

Seyrek görülen bir üst gastrointestinal sistem kanama nedeni: Dieulafoy lezyonu*

A rare cause of upper gastrointestinal bleeding: Dieulafoy's disease

Dr. Mustafa YILMAZ, Dr. Ömer ÖZÜTEMİZ, Dr. Galip ERSÖZ, Dr. Ali DEMİR, Dr. Ahmet AYDIN, Dr. Ulus AKARCA, Dr. Zeki KARASU, Dr. Yücel BATUR, Dr. Hanefi ÇAVUŞOĞLU

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği, İzmir

ÖZET: Dieulafoy lezyonu sık aralarla ve ciddi derecede kanayan, makroskopik olarak lümeneye çıkıntılı, yeni vakalarda üzerinde pıhtı bulunan arteriel damar lezyonudur. Kliniğimizde 1994-1996 yıllarında varis dışı üst gis kanama tanısı ile izlenen 515 hastadan 12'sinde (% 2.3) Dieulafoy lezyonu saptandı. Bu vakaların klinik özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir. Olguların 8'si erkek, 4'ü kadın ortalama yaş 59 ± 18 ve tümünün hastaneye geliş nedeni hematemez melen idi. Yatışta hastaların hemoglobin değerleri 5-10 g/dL arasında değişmekteydi. Kliniğimizde izlendiği sürede yapılan kan transfüzyonu 3-10 ünite arasında değişmekteydi. Hastaların 8'inde ek sistemik hastalık saptandı. Endoskopik olarak 8 vakada lezyon proksimal korpusta, 3'ünde fundusta ve 1'inde kardiada olduğu görüldü. Hastaların 7 sinde endoskopi sırasında aktif kanama mevcuttu, 5 vakada üzeri pıhtılı damar görüldü. Tüm hastalara endoskopik skleroterapi yapıldı (Adrenalin 1/10.000 ve polidocanol % 1). İlk skleroterapiden sonra 2 hastada kanama tekrarladı; bunlardan birinde müteakip yapılan skleroterapilerle kanama kontrol altına alınamadı, cerrahiye verilen hasta operasyon sırasında kaybedildi. Sonuç olarak, Dieulafoy lezyonu tedavisinde endoskopik skleroterapi genelde başarılıdır. Özellikle sık tekrarlayan ve endoskopide kanama nedeni tam belirlenemeyen vakalarda bu tanı daima akıldan tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Dieulafoy lezyonu, endoskopik skleroterapi, üst gastrointestinal kanama

SUMMARY: Dieulafoy's disease is an arterial lesion with is frequent and serious bleeding and in new cases it is macroscopically protruding into the intestinal lumen having clot on its surface. In our clinic, between 1994 and 1996, Dieulafoy's disease was identified in 12 (2.3%) of 515 patients followed by the diagnosis of upper gastrointestinal bleeding without having varices. The clinical features of these cases were retrospectively analyzed. There were 8 males and 4 females, average ages 59 ± 18 . The reasons for applying to the hospital were hematemesis and melen in all patients. Hemoglobin values were between 5 to 10 g/dL at the hospitalization and blood transfusion during follow-up in the clinic was between 3 to 10 units. Additional systemic disease was diagnosed in 8 patients. Endoscopically the lesion was at the proximal corpus in 8, fundus in 3 and cardia in 1 case. During endoscopy, active bleeding was observed in 7 cases and in 5 cases, a vessel having clot on its surface was identified. Endoscopic injection sclerotherapy (Adrenalin 1/10.000, polidocanol % 1) was the treatment in all cases. Bleeding recurred in 2 cases after initial sclerotherapy. In one of these two cases, bleeding could not be stopped even after second sclerotherapy and the patient died during surgery. Sclerotherapy is generally successful in the treatment of Dieulafoy's disease. The diagnosis of Dieulafoy's disease should be remembered in cases of frequently recurring hemorrhage having unidentified reason endoscopically.

Key words: Dieulafoy's disease, endoscopic sclerotherapy, upper gastrointestinal bleeding

İlk defa 100 yıl önce bir Fransız cerrahı tarafından tanımlanıp onun ismi ile anılan Dieulafoy lezyonu, sık aralarla ve ciddi derecede kanayan, makroskopik olarak lümeneye çıkıntılı, etrafında ülser olmayan, yeni kanamış olgularda üzerinde pıhtı bulunan arteriyel damar lezyonudur (1).

Bu lezyon en sık midenin proksimal korpus ve fundusunda lokalize olursa da gastrointestinal kanalın her yerinde görülebilir, soliterdir

etrafında başka lezyon saptanmaz. Proksimal midede özellikle küçük kurvatur tarafında lokalize olması, midenin damarsal yapısı ile ilgili olup bu bölgedeki submukozal ve subserozal arteriyel damarlar daha sık, geniş ve tortiyözdür (2). Lezyonun kliniği uniform olup masif üst gastrointestinal kanama ile kendini gösterir, varis dışı üst GİS kanamaların % 4-9 kadarından sorumlu tutulmaktadır (3). Mortalitesi yüksek olarak bili-

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri

Hasta	Yaş/Cins	Ek hastalık	Yatış Hb (g/dL)	Kan transfüzyonu (ünite)	Lezyon yeri
1	60/E	Lenfoma	8	6	Proksimal korpus
2	27/E	-	7.4	10	Proksimal korpus
3	50/E	A. spondilit	10	3	Fundus
4	70/K	ASKH	9	10	Proksimal korpus
5	45/E	Seminom	5	6	Fundus
6	79/E	MDS	8	3	Proksimal korpus
7	72/E	-	10	3	Proksimal korpus
8	72/K	HT	7	7	Proksimal korpus
9	66/E	KOAH	9	3	Proksimal korpus
10	31/K	-	6	4	Kardia
11	79/K	KKY	9	3	Fundus
12	60/E	ASKH	7	6	Proksimal korpus

HT: Hipertansiyon, ASKH: Aterosklerotik kalp hastalığı, MSD: Myelodisplastik sendrom, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KKY: Konjestif kalp yetmezliği.

Not: Lezyonların tümünün özofagogastrik bileşkeye 8 cm mesafe içinde olduğu saptanmıştır.

nen bu hastalık (4), endoskopik tanı ve girişimsel yöntemlerin, özellikle endoskopik skleroterapinin kullanıma girmesiyle korkulan bir hastalık olmaktan çıkmıştır. Bu çalışmada yoğun olarak üst gastrointestinal sistem kanamalı hasta kabul eden kliniğimizde, bu vakalarda Dieulafoy lezyonu sıklığının araştırılması ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlandırılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Ege Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniği'nde Ocak 1994-Aralık 1996 tarihleri arasında varis dışı üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması ile yatan 515 hastadan endoskopide Dieulafoy lezyonu saptanan 12 hastanın klinik özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir. Üst GİS kanama ile başvuran tüm hastalara ilk 12 saat içinde acil üst GİS endoskopisi yapılmıştır. Endoskopik incelemeler standart Olympus GIF-1T 10 ve T-20 panendoskoplarla yapılmıştır.

Dieulafoy lezyonu endoskopik olarak lümen çıkıntılı, etrafında ülser içermeyen aktif kanaması olan veya üzeri pıhtılı damarsal oluşum olarak kabul edilmiştir. Kanamaya sebep olabilecek ek lezyonu olanlar çalışmaya alınmamıştır. Endoskopik enjeksiyon skleroterapisi gereken olgulara endoskopistin o andaki kararına göre adrenalin 1/10.000 ve/veya polidocanol % 1 enjeksiyonu yapılmıştır. Bu işlemde enjeksiyon lezyon

çevresinde farklı alanlara ve damar içine yapılmıştır.

BULGULAR

Hastaların 8'i erkek, 4'ü kadın ve yaşları 27-79 arasında, ortalama yaş 59 ± 18 idi. Olgular klinik özellikler açısından incelendiğinde, tümünün hastaneye geliş nedeni hematemez ve melenadır. Hastaların yatış hemoglobin değerleri 5-10 g/dL arasında değişmekteydi. Hastaların 9'unda Dieulafoy lezyonuna ek olarak sistemik hastalık mevcuttu. Bu vakalardaki ek sistemik hastalıkların ortak özelliği saptanmamıştır (Tablo 1). Dieulafoy lezyonunun 8 olguda (% 66.6) korpus küçük kurvaturda kardioözefagial bileşkeye en fazla 8 cm mesafede, 3 (% 25) olguda fundusta, 1 (% 8.3) olguda kardiada olduğu görüldü. İki olguda aynı seansta 2 endoskopist tarafından tekrar tekrar taranarak lezyon görülebilirken, bir vakada lezyon görülebilmesi için 5 defa endoskopi yapılması gerekmiştir. Hastaların 7'sinde endoskopi sırasında aktif kanama mevcuttu, 5 hastada ise üzeri pıhtılı damar görülmüştür. Tüm hastalara 1/10000 Adrenalin (10-12 mL) ve % 1 polidocanol (6-10 mL) ile lezyon çevresinde değişik alanlara ve direkt damar içine endoskopik skleroterapi yapıldı. İlk skleroterapi sonrası tüm hastalarda hemostaz sağlandı, fakat 2 vakada kanama tekrarladı. Bunlardan birine müteakip

yapılan 2. skleroterapiye rağmen kanama kontrol altına alınamadı, cerrahiye verilen hasta kaybedildi.

TARTIŞMA

Dieulafoy lezyonu gastrointestinal sistemin her yerinde görülebilmekle birlikte sıklıkla proksimal midede, özellikle kardioözofagial bileşke küçük kurvatur tarafında ilk 6 cm içinde bulunur (3). Şiddetli üst GİS kanama sebebi olan bu lezyon, kanama nedenleri arasında oldukça seyrek olarak görülür. Literatürde varis dışı üst GİS kanamaların % 4-9'dan sorumlu olduğu bildirilmektedir. Ayrıca bu hastaların çoğunda ek sistemik hastalık olduğu da bildirilmektedir (4). Bizim burada sunduğumuz serimizde üst gastrointestinal kanamada % 2.3 sorumlu olarak saptandı ve lokalizasyon olarak % 66.6'sı kardiaya 8 cm mesafe içinde küçük kurvatur tarafında bulunurken, % 25'i fundusta, % 8.3'ü kardiada saptanmıştır. Hastalarımızın % 75'inde ek sistemik hastalık saptanmış olup bu hastalıklarda ortak özellik görülmemiştir (Tablo 1).

Dieulafoy lezyonunun patogenezi hala net olarak açıklanamamış olmakla birlikte normalde arterlerin mide duvarına girmeden önce çapları daralırken, bazılarında bunun olmaması, yani arterin intestinal kanal duvarına girerken kalibrasyonunun değişmemesi ve submukozal olarak kalın bir arter olarak seyretmesi ve bir nedenle de üzerindeki mukozada erozyon oluşması damar duvarını da erode ederek masif kanamaya yol açmaktadır. Bu hastalarda alkol, NSAID kullanımı ve gastrit gibi nedenler erozyon ya da rüptür ile sonuçlanabilmektedir (4, 5). Bizim serimizde bir hastada NSAID kullanımı mevcuttu, alkol kullanımı ise saptanmadı.

Son yıllarda üst GİS endoskopisiyle kanama odağı saptanamama oranı % 8.6'dan % 2 gibi değerlere inmiş olup bunda endoskop teknolojilerindeki gelişme ile Dieulafoy lezyonunun daha çok tanınır hale gelmesinin payı büyüktür (7). Nitekim, bizim endoskopi ünitemizin sonuçlarına göre 1993 yılından önce preoperatif olarak endoskopik yöntemle saptanan Dieulafoy lezyonu olgusu kaydı yoktur.

Klinik olarak ani başlayan masif kanama bu hastalık için tipiktir. Tanıda kanama sırasında endoskopi yapılması önemlidir. Bu hastalarda konservatif tedavi ile mortalitenin % 100'e yakın olduğu ve preoperatif ya da operasyon sırasında

kanama odağı saptanamayan olgularda operatif mortalitenin % 50'nin üzerinde olduğu bildirilmiştir. Operasyon öncesi tanı için tekrarlayan endoskopiler yapılmalıdır, zira operasyonda odak saptanabilmesi çok güç olup, bu tanı şüphesi ile operasyona alınan hastalarda anterior büyük insizyon ve mide duvarının dikkatli inspeksiyonu gereklidir (1). Dieulafoy lezyonuna bağlı kanama tedavisinde önceleri cerrahi ilk seçenek iken, son yıllarda endoskopik skleroterapi başarı ile uygulanmaktadır (5). Cerrahi tedaviden endoskopik tedaviye geçilmesi ile mortalitede önemli derecede azalmalar olmuştur. Bu durumun başlıca iki nedeni vardır, birincisi gelişmiş ve fleksibilitesi artmış endoskopların lezyon lokalizasyonunu kolayca yapabilir hale gelmesi, ikincisi de endoskopik skleroterapinin yaygın olarak uygulanmasıdır. Endoskopik tanı ve tedavi girişimlerindeki bu ilerleme hastaların büyük kısmında sorunu ortadan kaldırmakla kalmayıp, kalan kısmında, yani skleroterapi ile kontrol altına alınamayan vakalarda cerrahiye verilirken lezyonun tanı ve lokalizasyonu bilindiğinden mortaliteyi de belirgin olarak düşürmüştür.

Eskiden kanama lokalizasyonu saptanamayan hastalara kör olarak Billroth-II operasyonu yapılmaktaydı. Bu durumda lezyon proksimalde kaldığından şiddetli postoperatuar kanama ve yüksek mortalite kaçınılmaz olamaktaydı (1). Endoskopik tanı ve tedavi yöntemlerinin olmadığı dönemlerde kötü prognoz ve yüksek mortaliteye (% 79 mortalite) sahip bu hastalıkta endoskopi ve endoskopik skleroterapi yöntemlerinin gelişmesi ile mortalite belirgin olarak azalma gözlenmiştir (% 23), en büyük mortalite nedeni kör Billroth-II yapılmadan önce tanının konulamaması olduğu bildirilmektedir (8, 9).

Dieulafoy lezyonunun endoskopik skleroterapi ile tedavisi konusundaki çalışmalar yenidir ve bu çalışmalarda alınan sonuçlar endoskopik skleroterapinin etkili bir tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir. Bu konuda en büyük vaka serili çalışma Baettig ve arkadaşları tarafından yapılmış olup 28 olgudan 27'sinde (% 96.4) ilk seansta kanamanın kontrol altına alındığı daha sonra bu olgulardan 2'sinde kanamanın tekrarladığı ve cerrahi gerektirdiği bildirilmektedir (5). Pointer ve arkadaşları tarafından yayınlanan 22 vakalık seride 18 hastada (% 82) yalnızca endoskopik tedavi yeterli olurken 4 vakada kanama tekrarlama üzerine cerrahi yapıldığı bildirilmektedir (1). Ortuno-Cortes ve arkadaşları

tarafından yapılan çalışmada varis dışı üst GİS kanamalarının % 1.18'inde Dieulafoy lezyon saptamışlar ve 14 hastalık bu seride lezyonların % 78'inin kardiya 6 cm mesafede olduğu, 6 hastada (% 43) tanı konulabilmesi için birden fazla endoskopi yapılmayı gerektirdiğini, Adrenalin 1/10.000 ve Polidokanol % 2 kullanarak yapılan endoskopik skleroterapi ile hastaların % 78'inde başarılı hemostaz sağlandığı, 2 hastanın cerrahi gerektirdiği ve bir hastanın kaybedildiği bildirilmektedir (10). Arora ve arkadaşları ise yaptıkları retrospektif incelemede Dieulafoy lezyon insidansını % 0.67 olarak bildirmektedirler (11).

Bu sonuçlar bizim bulgularımızla da benzerlik göstermektedir. Burada görüldüğü gibi lezyon insidansı her çalışmada farklılık göstermektedir. Bizim olgularımızın biri hariç tümünde ilk endoskopi seansında tanı konulmuştur. Bir vaka

tekrarlayan kanama atakları ile seyretti ve tanı ancak 5. seans endoskopide konulabildi. Tüm hastalarda bir seansta yapılan skleroterapi ile kanama kontrol altına alındı, fakat 2 hastada kanama tekrarladı; bunlardan birinde 2. gün kanama tekrarladı ve müteakip yapılan skleroterapi ile kanama kontrol altına alındı. Bir vakada ise ilk skleroterapiden birkaç saat sonra kanama tekrarladı ve tekrar skleroterapi denemesine rağmen kanaması durdurulamayan hasta cerrahiye verildi, ancak peroperatuar kaybedildi. Diğer hastaların kliniğimizdeki takibinde kanama tekrarı görülmedi.

Sonuç olarak; sık tekrarlayan ve endoskopide kanama nedeni tam belirlenemeyen olgularda Dieulafoy lezyonu daima hatırlanmalıdır. Tedavisinde endoskopik skleroterapi etkili ve güvenli bir tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Pointer R, Schwab G, Königsrainer A, Dietze O. Endoscopic treatment of Dieulafoy's disease. *Gastroenterology* 1988; 94: 563-6.
2. Fagup PG, Tholfen JK, Berner AA, et al. Ex ulceratio simplex Dieulafoy-Report of three cases. *Endoscopy* 1996; 18: 252-3.
3. Cotton RB, Rosenberg MT, Waldrum RPL, Axon ATR. Early endoscopy of oesophagus, stomach and duodenal bulb in patients with haematemesis and melaena. *Br Med J* 1973; 2: 505-9.
4. Fagup PG, Rosseland AR, Stray N, et al. Localized telangiopathy of the stomach and duodenum diagnosed and treated endoscopically. Case reports and review. *Endoscopy* 1981; 13: 1.
5. Baettig B, Haeck W, Lammer F, Jost R. Dieulafoy's disease: Endoscopic treatment and follow-up. *Gut* 1993; 34: 1428-31.
6. Schmid KW, Pointner R, Feichtinger J. Ex ulceratio simplex Dieulafoy of colon-A case report. *Endoscopy* 1988; 20: 88-9.
7. Matek W, Frügmorgen P. Efficacy of arresting gastrointestinal haemorrhage. *Endoscopy* 1983; 15: 132-5.
8. Richer RM. Massive gastric haemorrhage from submucosal arterial malformation. *Am J Gastroenterol* 1975; 64: 324-6.
9. Veldhuyzen Van Zaten SJO, Bartelssman JFWM, Schipper MEI, Tytgat GNJ. Recurrent massive haematemesis from Dieulafoy's vascular malformations-a review of 101 cases (Progress report). *Gut* 1986; 27: 213-22.
10. Ortuno-Cortes JA, Quintana-Tomas L, Garcia-Garsia A. Endoscopic sclerotherapy is useful in Dieulafoy's disease. *Gastroenterol Hepatol* 1996; 19 (2): 47-51.
11. Arora A, Mehrotra R, Patnaik PK, et al. Dieulafoy's lesion: a rare case of massive upper gastrointestinal haemorrhage. *Trop Gastroenterol* 1991; 12 (1): 25-30.