

Üst Gastrointestinal Kanamanın Seyrek Bir Nedeni Olarak Dieulafoy Lezyonu: Bir Olgu Serisi

Dieulafoy Lesion as a Rare Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding: A Case Series

Dr. İbrahim Koral ÖNAL,^a
Dr. Murat KEKİLLİ,^a
Dr. Mevlüt KURT,^a
Dr. Meral AKDOĞAN,^a
Dr. Selçuk DİŞİBEYAZ,^a
Dr. Bülent ÖDEMİŞ,^a
Dr. Mehmet İBİŞ,^a
Dr. Abdürrahim SAYILIR,^a
Dr. Fatih Oğuz ÖNDER,^a
Dr. Nurgül ŞAŞMAZ^a

^aGastroenteroloji Kliniği,
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 15.05.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 24.09.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. İbrahim Koral ÖNAL
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
koralonal@yahoo.com

ÖZET Amaç: Dieulafoy lezyonu olgularımızı takdim etmek ve tanı-tedavi yaklaşımını tartışmaktır. **Ge-reç ve Yöntemler:** Haziran 2007 ve Ağustos 2009 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine üst gastrointestinal kanama ile başvuran ve üst gastrointestinal endoskopik incelemesinde Dieulafoy lezyonu saptanan hastalar değerlendirmeye alındı. Bu hastaların dosyaları yaş, cinsiyet, klinik takdim, başvuru hemogloblin/hematokrit düzeyi, transfüzyon ihtiyacı, endoskopik bulgular, tedavi yöntemi ve tedavi yanıtı açısından incelendi. **Bulgular:** 13742 üst gastrointestinal endoskopinin 682'si üst gastrointestinal kanama gerekçesiyle yapıldı. 682 kez üst gastrointestinal endoskopik inceleme yapılan toplam 550 olgunun 9 (%1.6)'unda Dieulafoy lezyonu saptandı. Dört erkek ve 5 kadın hastanın yaşı 62 ± 20 (30-82) idi. Başvuru hemogloblin düzeyi 8.2 ± 2.4 (5.4-12.7) g/dL, hematokrit 24.6 ± 7 (15.8-37.6) yıl idi. Eritrosit süspansiyonu transfüzyon ihtiyacı 3.9 ± 4.1 (0-13) ünite olarak gözlemlendi. Dokuz hastada toplam 16 endoskopi yapıldı, bir hastaya 3 seans, iki hastaya 2, diğer hastalara ise bir kez terapötik endoskopi uygulandı. İki hastada kan göllenmesi nedeniyle lezyon ilk endoskopide tanınmadı. Lezyonların biri dışında hepsi mide içindeydi ve bu olguların %75 (6/8)'i proksimal mide yerleşimliydi. Tüm olgularda bir lezyon saptandı. Tanı anında tüm olgulara endoskopik tedavi uygulandı. İki olguda hemoklip ve enjeksiyon kombine tedavisi diğer olgularda ise sadece hemoklip uygulaması tercih edildi. Kombine tedavi uygulanan 2 hastada tekrar kanama görülmez iken monoterapi uygulanan 10 seansın 4'ünü takiben tekrar kanama gözlemlendi. Endoskopik tedavi esnasında bir hastada kanama komplikasyonu gelişti ve aynı seansta kontrol altına alındı. Üç hastada cerrahi tedavi uygulandı. Bu hastaların biri, cerrahiye ikincil enfeksiyon komplikasyonu nedeniyle kaybedildi. **Sonuç:** Dieulafoy lezyonu olgularının büyük kısmında endoskopik tedavi hemostazi sağlama açısından etkili ve güvenilirlerdir.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal kanama; gastroskopi; endoskopik hemostaz

ABSTRACT Objective: To present our patients with Dieulafoy lesion and to discuss the relevant diagnostic and therapeutic approach. **Material and Methods:** The patients with upper gastrointestinal bleeding who was admitted to our hospital between June 2007 and August 2009 and diagnosed with Dieulafoy lesion were evaluated. **Results:** A total of 682 out of 13742 upper gastrointestinal endoscopies were performed because of upper gastrointestinal bleeding. Nine out of 550 patients who underwent upper gastrointestinal endoscopy were detected to have Dieulafoy lesion (1.6%). Four male and 5 female patients were 62 ± 20 (30-82) years old. A total of 16 endoscopy were performed in 9 patients. The number of therapeutic endoscopy sessions was three in one patient, two in two patients and one in the others. The lesion could not be diagnosed in two patients in the initial endoscopy due to bloody pooling. Except for one all were intragastric lesions and 75% (6/8) were located in the proximal stomach. A single lesion was identified in each case. Endoscopic therapy was performed in all cases at the time of diagnosis. The combination of hemoclip application and injection therapy were preferred in two patients and hemoclip only was used in the other cases. There was no rebleeding in the two patients who had combination therapy whereas rebleeding was observed in 4 out of 10 endoscopic sessions in which monotherapy was performed. The only complication during endoscopic therapy was a single episode of hemorrhage which was stopped during the same session. Three patients required surgical intervention. One of them died due to infectious complication secondary to surgery. **Conclusion:** In most of the cases with Dieulafoy lesion endoscopic therapy is an effective and safe method to provide hemostasis.

Key Words: Gastrointestinal hemorrhage; gastroscopy; endoscopic hemostasis

Dieulafoy lezyonu, üst gastrointestinal (Gİ) kanamanın seyrek ama masif kanamaya neden olabileceğinden önemli bir nedendir. İnsidansı %0.3-6.7 arasında değişmektedir.^{1,2} Lezyon ilk olarak 1884'te Gallard tarafından tanımlanmış ve daha sonra 1897'de Dieulafoy tarafından karakterize edilmiştir.³ Lezyon aberan bir submukozal arter olup Gİ kanalın herhangi bir yerinde olabilmekle birlikte özellikle özofagogastrik bileşenin ilk 6 cm'si içinde gözlenir¹⁻⁵ Klinik bulgular ani başlangıçlı hematemez, hematokezya veya aralıklı melena olabilir.

Endoskopi tanısal tetkiktir ancak deneyimli endoskopistler tarafından bile lezyon atlanabilir.⁵ Tedavi açısından terapötik endoskopi güvenli ve etkili bir seçenektir.⁶⁻⁸ Anjiyografi ve daha seyrek olarak cerrahi tedavi endoskopik tedaviye alternatif olabilir^{9,10}

Çalışmamızın amacı kliniğimizde tanı konulan ve tedavi edilen Dieulafoy lezyonu olgularımızı takdim etmek ve tanı-tedavi yaklaşımını literatürdeki bilgiler ışığında tartışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Haziran 2007 ve Ağustos 2009 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine üst gastrointestinal kanama ile başvuran ve üst endoskopik incelemesinde Dieulafoy lezyonu saptanan hastalar değerlendirmeye alındı. Bu hastaların dosyaları yaş, cinsiyet, klinik prezentasyon, başvuru hemoglobin/hematokrit (Hb/Htc) düzeyi, transfüzyon ihtiyacı, endoskopik bulgular, tedavi yöntemi ve tedavi yanıtı açısından incelendi.

Gİ kanama ile başvuran tüm hastalara IV sıvı ve proton pompa infüzyon tedavisi uygulandı ve gerekli olduğunda kan transfüzyonu yapıldı. Hemodinamiyi bozan aktif kanama halinde acil şartlarda diğer durumlarda ise en geç 24 saat içinde üst Gİ endoskopik inceleme gerçekleştirildi. Endoskopi için Pentax ve Olympus videoendoskopi sistemleri kullanıldı. Çevre mukozanın normal olduğu milimetrik (<3 mm) mukozal bir defektten aktif arteriyel pulsatil kanama veya kanama olmaksızın protrüde olmuş damar görülmesi veya defekte yapışık yoğun pıhtı izlenmesi halinde lezyon Dieulafoy olarak tanımlandı.⁵ Tanı anında endoskopik hemostaz yön-

temlerinden (enjeksiyon, hemoklip uygulaması) en az biri (bazı olgularda kombine olarak) uygulandı. En az iki endoskopik tedavi uygulamasına yanıt alınmayan hastalarda alternatif tedavi yöntemleri (anjiyografi, cerrahi) uygulandı. Sadece tanımlayıcı istatistikler kullanıldı ve SPSS 16.0'dan faydalanıldı.

BULGULAR

13742 üst Gİ endoskopinin 682'si üst Gİ kanama gerekçesiyle yapıldı. 682 kez üst Gİ endoskopik inceleme yapılan toplam 550 olgunun 9 (%1.6)'unda Dieulafoy lezyonu saptandı. Dört erkek ve 5 kadın hastanın yaşı 62 ± 20 (30-82) yıl idi. Hastaların başvuru anında hepsinde aktif Gİ kanama bulguları mevcuttu. İki hastanın öyküsünde üst Gİ kanama ataklarının olduğu ancak daha önce tanı konmadığı öğrenildi. Hastaların hepsi hastaneye yatırılarak izlendi. Başvuru hemoglobin 8.2 ± 2.4 (5.4-12.7), hematokrit 24.6 ± 7 (15.8-37.6) idi. Eritrosit süspansiyonu transfüzyon ihtiyacı 3.9 ± 4.1 (0-13) olarak gözlemlendi. İki hastada warfarin alımına bağlı bir hastada da idiyopatik trombositopeni (İTP)'ye ikincil hemostaz parametreleri bozdu. Warfarin alan hastalarda taze donmuş plazma desteği yapılırken İTP olgusunda trombosit sayısının yeterli olması nedeniyle ek tedavi uygulanmadı.

Dokuz hastada toplam 16 endoskopi yapıldı, bir hastaya 3 seans, iki hastaya 2, diğer hastalara ise bir kez terapötik endoskopi uygulandı. İki hastada kan göllenmesi nedeniyle lezyon ilk endoskopide tanınamadı. Lezyonların biri dışında hepsi mide içindeydi ve bu olguların %75 (6/8)'i proksimal mide yerleşimliydi. Tüm olgularda bir lezyon saptandı. Tanı anında tüm olgulara endoskopik tedavi uygulandı. İki olguda hemoklip ve 1/10000 oranında seyreltilmiş adrenalin enjeksiyonu kombine tedavisi diğer olgularda ise sadece hemoklip uygulaması tercih edildi. Kombine tedavi uygulanan 2 hastada tekrar kanama görülmezken monoterapi uygulanan 10 seansın 4'ünü takiben tekrar kanama gözlemlendi. Endoskopik tedavi sonrası bir hastada kanama komplikasyonu gelişti ve aynı seansa kontrol altına alındı. Bunun dışında herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Üç hastada cerrahi tedavi (gastrotomi ve primer sutur) uygulandı. Bir hastada endoskopik tedavi sonrası elektif

şartlarda cerrahi tedavi tercih edilirken diğer iki hastada tekrar kanama nedeniyle (son endoskopik tedavi sonrası 8. ve 14. günlerde) acil şartlarda cerrahi uygulandı. Cerrahiye giden hastaların birisinde cerrahi tedaviden bir gün önce uygulanan anjiyografik embolizasyon da kanamayı durduramadı. Bu hasta cerrahi tedaviden yaklaşık 2 ay sonra gastrokutanöz fistül ve intraabdominal apse ilişkili enfeksiyon komplikasyonu nedeniyle kaybedildi. Hastaların özellikleri, endoskopik bulgular ve tedaviyle ilgili bilgiler Tablo 1’de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Dieulafoy lezyonu anormal büyüklükte ve tortüyoze bir submukozal arterin küçük mukozal bir açıklıktan protrüze olması şeklinde tanımlanmıştır.¹¹ Bazı araştırmacılar lezyonun konjenital veya anatomik varyant olduğunu düşünürken bazıları da edinilmiş veya yaşla ilişkili olduğunu öne sürmektedir.^{11,12} Patogenez tam anlaşılacak şekilde birlikte anormal çaptaki pulsatil arterin, mekanik olarak üzerindeki mukozada açıklığa yol açabileceği ve sonrasında arterin kimyasal veya mekanik olarak erozyona uğramasının kanama ile sonuçlanabileceği ifade edilmiştir.^{13,14}

Klasik klinik takdim tekrarlayan, sıklıkla masif Gİ kanamadır. Bizim hasta serimizde olduğu gibi (%66) başvuru şikâyeti olarak hematemez sıklık ve bazı olgularda, bizim hastalarımızın üçte birinde olduğu gibi, yüksek volümlü üst Gİ kanamayı telkin eder tarzda hematokezya da eşlik edebilir.¹⁵ Olguların yaklaşık %30’unda kan göllenmesi veya lezyonun atlanması nedeniyle ilk endoskopide tanı konulamayabilir;¹⁶ bizim serimizde kan göllenmesi nedeniyle 2 (%22) olguda lezyon ilk işlem sırasında görülememiş ancak tekrarlayan endoskopilerde tanı konulmuştur. Bu da masif Gİ kanamalarda tekrarlayan endoskopilerin önemini ortaya koymak- tadır. Lezyonun özofagogastrik bileşkenin ilk 6 cm’sinde daha sık yerleştiği¹⁻⁵ göz önüne alınarak özellikle bu bölge havayla iyi açılarak titiz bir şekilde incelenmeli, öte yandan aberan damarın distal mide ve duodenumda da yerleşebileceği akılda tutulmalıdır. Bizim serimizde lezyonun daha çok (%67) proksimal midede yerleştiği gözlenmiştir.

Endoskopik tedavinin Dieulafoy lezyonu olgularında hemostaz sağlama başarısı %75-98 olarak bildirilmiştir ve çeşitli çalışmalarda farklı yöntemler (enjeksiyon tedavisi, heater prob, band ligasyo-

TABLO 1: Dieulafoy lezyonu saptanan hastaların klinik özellikleri, üst endoskopi bulguları ve uygulanan tedaviler.

Yaş/Cinsiyet	Yandaş Hastalık	Başvuru Semptomu	Hb/Htc	Kanamaya Yeri	Endoskopik Bulgu	Tedavi
72/E	DM	Hematokezya	7,9/25,1	Korpus proksimali	Görünür damar	Hemoklip uygulaması sonrasında cerrahi tedavi
35/E	-	Hematemez	11,1/33	Korpus proksimali	Görünür damar	Hemoklip uygulaması
79/E	DM	Hematemez Hematokezya	6,6/20,1	Fundus	Görünür damar	Hemoklip uygulaması ve adrenalin enjeksiyonu
77/K	KKY, HT	Hematemez	5,9/18,2	Korpus proksimali	Pıhtı	Hemoklip uygulaması
76/K	KKY, AF	Hematemez	5,4/15,8	Korpus orta kesim	Pıhtı	Hemoklip uygulaması
46/E	-	Melena	12,7/37,6	Korpus orta kesim	Görünür damar ve sızdırır kanama	Hemoklip uygulaması sonrasında cerrahi tedavi
82/K	-	Hematemez	9/27	Korpus proksimali	Görünür damar ve sızdırır kanama	Hemoklip uygulaması sonrasında anjiyografik embolizasyon sonrasında cerrahi tedavi
62/K	İTP	Hematokezya	7,8/24	Bulbus	Görünür damar ve sızdırır kanama	Hemoklip uygulaması
30/K	AVR	Hematemez Hematokezya	7/21	Korpus proksimal	Görünür damar ve sızdırır kanama	Hemoklip uygulaması ve adrenalin enjeksiyonu

AF: Atrial fibrilasyon, DM: Diabetes Mellitus, ES: Eritrosit süspansiyonu, Hb: Hemoglobin, HT: Hipertansiyon, Htc: Hemotokrit, İTP: İdiyopatik trombositopenik purpura, KKY: Konjestif kalp yetmezliği, TDP: Taze donmuş plazma.

nu, hemoklip uygulaması ve enjeksiyon tedavisi ile elektrokoagülasyon kombinasyonu) tercih edilmiştir.^{1,2,5,17-19} Randomize kontrollü çalışmaların yokluğu nedeniyle optimal endoskopik tedavi yaklaşımı net değildir. Öte yandan çoğu otör enjeksiyon tedavisi ve takiben heater prob uygulamasını başlangıç tedavi seçeneği olarak önermektedir.^{1,6,20} Endoskopik tedaviye yanıtız hastalarda anjiyografik veya cerrahi tedavi gündeme gelebilir. Hastaların yaklaşık %4-8'inde cerrahi ihtiyacı olduğu bildirilmiştir.^{1,2,5} Akut varis dışı üst Gİ kanamalarda cerrahi ve anjiyografik embolizasyonun morbidite, mortalite ve tekrar kanama açısından benzer etkinlikte olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{21,22} Bizim serimizde endoskopik hemostaz işlemlerin %75'inde sağlanmış, monoterapi uygulanan seanslarda %40 oranında tekrar kanama gözlenirken kombine tedavi uygulanan iki olguda tekrar kanama görülmemiştir. Üç (%33) hastamızda cerrahi tedavi gerekmiştir. Bulgularımız kombine endoskopik tedavinin monoterapiye üstünlüğünü telkin etmekle birlikte bu konuda geniş hasta grupları içeren prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır. Serimizde cerrahi tedavi oranı literatüre göre yüksek

görünmektedir. Bulgularımız ışığında literatürde %10'un altında bildirilen cerrahi girişim oranının biraz iyimser olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü birinci olarak, söz konusu çalışmalar genel olarak sınırlı sayıda hasta içermektedir. İkinci olarak da submukozal seyirli arteriyel bir lezyonun tüm trasesi boyunca endoskopik olarak inaktif hale getirilmesi teknik olarak zor bazen de imkânsız olabilir. Ancak özellikle aktif kanama sırasında cerrahi tedavinin komplikasyonları (serimizde üç hastanın birinde görülmüştür) ve endoskopik tedavinin etkinliği göz önüne alındığında tanı anında hatta tekrar kanama atağında öncelikle endoskopik tedavi uygulanması akılcı görünmektedir.

SONUÇ

Dieulafoy lezyonu masif üst Gİ kanamanın önemli bir nedenidir. Olguların büyük kısmında endoskopik tedavi hemostazı sağlama açısından etkili ve güvenilirdir. Yanıtız hastalarda anjiyografik embolizasyon ve/veya cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Optimal endoskopik tedavi yaklaşımının belirlenmesi ve kombine tedavinin üstünlüğünün gösterilmesi açısından ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Schmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy lesions: a review of 6 years of experience at a tertiary referral center *Am J Gastroenterol* 2001;96(6):1688-94.
- Koyuncu A, Lice H, Arıkan S, Şentürk Oral O, Yücel AF, Kocakuşak A. [Dieulafoy's disease as a cause of massive upper gastrointestinal hemorrhage]. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2003; 9(2):140-2.
- Dieulafoy G. Exulceration simplex: L'intervention chirurgicale dans la hematemese foudroyante consecutive a l'exulceration simple de l'esomac. *Bull Acad Med* 1898;3(1): 49-84.
- Peumery JJ. [Georges Dieulafoy (1839-1911) and the teaching of medicine in Paris at the hinge of the Second Empire and the Third Republic]. *Vesalius* 2004;10(2):74-7.
- Yarze JC. Routine endoscopic "marking" of Dieulafoy-like lesions. *Am J Gastroenterol* 2001;96(1): 264-5.
- Stark ME, Gostout CJ, Balm RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc* 1992;38(5):545-50.
- Baettig B, Haecik W, Lammer F, Jost R. Dieulafoy's disease: endoscopic treatment and follow up. *Gut* 1993;34(10):1418-21.
- Skok P. Endoscopic hemostasis in exulceratio simplex-Dieulafoy's disease hemorrhage: a review of 25 cases. *Endoscopy* 1998;30(7):590-4.
- Durham JD, Kumpe DA, Rothbarth LJ, Van Stiegmann G. Dieulafoy disease: arteriographic findings and treatment. *Radiology* 1990;174(3 Pt 2):937-41.
- Linhares MM, Filho BH, Schraibman V, Goitia-Durán MB, Grande JC, Sato NY, et al. Dieulafoy lesion: endoscopic and surgical management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006;16(1):1-3.
- Eidus LB, Rasuli P, Manion D, Heringer R. Caliber-persistent artery of the stomach (Dieulafoy's vascular malformation). *Gastroenterology* 1990;99(5): 1507-10.
- Mikó TL, Thomázy VA. The caliber persistent artery of the stomach: a unifying approach to gastric aneurysm, Dieulafoy's lesion, and submucosal arterial malformation. *Hum Pathol* 1988;19(8):914-21.
- Juler GL, Labitzke HG, Lamb R, Allen R. The pathogenesis of Dieulafoy's gastric erosion. *Am J Gastroenterol* 1984;79(3):195-200.
- Mikó TL, Thomázy VA. The caliber persistent artery of the stomach: a unifying approach to gastric aneurysm, Dieulafoy's lesion, and submucosal arterial malformation. *Hum Pathol* 1988;19(8):914-21.
- Reilly HW, Al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion. Diagnosis and management. *Dig Dis Sci* 1991;36(12):1702-7.
- Romãozinho JM, Pontes JM, Lérias C, Ferreira M, Freitas D. Dieulafoy's lesion: management and long-term outcome. *Endoscopy* 2004;36(5):416-20.
- Adler DG, Leighton JA, Davila RE, Hirota WK, Jacobson BC, Qureshi WA, ASGE guideline: The role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60(4):497-504.
- Cheng CL, Liu NJ, Lee CS, Chen PC, Ho YP, Tang JH, et al. Endoscopic management of Dieulafoy lesions in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 2004;49(7-8):1139-44.
- Yanar H, Dolay K, Ertekin C, Taviloglu K, Ozcinar B, Guloglu R, et al. An infrequent cause of upper gastrointestinal tract bleeding: "Dieulafoy's lesion". *Hepatogastroenterology* 2007;54(76):1013-7.
- Pointner R, Schwab G, Königsrainer A, Dietze O. Endoscopic treatment of Dieulafoy's disease. *Gastroenterology* 1988;94(3):563-6.
- Ripoll C, Bañares R, Beceiro I, Menchén P, Catalina MV, Echenagusia A, et al. Comparison of transcatheter arterial embolization and surgery for treatment of bleeding peptic ulcer after endoscopic treatment failure. *J Vasc Interv Radiol* 2004;15(5):447-50.
- Eriksson LG, Ljungdahl M, Sundbom M, Nyman R. Transcatheter arterial embolization versus surgery in the treatment of upper gastrointestinal bleeding after therapeutic endoscopy failure. *J Vasc Interv Radiol* 2008;19(10):1413-8.