

Midede çift dieulafoy lezyon kanaması

Double dieulafoy lesion bleeding in the stomach

İD Ramazan YOLAÇAN¹, İD Muhsin KAYA²

Gaziantep Şehir Hastanesi, ¹Gastroenteroloji Kliniği, Gaziantep
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, ²Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır

Dieulafoy lezyonu gastrointestinal sistem kanama nedenleri arasında nadir görülen, sıklıkla tekrarlayan ve hayatı tehdit eden vasküler bir lezyondur. Gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesinde görülebilmesine rağmen daha çok midede izlenmektedir. Orta-ileri yaşta ve erkeklerde daha sık görülür. Endoskopi tanı ve tedavisinde kullanılan etkin ve güvenilir bir yöntemdir. Tanı ve tedavisinde gecikmeler yüksek mortaliteye neden olmaktadır. Endoskopik olarak hemostatik klips uygulaması ile başarılı bir şekilde tedavi edilen çift gastrik dieulafoy lezyonu olan hastamızı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Dieulafoy lezyonu, endoskopik tedavi, gastrointestinal kanama

Dieulafoy lesion is a rare cause of gastrointestinal bleeding that recurrent and life-threatening vascular lesion. Although it can be seen in any part of the gastrointestinal system, it is mostly seen in the stomach. It is more common in middle-aged and men. Endoscopy is an effective and reliable method used in diagnosis and treatment. Delays in diagnosis and treatment cause high mortality. We aimed to present our patient with double gastric Dieulafoy lesion that was successfully treated with endoscopic hemostatic clip practice.

Key words: Dieulafoy lesion, endoscopic treatment, gastrointestinal bleeding

GİRİŞ

Dieulafoy lezyonu (DL) yaşamı tehdit eden ve fark edilmesi zor gastrointestinal sistem (GIS) kanamasının nadir bir nedendir (1). İlk kez 1884 yılında Gallard tarafından tanımlanan lezyon 1898'de Fransız cerrah Georges Dieulafoy tarafından "exulceratio simplex" olarak adlandırılmıştır (2). Genellikle midenin proksimalinde gözlenen, mukozayı erode ederek massif ve tekrarlayan kanamalara neden olan büyük, atipik submukozal bir arter kanamasıdır (3,4). Üst GIS kanamalarının %0,3-6,7'sinin nedenidir (4,5). Her yaşta görülmesine rağmen daha çok orta ve ileri yaşta görülür. Erkeklerde kadınlardan 2 kat daha fazla görülür (3). Etiyolojide nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİ), stres, alkol, antikoagülanlar, kardiyak ve pulmoner kapasitedeki azalma rol oynar (4,6). Acil endoskopi, lezyonun tanı ve tedavisinde güvenilir ve etkin bir şekilde uygulanmaktadır.

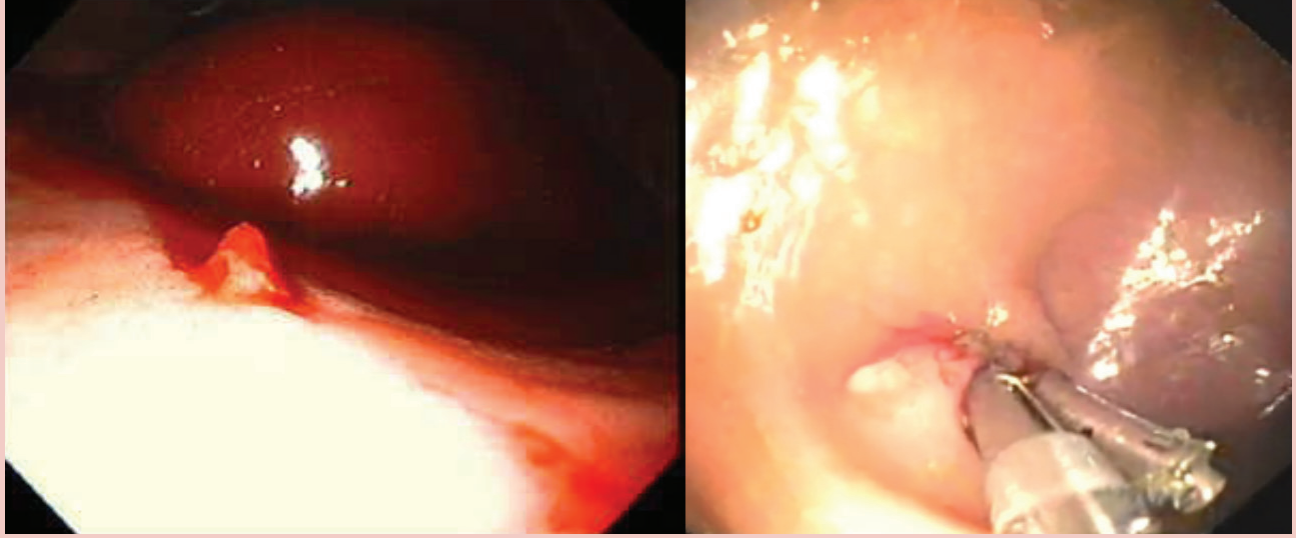
OLGU SUNUMU

Daha öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan 31 yaşında erkek hasta bulantı ve kusma şikâyeti olması nedeniyle gastroenteroloji kliniğine yatırıldı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sigara, alkol ve ilaç kullanım öyküsü bulunmuyordu. Fizik muayenesinde soluk görünümlü, tansiyon arteriyel: 110/70 mm Hg, nabız: 76/dk, solunum sayısı: 14/dk, ateş: 36,8 °C idi. Rutin laboratuvar tetkikinde; hemoglobin: 10,29 g/dl, hematokrit: %30,61 dışında anormallik yoktu.

Kliniğe yatışından 1 gün sonra hastada ani hipotansiyon ve taşikardi tablosunun gelişmesi, ağzından taze kan gelmesi ve melena olması nedeniyle yapılan acil endoskopik incelemede; mide taze kan ile doluydu, irrigasyon ve aspirasyon sonrası değerlendirmede mide fundus-korpus bileşkesinde DL izlendi. Hemostatik klips uygulanarak kanama kontrolü sağlandı (Resim 1). IV pantoprazol tedavisi (80 mg bolus ardından 72 saat boyunca 8 mg/saat infüzyon) verildi. Eritrosit transfüzyonu ve sıvı desteği sağlandı. Takiplerinde hastanın hemoglobin değerlerinde düşme olması nedeniyle yapılan kontrol endoskopisinde mide taze kan elemanları ile dolu idi. Daha önce midede izlenen DL'na atılan klipslerin yerinde olduğu görüldü. Lezyonun etrafına 1/10000'lik adrenalin ile skleroterapi uygulandı. Yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın hematemez tekrarı ve takiben hemoglobin değerlerinde düşme olması üzerine hastaya üçüncü kez endoskopi yapıldı. Taze kan elemanlarının olduğu midede daha önce klips atılan DL'ndan kanama olmadığı izlendi. Bu lezyonun 2.5 cm proksimalinde başka bir DL görüldü. Lezyonun etrafına 1/10000'lik adrenalin ile skleroterapi yapıldıktan sonra hemostatik klips uygulandı. IV pantoprazol tedavisine devam edildi. Hastaya toplamda 6 ünite eritrosit transfüzyonu yapıldı, sıvı desteği sağlandı. Takiplerinde vital bulguları normal seyreden ve hemoglobin: 11,07 g/dl, hematokrit: %30,08 olan hasta yatışının 8. gününde taburcu edildi. Hastadan yazılı olarak bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Yolaçan R, Kaya M. Double dieulafoy lesion bleeding in the stomach. Endoscopy Gastrointestinal 2025;30:04-06.

İletişim: Ramazan YOLAÇAN
Gaziantep Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği,
Gaziantep, Türkiye
E-mail: dryolacan@gmail.com
Geliş Tarihi: 24.05.2025 Kabul Tarihi: 27.06.2025



Resim 1. Dieulafoy lezyonu ve hemoklips ile kanama kontrolü.

TARTIŞMA

Dieulafoy lezyonu (DL) gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesinde görülebilmeye rağmen olguların %61-82'si mide kaynaklıdır. Gastrik DL genelde özofagogastrik bileşmeye 6-10 cm mesafede küçük kurvaturda yer alır. Bu bölgenin özelliği kanlanmasının submukozal plexus yerine direkt olarak gastrik arter ve dallarından olmasıdır (6,7). Norton ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ekstragastrik yerleşimli olgular sıklık sırasına göre duodenum, kolon, özofagus ve jejunum yerleşimlidir (4). Bizim vakamızda lezyon midenin proksimal bölümünde idi. Etiyolojide NSAİİ, stres, alkol, antikoagülanlar, kardiyak ve pulmoner kapasitedeki azalma rol oynar (4,6). Bizim hastamızda yoğun stres faktörü mevcuttu.

Patogenezi tam olarak bilinmemektedir ancak lezyonun dejeneratif orijinden daha çok malformasyona bağlı olduğu düşünülmektedir. DL karakteristik olarak; submukozal bir defekten lümeneye doğru protrüde olmuş, kıvrıntılı, ektatik ve büyük bir damardan arteriyel kanama şeklinde veya kanama olmadığı durumlarda etrafında ülser olmayan bir pıhtı şeklinde görülmektedir. Lezyonun etrafındaki mukozada inflamasyon, eksuda ve ekimoz bulunmaz. Lümen içi artmış hidrostatik basınç, arteriyel atım ve dış stresler damarın mukozadan perforasyon olup massif kanamaya yol açmasına neden olur (7). Vakamızın endoskopik görünümünde ülseri olmayan, noktasal tarzda, pulsatil kanayan lezyon mevcuttu.

Reilly ve Al-Kawas hastaların %28'inde hematemez, %51'inde hematemez ve melena, %18'inde ise sadece melena olduğunu tespit etmişler (8). Bizim hastamızda da en çok prezentasyon olan hematemez ve melena birlikteliği mevcuttu.

Dieulafoy lezyonunun tanısı zordur. Kanamanın durmuş olması, lezyonun küçük boyutlu olması ve midede yoğun mik-

tarda kan bulunabilmesi nedeniyle lezyon gözden kaçabilir. Endoskopi, DL tanısında duyarlı bir yöntem olmasına rağmen kanamaların tekrarlayıcı olması ve gözden kaçabilirliği nedeniyle ilk endoskopide tanı olasılığı %49 iken, ikincisinde %33'tür. Geriye kalan %18 olguda tanı laparotomi ile konulmaktadır (2). Yaptığımız literatür taramasında bir hastada birden fazla DL varlığı son derece nadirdir ve şu ana kadar çift DL olan iki vaka bildirilmiştir. İlki von Willebrand hastalığı olan mide ve duodenumda iki DL olan hasta iken, ikincisi hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan ve midede iki DL izlenen vakalardır (9,10).

Bizim vakamızda yapılan ilk endoskopide lezyon görülmüş olup lezyona hemostatik klips uygulandıktan sonra hemostaz sağlanmasına rağmen hemoglobin değerlerinde düşme olması nedeniyle yapılan kontrol endoskopisinde aktif kanayan lezyon izlenmemiştir. Fakat hastanın takiplerinde kanamasının tekrarlaması nedeniyle yapılan 3. endoskopide ilk lezyondan kanama olmadığı, bu lezyonun proksimalinde kanayan ikinci bir lezyon bulunduğu görülmüştür. Vakamızı normal DL kanamasından ayıran özelliği literatürde oldukça nadir bildirilen aynı anda çift DL lezyonunun izlenmesidir.

Dieulafoy lezyonu (DL) ayırıcı tanısında; arteriyovenöz malformasyon, vasküler neoplazm, anevrizma ve herediter hemorajik telenjektazi gibi diğer vasküler malformasyonlar düşünülmelidir (11). Endoskopik tedavi yöntemleri arasında heater prob ile termokoagülasyon, fotokoagülasyon, bipolar elektrokoagülasyon, YAG laser, endoskopik klipsleme, skleroterapi (polidokanol, siyanoakrilat, etanol, epinefrin, hipertonic glukoz ile) ve band ligasyon ile bunların kombinasyonları yer almaktadır (7,11). Schmulewitz ve arkadaş-

ları hastaların %50'sinde, Mcgrath %86'sında, Norton ise %96'sında ilk endoskopik tedavide yeterli hemostazı sağlamışlardır (3,4,7). İlk endoskopik tedaviden sonra tekrar kanama oranları; Baetting ve arkadaşların yaptığı çalışmada %11, Reilly ve Alkawas'ın yaptığı çalışmada %15, Pointner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %22 oranında bulunmuştur (6,8). Vakamızda skleroterapi ve hemostatik klips kombinasyon tedavisi uygulanarak hemostaz sağlanmıştır.

Bizim vakamızda ilk endoskopi ile yeterli hemostazın sağlanamamasının nedeni çok nadir olarak izlenen aynı bölgede iki DL'nin olmasından kaynaklanmaktaydı. Endoskopi ile başarılı hemostazın sağlanmadığı durumlarda anjiyografik selektif arteriyel embolizasyon denenebilir. Bu iki yöntem ile kanamanın kontrol edilemediği DL için seçkin yöntem cerrahidir (8). Hastamızda cerrahiye gerek duyulmadı.

Sonuç olarak, massif ve/veya tekrarlayan üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuru, endoskopik olarak kanama odağı saptanamayan hastalarda DL hatırlanmalı ve midenin proksimali endoskopik olarak ayrıntılı incelenmelidir. Müdahale edilip ilk planda hemostazın sağlandığı DL'li olan hastalarda kanamanın tekrarlama halinde vakamızda olduğu gibi ikinci bir DL'nun olabileceği akla gelmelidir. Endoskopi tanı ve tedavi yöntemlerinin uygun kullanımı ile erken ve etkin hemostaz sağlanması bu hastalardaki morbidite ve mortalite oranında belirgin azalma sağlamaktadır.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Finans Beyanı: Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan ederler.

KAYNAKLAR

1. al-Mishlab T, Amin AM, Ellul JP. Dieulafoy's lesion: an obscure cause of GI bleeding. J R Coll Surg Edinb. 1999;44(4):222-5
2. Karamanou M, Fiska A, Demetriou T, Androutsos G. Georges-Paul Dieulafoy (1839-1911) and the first description of "exulceratio simplex". Ann Gastroenterol. 2011;24(3):188-91.
3. Mcgrath K, Mergener K, Branch S. Endoscopic band ligation of dieulafoys lesion: Report of two cases and, review of the literature. Am J Gastroenterol. 1999;94(4):1087-90.
4. Norton ID, Peterson BT, Sorbi D, et al. Management and long term prognosis of dieulafoy lesion. Gastrointest Endosc. 1999;50(6):762-7.
5. Koyuncu A, Lice H, Arıkan S, et al. Masif üst gastrointestinal sistem kanamasına neden olan Dieulafoy's Hastalığı. Ulus Travma Derg. 2003;9:140-2.
6. Baettig B, Haecki W, Lammer F, Jost R. Dieulafoy's disease: Endoscopic treatment and follow up. Gut. 1993;34(10):1418-21.
7. 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.
8. Reilly HF 3rd, al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion. Diagnosis and management. Dig Dis Sci. 1991;36(12):1702-7.
9. Marchese M, De Cristofaro R, Federici AB, et al. Duodenal and gastric Dieulafoy's lesions in a patient with type 2A von Willebrand's disease. Gastrointest Endosc. 2005;61(2):322-5.
10. Park EH, Jung YS, Moon W, Park SJ, Rim H. Double Dieulafoy's lesions of the stomach in a patient with chronic renal failure on long-term hemodialysis. Turk J Gastroenterol. 2010;21(3):293-6.
11. Sone Y, Kumada T, Toyoda H, et al. Endoscopic management and follow up of Dieulafoy lesion in the upper gastrointestinal tract. Endoscopy 2005;37(5):449-53.