

Massif mide kanamasına yol açan bir Dieulafoy lezyonu (olgu sunumu)

Nilay Şen¹, Neşe Çallı Demirkan¹, Metin Akbulut¹, Faruk Aytekin²

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji¹ ve Genel Cerrahi² Anabilim Dalları, Denizli

Amaç: Dieulafoy lezyonu nadir, fakat potansiyel olarak hayatı tehdit eden gastrointestinal kanama nedenidir. Bu vasküler anomali sıklıkla proksimal midede görülmekle beraber özofagus, ince barsak ve kolonda da bulunabilmektedir. **Olgu Sunumu:** Yaklaşık bir haftadan beri tekrarlayan hematemez atakları olan hastaya yapılan özofagogastroskopi mide proksimalinde posterior duvarda akut kanayan vasküler yapı görüldü ve skleroterapi uygulandı. Hastanın kanamasının tekrarlaması nedeniyle gastrotomi+wedge rezeksiyon+primer sütür uygulandı. Rezeksiyon materyalinin histopatolojik incelemesi sonucunda "Dieulafoy lezyonu" olarak rapor edildi. **Sonuç:** Dieulafoy lezyonu, nadir bir antitedir ve nedeni bilinmeyen gastrointestinal kanamalarda akla getirilmesi gerekir.

Anahtar kelimeler: Dieulafoy lezyonu, gastrointestinal kanama

A Dieulafoy lesion presenting with massive gastric bleeding (case report)

Aim: Dieulafoy lesion is a rare, but potentially life-threatening cause of gastrointestinal bleeding. This vascular abnormality usually occurs in the proximal stomach but has been found in the esophagus, small intestine, and colon. **Case Report:** The patient underwent upper endoscopy for the evaluation of recurrent hematemesis of about 1 week duration. Endoscopy showed an acute bleeding artery, located on the posterior wall of the proximal stomach and sclerotherapy was performed. Because of the recurrence of bleeding, gastrotomy + wedge resection and primary suture was performed. Histopathological examination of the resection specimen was reported as Dieulafoy lesion. **Result:** Dieulafoy lesion is a rare entity and should be thought in the acute upper digestive tract bleeding with unknown etiology.

Key words: Dieulafoy lesion, gastrointestinal bleeding

Genel Tıp Derg 2006;16(3):129-131

Masif üst gastrointestinal kanamalarının nadir nedenlerinden biri olan Dieulafoy lezyonu, tanı ve tedavide gecikildiğinde yüksek mortalite oranına sahiptir (1). Tanısı endoskopi veya anjiyografi gibi görüntüleme yöntemleri ile konduktan sonra skleroterapi veya cerrahi rezeksiyon ile tedavi edilen lezyonun, erken tanınması endoskopiye uygulayan doktor için çok önemlidir (2-4).

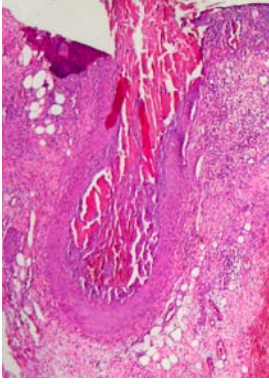
Yazışma adresi: Dr Nilay Şen, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Denizli

e-posta: sennilay@hotmail.com

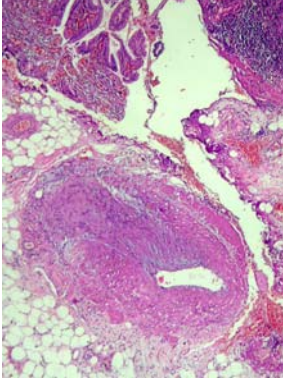
Olgu Sunumu

Olgumuz 39 yaşında; alkol ve ilaç kullanımı, dispeptik yakınmaları olmayan erkek hastadır. Yaklaşık bir haftadan beri tekrarlayan hematemez atakları olan hastanın ilk endoskopisinde aktif ya da sızıntı şeklinde kanama saptanmamıştır. Daha sonra hastanın hematemezinin tekrarlaması üzerine yapılan ikinci endoskopisinde mide korpus proksimalinde, arka duvarda yaklaşık 12-13 mm çaplı yüzeysel ülserasyon alanından fişkirır tarzda kanayan damar görüldü ve skleroterapi yapılarak kanama durduruldu. Ertesi gün hematemezinin tekrarlaması ve skleroterapiye yanıt vermemesi üzerine hasta acil operasyona alındı. "Gastrotomi+ wedge rezeksiyon+ primer sütür" uygulanan hastanın operasyonu

sırasında mide küçük kurvatürde, özefagokardiak bileşkenin yaklaşık 5-6 cm distalinde, 10-12 mm boyutunda mukoza ve submukozada laserasyon ve minimal sızıntı görüldü Post-operatif dönemde komplikasyon gelişmedi ve hasta şifa ile taburcu edildi. Rezeksiyon materyalinin histopatolojik incelemesinde H-E ve orsein boyalı preparatlarda yüzeyi erozyone ve ülserle mide mukozasında submukozal yerleşimli muskuler arterin mukozal yüzeye açıldığı görüldü ve “Dieulafoy lezyonu” olarak rapor edildi (Şekil 1 ve 2). Hasta, operasyon sonrası 4. yılındadır ve herhangi bir yakınması ve/veya kanama öyküsü olmamıştır.



Şekil 1. Mukozal yüzeye açılmış submukozal arter (Hematoksilen-Eozin, x40)



Şekil 2. Submukozal yerleşimli arter yapısı (Hematoksilen-Eozin, x40)

Tartışma

Farklı isimlerle de bilinen (calibre persistant artery of the stomach, circoïd aneurysm, gastric arteriosclerosis exulceratio simplex, Dieulafoy

vascular malformation gibi) Dieulafoy lezyonu gastrointestinal kanalın nadir masif kanama nedenlerinden birisidir (1,5,6). Çoğu olguda kanama yeri gastroözofageal bileşkeden itibaren ilk 6 cm'lik bölüm ve sıklıkla küçük kurvatürdür (1,7). Norton ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (6) ekstragastrik yerleşimli olguların sıklık sırasına göre duodenum, kolon, özofagus ve jejenum yerleşimli olduğu tespit edilmiştir. Bizim olgumuzda lezyon gastroözofageal bileşkenin 5-6 cm distalinde ve küçük kurvatür yerleşimli idi.

Hastaların semptomları hematemez ve melana şeklindedir (3,5,7,8). Sıklıkla orta ve ileri yaşta görülmekle birlikte, geniş bir yaş dağılımına sahiptir ve erkeklerde daha sıktır (1-3,6-8).

Hastalığın patogenezi bilinmemektedir ve çeşitli hipotezler ileri sürülmüştür (3,7). Bu lezyonun dejeneratif orijinden ziyade malformatif olabileceği düşünülmektedir (9). Olasılıkla alkolizm, kronik gastrit, kronik ilaç kullanımı gibi faktörler bazı vakalarda kanamadan sorumludur (1,8). Olgumuzun öyküsünde alkol ve ilaç kullanımı, dispeptik yakınmalar ve peptik ülser yoktu.

Dieulafoy lezyonunun histopatolojik incelemesinde, aynı seviyede bulunan diğer damarlarla kıyaslandığında, muskularis mukoza düzeyindeki küçük submukozal arterin anormal büyük olduğu görülür (3,8). Karakteristik büyük, kıvrıntılı ve ektatik submukozal damar, mukozal yüzeye doğru protrüde olur. Daha önceki endoskopik biyopsi girişimlerine bağlı yüzeysel ülser defekti görülebilir (10).

Lezyonun tanısında endoskopi, sensitif ve ucuz tanısal test olarak görülür (2). Lümeneye doğru çıkıntı yapmış bir damardan arteriyel kanama ve çevresinde güçlükle görülebilen ülserasyon veya yakın zamanda kanadığını düşündüren, lümeneye çıkıntı yapmış damarın görülmesi endoskopik tanı kriterlerini oluşturur (3). Kanamanın durması, lezyonun çok küçük boyutu ve midede yoğun miktarda kan bulunabilmesinden dolayı lezyon gözden kaçabilir. Bu nedenle kanama kaynağını bulmak için, birkaç endoskopik inceleme yapmak gerekebilir (2). Kanama odağı tespit edilemeyen olguların bir kısmında tanı operasyon sırasında konur (1).

Dieulafoy lezyonunda tedavi metodları skleroterapi, sıcak prob termokoagülasyon, laser fotokoagülasyon,

endoskopik klipsleme ve band ligasyon ve cerrahi yöntemi içerir (2,3). Olgumuzda makroskopik olarak saptanan kanama yerine iki kez skleroterapi uygulanmasına rağmen hematemez ataklarının tekrarlaması üzerine cerrahi girişim yapılarak “gastrotomi + wedge rezeksiyon + primer sütür” uygulandı.

Sonuç

Dieulafoy lezyonunu, masif üst gastrointestinal kanamaya neden olmasından dolayı, zamanında tanı konulup müdahale edilmediğinde mortalitesinin yüksek olması kaçınılmazdır. Bu nedenle masif üst gastrointestinal kanamayla gelen, tekrarlayan hematemez atakları dışında öyküsü bulunmayan hastalarda Dieulafoy lezyonu da akla getirilmeli ve endoskopik inceleme yapılırken özellikle midenin proksimal kısmı detaylı incelenmelidir.

Kaynaklar

1. 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; 157-160.

2. Skok P: Endoscopic hemostasis in exulceratio simplex-Dieulafoy's disease hemorrhage: A review of 25 cases. Endoscopy 1998; 30; 590-4.
3. Chan AY, Ramsey WH: Recurrent upper gastrointestinal bleeding due to the Dieulafoy's lesion. Conn Med 2000;64; 139-141.
4. Kayabay A, Coşkun A, Zengel B, Nart A, Deneçli AG. Massif mide kanamasına neden olan bir Dieulafoy Hastalığı: Olgu sunumu. Ege Tıp Dergi 1998; 35; 187-8.
5. Koyuncu A, Lice H, Arıkan S, Şentürk OO, Yücel AF, Kocakuşak A. Masif üst gastrointestinal sistem kanamasına neden olan Dieulafoy's Hastalığı. Ulus Travma Derg 2003; 9; 140-2.
6. Norton ID, Peterson BT, Sorbi D, Balm RK. Management and long term prognosis of Dieulafoy lesion. Gastrointest Endosc 1999;50;762-7.
7. Mc Grath 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.
8. Lee YT, Walmsley RS, Leong RWL, Sung JY. Dieulafoy's lesion. Gastrointest Endosc 2003; 58; 236-43.
9. Rosai J. Gastrointestinal Tract. In: Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2004: 656.
10. Campbell DR, Dixon AY: Dieulafoy's lesion. Gastrointest. Endosc 2000; 51; 466.