

# DİEULAFOY LEZYONU TANI VE TEDAVİ

## 14. BÖLÜM

Nihat BUĞDAYCI<sup>1</sup>

### ÖZET

Dieulafoy lezyonu nispeten nadir fakat potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. Akut gastrointestinal (GI) kanamaların% 1-2'sinden sorumludur. Prevelansının az olması nadir görülmesinden çok tanı koymada zor bir patoloji olmasına bağlıdır. Kontrol altına alınamadığında morbid ve mortal bir seyir izlediği için bu lezyonları belirsiz gastrointestinal kanamaların ayırıcı tanısına akıldan çıkarmamak gerekir.

### GİRİŞ

Akut gastrointestinal kanama insidansı Amerika'da yıllık yaklaşık 100.000 kişide 50-150 arasında değişmektedir. Bu kanamaların yaklaşık %80'i peptik ülserler veya gastroduodenal erozyonlardan kaynaklanır.(1) Endoskopik olarak ya da baryum çalışmalarıyla tespit edilemeyen kanamalar tüm gastrointestinal kanamaların yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Bu tip kanamalarda patoloji anatomik olarak erişilemez, küçük veya belirsiz olduğundan kaynağın tespit edilmesi genellikle zordur. Dieulefoy lezyonu da kimi zaman yaşamı tehdit edebilecek bu belirsiz gastrointestinal kanamanın nedenlerinden biridir.

Dieulafoy lezyonunun genel popülasyondaki gerçek insidansını doğru bir şekilde belirlemek zordur; çünkü tespit edilene kadar sessiz kalır ve şüphelenildiğinde bile tanısız anlamda

bir zorluk oluşturabilir. Kaynaklara göre akut gastrointestinal kanamaların sadece % 1-2'sinden sorumludurlar. (2,3) Sayılarındaki bu azlık nadir görülmelerinden daha çok yeterince tespit edilememelerinden kaynaklanmaktadır.

### PATOLOJİ

Gastrointestinal sistem kanalının normal anatomisinde yer alan bir arter, uç organın duvarından geçerken giderek daralır. (4) Dieulafoy lezyonu ise daralmadan, submukozada kıvrımlı bir seyir izleyerek ve 1-3 mm sabit genişliği koruyan, anormal derecede büyük bir çapa sahip fakat normal histolojik yapısını koruyan damarları olarak bilinir. (3,4) Dieulefoy lezyonları tabanında fibrinoid nekrozu olan 2-5 mm arasında değişen küçük bir mukozal defektten dışarı çıkarak lümeneye açılır.(5,6)

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Nihat BUĞDAYCI, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü, nihatbugdayci@gmail.com

Literatürde preoperatif veya intraoperatif lokalizasyonu takiben jejunum ve midede abondan kanamayla seyreden Dieulafoy lezyonlarının başarılı bir şekilde laparoskopik wedge rezeksiyonu ile tedavi edildiğini belirten birkaç vaka bildirilmiştir.(26,27)

Bu lezyonların intraoperatif olarak doğru lokalizasyonu operatör için zorluk teşkil edebilir. (27) Kesin lokalizasyonu sağlamak için altın standart yöntem intraoperatif gastroskopi uygulamasıdır.

Tekrarlayan kanama oranlarının laparoskopik wedge rezeksiyon ameliyatlarından sonra, lezyon üzerine dikiş atılması tekniği sonrasında göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. (28) Bununla birlikte, gastroözofageal bileşkenin 6 cm yakınında bulunan lezyonlar için wedge rezeksiyon uygun olmayabilir; bu durumlarda, lezyon üzerine multipl dikişler dikilmesi (oversewing) veya lezyonu besleyen damara laparoskopik klips yerleştirilmesi daha iyi bir seçenek olabilir. (30)

## TEKRAR KANAMA

Dieulafoy lezyonlarından yeniden kanama riskinin% 9-40 arasında olduğu ve endoskopik monoterapi ile tedavide kombine endoskopik tedavilere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. (2,6) Yeniden kanama tedavisinde endoskopik yöntemlerin tercih edildiği unutulmamalıdır. Embolizasyondan sonra kollateral dolaşıma bağlı kanamalar veya Dieulafoy lezyonuna neden olan arterin tam olmayan embolizasyonu nedeniyle yeniden kanama vakaları da bildirilmiştir. (10)

## PROGNOZ

Endoskopideki gelişmeler, Dieulafoy lezyonlarının tespit oranını artırmış ve mortaliteyi %80,23'ten % 8,6'ya kadar düşürmüştür. (10) Prognozdeki iyileşme, ameliyatı kontrol altına almak için cerrahi müdahaleden çok endoskopik girişimin kullanımının artmasıyla da açıklanabilir.

## KAYNAKLAR

1. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. Gut. 2002;51(Suppl 4):1-6.
2. Marangoni G, Cresswell AB, Faraj W, Shaikh H, Bowles MJ. An uncommon cause of life-threatening gastrointestinal bleeding: 2 synchronous Dieulafoy lesions. J Paediatr Surg. 2009
3. Chaer R, Helton WS. Dieulafoy's disease. Am Coll Surg. 2003.
4. Jaspersen D. Dieulafoy's disease controlled by Doppler ultrasound endoscopic treatment. Gut. 1993.
5. Morowitz M, Markowitz R, Kamath B, Allmen D. Dieulafoy's lesion segmental dilatation of the small bowel: an uncommon cause of gastrointestinal bleeding. J Paediatr Surg. 2004.
6. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. Gastrointest Endosc. 2003.
7. Chung IK, Kim EJ, Lee MS, Kim HS, Park SH, et al. Bleeding Dieulafoy's lesions and the choice of endoscopic method: comparing the haemostatic efficacy of mechanical and injection methods. Gastrointest Endosc. 2000
8. Prasad TR, Lim KW, Lim KT, YAP TL. Bleeding jejunal Dieulafoy pseudopolyp: capsule endoscopic detection and laparoscopic-assisted resection. J Laparosc Adv Surg Tech. 2007.
9. Al-Mishlab T, Amin AM, Ellul JP. Dieulafoy's lesion: an obscure cause of GI bleeding. J R Coll Surg Edinb. 1999.
10. Alshumrani G, Almuaikeel M. Angiographic findings and endovascular embolization in Dieulafoy disease: a case report and literature review. Diagn Intervent Radiol. 2006.
11. Hyun C. Periapillary Dieulafoy's lesion. Hosp Phys. 2005.
12. Firat O, Karakose Y, Caliskan C, Makay O, Ozutemiz O, Korkut MA. Dieulafoy's lesion of the anal canal: report of a case. Turk J Gastroenterol. 2007..
13. Wright CA, Peterswsen BT, Bridges CM, Alexander JA. Heparin provocation for identification and treatment of a gastric Dieulafoy's lesion. Gastrointest Endosc. 2004.
14. Yeoh K, Kang J. Dieulafoy's lesion in the rectum. Gastrointest Endosc. 1996 .
15. Scmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy lesions; a review of 6 years experience of a tertiary referral centre. Am J Gastroenterol. 2001.
16. Veldhuyzen van Zanten SJ, Bartelsman JF, Schipper ME. Dieulafoy vascular malformations – a review of 101 cases. Gut. 1986.
17. Nunoo-Mensah JW, Alkari B, Murphy GJ, Watson A. Rectal Dieulafoy lesions. J Am Coll Surg. 2008 .
18. Scudiere JR, Cimbaluk D, Jakate S. A 74 year-old man with fatal gastrointestinal bleeding. Arch Pathol Lab Med. 2006.
19. Yoshikumi Y, Mashima H, Suzuki J, Yamaji Y, Okamoto M, et al. A case of rectal Dieulafoy's ulcer and successful endoscopic band ligation. J Gastroenterol. 2006.
20. Loschhorn C, Neirhoff N, Mayer R, Zaunbauer W,

- Neuweiler J, Knoblauch A. Dieulafoy's disease of the lung: a potential disaster for the bronchoscopist. *Respiration*. 2006.
21. Gharagozloo F, Rennert D, Margolis M, Tempesta B, Schwartz A, et al. Dieulafoy lesion of the bronchus: review of the literature and report of the 13th case. *J Bronchol*. 2008.
  22. Marchese M, De Raimondo C, Federici AB, Biondi A, Petruzzello L, et al. Duodenal and gastric Dieulafoy's lesions in a patient with type 2A Von Willebrand's disease. *Gastrointest Endosc*. 2005.
  23. Pathan NF, El-Fanek H. A 70-year-old man with episodes of upper gastrointestinal bleeding. *Arch Pathol Lab Med*. 2006.
  24. Avlan D, Nayci A, Altintas E, Cingi E, Serzgin O, Aksoyek S. An unusual cause for massive upper gastrointestinal bleeding in children: Dieulafoy's lesion. *Pediatr Surg Int*. 2005.
  25. Gupta A, Chhabra M. Anorectal Dieulafoy's lesion. *Indian J Surg*. 2006.
  26. Stark ME, Gostout CJ, Balm R. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc*. 1992.
  27. Lai LH. Obscure GI bleeding: is capsule endoscopy sufficient? *Gastrointest Endosc*. 2008.
  28. Mino A, Ogawa Y, Ishikawa T, Uchima Y, Yamazaki M, et al. Dieulafoy's vascular malformation of the jejunum: first case report of laparoscopic treatment. *J Gastroenterol*. 2004.
  29. Iacopini F, Petruzzello L, Marchese M, Larghi A, Spada C, et al. Haemostasis of Dieulafoy's lesion by argon plasma coagulation. *Gastrointest Endosc*. 2007.
  30. Lee KS, Moon JM, Lee SI, Park IS, Sohn SK, et al. A case of bleeding from the Dieulafoy lesion of the jejunum. *Yonsei Med J*. 1997.