

Nadir Rastlanılan Üst GİS Kanama Nedeni; Dieulafoy Lezyonu

Hakan Bozkurtoğlu¹, Alaattin Öztürk², Necati Tan³, Cengiz Kaya⁴

¹Central Hospital Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, ²Sema Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
³Gebze Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, ⁴Pendik Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Nadir rastlanılan üst GİS kanama nedeni; dieulafoy lezyonu

Dieulafoy lezyonu ciddi gastrointestinal kanamaya yol açabilen nadir görülen bir klinik antitedir. Bu patolojinin önemi; ciddi kanamaya yol açabilmesi, teşhisinin zor olması ve mükerrer girişimler gerektirecek tekrarlayan kanamalara yol açabilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu raporumuzda gastrik yerleşimli dieulafoy lezyonu nedeni ile masif gastrointestinal kanaması ile acil servisimize başvuran bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Masif, üst Gİ kanama, dieulafoy lezyonu

Ümraniye Tıp Dergisi 2010-2011;3-4:20-21

ABSTRACT

A rare cause of the upper GI Bleeding; Dieulafoy Lesion

Dieulafoy lesion is a rare clinic presentation, which may be cause of the serious gastrointestinal bleeding. The importance of this pathology is that may be cause of serious bleeding, to hard the diagnosis and to carry with repeated bleeding which may require repeated therapeutic attempt.

In this study, we present a patient who applied to our emergency room with massive gastrointestinal bleeding because of the dieulafoy lesion staying at the stomach.

Key words: Massive, upper GI bleeding, dieulafoy lesion

Ümraniye Tıp Dergisi 2010-2011;3-4:20-21

OLGU

47 yaşında uzun süreli alkol alımı anamnezi olan erkek hasta. 1 günden beri devam eden melana hastaneye başvurduğu gün başlayan hematemez şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Daha önce herhangi bir gastrointestinal kanama öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde önemli bir patolojik bulgu izlenmedi. TA: 100/60 mmHg, Nb: 100/dk idi. Hb: 8 gr/dl, HTC: 23.6, PLT: 170000/mm³ olarak saptandı. Hastaya acil şartlarda endoskopi yapıldı. Mide içeriği bol hemorajik materyalle doluydu. Hemorajik içerik aspire edilip yıkandı. Retrofleksiyonda mide fundusunda küçük kurvatur tarafında yaklaşık 5 mm çapında üzeri hemorajik materyalle kaplı eroziv lez-

yon izlendi. Lezyonun üzeri temizlenmek istenirken hemoraji arttı. 1/10000'lik epinefrin solüsyonu ile skleroterapi yapıldı. Hemoraji kontrol altına alındı. Hastaya 3 Ü eritrosit suspansiyonu verildi. İşlemden yaklaşık 36 saat sonra rehemoraji olması üzerine endoskopik girişim tekrarlandı ve skleroterapi yenilendi. Hemoraji kontrol altına alındı. Hastaya 2 Ü daha eritrosit suspansiyonu verildi. Hasta 5 gün gözlem altında tutulduktan sonra taburcu edildi.

İRDELEME

Dieulafoy lezyonu masif gastrointestinal kanamaya sebep olan, ancak nadir gözlenen lezyonlardır (1,2). Bu lezyonun kanaması gastrointestinal mukozadaki küçük bir defekt ile birlikte geniş submukozal arterin lümen içine yırtılması olarak izah edilmektedir (3). Gastrointestinal tractta hemen her yerde gözlenebilir-se de vakaların %75-95'i midede izlenir. Midenin de özellikle kardiyoözofageal bileşke ve fundusta küçük kurvatur tarafında yerleşir (2). Bizim sunduğumuz olguda da lezyon bu lokalizasyonda gözlenmiştir.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Hakan Bozkurtoğlu
Central Hospital Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-216-444-7799

Elektronik posta adresi / E-mail address:
hakanbozkurtoglu@centralhospital.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
8 Aralık 2010 / December 8, 2010

İkinci sıklıkla ise kolonda yerleşmektedir ve bu vakaların %10'unu kapsamaktadır (2,4). Sıklıkla orta yaş ve yaşlı hastalarda, erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha fazla gözlenmektedir (4). Literatürde 20 ay ile 90 yaş arasında gözlendiği bildirilmiştir (4). Bu klinik patolojide bazı araştırmacılar kanamayı ektopik damarları kaplayan epitelyumdaki basınç erozyonuna bağlı yırtılmaya bağlamaktadırlar (5). Hastaların büyük bir kısmında kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, diyabet veya alkolizm eşlik eden co morbiditeler olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Bizim vakamızda da hastamızın kronik alkol alımı gözlenmiştir.

Dieulafoy lezyonunun tanısında endoskopi %49 -63 oranında başarı gösterirse de lezyonun tanısı kanayan arter üzerindeki defektin gözden kaçabilmesi nedeni ile oldukça zordur. Tanıda endoskopinin yanısıra angiografi ve endoskopik ultrasonografinin de yeri vardır (6).

Sıklıkla endoskopik muayenin tekrarı gerekir.

Dieulafoy lezyonunun geleneksel kabul gören tedavisi cerrahi olmakla beraber son yıllarda terapötik endoskopik girişimlerin uygulanabilirliğindeki başarı oranları (%96); bu girişimlerin altın standart olmasına yol açmıştır (7). Endoskopik tedavi modaliteleri arasında adrenalin enjeksiyonu skleroterapi, alkol sitanoakrilat glue veya hipertonic glukoz solüsyonu enjeksiyonu sayılabilir. Bunların yanında monopolar, bipolar, heat veya NYAG lazer gibi termal ablasyon teknikleri, lastik bant ligasyonu, hemoklip uygulaması gibi mekanik hemostaz tekniklerinden faydalanılabilir (7,8). Vakamızda endoskopik skleroterapi uygulanarak ilk denemede sağlandığı düşünülen hemostazı , takiben 36 saat içinde rehemoraji saptanmış ve uygulanan ikinci skleroterapi ile hemostaz sağlanmış, hasta kanamsız 5 gün takip edildikten sonra şifa ile taburcu edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Dy NM, Gustaout CI, Balm Rk. Bleeding from the endoscopically-identified Dieulafoy lesion of the proximal small intestine and colon. Am J Gastroenterol 1995,90:108-111
2. Schmulewitz N, Baillie J: Dieulafoy lesions a review of 6 years of experience at a tertiary referal central Am J Gastroenterol 2001,96:1689-1694
3. Fockens P, Tytgot GN. Dieulafoy Disease. Gastrointest Endosc. Clin N Am 1996;6:739-752
4. Meister T, Varilek GW, Morsono LS, Gates LK, AlTawil Y, de Villiers VJ. Endoscopic management of rectal dieulafoy lesions: a case series and review of literature. Gastrointest Endosc. 1998,48:302-305
5. Goldman R. Submucozal arterial malformation of the stomach with fatal hemorrhage. Gastroenterology 1964,46:589-94
6. Folvik G, Nesse JB, Berstad A, Odegaard S. Endosonografy guided – endoscopic band ligation of dieulafoy's malformation: A case report. Endoscopy 2001,33:636-8
7. Norton ID, Peterson BT, Sorbi D, Balm RK, Aleksander GL, Gostout CJ, Management and long term prognosis of dieulafoy lesions. Gastrointerest Endosc. 199,50:762-7
8. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dielefoy's lesion. Gastrointerest Endosc. 2003,58:236-243