

Gastrik Dieulafoy lezyonu: Nadir bir üst gastrointestinal sistem kanama nedeni (İki olgu)

Gastric Dieulafoy's lesion: A rare cause of upper gastrointestinal bleeding (Two cases)

Serdar KAMAN¹, Alp GÜNAY², Fahri AKYÜZ³, Yalçın TAMER³, Metin ÖZTÜRK⁴

Kocaeli Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği¹, Genel Cerrahi Kliniği², İç Hastalıkları Kliniği³, Kocaeli

Gölcük Deniz Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği², Kocaeli

Dieulafoy lezyonu gastrointestinal kanamaların nadir bir nedenidir ve tanı ve tedavisindeki gecikmeler yüksek mortaliteye yol açar. Günümüzde tanısında ve tedavisinde endoskopik yöntemler rutin olarak uygulanmaktadır. Gerçek insidansı belirsizdir, çünkü silik Dieulafoy lezyonları gözden kaçır ve kanayan lezyonlar da sıklıkla tanımlanamayabilir. Biz, birinin tanı ve tedavisi acil laparotomi ile sağlanan, diğeri ise sadece bant ligasyonu ile tedavi edilen 2 gastrik Dieulafoy lezyonu olgusu sunduk.

Anahtar sözcükler: Dieulafoy lezyonu, endoskopi, bant ligasyonu, cerrahi

Dieulafoy's lesions are uncommon sources of gastrointestinal hemorrhage and have a high mortality rate when diagnosis and treatment are delayed. Dieulafoy's lesions are now routinely diagnosed and treated endoscopically. Their true incidence is unclear, because quiescent Dieulafoy's lesions are overlooked and bleeding lesions are occasionally misidentified. We present two cases of gastric Dieulafoy's lesion, one of them diagnosed and treated during emergency laparotomy and the other managed endoscopically by band ligation as sole therapy.

Key words: Dieulafoy's lesion, endoscopy, band ligation, surgery

GİRİŞ VE AMAÇ

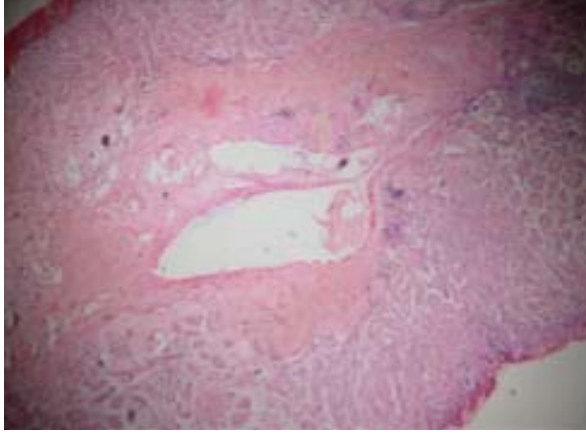
Odağı saptanamayan gastrointestinal sistem (GİS) kanaması güncel yöntemler ile (baryumlu çalışmalar, endoskopik araştırmalar gibi) belirlenemeyen bir odaktan kanama olarak tanımlanmaktadır (1). Tüm kanamaların %5'ini oluşturur ve sorumlu lezyon anatomik olarak zor erişilir bölgede, küçük ve siliktir. Odağı saptanamayan GİS kanaması nedenleri arasında Dieulafoy lezyonu (DL) masif ve tekrarlayıcı olduğundan en tehlikelilerindedir.

DL mukozayı erode ederek masif kanamaya neden olabilecek, midenin sıklıkla proksimalinde gözlenen, büyük, aberran submukozal bir arterdir. Üst GİS kanamalarının %0.3-6.7'sinden DL sorumludur (2). Üst GİS kanaması nedeni ile opere olan hastaların %1-2'sinde DL gözlenmektedir (3). Endoskopinin günlük uygulamaya girmediği dönemlerde kanayan DL mortalitesi %79 olarak bildirilmektedir (4). Hem tanısında hem de tedavisinde endoskopik, anjiyografik ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. DL'nun mortalitesi uygun tanı konulmadığında, çeşitli tedavi yöntemleri olmasına karşın yüksektir.

Bu yazıda DL'na bağlı üst GİS kanaması olan iki olguda cerrahi yöntem ve endoskopik bant ligasyonu (EBL) tedavilerini sunduk.

OLGU 1

57 yaşında erkek hasta hematemez ve melenası olması üzerine hastaneye yatırıldı. Özgeçmişinde (üst GİS yakınması veya hastalığı, nonsteroid antiinflamatuar ilaç alımı, kronik karaciğer hastalığı, vb) ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hastada kan ve sıvı desteğine rağmen hipovolemi bulguları devam etti ve hemoglobin değerleri 7gr/dl'yi aşmadı. Hastaya üst GİS endoskopisi olanağı bulunamadığından acil operasyona alındı. Gastrotomide fundusa yerleşik DL gözlendi ve tamamen çıkarıldı. Patolojisinde submukozal yerleşimli arter saptandı (Resim 1). Postoperatif 10. günde hasta taburcu edildi. Takibinin 8. ayında yapılabilen üst GİS endoskopisinde DL'nun yerinin skatize olduğu görüldü. Ayrıca hipertrofik korpus ve antrum polipleri ile atrofik gastrit de belirlendi.



Resim 1. Submukozal yerleşimli arter (X40)

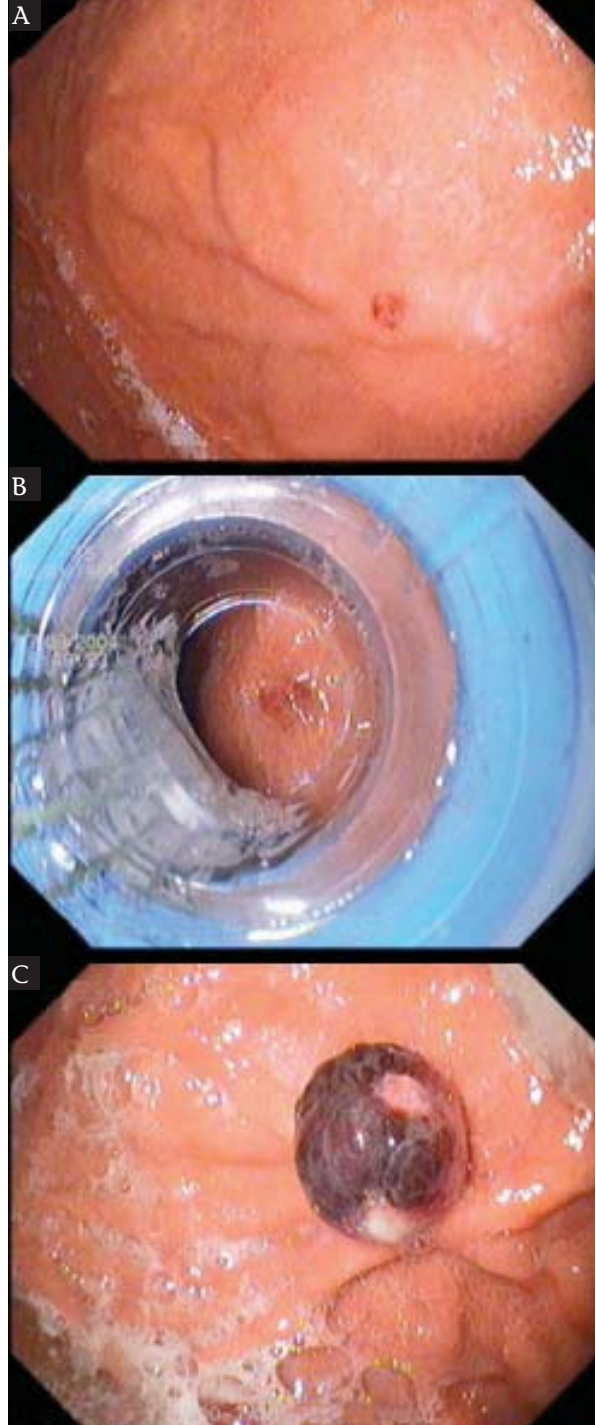
OLGU 2

35 yaşında erkek hasta hematemez ve melenası olması üzerine hastaneye yatırıldı. Öz geçmişinde 2. üst GİS kanaması olduğu, nonsteroid antiinflamatuar ilaç alımı veya kronik karaciğer hastalığı öyküsü olmadığı ve sigara (1 paket/gün) kullandığı belirlendi. Soy geçmişinde özellik yoktu. Yatışında bir başka üniteye yapılan üst GİS endoskopisinde erozif gastrit belirlenmiş, fakat aktif kanama odağı saptanamamıştı. Hastanın kan ve sıvı desteği ile intravenöz omeprazol uygulamasına karşın, melenasının devamı ve hemoglobin değerlerinin 6.4 gr/dl'ye düşmesi üzerine üst GİS endoskopisi tekrarlandı. Gastroskopisinde korpus proksimali arka duvarda, etrafındaki mukozanın doğal olduğu görülen, 5 mm'lik mukozal defekt, ortasında 2 mm'lik görünür damar saptandı. Ayrıca düz erozif antral gastrit de mevcuttu. Aktif kanaması olmayan lezyona 5'li özefagus bant ligatörü ile bir adet bant uygulandı (Resim 2). Bant ligasyonununun 4. gününde hastanın stabil olduğu görülerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Patofizyoloji:

Dieulafoy lezyonu ilk defa 1884'de Gallard (5) tarafından tanımlanmış ve 1898'de Georges Dieulafoy tarafından da adlandırılmıştır (6). DL kendini muskularis mukozada seyreden, subintimal fibrozisli, 1-3 mm'lik, geniş çaplı, bir arterin; 2-5 mm'lik, tabanında fibrinoid nekrozu olan, inflamasyonu olmayan, submukozal bir defektten, erode ve protrude olması sonrasında ciddi kanamalar ile gösterir. Lümen içi hidrostatik kuvvetler,



Resim 2. A) Korpus proksimalinde mukozal defektten protrude olmuş görünür damar. B) Ligatörden damarın görünümü C) Ligasyon uygulanmış görünür damar

arteryel atım ve dış streslerin mukozadan damarın perfore olarak masif kanamasına neden olduğu düşünülmektedir (7).

DL %61-82 gastrik kökenlidir (2). Gastrik DL tipik olarak özefagogastrik bileşkeye 6-10 cm mesafede ve genellikle küçük kurvatura tarafında yer alır. Gastrik DL'nin %98'i midenin üst yarısındadır (korpus proksimali %67, fundus %25) (8). Buranın kanlanması doğrudan sol ve sağ gastrik arterlerden sağlandığından genellikle geniş çaplı submukozal arterler bulunur (8, 9). DL'nun yaklaşık 1/3'ünün ekstra-gastrik olduğu bildirilmiştir (10).

Klinik Görünüm:

DL tekrarlayan şiddetli kanamalar ile karakterizedir. Erkeklerde kadınlardan 2 kat daha fazla görülür ve ortalama ortaya çıkış yaşı yaşamın 6. dekadıdır. Hastaların %79'u hemodinamik düzensizlikler ile başvurur (3). Hastalarda hematemez %28, hematemez ve melena %51 ve melena %18 oranında bildirilmiştir (8). DL'na bağlı kanamalar şiddetli olduklarından, hastalara en az 3 ünite kan transfüzyonu gerekir (11).

Tanı:

Tanı sırasın DL'nu diğer vasküler anormalliklerden (arteriovenöz malformasyonlar, herediter hemorajik telenjiektaziler, vasküler neoplazmlar, patolojik arter anevrizmaları) ayırt etmek gerekir (12). Tanısında özefagogastroduodenoskopi duyarlı ve kesin olsa da kanamaların tekrarlayıcı olması, endoskopide gözden kaçabilirliği nedeni ile ilk endoskopide tanı olasılığı %49, ikincide %33'dür. Geriye kalan %18 olguda da eksploratuar laparotomide tanı konulur (8).

DL'nun karakteristik görünümü küçük mukozal defektten fışkıran veya sızan kan ya da kanama yokluğunda etrafında ülseri olmayan pıhtıdır. Genellikle damar 1-2 mm'dir ve etrafındaki mukozada inflamasyon, eksuda veya ekimoz yoktur (9).

Diğer tanı yöntemleri arasında anjiyografi (spesifik değil) (8) ve indosiyanın yeşili ile yakın-infrarod videoendoskop kullanılabilir (13).

Tedavi:

DL'nun 1986'lara kadar tek etkin tedavi yöntemi cerrahi olmasına karşın, 1986'dan sonra endoskopik tedaviler başarı ile uygulanmaya başlanmıştır.

Endoskopik Tedavi

Lezyon endoskopik olarak saptandığında hemotaksi sağlayacak endoskopik yöntemler uygulanmalıdır. Endoskopik tedavi yöntemleri arasında sıcak prob termokoagülasyon (özellikle perilezyonal enjeksiyon sonrasında) (3), bipolar elektrokoagülasyon (14), fotokoagülasyon (15), enjeksiyon tedavileri (epinefrin (tek başına önerilmez) (3), polidokanol (damarın etrafına 4 kadrandan ve sonrasında doğrudan damara) (16), etanol (17), siyanoakrilat (18), hipertonic glüköz (11)) ve YAG laser (19) yer alır. Bu yöntemler tek başlarına ya da kombine edilerek %85-96'lık primer hemostaz oranları ile uygulanmaktadır (8, 10).

DL'nun tedavisinde endoskopik band ligasyonu (EBL) da uygulanmış (20-23) ve primer tedavi ile nüks açısından başarılı sonuçlar alınmıştır. EBL varis veya ülser kökenli olmayan üst GİS kanamalarında alternatif tedavi yöntemlerinden biridir. Band kökenli iskemik nekroza bağlı perforasyon riski enjeksiyon tedavileri, sıcak prob veya elektrokoagülasyona oranla düşüktür (21). Band uygulamaları sonrasında 14-21 günde iyileşen, sığ, temiz tabanlı ülserler ortaya çıkar. EBL DL gibi fibrotik olmayan dokuların kanamalarında ideal tedavi yöntemlerinden biridir.

Anjiyografik Tedavi

Endoskopinin başarılı olamadığı durumlarda anjiyografik selektif arteriyel embolizasyon da uygulanmaktadır (8).

Cerrahi Tedavi

Endoskopik veya anjiyografik olarak kontrol edilemeyen DL için seçkin yöntem cerrahidir. Olguların yaklaşık %5'inde cerrahi gerekmektedir (8). Gastrik DL için laparotomi, geniş gastrotomi ve kalın submukozal arteri de traverse edecek şekilde tüm lezyonun kama rezeksiyonu önerilir (9).

KAYNAKLAR

1. Spencer J. *Obscure gastrointestinal bleeding*. In: Bouchier IAD, Allan RN, Hodgson HJF, Keighley MRB. 2nd ed. *Gastroenterology: clinical science and practice*, vol 2. London: WB saunders; 1993: 1008-13.
2. Baettig B, Haecki W, Lammer F, et al. Dieulafoy's disease: Endoscopic treatment and follow up. *Gut* 1993; 34-1418-21.
3. Stark ME, Gostout CJ, Balm RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 545-50.
4. Goodman RL. Mucosal arterial malformation ("aneurysm") of the stomach with fatal hemorrhage. *Gastroenterology* 1964; 46-589-94.

Gastrik dieulafoy lezyonu

5. Gallard T. Aneurysmes miliaires de l'estomac, donnant lieu a des hematemeses mortelles. *Bull Soc Med Hop Paris* 1884; 1: 84-91.
6. 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.
7. Juler GJ, Labitzke HG, Lamb R, et al. The pathogenesis of Dieulafoy's gastric erosion. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 195-200.
8. Reilly HF, Al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 1987; 33: 38-9.
9. Veldhuyzen van Zanten SJ, Bartelsman JF, Schipper ME, et al. Recurrent massive haematemesis from Dieulafoy vascular malformations-a review of 101 cases. *Gut* 1986; 27: 213-22.
10. Norton I, Petersen B, Sorbi d, et al. Management and long term prognosis of Dieulafoy lesion. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 762-7.
11. Lin HJ, Lee FY, Tsai YT, et al. Therapeutic endoscopy for Dieulafoy's disease. *J Clin Gastroenterol* 1989; 11: 507-10.
12. Chaer RA, Helton WS. Dieulafoy's disease. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 290-6.
13. Borotto E, Englender J, Pourny JC, et al. Detection of the fluorescence of GI vessels in rats using a CCD camera or a near-infrared video endoscope. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 684-8.
14. Goldenberg SP, DeJuca VAJ, Marignani P. Endoscopic treatment of Dieulafoy's lesion of the duodenum. *Am J Gastroneterol* 1990; 85: 452-4.
15. Al-Kawas FH, O'Keefe J. Nd YAG laser treatment of a bleeding Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 1987; 33: 38-9.
16. Pointner R, Schwab G, Konigsrainer A, et al. Endoscopic treatment of Dieulafoy's disease. *Gastroenterology* 1988; 94: 563-6.
17. Asaki S, Sato H, Nishimura T, et al. Endoscopic diagnosis and treatment of Dieulafoy's ulcer. *Tohoku J Exp Med* 1988; 154: 135-41.
18. Loperfido S. Endoscopic hemostasis of gastric bleeding from Dieulafoy's ulcer with histoacryl. *Endoscopy* 1989; 21: 199-200 (letter).
19. Al-Kawas FH, O'Keefe J. Nd YAG laser treatment of a bleeding Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 1987; 33: 38-9.
20. Brown GR, Harford WV, Jones WF. Endoscopic band ligation of an actively bleeding Dieulafoy lesion. *Gastrointest Endosc* 1994; 40: 501-3.
21. 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.
22. Murray KF, Jennings RW, Fox VL. Endoscopic band ligation of a Dieulafoy lesion in the small intestine of a child. *Gastrointest Endosc* 1996; 44(3): 336-9.
23. Gerson LB, Yap E, Slosberg E, et al. Endoscopic band ligation for actively bleeding Dieulafoy's lesions. *Gastrointest Endosc* 1999; 50(3): 454-5.