

Epistaksisli Hastaya Klinik Yaklaşım

Clinical Evaluation of Epistaxis

Köksal Yuca, Mehmet Akif Eryılmaz ,Yasin Kürşad Varsak, Hamdi Arbağ

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi KBB A.D., Konya

Özet

İnsanların %60'ı hayatları süresince en az bir defa, spontan olsun veya olmasın epistaksis ile karşı karşıya kalmakta ve bunların %6'sı tedavi gerektirmektedir.(1) Epistaksis insidansı 10 yaş altı ve 50 yaş üstünde pik yapan bimodal dağılım göstermekte ve erkeklerde bayanlara göre daha sık görülmektedir.(2,3) Endoskopik teknolojinin gelişmesi ile birlikte değişen tedavi stratejilerini epistaksisli hastaya yaklaşım algoritmaları ile kombine etmek komplikasyonları azaltarak daha etkili tedavi olanakları sağlayabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Epistaksis, nazal kavite, koter

Abstract

Epistaxis, whether spontaneous or otherwise is experienced by up to 60% of people in their lifetime, 6% requiring medical attention. The condition has a bimodal distribution, with incidence peaks at ages younger than 10 years and older than 50 years. Epistaxis appears to occur more often in males than in females. With the evolution of endoscopic technology new treatment strategies combined with the use of stepwise epistaxis management plans can limit patient complications and provide effective treatment possibilities.

Key words: Epistaxis, nasal cavity, cautery

GİRİŞ

Kulak Burun Boğaz acillerinin en sık görülen nedeni olması dolayısı ile epistaksisli bir hastaya yaklaşımda öncelikle bilgi ve ekipmanın güncel ve yeterli düzeyde olması gerekmektedir.

HAZIRLIK

Hastaya müdahale edilecek ortamda baş ve ayakları ayarlanabilir bir muayene koltuğu, burun spekulumu, aspiratör, bayonet forseps, Oo nasal endoskop, gümüş nitrat çubuğu, böbrek küvet, aspiratör-koter, ışık kaynağı ve alın aynası, anterior ve posterior tampon çeşitleri ile birlikte müdahale edecek kişi yada kişilerin kendilerini korumak amaçlı önlük, eldiven ve koruyucu gözlük takmaları uygun olacaktır. Ayrıca klinikte antihipertansif ajanlar, oral ya da parenteral kullanılabilen anksiyolitik ajanlar, lokal dekonjestan, lokal anestezi ve kimyasal koterizasyon amaçlı kullanılabilen preparatların bulunması işimizi önemli ölçüde kolaylaştırır.

HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Epistaksis ile gelen hastaya yaklaşımda anamnez, fizik muayene ve tedavi basamakları aynı anda yürütülmeli, bu nedenle belirli bir algoritma takip edilmelidir (Tablo 1). Hasta ve hasta yakınlarının sakinleştirilmesi ve rahatlatılması hekimin işini kolaylaştıracaktır. Hasta yakınlarından bir kişinin müdahale esnasında hasta yanında bulundurulması anamnez alma konusunda hekime yardımcı olacaktır. Değerlendirmeye hava yolunun stabil olduğundan ve hemodinamik stabiliteden emin olunarak başlanmalıdır. Hasta vakit kaybedilmeden muayene koltuğuna dik oturtulmalı ve baş bir miktar öne eğilerek kanın farekste birikerek hava yolu obstrüksiyonu ve bulantı yapması engellenmelidir, hasta üzerine örtü serilmeli ve böbrek küveti iki eli ile çenesinin altına tutması söylenmelidir. Oral ya da intramüsküler uygulanacak olan 5-10mg diazepam hastanın sakinleşmesine yardımcı olacaktır. Hasta sümkürtülerek nazal kavitede biriken kan pıhtıları temizlenmeli, ardından uygulama metodu değişmekle

birlikte pamuğa emdirilerek veya sprey olarak lokal anestezi ideal olarak dekonjestanla birlikte nazal mukozaya tatbik edilmelidir.(4)

Burun sırtına buz uygulamaya hemen başlanmalı, burun kanatlarına en az 5 dakika bası yapılmalıdır. Bu esnada vital bulgular değerlendirilerek hasta hipertansif ise antihipertansif verilmeli, hasta hipovolemik ise damar yolu ve izotonik solusyonlarla sıvı replasmanına başlanmalı bu esnada hastadan tam kan sayımı ve kan grubu için kan alınmalıdır. Yapılan bazı çalışmalar rutin pıhtılaştırma testlerinin hastada kanama diyatezinden veya antikoagülan kullanımından şüphelenildiği takdirde bakılması gerektiğini savunmaktadır (5).

ANAMNEZ

Burun kanatlarına bası esnasında hastanın kendisinden veya hasta yakınından anamnez almak için yeterli süre olacaktır. Daha önce bir etyolojik faktörden bahsedilip bahsedilmediğini sorgulamak hekime kanama nedeni hakkında bilgi verecektir. Hikayede öncelikle sorulacak sorular; ne zamandan beri kanadığı, hangi tarafın kanadığı, ne kadar kan kaybettiği, genizden kan gelip gelmediği ve travma varlığıdır (6). Hastanın yaşı anterior-posterior ayrımında yararlıdır. Genç hastalar daha çok anterior epistaksis ile başvururken yaşlı hastalarda posterior kanamalar daha sık görülür. Bunun yanı sıra genç hastalarda en sık etyolojik faktör travma ve burun mukozasının fragilitasını artıran üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Burun mukozasının hava koşulları ve kullanılan burun spreylerine bağlı kuruması bir başka nedendir. Çocuklarda en sık neden burun karıştırma olabilir (7,8). Yaşlılarda kan basıncı yüksekliği en sık etyolojik faktördür. Anikoagülan kullanımı iyi sorgulanmalıdır. Hasta hikâyesinde kanama diyatezine ait bulgular tedavi planını değiştirebilmektedir. Tablo 2'de gösterilen lokal ve sistemik etyolojik faktörlere yönelik sorular sorularak anamnez tamamlanır.

FİZİK MUAYENE VE TANISAL YAKLAŞIMLAR

Anterior-posterior epistaksis ayrımının yapılması tedavi

planlamasında büyük öneme sahiptir. Burun kanatlarına bası sonrası orofarenks inspeksiyonunda postnasal kanama varsa posterior epistaksis olma olasılığı vardır. Anterior rinoskopi hasta sümkürlülere nasale kavite temizlendikten sonra aspiratör yardımı ile kan pıhtıları aspire edilerek yapılması kanama odağını belirlememize yardımcı olacaktır. Pıhtıdan arındırılmış nasale kavitenin tam muayenesi kanama etyolojisinde rol oynayan patolojilerin tanınmasına yardımcı olur. İdeal koşullarda anterior rinoskopinin endoskopik nasale muayene ile tamamlanması gerekir ancak bu her zaman mümkün olmaz. Kanama yeri tanınması bu aşamada zor veya hastaya acı veriyorsa hem lokal anestezinin sağlanması hem de hemostaz açısından lidokain+epinefrin emdirilmiş pamuk şeritlerin burun kavitesine yerleştirilmesi uygun olur. On dakika sonra pamuk şeritler çekildiğinde lokal anestezi altındaki kavitede gerekli incelemeler aspiratör ucu ile yapılabilir. Çıkarılan şeritlerin üzerindeki kan lekelerinin yeri de kanama odağının lokalizasyonunda faydalı olabilir. Her aşamada ve sıklıkla orofarinksin postnasal sızıntı açısından değerlendirilmesi, posterior epistaksis kararını vermemize yardımcı olur. Tüm anterior müdahalelere rağmen, orofarinkste kan sızması gözlenmesi posterior epistaksis tanısı koydurur ve algoritmasını yönlendirir.

TEDAVİ ADIMLARI

Anterior Epistaksislerde

Epistaksislerin çoğu anteriorda "Little alanı" olarak bilinen bölgededir. Oldukça vasküler olan bu bölge her türlü travma etkisine açıktır. Dış travmalar, burun karıştırma, nazal spreylerin doğrudan veya farmösetik etkileri bu sıklığı açıklar. Bu bölgenin dışı bu kadar yakın olması tedavide burun kanatlarına yapılan basının işe yaramasını, vazokonstriktör ajanların uygulamasının başarısını da sağlar. Bu ön hazırlıklar kanamanın geçici durmasını ve yerinin belirlenmesini sağlar. Aynı yerden tekrar bir kanamanın olmaması için yapılacaklar ile bu

önlemlere rağmen geçmeyen anterior kanamaların tedavisi birbirinden farklıdır. Ön önlemlerle geçmeyen kanamalarda seçilecek uygulamalar elektrokoterizasyon veya anterior tamponlamadır. Ön önlemlerle geçen kanamalarda ise tekrarlama önlemek için kimyasal koterizasyon önerilir. Bası ve lokal vazokonstriktörlerle durmuş anterior epistaksis alanı kırmızı bir nokta şeklinde görülür bu alan üzerindeki hemorajik kabuklanmalar hedefi gösterirler. Bu alanın üzerini değil hemen yakın çevresinin bir santim kadar gümüş nitrat içeren çubuklarla muamele edilerek kimyasal koterizasyonu yapılmalıdır. Çubuk, alan çevresine hafifçe bastırılarak üç saniyede bir yer değiştirilmeli ve kırmızı alanın etrafı koterizasyonun etkisi ile tamamen beyazlatılmalıdır (9). Amaç kanama odağını besleyen damarcıkların kimyasal olarak destrüksiyonudur. Koter ucunun başka hiçbir yere değiştirilmemesi gereksiz mukoza hasarını önleyecektir. Aynı alanın her iki kavitede koterize edilmesi,

Tablo 2. Lokal ve sistemik epistaksis nedenleri

Lokal
• İdiyopatik
• Travma
– burun karıştırma
– yabancı cisim
• İnflamasyon
– enfeksiyon
– Allerjik rinosinüzit
– Nasal polip
• Neoplazi
– Benign (juvenile angiofibroma)
– Malign (squamous cell carcinoma)
• Vasküler
– Konjenital (hereditary haemorrhagic telangiectasia)
– Kazanılmış (Wegener's granulomatosis)
• iyatrojenik
– cerrahi (/maksillofasial/ophthalmic)
– Nasal aparatlar (,nasogastric sonda)
• yapısal
– Septal deviasyonlar
– Septal perforasyonlar
• ilaçlar
– Nasal spreyler (topical dekonjestanlar)
– madde bağımlılığı (kokaine)
Sistemik
• Haematolojik
– koagülopatiler (,haemophilia)
– Trombositopeni (lösemi)
– Platelet disfonksiyonu (Von Willebrand's hastalığı)
• Çevresel Faktörler
– sıcaklık
– nem
– deniz seviyesinden yükseklik
• ilaçlar
– Antikoagülanlar (heparin, warfarin)
– Antiplateletler (,aspirin, klopidogrel)
• Organ yetmezlikleri
– Uremi
– Karaciğer bozuklukları(cirrhosis)
• Diüer nedenler
– Ateroskleroz/hipertansiyon
– Alkol

Tablo 1. Epistaksisli hastaya yaklaşım algoritması



lokal perfüzyonu bozarak ileride perforasyona neden olabilir (10). Bu nedenle işlemin 4-6 hafta sonra karşı tarafta yapılması önerilir. Kimyasal koterizasyon yapılan mukozanın üzerine antibiyotikli pomad emdirilmiş bir spongostanın yerleştirilmesi mukoza rejenerasyonuna faydalı olur.

Aktif kanaması olan anterior epistaksislerde kanama debisi kimyasal koterizasyonun mukozaya temasını engelleyeceğinden tercih edilmez ve etkili değildir. Bu durumda elektrokoterizasyon ile kanama odağı koterize edilerek tedavi sağlanır. Yine koterize alan antibiyotikli pomad emdirilmiş bir spongostan ile örtülmelidir. Elektrokoterizasyon ile durmayan veya tam olarak yeri lokalize edilemeyen anterior kanamalarda yapılacak işlem anterior tamponlamadır. Anterior tamponlamanın yerleştirilme amacı burun lateral duvar ile septum arasında bası uygulamaktır. O halde anterior tampon buru içine yeterince sokulmalı ve gevşek olmamalıdır. Bu baskı ile oluşan enflamasyon ve ödem sayesinde mukozal kanama duracaktır. Eğer önceki operasyonlara bağlı septumda yeterli direnç yoksa kanama unilateral de olsa tampon bilateral konulmalıdır. Böylece septum mukozası her iki taraftan sıkıştırılmış olur. Anterior tampon amacı ile rutin gaz spançlar, ekstaraför şeritler, Doyle veya Meroceci tipi sünger tamponlar kullanılabilir (11). Nazal tamponlamanın travmatik tamponlamaya bağlı septal hematoma, septal abse, sinüzit, tamponlama sırasında nörojenik senkop, aşırı sıkı tamponlamaya bağlı basınç nekrozu gibi komplikasyonları ile uzun süre tampon durmasına bağlı gelişebilecek toksik şok sendromuna karşı tamponlama materyallerine topikal antistafilokokal antibiyotik uygulanması önerilmektedir (11,12).

Anterior epistaksislere yaklaşımda burnun anterior tamponla kapatılması, gümüş nitrat çubukların kullanımı, tamponlarda antistafilokok pomadlar kullanımı ve tampon olarak hazır materyal veya gaz spanç şerit kullanımının bilimsel dayanaklar şu güne kadar yapılan çalışmalarda etkinlik seviyesi olarak B veya C grubunu geçememiştir (13).

Posterior epistaksislerde

Tüm kanamaların %10'u posteriorıdır. Anetrior epistaksislere göre daha ciddi, daha çok kanamalı olması, her iki nazal kaviteden kan gelmesi, anteriorda herhangi bir kanama odağının görülebilmesi ve sürekli orofarinkste kan sızıntısı hissi ile tanınır. Posterior epistaksiste kanama odağı çoğunlukla sfenopalatin arter seviyesindedir. Bu alan anatomide de anlatıldığı üzere aslında nazal akvite içinde bir alandır. Bu nedenle nazofarinkse yerleştirilen klasik posterior tamponların tek başına bası ve kanamayı durdurucu özelliği bulunmaz. Sfenopalatin arter kanamalarında klasik posterior tampona anterior tamponun eklenmesi iki tampon arasında kapalı bir alanın oluşturulmasını ve bunun da kanla dolarak kanama yerine bası oluşturmasını sağlar. Tek başına klasik posterior tampon sadece kanın orofarinkse geçmesini engeller. Tek başına klasik posterior tampon artık sadece çok mecbur kalındığında veya temel gereçler sadece ona elverdiğinde başvurulmuş bir metoddur. Oldukça acı verici olması ve zor takılması tek başına etkinliğinin zamana bağlı olması ve takıldıktan sonra olası komplikasyon ve yan etkilerinin olması klasik posterior tampona alternatif yöntemlerin gelişmesini sağlamıştır. Güçlü bir aspiratör yardımı ile ve endoskopun mükemmel aydınlatma ve büyütme olanağı ile kanama odağı burun kavitesi içine net olarak görülür. Hem aspiratör hem de koter görevi gören aletlerle kanama odağı koterize edilir. Aspiratör hem kanı hem de ortamdaki dumanı çekerek görüntü kaybını önler. Koterizasyon alanının antibiyotikli pomad emdirilmiş cerrahi ile örtülmesi işlemi sonlandırır. Klasik posterior tampona bir başka alternatif yöntem ise foley katater kullanımınıdır. 12 veya 14 Fr.'lik foley katater kanayan kaviteden sokulur ve nazofarinkse kadar uzatılır ve şişirilmeden önce orofarinksten görülür (14). Ardından hafifçe şişirilir. Hafif şişik halde iken öne doğru bir miktar çekilir. Şiş

kısının orta konka posterioruna kadar ulaşması sağlanır (sfenopalatin arterin çıktığı yer burun ucundan yaklaşık 6-7cm gerisi). Burada sonda stabil hale getirildikten sonra tam olarak şişirilir (15). Önceden tam olarak şişirilirse klasik posterior tampon gibi sadece nazofarinkste kalır. Önemli olan sfenopalatin artere basının sağlanmasıdır. Anterior tamponların konulması yine önerilir. Alternatif bir yöntemde hazır epistaksis balonlu kateterlerin kullanımınıdır. Konforlu, pratik, takılması kolay ama pahalıdır. Foley kateterin burun kantarında oluşturduğu nekroz gibi dramatik bir komplikasyonun olmaması en önemli avantajlarıdır.

Tüm bu önlemler ile durdurulamayan kanamalarda cerrahi ve invaziv kanama durdurucu önlemlere baş vurulmalıdır. 72 saat içinde kanamanın belirgin kontrol altına alınamamış olması, tekrarlayan ve transfüzyonu gerektirecek kadar kanamanın devamı durumlarında arteriyel ligasyon, arteriyel embolizasyon gerekebilir (16). Ayrıca posterior kanamadan şüphelenildiğinde kanama kaynağının genel lokalizasyonu belirlenmelidir. Bu adım önemlidir çünkü posterior nazal kavitenin tabanı ve çatısı farklı arterlerden beslenmesi itibarı ile selektif ligasyon gerekebilir (17).

HASTA BAKIMI VE TAKİP

Kanama kontrolü sağlanan ve hastane yatış edikasyonu olan hastalarda kan sayımı tekrarı ve buna göre kan replasmanı, trombosit ve plazma transfüzyonu oksijen satürasyon takibi, kan basıncı takibi, kardiyoloji konsültasyonu, antibiyotik kullanımı ve bir miktar sedasyon taktikte dikkat edilmesi gereken hususlardır. Özellikle antikoagülan ilaç kullanan hastaların ilaç dozu ayarlanması da taktikte önemli hususlardandır bu konu ile ilgili Warfarin dozunun terapötik aralıkta ise kesilmesinin gereksiz olduğunu gösteren prospektif bir çalışma olmakla birlikte (18). Aspirin kullanımının epistaksis hospitalizasyonundan bağımsız olduğu gösterilmiştir (19). Ayrıca kanama kontrolü sağlanan hastalara ilk 24 saat içinde kan basıncını artıracak hareketlerde (ağır kaldırma, ıkmama, öksürme, ağır egzersiz) bulunmaması konusunda önerilerde bulunulmalı, sümükürmemesi, sıcak içeceklerden, alkolden kaçınma ve burun karıştırmadan kaçınması söylenmelidir. Ayrıca burun içini nemlendirmede serum fizyolojik ile lavaj, rekürren kanamaları önlemek için etkinliği isbatlanmamış olmakla birlikte topikal antiseptik kremler kullanılabilir (20).

KAYNAKLAR

1. Petruson B, Rudin R. The frequency of epistaxis in a male population sample. *Rhinology* 1975;13:129-33.
2. Pollice PA, Yoder MG. Epistaxis: a retrospective review of hospitalized patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;117:49-53.
3. Rubin Grandis J. The management of epistaxis. 3d ed. Alexandria, Va.: America Academy of Otolaryngology- Head and Neck Surgery Foundation, 1999.
4. Pope LER, Hobbs CGL. Epistaxis: an update on current management *Postgrad Med J* 2005;81:309-14
5. Thaha MA, Nilssen EL, Holland S, et al. Routine coagulation screening in the management of emergency admission for epistaxis-is it necessary? *J Laryngol Otol* 2000;114:38-40.
6. Leong SCL, Roe RJ, Karkanevatos A. No frills management of epistaxis. *Emerg Med J* 2005;22:470-2.
7. Brown NJ, Berkowitz RG. Epistaxis in healthy children requiring hospital admission. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:1181-4.
8. Letovsky E, Crown LA, Criner RD. A practical approach to treating epistaxis. *Patient Care* 2005;12:24-5.
9. Tan LK, Calhoun KH. Epistaxis. *Med Clin North Am* 1999;83:43-56.
10. Pond F, Sizeland A. Epistaxis. Strategies for management. *Aust Fam Physician* 2000;29:933-8.
11. Frazee TA, Hauser MS. Nonsurgical management of epistaxis. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:419-24.

12. Smith JA. Nasal emergencies and sinusitis. In: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, eds. Emergency medicine: a comprehensive study guide. 4th ed. New York: McGraw- Hill, Health Professions Division, 1996:1082-93.
13. Kucik CJ, Clenney T. Management of epistaxis. Am Fam Physician 2005;71:305-11.
14. Williams M, Onslow J. Airway difficulties associated with severe epistaxis. Anaesthesia 1999;54:812-3.
15. Harrahill M. Epistaxis following an assault: practical considerations in stopping the bleeding. J Emergency Nursing 2005;31:597-9.
16. Goddard JC, Reiter ER. Inpatient management of epistaxis: outcomes and cost. Otolaryngol Head Neck Surg 2005;132:707-12.
17. Adornato SG. Epistaxis: new approach [Letter]. Otolaryngol Head Neck Surg 2000;123:524.
18. Srinivasan V, Patel H, John DG, et al. Warfarin and epistaxis: should warfarin always be discontinued? Clin Otolaryngol 1997;22:542-4.
19. Tay HL, Evans JM, McMahon AD, et al. Aspirin, nonsteroidal antiinflammatory drugs, and epistaxis. A regional record linkage case control study. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998;107:671-4.
20. Burton M, Doree C. Interventions for recurrent idiopathic epistaxis (nosebleeds) in children. Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software, 2004.