

KOMPLİKASYONSUZ PEPTİK ÜLSERDE HEMATOLOJİK DEĞERLER

Dr. Selim KARAHAN*, Dr. Şamil ECİRLİ**, Dr. Süleyman TÜRK**

*İç Hastalıkları Uzmanı, **S.Ü.T.F. İç Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

1987 yılında S.Ü.T.F. İç Hastalıkları ABD polikliniğine başvuran hastalar arasında radyolojik tetkik, anamnez ve klinik ile desteklenerek seçilen 33 peptik ülserli hastada hematolojik değerler incelendi. Hastaların kanama geçirmemiş olması ile gaitada gizli kan ve parazit olmaması koşulları arandı. Bu hasta grubu peptik ülseri ve gastrik şikayetleri olmayan, anemi yapacak bir hastalığı bulunmayan 10 normal kişi ile kıyaslanarak incelendi. Yapılan inceleme sonunda hasta grubunda normallere oranla hemoglobin, kırmızı küre, hematokrit sayımlarında çok hafif düşüklük; serum demiri ve demir bağlama kapasitesi değerlerinde de belirgin farklılıklar ortaya konuldu.

Anahtar Kelimeler: Peptik ülser, hematolojik değerler.

SUMMARY

Hematologic Values in Uncomplicated Peptic Ulcer

In 33 patients with peptic ulcer which were included by radiologic and clinic examination and history were evaluated for hematologic values. These patients should not have a history of gastrointestinal hemorrhage and occult blood and parasites in stool. These patients group were compared with 10 normal people who had not peptic ulcer and gastric complaints and no prominent anemia. At the end of the study; the patient group had a little difference from the normal group in Hb, red blood cell count, PCV. There was important difference between the values of iron and total iron binding capacity.

Key Words: Peptic ulcer, hematologic values.

GİRİŞ

Çok uzun yıllardan beri peptik ülserin karmaşık bir hastalık olduğu, peptik ülserli hastalarda bir veya çok hastalık ve klinik bulgu ile hastalığın ilişkisi bulunduğu eskiden beri bilinmektedir (1,2,3,4,5).

Bundan yaklaşık otuz yıl önce Ingelfilner ve arkadaşları duodenal ülserin diğer hastalık ve hastalarla ilişkisini araştırmışlar ve pek çok hastalıkla ilgili olduğunu bulmuşlardır (6).

Değişik yazarların bulgularına göre peptik ülserde kan sayımları değişik biçimlerde değerlendirilmektedir. Halsted'e göre komplike olmayan peptik ülserde anemi görülmez (7). Wormsley sürekli veya ciddi semptomları olan, darlık ve kanama görülen peptik ülserli hastalarda belirli derecede anemi olduğunu belirtmektedir. Peptik ülserde aşikar kanama olmadan da anemi gelişebilir. Wormsley mide ülseri olan hastalarda kan sayımlarının duodenal ülseri olanlara oranla daha düşük olduğunu bildir-

miştir (1,8). Ancak duodenal ulcus için literatürde bu konu hakkında belli başlı bir bilgi bulunmamaktadır.

Bundan yola çıkarak uzun süre sık sık nükseden ve fakat aşikar GİS kanaması geçirmemiş peptik ülserlilerde hematolojik değişiklikleri araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD

Çalışmaya 1987 yılında S.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar arasından peptik ülseri olan ve daha önce aşikar kanama geçirmemiş hastalar alındı. Çalışmaya 33 kişilik bir hasta grubu ve kontrol grubu olarak 10 normal kişi alındı.

Tüm hastaların sistemik fizik muayeneleri de yapıldı ve bu muayenedeki pozitif bulgular kaydedildi. Hastalar çalışmaya alınırken hepsinde gaitada gizli kan ve gaitada parazit bakılıp bunların pozitif olmaması kriter olarak alındı. Ayrıca peptik ülserli hastaların daha önce kanama geçirmemiş olması şartı

da arandı ve bu kriterlere uymayanlar çalışmaya alınmadı. Hastaların tümüne S.Ü. Tıp Fakültesi Radyoloji bölümünde mide-duodenum grafisi çekilerek mide veya duodenum ülseri radyolojik olarak doğrulanarak vakalar çalışmaya alındı.

Bu 33 kişilik hasta 10 kişilik kontrol grubunda şu değerler araştırıldı: Hemoglobinin, kırmızı küre, beyaz küre, hematokrit değeri, Periferik yayma (Formül lökosit), Serum demiri, Demir bağlama kapasitesi (TIBC), Gaitada parazit, Gaitada gizli kan. Yine bu değerler yardımıyla tüm hastaların ortalama eritrosit hacimleri (OEV), ortalama eritrosit hemoglobini (OEHb) ve ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonları hesaplandı (OEHbK).

Hemoglobinin tayini Hematoloji laboratuvarındaki otomatik Contraves 400 h hemoglobin cihazı ile, kırmızı küre sayımı Contraves digicel system 3100 h otomatik hücre sayıcısı ile, beyaz küre sayımı Contraves digicel system 3100 h otomatik hücre sayıcısı ile ve hematokrit tayini de aynı cihazla yapıldı. Periferik yayma tarafımızdan My Grünwald Giemsa veya Wright yöntemi ile boyanıp okunarak değerlendirilmiştir. Serum demiri standart demir çözeltisi ve tamponlar kullanılarak hazırlanmış çözeltinin Spectronic 20 cihazında okunmasıyla tayin edilmiştir. Demir bağlama kapasitesi hematoloji laboratuvarında standard çözeltiler yardımıyla hesaplanmıştır. Gaitada parazit Mikrobiyoloji laboratuvarında bakılmıştır. Gaitada gizli kan Combi-9 stikleriyle tayin edilmiştir.

Ortalama eritrosit hacmi (OEV), ortalama eritrosit hemoglobini (OEHb), ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (OEHbK) klasik hematolojik formüller kullanılarak hesaplanmıştır.

Elde edilen sonuçların önem kontrolü için t testi yapılmış ve bulgularımızın önemli olup olmadığı değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hasta grubunu 13 erkek ve 20 kadın olmak üzere radyolojik ve klinik olarak peptik ülser tanısı konulmuş hastalar oluşturdu. Hastaların 4'ü mide, 29'u da duodenal ülserli idi. Hastaların yaşları 19-60 arasında olup, hasta grubunun yaş ortalaması 38.2 olarak belirlendi. Yine bu hastalardan 10 tanesi uzun sürelerden beri az veya çok miktarda sigara içmekte ediler.

Hasta grubunun sistemik fizik muayene sonuçları Tablo 1'de görüleceği gibi şu şekilde tesbit edil-

miştir: 2 hastada göbek çevresi ağrılı, 9 hastada epigastrik bölge şiddetli ağrılı, 2 hastada karın yaygın duyarlı, 1 hastada göbek çevresi ve epigastrium birlikte ağrılı, 1 hastada epigastrik bölge ile karın birlikte duyarlı, 2 hastada ise lomber bölgeler duyarlı bulunmuştur. Bu hastaların hiçbirinde geçirilmiş gastrointestinal kanama anamnezi yoktu. Hastalardan elde edilen hematolojik değerler Tablo 2'de sunulmuştur.

Hasta grubundaki vakalarda;

Hb'in alt ve üst sınırları	8.9-15.6 gr %
KK'nin alt ve üst sınırları	3.45-5.54 milyon/mm ³
BK'nin alt ve üst sınırları	3600-12000 /mm ³
HTC'nin alt ve üst sınırları	32-47 %
Serum demiri alt ve üst s.	25-160 mikrogram %
Serum DBK alt ve üst s.	133-541 mikrogram %
OEV alt ve üst sınırları	81.22-111.38 mikronküp
OEHb alt ve üst sınırları	25.40-37.03 pikogram
OEHbK alt ve üst sınırları	27.69-38.82 % gr.

olarak tesbit edildi.

Kontrol grubunda 8 kadın, 2 erkek olmak üzere 10 kişi bulunuyordu. Bunlar da çalışmaya alınırken peptik ülserli hastalarda aranan şartların aynısı aranıp, gaitada gizli kan ve gaitada parazit tetkikleri yapıldı. Bu gruptaki kişilerde peptik ülser, belirgin anemi geçirilmiş herhangi bir tür kanama anemisi yoktu. Kontrol grubunun yaşları 19-43 arasında olup, yaş ortalamaları 30 olarak bulundu. Bu grupta yalnızca 1 kişi uzun süredir sigara kullanmakta idi.

Kontrol grubunun sistemik fizik muayenesinde yalnızca 1 hastada ötiroid diffuz guatr (kan tetkikleri ile doğrulandı) bulunmuş olup, diğer 9 hasta normal bulunmuştur. Kontrol grubundaki kişilere ait hematolojik değerler de Tablo 3'de sunulmuştur.

Kontrol grubundaki vakalarda;

Hb'nin alt ve üst sınırları	10.7-15.2 gr %
KK'nin alt ve üst sınırları	3.65-5.15 milyon/mm ³
BK'nin alt ve üst sınırları	3800-7700 /mm ³
HTC'nin alt ve üst sınırları	34-50.9 %
Serum demiri alt ve üst s.	50-125 mikrogram %
Serum DBK alt ve üst s.	155.4-410.7 mikrogram%
OEV'nin alt ve üst sınırları	83.80-109.36 mikronküp
OEHb alt ve üst sınırları	24.36-36.01 pikogram
OEHbK alt ve üst sınırları	29.24-35.18 % gr

Ayrıca Tablo 1'de belirtildiği gibi tüm hastaların ve kontrol grubunun periferik yaymaları yapılmış ve boyanarak sayılmıştır. Kontrol grubundaki hastaların periferik yaymalarından yalnızca 1 tanesinde hafif hi-

Tablo 1: Hasta grubunun fizik muayene ve periferik yayma bulguları

HASTA NO	PROTOKOL NO	YAŞ	CİNS	FİZİK MUAYENE BULGUSU	PERİFERİK YAYMA
1	3936	38	E	Sol kol ağrısı tanımlıyor	N
2	581	39	E	Göbek çevresi ağrılı	Anizositoz ve makrositler
3	4001	38	E	N	N
4	122	30	E	N	N
5	124	33	E	N	N
6	4800	42	E	Göbek üstü palpasyonda aşırı ağrılı	N
7	1056	43	E	Toraksta hipersonorite	Nadir makrositler
8	1060	32	E	Sağ lomber perküsyon duyarlı	N
9	4841	59	E	N	Hafif hipokromi
10	4020	58	E	N	N
11	5072	32	E	N	N
12	5757	42	E	Epigastrik bölge palpasyonu ağrılı	N
13	1063	27	E	N	N
14	580	51	K	Epigastrik bölge palpasyonu duyarlı	N
15	123	21	K	N	N
16	1064	40	K	Karın yaygın duyarlı	Hafif anizositoz
17	6241	42	K	N	Hipokromi, anizositoz
18	5737	49	K	N	N
19	3881	40	K	Epigastrium ağrılı, soluk görünümde	N
20	71	19	K	N	N
21	3954	28	K	Tüm karın derin palpasyonda ağrılı	N
22	3943	31	K	Avuç içleri soluk	N
23	3859	50	K	Epigastrium derin palpasyonda ağrılı	N
24	4897	29	K	Epigastrium ve her iki lomber ağrılı	N
25	1061	37	K	Epigastrium ağrılı	N
26	1062	52	K	Epigastrik bölge ve sırt ağrılı	N
27	4371	50	K	Epigastrik bölge ağrılı	N
28	4065	21	K	N	N
29	4487	60	K	Epigastrium ağrılı	N
30	4049	34	K	N	N
31	5225	33	K	N	N
32	5758	41	K	Epigastrium şiddetli ağrılı	N
33	3970	19	K	N	N

Tablo 2: Hasta grubuna ait hematolojik parametreler

SIRA NO	ADI VE SOYADI	HB (% gr)	KK (mil/mm ³)	BK (mm ³)	HTC (%)	SD (%µ gr)	DBK (%µ gr)	OEV (µ m ³)	OEHb (pg)	OEHBK (% gr)
1	T.U.	12.7	4.15	5200	38	49	414	91.56	30.60	33.42
2	M.B.	14.5	4.04	5800	45	65	443	111.38	35.89	32.22
3	O.Ö.	14.8	4.60	6800	44	92	366	95.65	32.17	33.63
4	O.D.	12.7	4.24	4200	38	74	314	89.62	29.95	33.42
5	A.C.	15.6	4.38	5400	47	80	233.1	107.30	35.61	33.19
6	E.L.	12.7	4.10	7400	39	72	392	95.12	30.97	32.56
7	A.P.	14.5	4.85	6000	46	71	344	94.84	29.89	31.52
8	M.İ.	14.8	5.54	3800	45	121	306	81.22	26.71	32.88
9	B.C.	14.1	4.64	6400	40	46	541	86.20	30.38	35.25
10	S.T.	15.2	4.47	7400	46	100	295	102.90	34.00	33.04
11	M.Ö.	12.7	4.22	12000	40	65	420	94.78	30.09	31.75
12	O.M.	12.4	4.20	4600	41	160	99.9	97.61	29.52	30.24
13	R.D.	15.2	4.42	6600	45	61	420	101.80	34.38	33.77
14	M.B.	14.8	4.92	5400	44	90	133	89.43	30.08	33.63
15	N.A.	14	3.78	4600	41	80	244.2	108.46	37.03	34.14
16	S.B.	12.7	4.35	5600	38	43	328	87.35	29.19	33.42
17	A.A.	8.9	3.45	4600	32	35	521.7	92.75	25.79	27.81
18	M.E.	11.1	3.90	4400	37	68	326	94.87	28.46	30.00
19	Ş.K.	12.4	4.88	6800	42	77	379	86.06	25.40	29.52
20	H.B.	15.6	4.91	5000	46	80	321.9	93.68	31.77	33.91
21	Ü.E.	14.1	4.65	4000	43	61	304	92.47	30.32	32.79
22	Ş.S.	13	4.30	3600	39	25	433	90.69	30.23	33.33
23	Ş.Y.	13.8	4.38	3800	37	59	395	84.47	31.50	37.29
24	H.E.	12.4	4.35	6400	40	88	327	91.95	28.50	31.00
25	H.T.	14.5	4.30	6800	41	62	376	95.34	33.72	35.36
26	N.Ç.	11.7	3.95	7600	39	32	417	98.73	29.62	30.00
27	A.E.	12.7	4.28	4000	39	81	387	91.12	29.67	32.56
28	T.Ç.	10.8	3.95	4600	35	68	435	88.60	27.34	30.85
29	C.E.	13.2	3.72	5200	34	32	411	91.39	35.48	38.82
30	H.D.	15.2	4.74	5800	45	72	341	94.93	32.06	33.77
31	A.H.	12	4.10	6800	35	40	388	85.36	29.26	34.28
32	N.N.	10.8	4.15	6800	39	95	255.3	93.97	26.02	27.69
33	A.Ö.	12.7	4.12	6400	38	92	364	92.23	30.82	33.42

HB: Hemoglobin
HTC: Hematokrit
SD: Serum demiri

KK: Kırmızı küre
DBK: Demir bağlama kapasitesi
OEHB: Ortalama eritrosit hemoglobini

BK: Beyaz küre
OEV: Ortalama eritrosit hacmi
OEHBK: Ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu

Tablo 3: Kontrol grubuna ait hematolojik parametreler

SIRA NO	ADI VE SOYADI	HB (% gr)	KK (mil/mm ³)	BK (mm ³)	HTC (%)	SD (%µ gr)	DBK (%µ gr)	OEV (µ m ³)	OEHb (pg)	OEHbK (% gr)
1	E.T.	12.4	5.09	7700	42.4	50	266.4	83.80	24.36	29.24
2	T.B.	13	4.38	6500	38.4	95	410.7	87.67	29.68	33.85
3	Z.B.	15.2	5.10	3800	43.2	86	366	84.70	29.80	35.18
4	N.E.	12.4	4.10	6600	41	60	344.1	100.00	30.24	30.24
5	F.B.	12.3	4.01	5800	40.2	65	155.4	100.24	30.67	30.59
6	E.Ç.	14.7	4.27	5900	43	125	299.7	100.70	34.22	34.18
7	Ö.G.	15.2	4.22	5000	44	97	220	104.24	36.01	34.54
8	K.S.	10.7	3.65	4500	34	90	166.5	93.15	29.31	31.47
9	M.Ö.	17.3	5.15	6600	50.9	100	277.5	98.83	33.59	33.98
10	S.S.	14.7	4.38	7700	47.9	80	288	109.36	33.56	30.68

Tablo 4: Hasta ve kontrol grubundaki hematolojik parametrelerin ortalamaları ve ortalamalar arası farkın önem kontrolü (t testi) sonuçları

PARAMETRE	SH: Standart hata		ÖNEM KONTROLÜ (t testi)
	HASTA GRUBU Ort ± SH n = 33	KONTROL GRUBU Ort ± SH n = 10	
Hemoglobin (% gr)	13.28 ± 0.27	13.79 ± 0.61	p > 0.05
Kırmızı Küre (milyon / mm ³)	4.334 ± 0.08	4.335 ± 0.16	p > 0.05
Beyaz Küre (mm ³)	5703 ± 280	6010 ± 407	p > 0.05
Hematokrit (%)	40.48 ± 0.67	42.50 ± 1.48	p > 0.05
Serum Demiri (% µ gr)	70.8 ± 4.73	84.8 ± 6.97	p > 0.05
Demir Bağlama Kap. (% µ gr)	353.79 ± 16.08	279.43 ± 26.08	p < 0.05*
OEV (µ m ³)	93.75 ± 1.18	96.22 ± 2.74	p > 0.05
OEHb (pg)	30.68 ± 0.51	31.15 ± 1.05	p > 0.05
OEHbK (% gr)	32.74 ± 0.40	32.40 ± 0.68	p > 0.05

OEV: Ortalama Eritrosit hacmi, OEHb: Ortalama Eritrosit Hemoglobini, OEHbK: Ortalama Eritrosit Hemoglobin Konsantrasyonu, *: İstatistik olarak anlamlı

Tablo 5: Erkek hasta ve kontrollerde Hematolojik parametrelerin ortalamaları ve ortalamalar arası farkın önem kontrolü (t testi) sonuçları

PARAMETRE	SH: Standart hata		ÖNEM KONTROLU (t testi)
	ERKEK HASTA GRUBU Ort ± SH n = 13	ERKEK KONTROL GRUBU Ort ± SH n = 2	
HB (% gr)	14 ± 0.33	16 ± 1.30	p > 0.05
KK (milyon / mm ³)	4.450 ± 0.11	4.765 ± 0.39	p > 0.05
BK (mm ³)	6200 ± 572	7150 ± 550	p > 0.05
HTC (%)	42.60 ± 0.90	49.40 ± 1.50	p < 0.05*
SD (% µ gr)	81.2 ± 8.60	90 ± 10	p > 0.05
DBK (% µ gr)	352.93 ± 30.30	282.75 ± 5.20	p > 0.05
OEV (µ m ³)	96.15 ± 2.30	104.10 ± 5.20	p > 0.05
OEHb (pg)	33.44 ± 2.38	33.58 ± 1.62	p > 0.05
OEHbK (% gr)	32.84 ± 0.34	32.33 ± 1.65	p > 0.05

*: İstatistik olarak anlamlı

pekromi, bir diğesinde ise nadiren anizositoz görülmüş; hepsinin formül lökositleri normal bulunmuştur. Hasta grubundaki periferik yaymaların incelenmesinde ise 2 tanesinde hipokromi, 3 tanesinde anizositoz, 3 tanesinde ise nadir makrositler görüldüğü belirlenmiştir. Bu grupta da formül lökositlerin tümü normal bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubundaki hematolojik değerlerin ortalamaları ve bunların standart hataları ile t testi sonuçları Tablo 4'de sunulmuştur. Bu sonuçların incelemesinde hasta grubunda serum demir bağlama kapasitesi kontrol grubuna göre çok yüksek olup, ortalamalar arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı halde hasta grubunda hemoglobin, kırmızı küre, hematokrit, serum demiri değerlerinin kontrollara oranla düşük olduğu da bu-

lundu.

Ayrıca hastalar ve kontroller cinse göre ayrılarak bunlardaki hematolojik parametrelerin ortalama değerleri ve standart hataları da hesaplanmıştır. Erkeklerde bulunan değerler Tablo 5'de sunulmuştur. Bu tabloda erkek hasta ve kontrollerde hematokrit ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu görüldü. Hemoglobin, kırmızı küre, serum demiri hasta grubunda düşük, demir bağlama kapasitesi de aynı grupta yüksek olduğu halde bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Aynı şekilde kadın hasta ve kontroller arasında yapılan inceleme, Tablo 6'da sunulmuştur. Bu tabloda sonuçlardan ve t testi'nden anlaşılacağı gibi hemoglobin, kırmızı küre, hematokrit, serum demiri ortalamaları belirgin düşük bulundu. Demir bağlama kapasitesi ortalaması belirgin yüksek olduğu halde

Tablo 6: Kadın hasta ve kontrollerde hematolojik parametrelerin ortalamaları ve ortalamalar arası farkın önem kontrolü (t testi) sonuçları

PARAMETRE	SH: Standart hata		ÖNEM KONTROLU (t testi)
	KADIN HASTA GRUBU Ort ± SH n = 20	KADIN KONTROL GRUBU Ort ± SH n = 8	
HB (% gr)	12.82 ± 0.37	13.24 ± 0.88	p > 0.05
KK (milyon / mm ³)	4.250 ± 0.09	4.350 ± 0.17	p > 0.05
BK (mm ³)	5320 ± 269	5725 ± 444	p > 0.05
HTC (%)	39.20 ± 0.83	40.78 ± 1.16	p > 0.05
SD (% µ gr)	64 ± 5.00	83.5 ± 8.56	p > 0.05
DBK (% µ gr)	354.36 ± 18.48	278.59 ± 33.04	p > 0.05
OEV (µ m ³)	92.19 ± 1.18	94.25 ± 2.89	p > 0.05
OEhb (pg)	30.11 ± 0.67	30.54 ± 1.23	p > 0.05
OEhbK (% gr)	32.68 ± 0.64	32.41 ± 0.80	p > 0.05

bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Hasta ve kontrollerimizdeki ortalama eritrosit hacmi, ortalama eritrosit hemoglobini, ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu değerleri ortalamaları bütün tablolarda birbirine çok yakın olarak bulunmuş; istatistiksel olarak anlamlarının da olmadığı belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Komplikasyonsuz peptik ülserlerde aneminin izahı için yaptığımız bu çalışmada şu amaçlar gözetilmiştir:

1- Peptik ülser midede meydana getirdiği motor, fonksiyonel ve emilim düzensizlikleri sebebiyle beslenme bozukluğuna ve böylece bir anemiye yol açabilir mi?

2- Peptik ülserde aşikar veya gizli kanamalar dışında farkına varamadığımız ve gaitada gizli kan

arama yöntemleri ile belirlenemeyen kanamalar olmakta mıdır? Böylece peptik ülserli hastalarda sinsi bir demir eksikliği anemisi oluşabilir mi?

Amfizem ve kronik bronşit gibi sekonder polisitemi ile birlikte görülen hastalıklarda peptik ülser sık görülmektedir. Bu ilişki Boyd, Wormsley, Mc Guian ve Monson gibi araştırmacılar tarafından doğrulanmıştır (1,3,4,6,9,10).

Çalışmamızdaki hasta grubunda hematokrit, hemoglobin, kırmızı küre ve beyaz küre değerleri kontrol grubuna göre biraz düşük çıkmış ve bu düşüklüğün istatistiksel olarak anlamsız olduğu gösterilmiştir. Peptik ülserli hastalarda polisitemi eğilimi olduğu veya kan sayımları yüksek hastalarda daha sık ülser meydana geldiği belirtilmektedir. Peptik ülserin sigara ile de ilişkisi vardır. Petitti ve arkadaşlarına göre bu da sonuçta polisitemiye yol açan

ilişkidir (8,16). Bütün bu sayılanlardan sonra komplikasyonsuz peptik ülserli hastalarda hematolojik değerlerin normallere oranla yüksek olması da beklenebilir. Peptik ülser ve eritremini konusunu birlikte düşünülecek olursa, bu değerlerin normallerden düşük çıkması dikkate değer bir bulgudur. Biz hastalarımızın hiçbirinde eritremini tesbit etmedik. Bu değerlerin düşüklüğü belki de hasta ve hekimler tarafından tesbit edilemeyen gizli kanamalara bağlı olabilir (7,11,17). Ya da mide veya duodenum ülseri bir tür beslenme bozukluğuna yol açarak hemoglobin ve kırmızı küre değerlerinde düşüklüğe sebep olabilmektedir.

Hasta grubunda serum demiri 70.8 ± 4.73 mikrogram olarak bulunmuşken, bu değer kontrol grubunda 84.8 ± 6.97 mikrogram olarak tesbit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı halde iki değer arasında %15 kadar bir fark olduğu gözlenmektedir.

Bilindiği gibi kronik hastalıklarda da serum demiri düşük olur (7). Bizim hastalarımızda komplikasyonsuz peptik ülser dışında infeksiyon, neoplazi, artrit gibi herhangi bir kronik hastalık bulunmadığına göre peptik ülserin serum demirinde azalmaya yol açan kronik bir hastalık olduğu düşünülebilir. Hemoglobinin seviyelerindeki hafif düşüklük de bu düşüncemizi destekler niteliktedir. Serum demiri değerlerinin cinse göre ayırımında hasta ve kontrol grubunda belirgin farklılıklar görülmesine rağmen bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Özellikle kadın hastaların serum demiri değerleri ortalama 64 ± 5.00 mikrogram bulunmuş olup, bu değer serum demiri için bildirilen normal değerlerin alt sınırının da altındadır. Kontrollarda bu ortalama 83.5 ± 8.56 mikrogram olup, böyle bir farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması hasta ve kontrol sayılarımızın çok fazla olmaması ile açıklanabilir.

Serum demir bağlama kapasitesi hasta grubunda 353.79 ± 16.08 mikrogram, kontrol grubunda ise 279.43 ± 26.08 mikrogram olarak bulunmuştur. Ortalamalar arası fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bilgilerimize göre demir bağlama kapasitesindeki artışlar demir eksikliğine fizyolojik bir cevaptır ve tanıda önemli bir bulgudur (7,11,12,13,14). Bu düşüncelere ve bulunan değerlere göre peptik ülserde belirgin bir demir eksikliği olduğu ve bunun klinik olarak semptom vermeyip, ancak laboratuvar metodları ile ortaya konulabildiği söylenebilir.

Serum demiri ve demir bağlama kapasitesinin birlikte değerlendirilmesinde görülmektedir ki, hastalarımızın serum demiri azalmış ve demir bağlama kapasitesi belirgin olarak artmıştır. Bu iki sonucu meydana getirebilecek tek anüte demir eksikliğidir (12). Bu güne kadar yapılan yayınlarda peptik ülserde anemi görülürse, bunun fazla önemli olmadığı ve çoğunlukla geçirilmiş kanamaya bağlı olduğu söylenmiştir (1,3,7,11). Bizim çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar aşikar kanama olmadan da demir eksikliği anemisinin ortaya çıkabileceğini destekler niteliktedir. Eğer peptik ülserli bir hastada anemi tesbit edilirse, aşikar ya da dışkıda gizli kan aranması ile kanama gösterilemese bile, anemi ülserin aktifliği yönünde bir delil olabilir. Avery ve arkadaşları kanamasız kabul edilen hastaların %20-40 kadarının farkında olmadan kanama geçirdiğini ve hafif anemi geliştiğini göstermişlerdir ve bazı araştırmacılar da bunu destekler bulgular belirttikleri için hematolojik değerlerin titizlikle incelenmesinin gerektiğini öngörmüşlerdir (1,7,11,17). Peptik ülserde ortaya çıkan aneminin hiç bir tanınal değeri yoktur, ancak ülser tanısı konduktan sonra hastanın izlenmesinde yararlı olabilir (1,4,7,13).

KAYNAKLAR

1. Boyd EJS, Wormsley KG. Gastroenterology. Philadelphia: WB Saunders Co, 1985: 1350.
2. Harris AJ, Greenberg H. Pernicious anemia and the development of carcinoid tumors of the stomach. JAMA 1978; 239: 1160-1161.
3. Menteş NK. Klinik Gastroenteroloji. İzmir: Menteş Kitabevi, 1982.
4. Monson RR. Doudenal ulcer as a second disease. Gastroenterology 1970; 59: 712-721.
5. Sanders MG, Schimmel EM. The relationship between granulomatous bowel disease and duodenal ulcer. Am J of Digestive Disease 1972; 17: 1100-1108.
6. Donaldson RM. Factors complicating observed associations between peptic ulcer and other diseases. Gastroenterology 1975; 68: 1608-1614.
7. Halsted JA. The Laboratory in Clinical Medicine. Philadelphia: WB Saunders Co, 1976; 340-356.

8. Wormsley KG. Smoking and duodenal ulcer. *Gastroenterology* 1978; 75: 139-142.
9. Editorial. Gastrointestinal bleeding in acute respiratory failure. *British Medical Journal* 1978; 1: 531.
10. Mc Guigan J. Peptic ulcer. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, eds. *Harrison's Principles of internal medicine*. Ljubljana: Mc Graw Hill Co, 1987: 1239-1253.
11. Sodeman WA. *Pathologic Physiology*. Philadelphia: WB Saunders Co, 1985: 453.
12. Guyton AC. Gastrik sekresyon. In: Guyton eds. *Tıbbi fizyoloji*. İstanbul: Merk Yayıncılık, 1987: 1113-1118.
13. Imren AH. *Klinik Tanıda Laboratuvar*. İstanbul: Menteş Kitabevi, 1977: 89.
14. Anderson WA. *Kısa patoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1987: 350.
15. Wallach J. *Interpretation of diagnostic tests*. Boston: Little Brown, 1974: 76.
16. Petitti DB, Friedman GD, Kahn W. Peptic ulcer disease and the tar and nicotine yield of currently smoked cigarettes. *Journal of Chronic Diseases* 1982; 35: 503-507.
17. Avery JF. Problems of alimentary bleeding. *British Medical Journal* 1969; 2: 267-273.