

**AKUT ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA  
DİEULAFOY LEZYONUNUN YERİ****DIEULAFOY'S LESION IN ACUTE UPPER GASTROİNTESTINAL BLEEDING****Dr.Tunç YALTI Dr.Osman KRAND Dr.M.İzzet TİTİZ**

**ÖZET:** Dieulafoy lezyonunun akut üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarındaki yerini ve önemini araştırmak amacı ile, Haydarpaşa Numune Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde, 01/01/1993 ila 01/05/1995 tarihleri arasında akut GİS kanaması ile yatırılan olgular retrospektif olarak incelendi. Acil laparotomi yapılan 30 vakada 6 (%20) Dieulafoy hastalığı saptandı. Bütün hastalara ameliyat öncesi endoskopi yapılmış 3 vakada (%50) lezyon tanınarak skleroterapi uygulanmış, ancak kanama devam etmişti. Beş vakaya lokal eksizyon, bir vakaya ise lezyonu içine alan subtotal gastrektomi uygulanmıştır. Acil cerrahi girişimi gerektiren üst GİS kanamalarında %20 oranında yer tutması nedeniyle, laparotomide mide ve duodenum mukozasının normal olduğu gözlemlendiğinde bu hastalığın hatırlanarak araştırılması gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** Dieulafoy Lezyonu, Üst GİS Kanaması, Üst GİS Endoskopisi.

**SUMMARY:** In order to define the incidence and importance of Dieulafoy's lesion in acute upper gastrointestinal bleeding, a retrospective analysis of the cases with acute upper gastrointestinal bleeding at Haydarpaşa Teaching between 01/01/1993 and 01/05/1995 is made. Out of 30 cases who underwent emergent laparotomy for acute upper gastrointestinal bleeding, 6 (20%) Dieulafoy's lesion is identified. All the cases underwent upper gastrointestinal endoscopy and in 3 (50%) the lesions had been recognised in whom sclerotherapy had failed. Local excision in 5 of the cases and a subtotal gastrectomy including the lesion in one was performed. Due to 20% incidence of the lesion in cases who underwent emergent surgical intervention because of massive upper gastrointestinal bleeding, during laparotomy the lesion should be carefully examined for when a normal gastroduodenal mucosa is found.

**Key Words:** Dieulafoy's Lesion, Upper GIS Hemorrhage, Upper GIS Endoscopy.

Fiber optik endoskopinin kullanıma girmesi ile beraber üst gastrointestinal sistem kanamalarında etyoloji vakaların büyük çoğunluğunda aydınlatılabilmektedir. Ancak, hastaların yaklaşık %4 ila %9'unda kanama nedeni belirlenemez (1,2). Literatürde nadir olarak tanımlanan bir antite de 1897'de Dieulafoy tarafından açıklanan soliter bir gastrik erozyondur (3). Dieulafoy lezyonu midenin genellikle proksimalinde bulunan normalden geniş ve kıvrıntılı submukozal bir arteri içerir. Bu arterin rüptürü masif kanamalara yol açar. Umlaft ve Zimmerman (4) masif gastrointestinal kanama nedeni ile ameliyat edilen hastaların sadece %1.3'ünde bu lezyonun bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu retrospektif çalışmada üst gastrointestinal sistem kanaması nedeni ile acil olarak ameliyat edilen hastalarda bu arteriyel malformasyonun ensidensini ve sonuçlarını belirlemeyi amaçladık.

**MATERYEL-METOD**

01.01.1993 ila 01.05.1995 tarihleri arasında üst gastrointestinal sistem kanaması tanısı ile Haydarpaşa Numune Hastanesine kabul edilen hastalar incelendi. Yatırılan 326 hastadan 30'u (%9) acil olarak ameliyat edilmişti (Tablo-I) Acil cerrahi girişim endikasyonlarımız şunlardır: (a) vücut kan hacminin yaklaşık yarısının transfüzyonuna karşın transfüzyon ihtiyacının devam etmesi, (b) medikal tedavi altına alınan hastada kanamanın nüksü, (c) endoskopik tedaviye karşın kanamanın devam etmesi, (d) hemodinamik instabilite, (e) hematemez ile beraberinde hematoşezinir olduğu masif kanama.

Acil cerrahi girişim yapılan 30 hastadan 6'sında (%20) Dieulafoy hastalığı saptandı. Her hasta yaş, cins, özgeçmiş ilaç kullanımı, mide kanamasının karakteri, ameliyat öncesi endoskopik bulgular, kan transfüzyonu, lezyonun makroskopik ve mikroskopik görünümü, cerrahi girişimin şekli ve tedavinin sonucu açısından değerlendirildi.

Haydarpaşa Numune Hastanesi I. Cerrahi Kliniği, İstanbul.

**Yazışma Adresi: Dr. Tunç YALTI**

TRT- Basın Sitesi, B Blok B/2 80620, Yeni Levent /İstanbul.

## SONUÇLAR

Ortalama yaş  $53 \pm 11$  (40-67) ve erkek kadın oranı 3:1 idi. Hastalardan birine, başka bir hastanede 1 ay önce kanama nedeni ile vagotomi antrektomi ve Bilroth II gastroenterostomi yapılmıştı. Hastaların özgeçmişinde beşinde dispeptik yakınmalar birinde de kronik alkol kullanımını vardı.

Bütün hastalar ameliyat öncesi endoskopi yapılmış 3 vakada yoğun pıhtı nedeni ile kanama odağı belirlenmezken diğer 3 vakada (%50) lezyon tanınarak skleroterapi uygulanmış, ancak skleroterapiye rağmen kanamanın devam ettiği görülmüştür. Ameliyat öncesi ortalama  $6.2 \pm 3.5$  ünite kan verilen 6 hasta da, abondan kanamanın devam etmesi sebebiyle, ortalama  $25.2 \pm 2.7$  hematokrit değeri ile ameliyata alınmışlardır. Peroperatuvarda mide ve duodenum duvarı dış yüzde hiçbir patoloji tespit edilmeyen hastalarda lezyon uzun bir gastrotomi ile bulunabilmiştir. Lezyonlar kardiadan ortalama  $5 \pm 1.4$  cm (3-7) mesafede, 5 vakada küçük kurvatur 1 vakada ise büyük kurvatur tarafında yerleşmişti. Beş vakaya lokal eksizyon yapılmış, daha önce Billroth II gastrektomi yapılan diğer vakaya ise lezyonu içine alan subtotal gastrektomi uygulanmıştır.

Lezyonların histopatolojik incelemesinde (a) tabanında fibrinoid nekroz olan bir mukoza defekti, (b) defektin tabanında büyük kalın duvarlı arter kıvrımları, (c) muskularis mukoza altında kıvrımlı displastik bir submukozal anevrizmal arter belirlenmiştir. Ameliyat sonrası hiçbir hastada ciddi bir komplikasyon ve nöks kanama görülmemiş, ve hastalar ortalama  $7.5 \pm 2$  günde taburcu olmuşlardır. Ortalama  $18 \pm 4$  ay takip edilen hastaların hiçbirinde kanama tekrar etmemiştir.

## TARTIŞMA

Dieulafoy vasküler malformasyonunun gerçek insidansı bilinmemektedir. Bu lezyon muhtemelen literatürde bildirildiğinden (4-7) daha sıktır. Zira lezyon, masif bir üst gastrointestinal sistem kanaması varlığında kolaylıkla gözden kaçabilir. Bu lezyon, hayatı tehdit eden mide kanamalarına sebep olması ve tanısının zor konulması nedeniyle önemlidir. bu durum negatif laparotomilere ve zorlama gastrektomi (8) yada 'masum' bir lezyonun doğru olmayan tedavisi gibi (9) yanlış cerrahi uygulamalara yol açabilir.

Dieulafoy lezyonunun bizim çalışmamızda gözleendiği gibi daha çok erkeklerde olduğu bildirilmektedir (5-8). Çalışmamızda da saptadığımız gibi ortalama yaş 50 civarındadır (5,6,8). Her ne kadar hastaların öykülerinde dispeptik yakınmalarının olmadığını bildiren araştırmalar

varsa da (7,8,10-13), bizim serimizdeki 6 hastadan sadece birinde dispeptik şikayetler yoktu. Lezyonunun patogenezi hakkında çeşitli teoriler öne sürülmüştür (14). Serimizde, hastaların hikayeleri ile çevre mide mukozasının histopatolojik özellikleri birleştirildiğinde, lezyonun patogenezinde kronik gastritin rol oynadığını düşündürüyor. Lezyonun endoskopik tanısı oldukça zor olabilir (7,15-17). Patolojik damar o kadar ufaktır ki çoğunlukla mide kan ile dolu olduğundan görüntülenemez. Bu yüzden serimizde endoskopik tanı ancak hastaların %50'sinde mümkün olmuştur.

Dieulafoy lezyonunun tedavisinde soğuk serum fizyolojik ile mide lavajı yada H2 reseptörleri ile tedavi gibi 'medikal' yaklaşımlar başarısız olmuştur (7,9,10,12). Çöliak yolla uygulanan vazopressin bir çalışmada başarılı olmuşken (18), bir diğerinde sadece kanamanın geçici olarak durdurulmasında faydalı olmuştur (13). Terapötik endoskopinin hizmete girmesi ile üst gastrointestinal sistem kanamalarında acil cerrahi girişim gereksinimi azalmıştır (2). Dieulafoy lezyonunun tedavisinde, ısıtıcı prob, enjeksiyon skleroterapi ve elektrokuagülasyon gibi çeşitli terapötik endoskopik girişimlerin bir dereceye kadar başarılı olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (13,18,19). Serimizde enjeksiyon skleroterapi ile yapılan terapötik endoskopi, tanı konulan vakaların hiçbirinde başarılı olmamıştır.

Lezyon, açılmamış midede görünemediğinden ve palpasyonla belirlenemediğinden dolayı laparotomide bile tanınmayabilir. Hatta, gastrotomi yapıldığında bile lezyon midenin proksimalinde yerleşmesi nedeniyle ve yoğun kanamaya bağlı olarak gözden kaçırılabilir. Lezyonun tipik yerleşimi, mide proksimalinde, çoğunlukla küçük kurvatur yada arka duvardadır (8,12,18), ancak diğer çalışmalarda olduğu gibi (5,6) midenin başka yerlerinde de bulunabilir. Yaklaşık 5mm çapta normal bir gastrik mukoza ile çevrili küçük bir mukozal defekt ve bu defektten tromboze veya

**Tablo-I: 1.1.1993-1.5.1995 tarihleri arasında akut üst GİS kanaması tanısı ile acil olarak ameliyata alınan vakaların dökümü.**

TANI	Sayı	%
<i>Duodenal ülser</i>	15	50
<i>Dieulafoy lezyonu</i>	6	20
<i>Gastrik ülser</i>	3	10
<i>Gastrik kanser</i>	3	10
<i>Akut eroziv gastrit</i>	2	7
<i>Özofagus varisi</i>	1	3
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

aktif olarak kanayan rüptüre olmuş bir submukozal arter lezyonun iyi tanımlanmış makroskopik özellikleridir (5).

Cerrahi tedavide lezyonun geniş bir gastrotomi ile ortaya konması esastır. Bazen, şüpheli alanın bir gazlı bez ile silinmesi ile kanamanın başlatılması sayesinde lezyon ortaya konabilir (7). Cerrahi tedavide lezyonun lokal eksizyonu tek başına yeterlidir (7,10,12,13,17,20). Lezyonun patolojik özellikleri göz önüne alındığında gastrektomi yada asid azaltıcı bir girişim gereksizliği ortaya çıkmaktadır. Serimizde lezyonu içine alan eksizyon yapılan vakalarda ameliyat sonrası erken dönemde ve ortalama 18 aylık takip süresi içinde nüks kanama saptanmamıştır. Körlemesine gastrektomi yada kanamayan bir gastrik ülser gibi "masum" bir lezyona yönelik cerrahi tedavi çoğunlukla, hastanın kaybedilmesi ile sonuçlanır (8,9). Lezyona bağlı ölüm oranı %60 olarak bildirilmişse de (15) bu oran 1980'lerde çıkan yayınlarda yaklaşık %20'lere inmiştir (14-17). Bazı yazarlar serimizde olduğu gibi hiç mortalite olmadığını bildirmişlerdir (12,13,18).

Dieulafoy lezyonu literatürde "nadir olmaktan çok tanınmayan" bir lezyon olarak tanımlanmaktadır (7,11). Serimizde, bu lezyonun, acil cerrahi girişim gerektiren üst gastrointestinal sistem kanamaları içinde önemli bir payı olduğunu gözledik ve bu yüzden üst gastrointestinal sistem kanaması nedeni ile acil olarak laparotomi yapılan hastalarda normal bir gastroduodenal mukoza bulunduğu dikkatle aranması gerektiği sonucuna vardık.

## KAYNAKLAR

1. Cotton PB, Rosenberg MT, Waldram RPL ve Axon ATR. Early endoscopy of oesophagus, stomach and duodenal bulb in patients with haematemesis and melena. *Br Med J*: 2: 505-509, 1973.
2. Shelliton PC. Upper gastrointestinal endoscopy. In: Morris PJ, Malt RA (eds): *Oxford text book of surgery*. Newyork, Oxford, Tokyo, Oxford Universty Press, 1994, pp 1341-1351.
3. Dieulafoy G. Exulceratio simplex. *Bull Acad Med* 39: 49-84, 1898.
4. Umlauf M, Zimmermann G. Die exulceratio simplex. *Wien Klin wocheschr* 89: 404-406, 1977.
5. Goldman RL. Submucosal arterial malformation ("aneurysm" of the stomach with fatal hemorrhage. *Gastroenterol* 46: 589-594, 1964.
6. Palmer ED, Boyce HW. Sclerotic submusocal artery; a source of hemorrhage. *Am Surg* 30: 83-87, 1964.
7. Mortenson NJMc, Mountford RA, Davies JD ve Jeans WL. Dieulafoy's disease; a distinctive arteriovenous malformation causing massive gastrointestinal haemorrhage. *BR J Surg* 71: 76-78, 1983.
8. Marreiter R, Weimann S, Riedler L ve Schwamberger K. Th Dieulafoy's ulcer. *Leber Magen Darm* 7: 353-356, 1977.
9. Hoffman J, Beck H, Jensen HE. Dieulafoy's lesion. *su Gynecol Obstet* 159: 537-540, 1984.
10. Richter RM. Massive gastric hemorrhage from submucosal arterial malformation. *Am J Gastroenterol* 64: 324-326, 1977.
11. Gough MH. A submucosal arterial malformation of the stomach as the probable recurrent severe hematemesis in a 1 year old girl. *Br J Surg* 64: 522-524, 1977.
12. Okada M, Lida M, Fuchigami T et al. Submucosal artery the stomach diagnosed endoscopically. *Gastroenterit Endc* 29: 30-31, 1983.
13. Sherman L, Shenoy, Satchidanand SK et al. Arteriovenous malformation of the stomach. *Am J Gastroenterol* 7: 160-164, 1979.
14. Julier GL, Labitzke HG, Lamb ve Allen R. The pathogenesis of Dieulafoy's gastric erosion. *Am J Gastroenterol* 79 (195-200, 1984.
15. Miko TL, Thomazy VA.: The caliber persistent artery of the stomach: a unifying approach to gastric aneurysm Dieulafoy's lesion and submucosal arterial malformation. *Hum Pathol* 19: 914-924, 1988.
16. Veldhuysen Van Zanten SJO, Bartelsman JFWM, Schipp MEI ve Tytgat GNJ. Recurrent massive haematemesis from Dieulafoy's vascular malformation - a review of 101 cases. *C* 27: 213-227, 1986.
17. Broberg A, Ihre T, Pyk E. Exulceratio simplex as conceival cause of massive gastric hemorrhage. *Surg Gynecol Obs* 154: 186-188, 1982.
18. Helliwell M, Irving JD. Haemorrhage from gastric artery aneurysms. *Br Med J* 282: 460-461, 1977.
19. Asaki S, Sato H, Nishimura T et al. Endoscopic diagnosis and treatment of Dieulafoy's ulcer. *Tohoku J Exp Med* 1: 135-141, 1988.
20. Otterson MF, Condon RE. Disorders of the stomach and duodenum. In: Wastell C, Nyhus LM, Donahue PE (ed) *Surgery of the stomach duodenum and small intestine*. Bost Newyok, Toronto, London, Little Brown Company, 1994, 691-730.