

# Dieulafoy Vasküler Malformasyonuna Bağlı Bir Masif Hematemez Vak'ası

MASSIVE HAEMATEMESIS DUE TO DIEULAFOY'S VASCULAR LESION (CASE REPORT)

Dr.Sedat ERTEM\*, Dr.Ahmet AYDIN\*, Dr.Yücel BATUR\*, Dr.Hanefi ÇAVUŞOĞLU\*,  
Dr.Mustafa KORKUT\*\*, Dr.Müge TUNÇYÜREK\*\*\*

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı\*, Cerrahi Anabilim Dalı\*\*, Patoloji Anabilim < Dalı\*\*\*

## ÖZET

Gastrointestinal kanamaların nadir görülen nedenlerinden birisi de Dieulafoy vasküler lezyonlarıdır. Bu lezyonlara bağlı kanamalar hastalarda masif hematemez ve melenaya neden olurlar. Endoskopik tanı ve tedavi yöntemlerinin son yıllarda daha yaygın olarak kullanılması sonucunda Dieulafoy lezyonu tanısında da artma olmuştur.

Taniya varılmadığı durumlarda mortalite oranlarının çok yüksek olması nedeniyle, kliniğimize masif hematemezle başvuran bir Dieulafoy vakasını sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Dieulafoy vasküler lezyonu

T Klin Gastroenterohepatoloji 1994, 5:164-166

ilk kez Dieulafoy tarafından tanımlanan mide mukozasının yüzeysel vasküler lezyonu massif ve sık olarak tekrarlayan hematemez tarzında kanamalara yol açabilir (1). Kanamaya neden olan lezyon submukoza içinden giden ve mukozaya ile de ilişkisi olan normalden geniş bir arterdir. Vakaların büyük çoğunluğunda kanama yeri gastro-özofageal bileşkeye 6 cm kadar uzaklıktaki bir alandadır (2). Yakın zamana kadar Dieulafoy lezyonunun tanısı rezeke edilen materyalin histolojik incelemesine dayanırken, günümüzde endoskopik olarak da tanı konulabilmektedir. Lezyon ilk incelemede gözden kaçabilir ve tanı için bazen endoskopik incelemenin tekrarlanması gerekmektedir (1). Dieulafoy vasküler lezyonunun endoskopik tanısı, lümeneye çıkıntı yapmış damardan kanama olması ve damar etrafında ülserasyon görülmesi ile konulmaktadır (3). Endoskopik teknikte gelişmeler olması sonucunda lezyonun tanısı ko-

Geliş Tarihi: 09.05.1994

Kabul Tarihi: 20.06.1994

Yazışma Adresi: Dr.Sedat ERTEM  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Gastroenteroloji Bilim Dalı  
35100 Bornova İZMİR

## SUMMARY

One of the rare causes of gastrointestinal bleeding is the Dieulafoy's vascular lesion. Haemorrhage due to this lesion may lead to massive haematemesis. With the widespread use of endoscopy in diagnosis and treatment in the recent years, an increase is seen in the rate of diagnosis of Dieulafoy's lesion.

Considering the high mortality rate when the diagnostic procedures fail to reveal the lesion, we present a Dieulafoy's case admitted to our clinic with massive haematemesis.

Key Words: Dieulafoy's vascular lesion

Turk J Gastroenterohepatol 1994, 5: 164-166

laylaşmış ve daha sık tanı konulur duruma gelmiştir. Ayrıca yine tedavideki gelişmeler sonucunda Dieulafoy lezyonlarına bağlı kanamalarda mortalite oranları azalmıştır. Biz de kliniğimize massif tekrarlayıcı hematemez nedeniyle başvuran bir Dieulafoy vakasını sunuyoruz.

## VAK'A

27 yaşındaki erkek hasta kahve telvesi renginde kusma, çarpıntı hissi ve halsizlik yakınmaları ile başvurduğu hastanede 24 saat içinde beş ünite kan transfüzyonu yapılmasına rağmen hematemez ve melenaya tarzında kanamasının devam etmesi üzerine şevkle kliniğimize yatırıldı. Daha önce önemli bir yakınması olmayan hastanın peptik ülser anamnezi mevcut değildi. Ayrıca non-steroid antiinflamatuvar ilaç alımı ve alkol kullanımı öyküsü de yoktu. Kliniğimize gelişinde yapılan fizik muayenesinde; genel durum orta, bilinç açık, deri ve mukozalar soluk görünümde, TA 100/60 mm Hg, nabuz 100/dak. düzenli, barsak peristaltizmi artmış, karaciğer ve dalak ele gelmiyordu. Diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Hastanın hemoglobulin değeri %4.3 gr, hematokrit değeri %14.4, lökosit sayısı 9600/mm<sup>3</sup>, trombosit sayısı da 128.000/mm<sup>3</sup> ve lökosit formülü normal bulundu. Total bilirubin %0.6 mg, direk

bilirubin %0.4 mg, indirek bilirubin %0.2 mg, SGOT 24 Ü, SGPT 28 Ü, total protein %6.8 gr, albümin %4.2 gr, glcübülün %2.6 gr, protrombin zamanı 13/12 saniye idi.

Endoskopik incelemede özefagus normal bulundu. Midede taze yada beklemiş kan görülmedi, ilk değerlendirilmede mide ve doudenumun incelenen alanlarında kanamaya neden olabilecek herhangi bir lezyon saptanmadı. Ancak hastanın öyküsü ve kan değerleri gözönüne alınarak, özefagus, mide ve doudenum uzun bir şekilde ısrarla incelendi, inceleme sırasında, bir ara midede kesici dişlerden 48 cm ilerde, büyük kurvatur yönünde, plilerin arasında 3-4 mm çaplı, yüzeyden hafif kabarıklık, yüzeyel eksüdası ve bunun üzerinde de kahverenkli küçük bir nokta bulunan alan görüldü. Ancak daha sonra bu alan net olarak görülemedi. Endoskopik incelemenin uzamasına bağlı olarak hastanın reaksiyon göstermesi ve endoskopi sırasında taze yada beklemiş kan saptanmaması üzerine işlem sonlandırıldı.

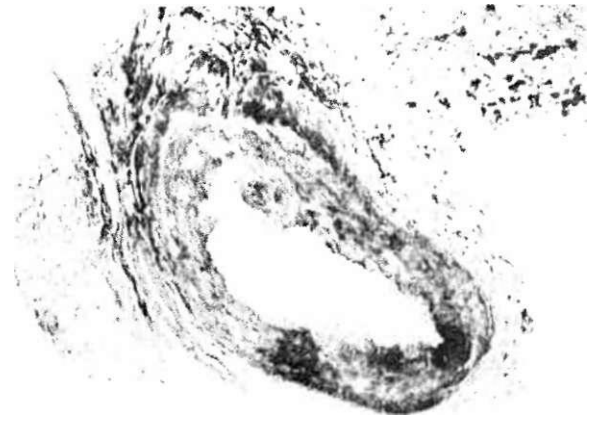
Yoğun bakım ünitesinde nazogastrik sonda takılı olarak izlenmekte olan hastada, yatışından yaklaşık 12 saat sonra, saat 22 sıralarında hipotansiyon ve taşikardi saptandı. Nasogastrik aspirasyonda kırmızı renkli aktif kanama saptanması üzerine kan transfüzyonlarına başlandı. Kısa sürede hipovolemik şok tablosuna giren hastanın genel durumunun endoskopik incelemeyi talere edemeyeceği düşünüldüğünden, istenilen cerrahi konsültasyon sonucunda genel cerrahi kliniğine sevk edildi.

Hemen ameliyata alınan hastanın midesinde 3 litre kadar pıhtılı kanın mevcut olduğu görüldü. Bu sırada hasta gelişen hipovolemik şok tablosundan kurtarılmadı. Kanamanın yeri araştırıldığında, endoskopik incelemede tanımlanan lokalizasyonda, üzerinde parlak kırmızı nokta bulunan yüzeyden hafifçe kabarıklık 3 mm çaplı bir alan görülerek buradan histopatolojik inceleme için materyal alındı. Kanamaya neden olabilecek başka bir lezyon saptanmadı, cerrahi olarak alınan materyalin mikroskopik incelemesinde submukozal ektazik damar saptandı. Hasta operasyon sırasında kaybedildi.

## TARTIŞMA

Yüzeyel gastrik mukoza vasküler lezyonlarına bağlı kanama ilk kez Gallard tarafından 1884 yılında tanımlanmışsa da, ilk ya,ını 1898 yılında Dieulafoy'un yaptığı bilinir (2). Dieulafoy bu lezyonun mide ülserinin ilk basamağı olduğuna ve lezyonun ilerlemesinin kanama epizodu ile kesildiğine inanıyordu. Daha önceleri lezyonun mide duvarındaki bir damarın anevrizması ile oluştuğu, bazen de anevrizmanın arteriosklerozla kombine olduğu düşünülüyordu (3). Ayrıca Dieulafoy lezyonunun konjenital veya edinsel bir vasküler malformasyon olduğunu da düşündüğünü belirtmiştir (4).

Günümüzde ise genel olarak kanamanın mide mukozasının hemen altında ilerleyen bir büyük arterden olduğuna inanılmaktadır. Bu damar normalden geniş çaplıdır, submukoza tabakası içinde ilerler ve kıvrımlı olarak seyrederek (5,8,10). Bizim hastamızın operasyon



Şekil 1. Cerrahi olarak alanın materyalin histolojik incelenmesinde, submukozal ektazik damar görünümü (Elastikx40)

sırasında alınan materyalinin histopatolojik incelenmesi sonucunda, submukozal ektazik damar saptanmıştır (Şekil 1). Hastada birkaç kez tekrarlayan, yaşamı tehdit edecek kadar ciddi kanamalar olmuş ve hasta massif kanama nedeniyle kaybedilmiştir. Dieulafoy lezyonuna bağlı kanama midenin proksimal kısmında ve kardias civarındadır. Bizim hastamızda da endoskopik olarak kardio özofageal bileşkenin 8 cm distalinde, büyük kurvatur yönünde 3-4 mm çapında, üzerinde küçük bir pıhtı bulunan ülser alan saptanmıştır. Van Zanten ve arkadaşları 101 hastayı içeren bir seride hastaların 78'inde (%82) lezyonun gastro özogageal bileşkenin 6 cm civarında bulunduğunu bildirmişlerdir (2). Endoskopik tanı zor olabilir, gastrik kanamanın nedeni saptanamadığından tekrarlanan endoskopilere gerek olabilir (6). Bizim hastamızda da uzun süren bir endoskopik inceleme sırasında bir an için lezyon görülebilmştir. Ayrıca hastamızın kanaması tekrarlayıcı karakterdedir. Dieulafoy lezyonunun endoskopik görünümü değişkendir, bazen çok dikkatli bir inceleme ile patolojik görünüm saptanamaz. Endoskopik tetkik sırasında küçük bir mukozal ülserden kanama olduğu görülebilir, bazen de çok ufak görünür damar ve bunun üzerinde bir pıhtı mevcuttur. Eids ve arkadaşları Dieulafoy lezyonuna bağlı massif mide kanaması gelişen bir vakada ektazik damarı anjiyografik olarak göstermişlerdir (1). Hastamıza anjiyografik tetkik uygulanamamıştır. Dieulafoy vasküler lezyondaki submukozal ektazik damarın patogenezi değişik şekillerde açıklanmıştır. Van Zanten bu lezyonun geniş submukozal damarın anatomik bir varyant, olduğunu bildirmiştir (2). Başka bir görüş de lezyonun doğumsal bir malformasyon olduğudur (5). Ancak lezyonun sonradan oluştuğu genel olarak kabul edilmemektedir. Yaşlılığa bağlı olarak arterlerin dejeneratif değişikliklere uğraması sonucu arterin dilate olmasının ve uzamasının patogeneze rolünün olduğu düşünülmektedir. Bu durum lezyonun ileri yaş arda görülmesini açıklamaktadır. Yaşa bağlı fibröz, kalsifikasyon gibi dejeneratif arter değişiklikleri erkeklerde daha belirgin olduğundan, Dieulafoy lezyonu erkeklerde daha sık görülmektedir (6).

Bizim hastamızın erkek olması bu bilgilerle uyumludur, ancak genç olması nedeniyle, yaşa bağlı olarak ortaya çıkma olasılığı artan dejeneratif vasküler değişikliklerin hastamızda bulunmadığını düşündürmektedir.

Dieulafoy lezyonuna bağlı gastrik kanamaların seçkin tedavisi cerrahidir. Kanama bölgesi bulunmadan Billroth II tipi rezeksiyon yapılması önerilmemektedir. Operasyon sonrası midenin üst kısmından sıklıkla kanamanın tekrarladığı ve prognozu olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (7). Proksimal gastrik rezeksiyon, "wedge" rezeksiyon yapılabilir veya kanayan damara ligasyon uygulanabilir. Hastamıza operasyon planlanmış ancak massif kanama nedeniyle operasyon sırasında kaybedilmiştir.

Endoskopik tanı ve tedavi yöntemlerinin yaygın kullanımından önce Dieulafoy lezyonuna bağlı kanamaların prognozunun çok kötü olduğu bildirilmiştir (9). Goldman 24 hastalık serisinde 19 olgunun (%79) öldüğünü rapor etmiştir (4). Van Zanten ve arkadaşlarının izledikleri 25 hastada ise mortalite oranı %23 olarak bildirilmiştir (2). Bu araştırmacılar hastaların ölümüne neden olan en önemli faktörün tanı bilinmeden uygulanacak kör bir Billroth II operasyonu olduğunu belirtmişlerdir.

Dieulafoy vasküler lezyonun insidensi bilinmemektedir, ancak literatürde bildirildiğinden daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Endoskopik incelemede kanama nedeni saptanmayan olgularda, tetkik yinelenmelidir. Özellikle kardio özofageal bileşkenin distalindeki ilk 6 cm'lik kesimi dikkatle incelenmelidir. Massif tekrarlayan gastrik kanamaların ayırıcı tanısında Dieulafoy vasküler lezyonu da düşünülmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Eidus LB, Rasuli P, Manton D, Heringer R. Caliber persistent artery of the Stomach (Dieulafoy's vascular malformation). *Gastroenterology* 1990; 99:1507-10.
2. Zanten V, Bartelsman JF, Schipper ME, Tygat GN. Recurrent massive haematemesis from Dieulafoy vascular malformations -a review 101 cases *Gut* 1986; 27:213-33.
3. Steicher HJ. Die solitare exulceratio simplex (Dieulafoy) als ursache massiver intestinalblutungen. *Deutsche Med Wochenschrift* 1966; 91:991-5.
4. Goldman RL. Submucosal arterial malformation of the stomach with fatal hemorrhage. *Gastroenterology* 1964; 46:589-94.
5. Juler GL, Labitzke HG, Lamb R, Allen R. The Pathogenesis of Dieulafoy's gastric erosion. *Am J Gastroenterol* 1984; 79:195-200.
6. Clave SA, Goldschmid S, Cunningham JT, Boyd WP. Dieulafoy's cirroid aneurysm of the duodenum. *Dig Dis Sci* 1988; 33:801-5.
7. Katano M, Fuji Y, Muyo Y, Watanabe H. A case of exulceration simplex (Dieulafoy). *Jap J Surg* 1980; 10:63-6.
8. Abdulian J, Santaro M, Chen YK, Collen MJ. Dieulafoy like lesion of the rectum presenting exsanguinating hemorrhage, successful endoscopic sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1993; 88:1939-41.
9. Pointner R, Schwab G, Königsrainer A. Endoscopic Treatment of Dieulafoy's disease. *Gastroenterology* 1988; 94:56»-6.
10. Malcolm H. Submucosal arterial malformation of the stomach as the probable cause of recurrent severe haematemesis in a 16 year old girl. *B J Surg* 1977; 64:522-4.