

**MASİF ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMASINA NEDEN
OLAN DİEULAFOY HASTALIĞI****DIEULAFOY'S DISEASE AS A CAUSE OF MASSIVE UPPER GASTROİNTESTİNAL
HEMORRHAGE**

**Dr. Adil KOYUNCU, Dr. Hasan LİCE, Dr. Soykan ARIKAN, Dr. Orçun Oral ŞENTÜRK,
Dr. Ahmet Fikret YÜCEL, Dr. Ahmet KOCAKUŞAK**

ABSTRACT

Dieulafoy's disease is a rare cause of gastrointestinal hemorrhage. The cause of this disorder is not known exactly but it is generally characterized with massive hemorrhage from the abnormal submucosal vessels. Although abnormal submucosal vessels are mostly seen in stomach, they can also be seen in duodenum, jejunum or colon. In this report we presented a patient who developed massive gastrointestinal hemorrhage due to Dieulafoy's disease.

Key words: Dieulafoy's disease, massive gastric hemorrhage.

GİRİŞ

İlk olarak 1884 yılında Gallardin'in tanımladığı bu hastalık, daha sonra 1898 yılında Fransız cerrah Dieulafoy tarafından tanımlanmıştır. Ender rastlanan, masif üst gastrointestinal kanamalarla seyreden bir hastalıktır.¹ Bu hastalık aynı zamanda birden fazla isimle de anılmaktadır (calibre persistant artery of the stomach, circoïd aneurysm, gastric arteriosclerosis exulceratio simplex, Dieulafoy's vascular malformation gibi...). Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, anormal submukozal büyük arterlerden masif kanamalarla karakterizedir.^{1,2}

Dieulafoy hastalığı üst gastrointestinal kanamalarının ender nedenlerinden biridir.³ En sık olarak submukozal damar anomalilerinin görüldüğü yer midedir; ancak özofagus, duodenum, jejunum ve kolonda da pek çok olgu bildirilmiştir.^{4,5}

Hastalığın tanısı diğer üst gastrointestinal kanamalarında olduğu gibi endoskopidir. Dieulafoy hastalığı, masif gastrik kanamaların %1.3'ünden sorumludur.⁶

OLGU

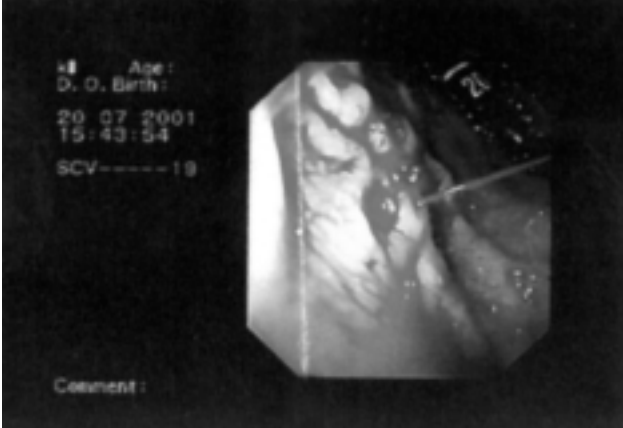
9-07-2002 tarihinde hematemez ve meleno gibi üst gastrointestinal (Gİ) kanama bulguları ile acil dahiliye bölümünde yatmakta olan 52 yaşında bayan hasta için cerrahi kliniğimizden konsültasyon istendi. Hastanın 10 yıl evvel iki kere Gİ kanama geçirdiğine dair hikayesi mevcuttu. Alkol kullanma öyküsü ya da herhangi bir karaciğer patolojisi bulunmamaktaydı. Hasta bir yıl evvel by-pass operasyonu geçirmiş

olup bu nedenle bir yıldır salisilik asit 80 mgr/gün kullanmaktaydı. Yaklaşık iki yıl evvel mide-de şişkinlik ve yanma şikayetleri nedeniyle yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde herhangi bir patolojiye rastlanılmamıştı. Hasta, takibi sırasında tansiyonunun düşmesi ve ağızdan taze kan kusması üzerine acil cerrahi kliniğimize alındı.

Hastanın yapılan muayenesinde soluk görünümdeydi ve klinik tetkiklerinde, TA:70/40 mmHg, nabız dakika sayısı: 122/dk ve filiform, hematokrit sayımı:%17, hemoglobin:5.7 g/dL, eritrosit sayımı:2.07 milyon/ μ L, lökosit sayım:9000/ μ L, trombosit sayımı:251000/ μ L değerleri saptandı. Kan grubu A Rh (-) olan hastaya acil olarak santral kateter takılarak sıvı elektrolit replasmanı ve kan transfüzyonu yapıldı. Acilen üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı.

Yapılan gastroskopiye özofagusa mideden taze kan reflüsü mevcuttu. Mide içi koagulumla dolu idi. Mide irriye edildi. Fundus arka yüzde aktif arteryel kanama mevcuttu. Bu kanama bölgesinde mukoza salimdi. Diğer mide bölümlerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı (Resim 1).

Ağızdan taze kan kusması, tansiyonun düşmesi ve yapılan gastroskopiye mide fundusda aktif arteryel kanama saptanması üzerine hasta acilen ameliyata alındı. Yapılan eksplorasyonda tüm ince barsakların ve kolonun kanla dolu olduğu tespit edildi. Mide ön yüz korpusundan longitudinal gastrotomi yapıldı. Mide içi koagulum ile dolu idi. Koagulumlar temizlendi. Fundusta endoskopide aktif



Resim 1. Hastanın mide fundus mukozasından aktif kanamasının endoskopik görünümü

olarak kanayan bölgeye ulaşıldı. Mukozada herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. Bu bölgedeki kanama transfiksiyon sütürleri ile kontrol altına alındı. Gastrotomi primer olarak çift kat üzerinden kapatılarak operasyona son verildi. Hasta, ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmemesi üzerine ameliyat sonrası 5. günde şifa ile taburcu edildi.

Üç ay sonra yapılan kontrol gastroskopisinde fundus bölgesinde ipek sütürler dışında bir patoloji saptanmadı. Hastanın hemoglobin, hematokrit ve eritrosit değerleri normal olarak bulundu.

TARTIŞMA

Dieulafoy hastalığı üst gastrointestinal kanamalarının çok ender rastlanılan nedenlerinden biri olmakla beraber, pek çok yazar tarafından hastalığın yeterince tespit edilemediği ileri sürülmektedir.¹ Dieulafoy hastalığı üst gastrointestinal kanamalarının %0.28'inin, masif üst gastrointestinal kanamalarının ise %1.3'ünün nedenidir.^{3,6-12} Literatürde erkeklerde kadınlardan 2 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.^{3,13}

Hastalarda herhangi bir gastrointestinal semptom olmadan masif hematemez ve daha az sıklıkla melena görülmesi tipiktir. Bu hastalığın ailevi, herediter ya da coğrafi dağılım gösterdiğine dair veri bulunmamaktadır.³ Dieulafoy hastalığında kanama, olguların %80'inde mide ve özellikle gastroözofageal bileşkeden distale doğru 6 cm'lik segmentte ve de özellikle küçük kurvatür üzerinde bulunmaktadır.^{1,13}

KAYNAKLAR

1. Goldenberg SP, Luca Jr VA, Marigagni P. Endoscopic treatment of Dieulafoy's lesions of duodenum. *Am J Gastroenterol.* 1990;85:452-454.

Tanısında üst GİS endoskopisi en etkin yöntemdir. Ancak kanamanın intermitant olması ve mukoza defektinin 2 mm gibi küçük olması nedeniyle hastaların %50 gibi bir kısmında ilk endoskopide tanı konulamayabilir. Bu nedenle endoskopik tetkiki birkaç kez tekrarlamak gerekebilir. Endoskopinin negatif olduğu olgularda selektif çöliak anjiyografi de tanıda yararlıdır. Eskiden tedavide kullanılan yöntem cerrahi olmuştur.^{1,3,13-18} Cerrahi olarak kanayan damarın ligasyonu, kanama noktasını içine alacak şekilde wedge rezeksiyon, proksimal gastrik rezeksiyon yapılabilmektedir.¹³

Eğer kanama odağı tespit edilememişse körlemesine Billroth 2 rezeksiyondan kaçınılmalıdır. Ameliyat sonrası yineleyen kanamalar midenin 1/3 üst kısmından olmaktadır.

Dieulafoy hastalığının ayırıcı tanısında arteriovenöz malformasyon, telanjiektazi, hemanjiom, arteriosklerotik anevrizma, Mallory-Weiss hastalığı, ülser nöroma ve özofagus varisleri dikkate alınmalıdır.

Hastalığın tedavisinde eskiden cerrahi girişim en çok kullanılan yöntem olmakla beraber, son zamanlarda endoskopik ve girişimsel radyolojik işlemlerle de (endoskopik adrenalin enjeksiyonu, elektrokoagülasyon skleroterapi ve anjiyografik embolizasyon...) başarılı sonuçlar bildirilmiştir.^{1,7,8-10,14} Endoskopik yaklaşımda enjeksiyon olarak epinefrin ya da etanolamin oleat kullanılmaktadır.

Endoskopik yaklaşımda bir diğer tercih metodumuz termal koagülasyon olup, tekbaşına ya da epinefrin enjeksiyonu ile beraber uygulanabilir. Pointer ve arkadaşları endoskopik skleroterapi ve elektrokoagülasyonla 22 hastanın 18'inde başarılı sonuçlar bildirmişlerdir.¹⁴ Kasapidis ve arkadaşlarının 2002 yılında yayınladıkları çalışmada Dieulafoy hastalığı bulunan 18 hastaya endoskopik girişimler uygulanmış ve bu hastaların uzun süren takiplerinde tekrarlayan kanamaya rastlanılmamıştır.¹⁶ Hastalığın daha elverişli şartlarda endoskopik girişimlerle, cerrahi operasyonlara nazaran daha az bir morbitide ile tedavi edilebileceği hatırlanmalıdır.^{8-10,14} Hastanemizde endoskopik tedavi girişimi olanağımız o dönemde olmadığı için hastamızda cerrahi yöntemi tercih ettik.

Vakayı sunma amacımız; üst gastrointestinal sistem kanamalarının etyolojisinde Dieulafoy hastalığını hatırlatmak ve endoskopik görünümünü sergilemektir.

2. Kimber RD, Roberts-Thomson IC. Dieulafoy's Disease. *J Gastroenterol Hepatol.* 1997;12:697.

3. McClave SA, Goldschmid S, Cunningham JT, et al. Dieulafoy's circoïd aneurysm of duodenum. *Digest Dis Sci.* 1988;33:801-805.
4. Chen JJ, Changchien CS, Lin CC. Dieulafoy's lesion of the jejunum. *Hepatogastroenterology.* 1999;46:1691-1701.
5. Ertekin C, Barbaros U, Tavilođlu K, et al. Dieulafoy's lesion of esophagus. *Surg Endosc.* 2002;16:219.
6. Juler GL, Labitake HG, Lomb R, et al. The pathogenesis of Dieulafoy's gastric erosion. *Am J Gastroenterol.* 1984;79:195-200.
7. Mortonsen NJ, Mountford RA, Davies JD, et al. Dieulafoy's disease a distinctive arteriovenous malformation causing massive gastric hemorrhage. *Brit J Surg.* 1983;70:76-78.
8. Teo EK, Fock KM. Dieulafoy's Disease treated by endoscopic hemostatic clipping. *J Gastroenterol Hepatol.* 1998;13:320-321.
9. Sueoka N, Koizumi N, Snokuchu K, et al. Combined endoscopic clipping and ethanol injection for treatment of Dieulafoy's lesion in the duodenum. *Gastrointest Endosc.* 1997;46:574-575.
10. Lum DF, McQuaid K, Lee JG. Endoscopic hemostasis of non varicel, nonpeptic ulcer hemorrhage. *Gastrointestinal-endosc. Clin N Am.* 1997;7:657-710.
11. Mishlab T, Amin AM, Ellul JP. Dieulafoy's lesion an obscure cause of GI bleeding. *J R Coll Surg Edinburg.* 1999;44:222-225.
12. Ranz EM. Dieulafoy's lesion as a cause of massive gastrointestinal bleeding. *S D J Med.* 1997;79:225-227.
13. Veldhuzyen VZ. Recurrent massive hematemesis from Dieulafoy vascular malformations. A review of 101 cases. *Gut* 1986;27:213-222.
14. Pointer R, Schrab G, Konigsrainer A, et al. Endoscopic treatment of Dieulafoy's Disease. *Gastroenterology* 1988;94:563-566.
15. Schmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy Lesions: A review of 6 years of experience at a territory referral center. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:1688-1694.
16. Kasadipidis P, Georgopoulos P, Delis V, et al. Endoscopic management and long term follow up of Dieulafoy's lesions in the upper GI tract. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2002;55:527-31.
17. Thakkar J, Schafer L. Upper gastrointestinal bleeding from artery of Dieulafoy: 2 cases. *SDJ Med.* 2001;54:489-92.
18. Jani PG. Dieulafoy's lesion; a case report. *East Afr Med J.* 2001;78:109-110.

Yazışma Adresi: Dr. Soykan Arıkan

Haseki Eđitim ve Araştırma Hastanesi, I.Cerrahi Kliniđi, Haseki-İstanbul

E-mail: soykanarikan@yahoo.com