

# Dieulafoy lezyonu: Seyrek görülen bir gastrointestinal kanama nedeni

Ertuğrul Kayaçetin<sup>1</sup>, Banu Tek<sup>2</sup>

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi <sup>1</sup>Gastroenteroloji Bilim Dalı ve <sup>2</sup>İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

**Amaç:** Bu yazıda endoskopik skleroterapi ile başarıyla tedavi edilen iki dieulafoy lezyonu takdim edildi ve bu konu ile ilgili literatür gözden geçirildi. **Olgu sunumu:** Ciddi gastrointestinal kanama nedeni ile hastanemize müracaat eden iki dieulafoy lezyonu vakasını sunduk. **Sonuç:** Dieulafoy lezyonu nadir görülür, tanısı zordur, üst gastrointestinal sistem kanamalarında etyolojide göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavisinde endoskopik skleroterapi etkili, ucuz ve güvenli bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Dieulafoy lezyonu, gastrointestinal kanama, skleroterapi

## A rare cause of gastrointestinal bleeding : Dieulafoy's lesion

**Objective:** In this article, we present two cases of Dieulafoy's lesion that was treated successfully by endoscopic sclerotherapy and the literature related with this subject was reviewed. **Case report:** We report two cases of Dieulafoy's lesion who were admitted to our hospital because of severe gastrointestinal bleeding. **Conclusion:** Dieulafoy's lesions are rare and often difficult to diagnose, but it should be considered in the evaluation of upper gastrointestinal tract hemorrhage. Endoscopic therapy is a safe, effective and relatively inexpensive method for the treatment for Dieulafoy's lesion.

Key words: Dieulafoy's lesion, gastrointestinal bleeding, sclerotherapy

## Genel Tıp Derg 2003;13(4):171-173

Dieulafoy lezyonu, gastrointestinal kanama nedenleri arasında nadir görülen, hayatı tehdit eden ve sıklıkla tekrarlayan kanamalara neden olan mide mukozasının yüzeysel vasküler lezyonudur. Lezyon ilk olarak Gallard tarafından 1884'te ve daha sonra da Fransız cerrah Dieulafoy tarafından 1896 yılında exulceratio-simplex olarak tarif edilmiştir (1-3). Kanamanın, submukoza altında kıvrımlı seyir gösteren genişlemiş bir arter nedeniyle meydana geldiği kabul edilmektedir. Patogenezi tam olarak bilinmemesine rağmen, tabanında fibrinoid nekroz bulunan gastrik mukozal defekt ve defektin tabanında geniş kalın duvarlı arter saptanmıştır (4). Vaskülit, anevrizma oluşumu ve aterosklerosis belirtisi yoktur. Lezyon gastrointestinal sistemin herhangi bir bölgesinde görülebilir, fakat sıklıkla kardio-özofageal bileşkede ve midenin proksimal kesiminde küçük kurvatur boyunca yerleşir. Orta ve ileri yaştaki

erkeklerde daha sık görülür (1,5).

## Olgu sunumu

**Olgu 1:** 50 yaşında erkek hasta hematemez ve melena bulguları nedeniyle yatırıldı. Nonsteroid antiinflatuar ilaç (NSAİİ) kullanma öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde, karın yumuşak, organomegalisi yoktu. Nazogastrik lavajda, aspirasyon materyali kanlı idi. Laboratuvar bulgularında, hemoglobün 7 g/dl, hematokrit % 21, platelet sayısı 155,000/mm<sup>3</sup> idi. Endoskopide midede taze kan vardı, fundusta 0.4 cm çapında, üzerinde görünen damar olan lezyon görüldü. 1/10000'lik adrenalin ile skleroterapi yapıldı. Üç ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Beşinci günde şifa ile taburcu edildi.

**Olgu 2:** 40 yaşında erkek hasta hematemez, melena ve baş dönmesi şikayeti ile servisimize yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Laboratuvar bulgularında, hemoglobün 9.1 g/dl, hematokrit % 26.7, platelet

Yazışma adresi: Dr.Ertuğrul Kayaçetin, Havzan Mah Şehir Cad Safir Sk Sültem Blk Yıldız Sitesi No: 4/7 Meram, Konya.

sayısı 137,000/mm<sup>3</sup> idi. Endoskopide, kardiyada üzerinde pıhtı bulunan 0.6 cm çapında mukozadan kabarık lezyon görüldü. 1/10000'lik adrenalin ile skleroterapi yapıldı.

Ertesi gün hastanın hematemizi tekrarladı, tekrar yapılan endoskopisinde kardiyadaki bu lezyondan kanama olduğu görüldü. 1/10000'lik adrenalin ile tekrar skleroterapi yapıldı, hemostaz sağlandı, 1 hafta sonra hasta şifa ile taburcu edildi.

## Tartışma ve sonuç

Dieulafoy lezyonu, gastrointestinal sistem kanamalarının nadir rastlanılan nedenlerinden olup, gastrointestinal sistem kanamalarının % 0.3-6.7 sinden sorumludur (2,6). Ortalama 50'li yaşlarda görülür, literatürde 20 aylık ile 93 yaş arasında rastlanılmıştır (5). Erkeklerde, kadınlardan iki kat fazladır. Schmulewitz ve Boillie'nin (4) serisinde yaş ortalaması 70 iken, Canbaz ve arkadaşlarının (7) serisinde 49; Baettig ve arkadaşlarının (8) serisinde ise 61.7 olarak bulundu. Bizim hastalarımızın yaş ortalaması, literatürdeki hastaların yaş ortalamasına göre daha genç olarak saptandı.

Midedeki lezyonların % 98'i midenin proksimal bölümünde ve küçük kurvatur tarafındadır, bu bölgenin özelliği kanlanmasının submukozal pleksus yerine direkt olarak gastrik arter ve dallarından olmasıdır (5,8). Bizim her iki vakamızda da lezyon midenin proksimal bölümünde lokalize idi. Hastalığın etyojisinde NSAİİ'ler, antikoagülanlar, fekalomlar, stres, kardiyak ve pulmoner kapasitedeki azalma sorumlu tutulabilir. Norton ve arkadaşları (2), hastaların % 51'inde, Baettig ve arkadaşları (8) ise % 43'ünde aspirin ve NSAİİ alımı tespit ettiler. Bizim de 1 hastamızda NSAİİ alımı hikayesi vardı.

Dieulafoy lezyonunun tanısı zordur, kanayan arter üzerindeki küçük defekt gözden kaçabilir, tanıda endoskopinin yanı sıra anjiyografi ve endoskopik ultrasonografinin de değeri yüksektir (9). Acil endoskopi hastaların % 49-63'ünde tanı koymaya yardımcı olmuştur. Dieulafoy lezyonu intermitan ve masif kanamalara neden olur. Reilly ve Al-kawas (10) hastaların % 28'inde hematemez, % 51'inde hematemez ve melena, % 18'inde ise sadece melena bulmuşlardır. Son yıllarda endoskopik tedavi yöntemleri (heater prob ile termoregülasyon, bipolar elektrokoagülasyon, fotokoagülasyon ve epinefrin,

polidokanol, etanol, cyanoakrilat, hipertonic glikoz ile skleroterapi uygulanması) geliştirilmiştir (1,6).

Norton ve arkadaşlarının (2) serisinde mortalite oranı % 13 bulunmuş ve cerrahi girişim vakaların % 2-6'sında uygulanmıştır. Mcgrath (1) hastaların % 86'sında, Schmulewitz ve arkadaşları (4) % 50'sinde, Norton (2) ise % 96'sında ilk endoskopik tedavide yeterli hemostaz sağladılar. Son yıllarda endoskopik band ligasyonunun etkili bir tedavi yöntemi olduğu gösterilmiştir. Band ligasyonu ile aspire edilen dokuda iskemik nekroz gelişmesi ve bu olayın mukoza ve submukozada sınırlı olmasından dolayı perforasyon riski diğer endoskopik tedavi metodlarına göre daha az bulunmuştur (1,5,11). Endoskopik hemostazın etkisiz kaldığı vakalarda anjiyografi ile embolizasyon denenebilir. Schmulewitz (4) 40 Dieulafoy lezyonunda, 3 hastaya anjiyografi ile sol gastrik artere selektif embolizasyon uygularken, Reilly ve Al-kawas (10) 177 dieulafoy vakasının 11'inde anjiyografi ile kanamanın yerini gösterip 3 vakada jel-foam ile embolizasyon yapmışlardır. İlk endoskopik tedaviden sonra tekrar kanama oranı, Baettig ve arkadaşlarının (8) serisinde % 11, Pointner ve arkadaşlarının (12) serisinde % 22, Reilly ve Al-kawas'ın serisinde (10) % 15 oranında bulunmuştur.

Sonuç olarak, sık tekrarlayan genellikle hematemizle seyreden ve endoskopide kanama nedeni tam olarak belirlenemeyen olguların tanısında Dieulafoy lezyonu düşünülmelidir. Tedavisinde endoskopik skleroterapi ile adrenalin enjeksiyonu kolay bulunması, etkinliği ve pahalı olmaması nedeni ile tercih edilmelidir.

## Kaynaklar

1. 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; 94:1087-90.
2. Norton ID, Peterson BT, Sorbi D, Balu RK, Alexander GL, Gostout CJ. Management and long term prognosis of dieulafoy lesion. Gastrointestinal Endoscopy 1999;50:762-7.
3. Ertem S, Aydın A., Batur Y, Çavuşoğlu H, Korkut M, Tunçyürek M. Dieulafoy vasküler malformasyonuna bağlı bir masif hematemiz vakası. T Klin Gastroenterohepatoloji 1994:164-6.
4. Schmulewitz N, Boillie J. Dieulafoy lesions: A review of 6 years of experience at a tertiary referral center. Am J Gastroenterol 2001; 96:1688-94.
5. Nikolaidis N, Zesor P, Giouleme O, Budas K, Morakis G, Paroutoglou G, Eugenidis N. Endoscopic band ligation of Dieulafoy-like lesions in the upper gastrointestinal tract. Endoscopy 2001;33:754-60.

6. Yılmaz U, Özütemiz Ö, Ersöz G, Demir A, Aydın A, Akarcalı ve ark. Seyrek görülen bir üst gastrointestinal kanama nedeni: Dieulafoy lezyonu. Türk Gastroenteroloji Derg 1988;2:146-9.
7. Canbaz H, Korkut M, Alkanat M, Uçar Y, Kara E. Dieulafoy vasküler malformasyonu, gastrointestinal sistemin nadir kanama nedenlerinden biri. Türk Gastroenteroloji Derg 1999; 10:157-60.
8. Baettig B, Haecki W, Lammer F, Jost R. Dieulafoy's disease. Endoscopic treatment and follow up. Gut 1993;34:1418-21.
9. Folvik G, Nesje CB, Berstad A, Odegaard S. Endosonography-guided endoscopic band ligation of dieulafoy's malformation: A case report. Endoscopy 2001;33: 636-8.
10. Reilly HF, Al-kawas FH. Dieulafoy's lesion diagnosis and management. Dig Dsi Sci 1991;36:1702- 7.
11. Beyler AR, Soykan İ, Baştemir M, Çetinkaya H, Örmeci N, Gören A, ve ark. Dieulafoy lezyonu: Nadir bir gastrointestinal kanama nedeni. Türk Gastroenteroloji Derg 1995;6:265-6.
12. Pointner R, Schwab G, Königsrainer A, Dietze O. Endoscopic treatment of Dieulafoy's disease: Gastroenterology 1988;94:363-6.