

Dieulafoy lezyonu: nadir bir gastrointestinal kanama nedeni

Dieulafoy's lesion: a rare cause of gastrointestinal hemorrhage

Dr. Ali Reşit BEYLER, Dr. İrfan SOYKAN, Dr. Mehmet BAŞTEMİR, Dr. Hülya ÇETİNKAYA,
Dr. Necati ÖRMECİ, Dr. Ali GÖREN, Dr. Abdülkadir DÖKMECİ

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

ÖZET: Dieulafoy lezyonu, masif gastrointestinal kanamaya yol açan oldukça az rastlanan nedenlerden birisidir. Mide proksimalinde yer alan toplu iğne başı şeklinde ülser olmayan arteriyel bir lezyondan kanama olmaktadır. Kanama nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, submukoza altında kıvrımlı seyir gösteren genişlemiş bir arter nedeniyle meydana geldiği kabul edilmektedir. Biz bu yazıda, literatüre uygun yerleşim gösteren ve kanaması endoskopik skleroterapi ile durdurulan olgumuzu takdim ediyoruz.

Anahtar kelimeler: **Dieulafoy lezyonu, gastrointestinal kanama**

SUMMARY: Dieulafoy lesion is an extremely rare cause of gastrointestinal bleeding in which massive hemorrhage occurs from a pinpoint nonulcerated arterial lesion, usually proximally in the stomach. The pathogenesis of the lesion is unclear. It is generally accepted that the bleeding is due to an unusually large submucosal artery that travels a tortuous course through the submucosa. In this paper, we present a case with Dieulafoy lesion whose bleeding is treated with endoscopic sclerotherapy and which shows a convenient localisation to the literature.

Key words: **Dieulafoy lesion, gastrointestinal bleeding**

DIEULAFOY lezyonu, gastrointestinal kanama nedenleri arasında oldukça nadir olup, burada toplu iğne başı şeklinde arteriyel bir lezyondan masif kanama olmaktadır. Lezyon ilk olarak 1884'de Gallard tarafından tarif edilmiş, daha sonra 1896'da Dieulafoy tarafından "exulceratio simplex" olarak isimlendirilmiştir. 1896'dan bu yana "gastrik arteriyosklerozis", "sirkoid anevrizma", "submukozal arteriyel malformasyon" gibi isimler verilmiştir (1). Dieulafoy lezyonu üst gastrointestinal kanama nedenleri arasında en fazla hayatı tehdit edici olanı olup son yıllara kadar preoperatif olarak tanı konması oldukça zordu. Dieulafoy lezyonunda klinik bulgular oldukça uniform olup, hastalar daha evveline ait bir öykü olmaksızın masif kanama bulguları ile başvururlar. Seçilecek tanı yöntemi acil endoskopi olmalıdır. Ayrıca endoskopik tekniklerdeki gelişmeler nedeniyle kanayan lezyonun eksizyonu şeklindeki tedavi yöntemleri bırakılmış, bunun yerini enjeksiyon skleroterapisi veya kanayan damarın koterizasyon ile tedavisi yer almıştır (2).

OLGU

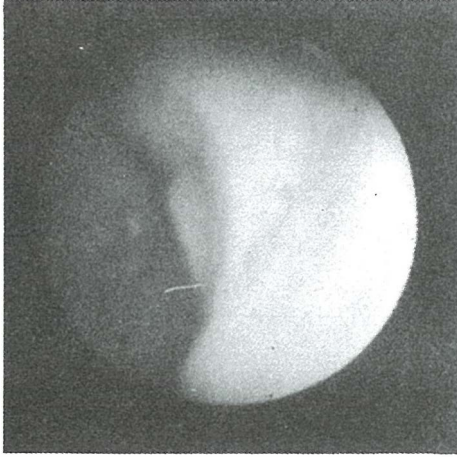
37 yaşında erkek hasta, 3 gündür tekrarlayan hematemez ve melena nedeniyle acil servise başvurdu. Öyküde ilaç ve alkol kullanımı, peptik ülser hastalığı yoktu. Fizik muayenede soluk görünümü ve ajite olan hastada ekstremitelerin soğuk,

soluk ve nemli olduğu, KB: 90/70 mmHg, nabız: 120/dak. olduğu saptandı. Lab. incelemelerinde Hb: 7,4gr/dl, Hct: %22, PLT: 187 bin olarak bulundu. Acil endoskopi yapılan hastada, midenin taze kan ile dolu olduğu görülerek aspire edildi. Mide temizlendikten sonra, kardiyadan yaklaşık 4 cm mesafede, küçük kurvatura tarafında, toplu iğne başı büyüklüğünde bir lezyondan fışkırır tarzda kanama olduğu görüldü. Polidokanol ile skleroterapi uygulanarak kanama kontrol altına alındı. Hastaya 4 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Kontrol endoskopisinde enjeksiyon yerinde sadece hiperemi görüldü (Resim 1).

TARTIŞMA

Dieulafoy lezyonunun patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Kanamanın, submukoza altında kıvrımlı seyir gösteren genişlemiş bir arter nedeniyle meydana geldiği kabul edilmektedir. Bu anormal arterin konjenital malformasyona bağlı olduğu belirtilmektedir. Arterin histolojik yapısı tamamen normaldir. Kanama meydana gelebilmesi için mukozal bir erozyon meydana gelmelidir. Bu mukozal defekt genellikle küçük olup 2-5 mm arasında değişmektedir (3). Vaskülit, anevrizma oluşumu, elastik doku anormallikleri veya aterosklerozis belirtisi yoktur.

Üst gastrointestinal kanama belirtileri gösteren hastaların yaklaşık %1-2'sinde lezyona rastlanılmaktadır (4,5). Herhangi bir prodrom belirtisi olmaksızın tekrarlayan, masif hematemez atakları



Resim 1.
Skleroterapi uygulamasında n sonra lezyon bölgesinde hiperemik bir alan izlenmektedir.

hastalığın karakteristik bulgularıdır. Hastaların %28'inde yalnız hematemez, %51'inde hematemez ve meleno, %18'inde ise yalnız meleno bulunmaktadır (1). Hastalarda ortalama yaş 50 olup, bildirilen en küçük olgu 20 aylık bir bebek, en büyüğü ise 93 yaşındadır. Erkeklerde 2 misli fazla görülmektedir (3). Hastalarda genellikle peptik ülser hastalığı ile ilgili yakınmalar, alkol veya ilaç kullanımı bulunmamaktadır. Hastaların büyük bir kısmında hemodinamik bozukluk bulunmakta, hem iv sıvılarla hem de kan transfüzyonu ile volüm replasmanı gerekmektedir.

Endoskopiden evvel, tanı genellikle acil laparotomi ile konmaktaydı. Ancak gastroskopinin kullanımı ile hastaların yaklaşık %82'sinde Dieulafoy lezyonu lokalize edilebilmektedir (1). Endoskopi tanıda oldukça duyarlı olmasına karşın lezyonun oldukça küçük olması, kanamanın endoskopi sırasında durmuş olması veya midenin kan ile dolu olması gibi nedenlerle lezyon görülemeyebilir. Yapılan çalışmalarda ilk endoskopide lezyonların %49'unun, ikinci endoskopide ise %33'ünün belirlenebildiği geri kalan %18'inin ise cerrahi girişim

sırasında tanı konulabildiği bildirilmektedir (1). Endoskopik olarak kırmızı-kahverengi, mukoza-ya çıkıntı yapan bir lezyon şeklinde izlenebilir.

Gastrik ülserlerin aksine, lezyonun yaklaşık olarak %75-95'i gastro-özefajiyal bileşkeden itibaren 6cm lik bir mesafede, özellikle küçük kurvatura tarafında bulunur (6). Lezyonun bu bölgede sık olarak yerleşmesinin nedeni gastrik kan akımı ile ilgilidir. Küçük kurvaturanın kan akımı sol gastrik arterden ayrılan büyük bir submukozal arter tarafından sağlanmaktadır, halbuki midenin geri kalan kısımlarının kan akımı daha küçük submukozal damar ağı ile sağlanmaktadır. Diğer bir tanı yöntemi de anjiyografidir. Anjiyografi tanıda yararlı olmasına karşın tam spesifik bir kriter yoktur.

Terapötik endoskopiden evvel genellikle cerrahi girişim tercih edilmekteydi. Cerrahi tedavide elektrokoagülasyon veya kanayan damarın ligasyonu, proksimal gastrik rezeksiyon veya geniş wedge rezeksiyon uygulanmaktadır. Eğer gastrotomi sırasında kanayan yer bulunamazsa kör bir rezeksiyon yapılmamalıdır. Çünkü postoperatif dönemde midenin proksimal kısımlarından tekrarlayan kanamalar olabilir (1). Son zamanlarda bipolar elektrokoter, lazer fotokoagülasyon ve injeksiyon skleroterapisi gibi yöntemler ilk seçilecek tedavi şekli olmuştur. Anjiyografi, tanıda olduğu gibi, absorbe olabilen hemostatik maddelerle embolizasyon yapılarak tedavide de kullanılabilir. Ancak bu yöntemin endoskopik olarak durdurulamayan ve cerrahi riski olan olgularda kullanılmasının daha yararlı olacağı bildirilmektedir. Yalnız cerrahi uygulanan olgularda mortalite oranı %80'e kadar ulaşabilmektedir (1). Literatüre uygun lokalizasyon gösteren hastamızda, kan transfüzyonu gerektiren kanama, endoskopik skleroterapi ile durdurulmuş, hasta cerrahi girişime gerek kalmadan iyileşmiştir.

KAYNAKLAR

1. Katz PO, Salas L. Less Frequent Causes of Upper Gastrointestinal Bleeding. *Gast Clin North Am*, 1993; 22: 875-889.
2. Pointer R, Schwab G, Konigsrainer A, Dietze O, Endoscopic Treatment of Dieulafoy's Disease. *Gastroenterology*, 1988; 94: 563- 566.
3. Van Zanten SJO, Bartelsman JFW, Schipper ME, Tytgat GNJ, Recurrent massive haematemesis from Dieulafoy vascular malformation-a review of 101 cases. *Gut*, 1986; 27: 213-222.
4. Gupta KP, Fleischner DE, Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Med Clin North Am*, 1993; 77: 973-992.
5. Clouse RE, Vascular Ectasias, Tumors and Malformations. Yamada T, *Textbook of Gastroenterology*, 1991, Lippincott Company, pp: 2172-2188.
6. Shapiro MJ. The Role of the Radiologist in the Management of Gastrointestinal Bleeding, *Gast Clin North Am*, 1994; 23: 123-181.