

## Ender görülen üst gastrointestinal kanaması nedeni: Dieulafoy lezyonu

### A rare upper gastrointestinal bleeding cause: Dieulafoy lesion

Ufuk Arslan,<sup>1</sup> Refik Bademci,<sup>2</sup> Ersan Eroğlu,<sup>2</sup> Özlem Öndeş Bayar,<sup>3</sup> Nergis Ekmen,<sup>4</sup> Levent Erdem<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup>Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>4</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

#### Öz

Gastrointestinal sistemin nadir görülen kanama nedenlerinden biri Dieulafoy lezyonudur. Bu lezyonlar yaşamı tehdit edecek masif kanamalara yol açabilir. Tanı ve tedavide rutin olarak endoskopi kullanılmaktadır. Bu vasküler anomali genellikle midenin proksimalinde görülmekle beraber özofagus, ince ve kalın bağırsakta da görülebilir. Dieulafoy lezyonu sıklıkla lümen çıkıntılı, yeni olgularda üzerinde pıhtı bulunan arteriyel damar lezyonudur. Tedavide öncelikle endoskopik girişimler uygulanmalı, sonuç alınamıyorsa hasta ameliyat edilmelidir. Bu makalede Dieulafoy lezyonunun yol açtığı masif üst gastrointestinal sistem kanamasından dolayı acil ameliyat edilen 25 yaşında bir erkek olgu sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Dieulafoy lezyonu; endoskopi; gastrointestinal kanama.

#### ABSTRACT

One of the rare cause of upper gastrointestinal tract bleeding is Dieulafoy lesion. These lesions may lead life threatening massive bleeding. Endoscopy is used for diagnose and treatment in routine basis. Although this vascular anomaly is generally seen on the proximal part of stomach, it can seen on esophagus, small bowel and colon, as well. Dieulafoy lesion is generally protrusive vascular lesion on the mucosal surface of the stomach. This lesion has a clot on it, in novel cases. In the treatment endoscopic procedures should be applied at first-line, if it doesn't work, the patient must undergo for a surgery. Herein, a 25-year-old male patient with Dieulafoy lesion has reported, caused massive upper gastrointestinal bleeding, which underwent surgery.

**Keywords:** Dieulafoy lesion; endoscopy; gastrointestinal bleeding.

Dieulafoy lezyonu genelde proksimal midede görülen, mukozayı erode ederek masif ve tekrarlayan kanamalara yol açan büyük, submukozal bir aberan arteriyel lezyondur.<sup>[1,2]</sup> Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarının %0.3-6.7'si ve üst GİS kanama nedeni ile ameliyat edilen hastaların %1-2'sinde Dieulafoy lezyonu görülmektedir.<sup>[3,4]</sup> Tanısı endoskopi veya anjiyografi gibi görüntüleme yöntemleri ile konduktan sonra skleroterapi veya cerrahi rezeksiyon ile tedavi edilen lezyonun erken tanınması sağkalım için çok önemlidir.<sup>[5-7]</sup> Dieulafoy lezyonu ilk kez 1884'de

Gallard tarafından tanımlanmış ve 1898'de Fransız cerrah Georges Dieulafoy tarafından da adlandırılmıştır.<sup>[8,9]</sup> Endoskopik tedavi, %95'lere varan başarı oranları ile zamanla standart yaklaşım haline gelmiştir. Ancak inatçı kanaması olan veya endoskopik tedaviden fayda görmeyen olgularda cerrahi önerilmektedir.<sup>[10]</sup>

### OLGU SUNUMU

Yirmi beş yaşında erkek hasta üst GİS kanama tanısıyla dahiliye servisine yatırıldı. On sekiz

aydır sistemik lupus eritematozus tanısı ile takip edilen hastanın iki yıl önce geçirilmiş pankreatit öyküsü vardı. Hasta metilprednizolon 16 mg, esomeprazol magnezyum 40 mg, asetilsalisilik asit 100 mg, hidrosiklorokin sülfat 200 mg kullanıyordu. Hastanın 4 paket/yıl sigara kullanım öyküsü vardı. Annesinde hipertansiyon, kardeşinde Ailevi Akdeniz Ateşi öyküsü vardı. Fizik muayenesinde kan basıncı (arteriyel) 100/60 mmHg, nabız 124/dk idi. Deri turgoru azalmış, rengi soluk görünümde idi. Periferik nabızlar palpe ediliyordu. Hemoglobin: 6.7 g/dL, Hematocrit: %21.5 idi. Hastaya kristalloid ve eritrosit süspanyonu ile plazma replasmanı yapıldı. Nazogastrik tüpten hemorajik mayii gelmesi üzerine üst GIS endoskopisi planlandı. Yapılan endoskopide mide korpus küçük kurvatur tarafında, kardiyo-özofageal bileşkenin yaklaşık 6-7 cm distalinde aktif kanama bulguları izlenmeyen gözle görülür damar mevcuttu (Şekil 1). Hastaya endoskopik olarak kanamayı durdurmak amacıyla skleroterapi işlemi yapıldı. Hasta işlem sonrası servise alındı.

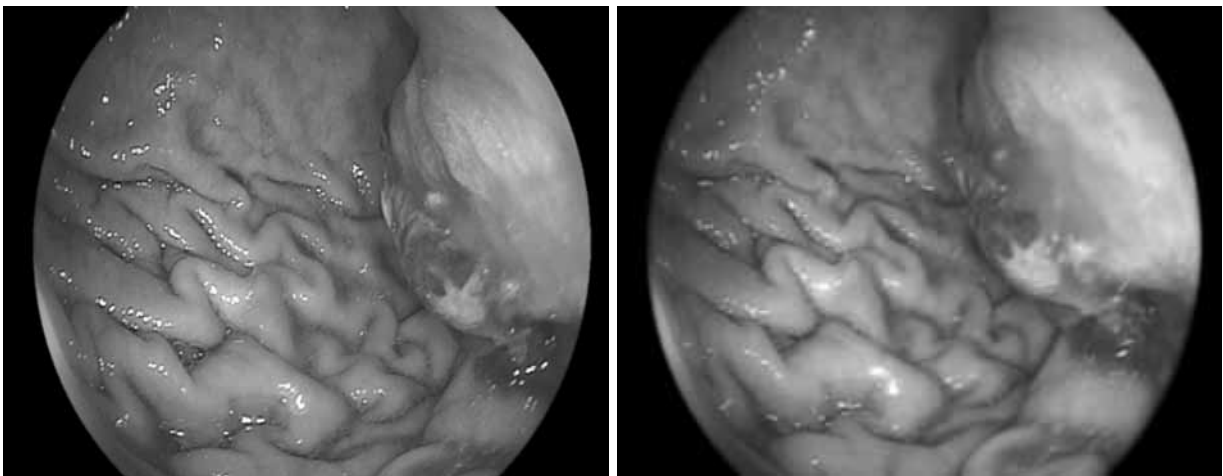
Yatışının 10. gününde hastada masif hematemez oldu, tansiyon arteriyel 90/50 mmHg'ya düştü, nabız 140/dk'ya yükseldi ve filiformik tespit edildi ve hasta bu bulgularla acil ameliyata alındı. Mide içerisinde yaklaşık 2500 mL kadar taze hemorajik mayii ve koagulum vardı. Endoskopik olarak tarif edilen yerdeki, çapı yaklaşık 6-8 mm olan damardan aktif arteriyel kanama vardı. Kanayan damar proksimalinden ve distalinden toplam beş adet '8-sutur' geçilerek bağlandı ve

kanama kontrol altına alındı. Ameliyat sırasında alınan kan gazı sonucunda hemoglobin değeri 3 g/dL olarak bildirildi. Hastanın eşlik eden hastalıkları düşünülerek kama rezeksiyon planlanmadı. Hasta ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alındı. Yapılan tam kan, taze donmuş plazma ve kristalloid replasmanları ile ameliyat sonrası birinci günde hemodinami stabil hale geldi, hemoglobin değeri 12 g/dL'ye kadar yükseldi.

## TARTIŞMA

Histopatolojik olarak Dieulafoy lezyonu, yaklaşık 2-5 mm genişliğinde mukozal defektlerden lümeneye doğru uzanan submukozal kaynaklı anormal damarsal yapılar olarak tanımlanmaktadır. Nadir görülür, orta yaş üzeri erkeklerde daha siktir.<sup>[11]</sup> Hasta öyküsünde nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, antikoagulan veya alkol kullanımı sıklıkla mevcuttur. Çoğu olguda kanama yeri gastroözofageal bileşkeden itibaren ilk 6 cm'lik bölüm ve sıklıkla küçük kurvaturdür.<sup>[1,10]</sup> Bizim olgumuzda lezyon gastroözofageal bileşkenin 6-7 cm distalinde ve küçük kurvatur yerleşimli idi. Bu bölgede sık görülmesinin nedeni; kanlanmasının submukozal pleksustan değil direkt olarak gastrik arter veya dallarından olmasındandır. En sık midede görülmekle birlikte Norton ve ark.nın<sup>[2]</sup> yaptıkları çalışmada ekstragastrik olgular sıklık sırasına göre duodenum, kolon, özofagus ve jejunumda görülür.

Semptomlar genellikle hematemez ve melena şeklindedir.<sup>[11,12]</sup> Patogenezi tam olarak ortaya konulamamakla birlikte bu lezyonların dejeneratif



Şekil 1. Dieulafoy lezyonunun endoskopik görüntüsü.

bir zeminden ziyade bir malformasyondan kaynaklandığı kanaatine varılmıştır. Genellikle ülseri olmayan noktasal tarzda pulsatil kanama tespit edilir. Bizim olgumuzda ülseri olmayan 6-8 mm'lik üç farklı alana fışkıran arteriyel kanama vardı. Damarın mukozadan perfore olarak masif kanamaya yol açmasında; lümen içi hidrostatik kuvvetler, arteriyel atım ve dış stresler sorumlu tutulmaktadır.<sup>[9]</sup>

Tanıda endoskopi duyarlı ve kesin olmakla birlikte kanama odağının küçük ve kanamaların tekrarlayıcı olabilmesi nedeniyle ilk endoskopi-de tanı olasılığı %49, ikincisinde ise %33'dür. Endoskopinin yanında anjiyografi, sintigrafi, endoskopik ultrasonografi tanıda kullanılan yöntemlerdir. Ayırıcı tanıda arteriyovenöz malformasyonlar, vasküler neoplazm, herediter hemorajik telenjektazi ve anevrizma gibi vasküler anomaliler düşünülmelidir.<sup>[11-13]</sup>

Dieulafoy lezyonunda tedavi yöntemleri skleroterapi, sıcak prob termokoagülasyon, laser fotokoagülasyon, endoskopik klipsleme ve band ligasyon ve cerrahi yöntemi içerir.<sup>[5,6]</sup> Bunlardan en sık kullanılanı da skleroterapi ve klipslemedir. Endoskopik girişimler ile sonuç alınamayan hastalarda cerrahi öncesinde anjiyografik olarak selektif arteriyel embolizasyon uygulanabilir. Bizim olgumuzda yapılan endoskopide aktif kanama olmadığı için skleroterapi uygulanmadı. Ancak endoskopi sonrası altıncı günde acil şartlarda masif kanama gelişmesi üzerine cerrahi tedavi yapıldı. Cerrahi tedavi günümüzde %3-16 oranında uygulanmaktadır ve uygun tedavi kanama bölgesinin sütüre edilmesi, gastrotomi + kama rezeksiyon + primer kapama veya gastrektomidir.<sup>[11]</sup>

Sonuç olarak, masif ve tekrarlayan üst GİS kanamalarında, endoskopik olarak kanama odağı saptanamıyorsa Dieulafoy lezyonu akla gelmelidir. Endoskopik işlem yapılırken özellikle midenin proksimal kısmı dikkatle incelenmelidir. Endoskopi tanı-tedavide oldukça etkili ve güvenli olup mortaliteyi ciddi oranlarda azalmaktadır. Tedavide adrenalın enjeksiyonu ve hemoklip uygulanması etkili yöntemlerdir. Cerrahi öncesi endoskopik tedavi yöntemlerinin mutlaka denenmiş olması gerekir.

### Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

### Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. McGrath K, Mergener K, Branch S. Endoscopic band ligation of Dieulafoy's lesion: report of two cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1087-90.
2. Norton ID, Petersen BT, Sorbi D, Balm RK, Alexander GL, Gostout CJ. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesion. *Gastrointest Endosc* 1999;50:762-7.
3. Stark ME, Gostout CJ, Balm RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc* 1992;38:545-50.
4. Goldman RL. Submucosal arterial malformation ("aneurysm") of the stomach with fatal hemorrhage. *Gastroenterology* 1964;46:589-94.
5. Skok P. Endoscopic hemostasis in exulceratio simplex-Dieulafoy's disease hemorrhage: a review of 25 cases. *Endoscopy* 1998;30:590-4.
6. Chan AY, Ramsey WH. Recurrent upper gastrointestinal bleeding due to the Dieulafoy's lesion. *Conn Med* 2000;64:139-41.
7. Kayabay A, Coşkun A, Zengel B, Nart A, Deneçli AG. Massif mide kanamasına neden olan bir Dieulafoy Hastalığı: Olgu sunumu. *Ege Tıp Dergisi* 1998;35:187-8.
8. Dieulafoy G. Exulceratio simplex: L'intervention chirurgicale dans les hematemeses foudroyantes consecutives a l'exulceration simplex de l'estomac. *Bull Acad Med* 1898;39:49-84.
9. Schmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy lesions: a review of 6 years of experience at a tertiary referral center. *Am J Gastroenterol* 2001;96:1688-94.
10. Canbaz H, Korkut M, Alkanat M, Uçar Y, Kara E. Dieulafoy vascular malformation: A rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *Turk J Gastroenterol* 1999;10:157-60.
11. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 2003;58:236-43.
12. Koyuncu A, Lice H, Arıkan S, Şentürk OO, Yücel AF, Kocakuşak A. Masif üst gastrointestinal sistem kanamasına neden olan Dieulafoys Hastalığı. *Ulus Travma Derg* 2003;9:140-2.
13. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92:548-54.