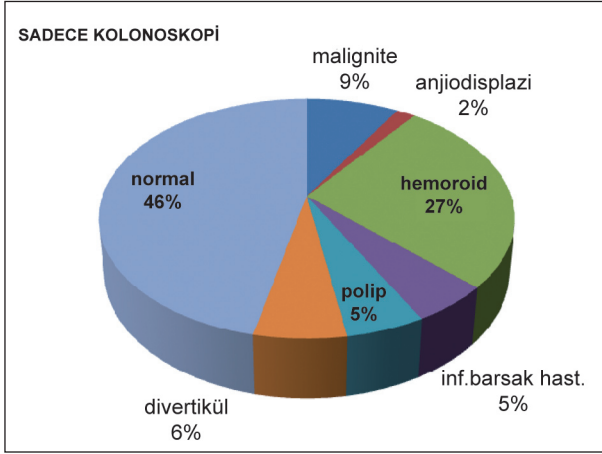
BULGULAR

2008-2010 yılları arasında hastanemiz endoskopi ünitesinde demir eksikliği anemisi nedeniyle işlem yapılan toplam 490 hasta değerlendirildi. Hastalarımızın yaş ortalaması: 58.94 ± 14.8 idi. Bu hastaların 288'ine (172 kadın, 116 erkek) sadece gastroskopi, 116 hastaya (61 kadın, 55 erkek) sadece kolonoskopi yapılmıştı. Gastroskopi ve kolonoskopinin birlikte yapıldığı hasta sayısı 84 (39 erkek, 45 kadın) idi. Sadece gastroskopi yapılan grupta kadınların yaş ortalaması 53.31 ± 15.29 yıl, erkeklerin yaş ortalaması 62.15 ± 12.89 yıl idi. Bu grupta ortalama hemoglobin düzeyi 9.31 mg/dl, ortalama hct ise %29 saptandı. Sadece kolonoskopi yapılan grupta kadınların yaş ortalaması 59.5 ± 13.17 yıl, erkek yaş ort. 62.2 ± 11.97 yıl idi. Bu grupta ortalama hemoglobin düzeyi 9.66 mg/dl, ortalama hematokrit ise %29.77 saptandı. Her iki endoskopik işlemin yapıldığı grupta kadınların yaş ortalaması 55 ± 16 , erkek yaş ortalaması 69 ± 9.9 yıl idi. Bu grupta ortalama hemoglobin düzeyi 8.65 g/dl, ortalama hematokrit %27.36 saptandı.

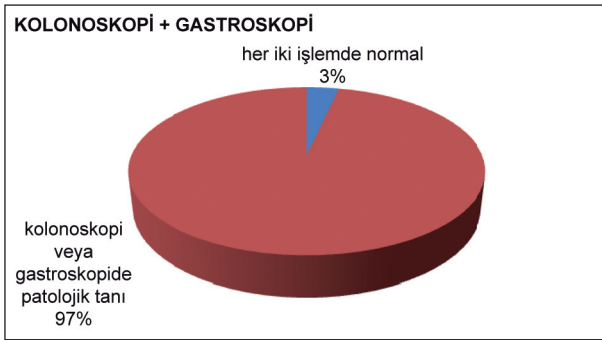
Sadece gastroskopi yapılan 288 hastanın 11'inde malignite (%3.81), 10'unda duodenum ülseri (%3.47), 7'sinde özofageal varis (%2.43), 5'inde antral ülser (%1.73), 177'sinde endoskopik gastropati (%61.45) (Hp + %41.24, Hp- %59), 2'sinde çölyak hastalığı (%0.69), 22'sinde opere mide (%7.63) saptanırken, 54'ünde (%18.75) normal endoskopik bulgular tespit edildi (Şekil 1).



Şekil 1. Sadece gastroskopi yapılan hastalardaki endoskopik bulgular



Şekil 2. Sadece kolonoskopi yapılan hastalardaki endoskopik bulgular



Şekil 3. Hem kolonoskopi hem de gastroskopi yapılan hastalardaki endoskopik bulgular

Sadece kolonoskopi yapılan 116 hastanın 10'unda kolonda herhangi bir lokalizasyonda tümör (%8.6), 2'sinde anjiodisplazi (%1.7), 31'inde hemoroid (%26.7), 6'sında inflamatuvar bağırsak hastalığı (%5.2), 6'sında polip (%5.2), 7'sinde ise divertikül (%6.0) saptanırken, 54 hastada normal kolonoskopik görünüm (%46.6) saptandı (Şekil 2).

Gastroskopi ve kolonoskopi birlikte yapılan 86 hastanın gastroskopik olarak 3'ünde malignite (%3.5), 3'ünde duodenum ülseri (%3.5), 3'ünde özofageal varis (%3.5), 1'inde mide antrum ülseri (%1.2), 53'ünde endoskopik gastropati (%61.6) (Hp + %66, Hp - %34), 9'unda opere mide (%10.46), 3'ünde özofageal ülser (%3.48), 2'sinde anjiodisplazi (%2.32), 1'inde polip (%1.16), 1'inde çölyak hastalığı (%1.16) saptanırken 8'inde ise normal endoskopik bulgular (%9.30) saptandı. Kolonoskopik olarak ikisinde kolonda herhangi bir lokalizasyon-

da tümör (%2.32), dördünde anjiodisplazi (%4.65), 31'inde hemoroid (%36.04), dördünde inflamatuvar bağırsak hastalığı (%4.65), üçünde polip (%3.48), üçünde ise divertikül (%3.48) saptanırken, 39 hastada normal kolonoskopik görünüm (%45.34) saptandı (Şekil 3).

Her iki işlem yapılan hastalarımızın sadece üçünde herhangi bir patoloji saptanmamıştır (%3.48). Bu hastalarımızın ikisi kadın (20 ve 86 yaş), biri ise erkekti (33 yaş).

TARTIŞMA

Anemi ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Anemi sebepleri içinde demir eksikliği %90 ile ilk sırayı almaktadır.⁸ Premenopozal kadınlarda en sık DEA sebebi menstrüasyon iken, erkek ve postmenopozal kadınlarda ise gastrointestinal kanaldan kan kaybı en yaygın sebeptir.^{3,4} Diğer DEA sebepleri arasında ise nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullanımı, diyetle yetersiz demir alımı, çölyak hastalığı gibi malabsorbsiyon sendromları sayılabilir. Hem mide hem de kolon kanseri demir eksikliği anemisi ile ortaya çıkabildiği için, anemi varlığında bu hastalıkları dışlamak, klinik önem ve önceliğe sahiptir.

Demir eksikliği anemisinin sebebini araştırırken, gastrointestinal lezyonun lokalizasyonunu semptomlara dayanarak tahmin etmek için elimizde yeteri kadar yapılmış çalışma yoktur. Ancak günümüzde kolorektal kanser sıklığının gastrik kanserden daha fazla olduğu düşünüldüğünde, öncelikle kolonoskopi yapılması, eğer kolonoskopi negatif çıkarsa gastroskopi yapılması mantıklı görünmektedir. Bu mantıktan yola çıkarak Capruso ve ark. hastaların %86.7'sinde DEA'nin muhtemel sebebini bulmuşlardır.⁹ Bulgularımıza baktığımızda sadece kolonoskopi yapılan hastalardaki malignite oranımızın %8.62 olması buna karşın sadece gastroskopi yapılanlarda %3.81 oranında maligniteye rastlamamız bu tezi destekler niteliktedir.

Her ne kadar bulgularımız maligniteyi saptamada kolonoskopinin daha önde olduğunu gösterse de, tek işlem yapılan hastalarda DEA nedeni olabilecek patolojiye rastlamama oranı gastroskopiye %18.75 idi, kolonoskopiye ise %46.55 ile daha fazla idi. Buna karşın çift işlem yapılan hastalarımızda DEA nedeni olabilecek patolojiye rastlamama oranımız ise %3.48 olarak saptandı.

Hem İngiliz hem de Amerikan kılavuzlarında DEA olan kadın ve erkek hastalar için kolonoskopi ve üst gis endoskopisi yapılması tavsiye edilmektedir.^{10,11,12} Bazı özel durumlar için farklı yaklaşımlar ise İngiliz Gastroenteroloji Cemiyeti (British Society of Gastroenterology, BSG) kılavuzunda belirtilmiştir. BSG'ye göre bu tezi destekleyen az veri olmasına rağmen, 50 yaşın üstünde DEA'si olan premenopozal kadınlara hem gastroskopi hem de kolonoskopi yapılmalıdır. Elli yaşın altındaki kadınlara; kolonik semptom varsa, demir tedavisine rağmen devam eden DEA varsa kolonoskopi yapılmalıdır. Erkeklerde yaşa bakılmaksızın demir eksikliği varsa hem gastroskopi hem de kolonoskopi yapılmalıdır.¹²

Premenopozal kadınlarda demir eksikliğinin sebebi genellikle menstrüel kan kaybına bağlıdır, demir eksikliği olan premenopozal kadınlarda gastrointestinal sistem incelemesinin gerekliliğine dair çelişkili bilgiler mevcut olmakla beraber yayınlarda anlamlı miktarda gastrointestinal patoloji bulunduğu da bildirilmektedir. Bu sebeple sindirim sistemi şikayeti olan ve demir tedavisine dirençli DEA olan premenopozal kadınlara gastroskopi yapılması düşünülmelidir. Kolonoskopi eğer kolorektal hastalık şüphesi varsa yapılmalıdır.¹³

Çalışmamız retrospektif olduğu için hastalarımızın menopoz durumu ile ilgili bilgiye ulaşamadığımızdan kendi grubumuzda premenopozal dönemdeki hastaların patolojisini değerlendiremedik.

Sonuçlarımızda her iki işlem yapılan hastalarda DEA nedeni saptama oranımızı daha yüksek bulduk. Kolonoskopide DEA yapabilecek bir neden bulunsa bile gastroskopi ile de ek patoloji bulunmayacağı anlamına gelmeyeceğinden dolayı her 2 işlemin yapılması mantıklıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, gastrointestinal sistemden kan kaybı olduğu düşünülen postmenopozal kadınlar ve erkeklere alt ve üst endoskopik tetkik yapılmış ve yazarlar standart gastrointestinal inceleme ile olguların 2/3'ünde bir kanama nedeni saptanabildiğini belirtmişlerdir.¹⁴

DEA nedeni olarak, *Helicobacter pylori* (Hp) enfeksiyonu da göz önünde bulundurulmalıdır. Sebebi açıklanamayan DEA 'de Hp eradikasyonu yapılması konsensus kararıdır.¹⁵ Yapılan bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'nde DEA'nin %32'sinin Hp ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir.¹⁶ Çalışmamızda çift işlem yapılan hastaların, gastros-

kopisinde pangastirit saptananların %66'sı Hp (+) iken, %34'ü Hp (-) idi.

Sonuç olarak, DEA'nın sebebini araştırırken, özellikle gastrointestinal kanaldan kaynaklanan bir patoloji düşünülüyorsa, altta yatan pek çok sebebin olabileceği unutulmamalıdır. Bu sebepler içinde en önemli hastalık olan maligniteler önemli yer tutmaktadır. Demir eksikliği anemisine sahip hastayı endoskopi ünitesine gönderirken, hem üst hem de alt gastrointestinal sistem endoskopisini istemek, sebebe daha kolay ulaşmamızı sağlayacaktır.

Çalışmamız retrospektif olduğu için tüm verilere ulaşamamış olmamız, daha ayrıntılı değerlendirmeler yapmamızı engellemiştir. Prospektif çalışmalar ile DEA ile gastrointestinal sistemden kan kaybının sebebini araştırma çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. McIntyre AS, Long RG. Prospective survey of investigations in outpatients referred with iron deficiency anemia. *Gut* 1993;34(8):1102-7.
2. Provan D. Mechanism and management of iron deficiency anemia. *Br J Haematol* 1999;105(Suppl 1):19-26.
3. Kepezyk T, Kadakia SC. Prospective evaluation of gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia. *Dig Dis Sci* 1995; 40(6):1283-9.
4. Hardwick RH, Armstrong CP. Synchronous upper and lower gastrointestinal endoscopy is an effective method of investigating iron-deficiency anemia. *Br J Surg* 1997;84(12):1725-8.
5. Looker AC, Dalman PR, Carroll MD et al. Prevalence of iron deficiency anemia in United States. *JAMA* 1997;277(12): 973-6.
6. Shaw AG, Simpson J, Tierney G et al. Referral of patients with iron deficiency under the lower gastrointestinal two-week wait rule. *Colorectal Dis* 2008; 10(3): 294-7.
7. Brady PG. Iron deficiency anemia: A call for aggressive diagnostic evaluation. *Southern Medical J* 2007;100(7):966-7.
8. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Kara İH. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda demir eksikliği anemisi ve gestasyon öyküsü ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi* 2009; 36(2):123-6.
9. Capruso G, Baccini F, Osborn J et al. Can patient characteristics predict the outcome of endoscopic evaluation of iron deficiency anemia: a multiple logistic regression analysis. *Gastrointest Endosc* 2004;59(5):766-71.
10. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000;118(2):197-201.
11. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. A consensus statement from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000;52(6):831-7.

12. Goddard AF, James MW, McIntyre AS, Scott BB on behalf of the BSG. Guidelines for the management of iron deficiency anemia. 2005 Available at: http://www.bsg.org.uk/pdf/word-does/iron_def.pdf
13. Serefhanoglu S, Buyukasik Y, Emmungil H et al. Identification of clinical and simple laboratory variables predicting responsible gastrointestinal lesions in patients with iron deficiency anemia. *Int J Med Sci* 2010;28(1):30-8.
14. Kurtoğlu E, Kayaçetin E, Uğur A. Demir Eksikliği Anemisi Saptanan Erkeklerde ve Postmenapozal Kadınlardaki Alt ve Üst Gastrointestinal Sistem Bulguları. *MN Klinik Bilimler & Doktor* 2004;10(3):251-4
15. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut* 2007;56(6):772-81.
16. Cardenas VM, Mulla ZD, Ortiz M, Graham DY. Iron deficiency and *Helicobacter pylori* infection in the United States. *Am J Epidemiol.* 2006;163(1):127-34.