

MALLORY-WEISS SENDROMU

16. BÖLÜM

Evrin BEKEN ÖZDEMİR¹

ÖZET

Mallory-Weiss Sendromu, şiddetli kusmaya bağlı olarak, özofagogastrik bileşke de oluşan transmural olmayan laserasyonlardır. Üst gastrointestinal sistem kanamalarının yaklaşık %3-5'ini oluşturur. Ağır alkol alımı en önemli predispozan faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Batın içi ve mide içi basınçlarda hızlı artışa neden olan tüm durumlar Mallory-Weiss Sendromu'na yol açabilir. Hafif vakalar asemptomatik seyredebildiği gibi, vakaların %85'inde hematemez gelişmektedir. Anamnez ve fizik muayene sonrasında kanamanın şiddeti belirlenmelidir. Mallory-Weiss yırtıklarını kesin olarak teşhis etmek ve basit aktif kanamaları yönetmek için gastroskopi altın standarttır. Mide küçük kurvatur proksimalinde kardiyanın hemen altında tespit edilen tek bir lineer yırtık Mallory-Weiss Sendromu teşhisini doğrular. Yırtığın yeri, uzunluğu ve sayısı gastroskopi de değerlendirilmeli ve Forrest sınıflandırmasına göre kategorize edilmeli ve kategorisine göre farklı tedavi yöntemleri seçilmelidir. Prognoz çoğu hastada iyidir ve genellikle kendiliğinden durur; fakat özellikle tekrarlayan kanamalarda mortalite görülebilmektedir. Mallory-Weiss Sendromu'na sadece gastroözofageal bileşke katmanlarında gerçekleşen bir yırtık olarak bakılmamalıdır. Aynı zamanda, üst gastrointestinal sistem kanamalarının önemli bir nedeni olduğu akıld a tutulmalıdır. Günümüzde, Mallory-Weiss Sendromu ile ilişkili halen netleşmiş standart bir önleme ve tedavi protokolü bulunmamaktadır.

GİRİŞ

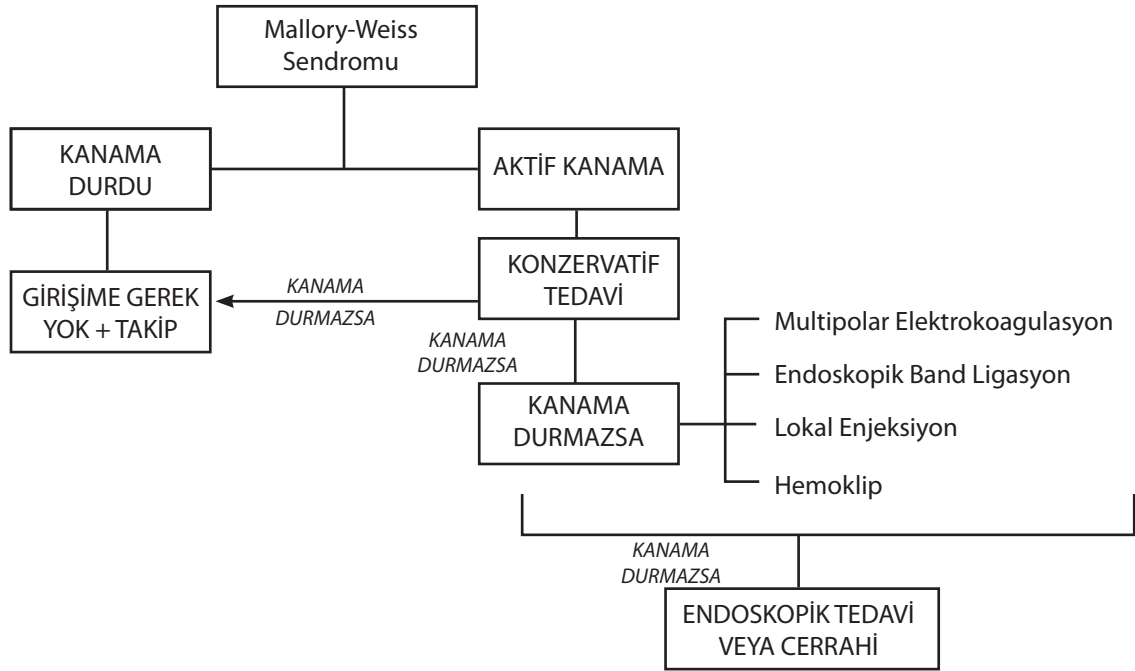
Mallory ve Weiss tarafından 1929 yılında tanımlanan Mallory-Weiss Sendromu, şiddetli kusmaya bağlı olarak özofagogastrik bileşke de oluşan transmural olmayan laserasyonlardır. (1) Üst gastrointestinal sistem kanamalarının yaklaşık %3-5'inin nedeni Mallory-Weiss Sendromu'dur. (2) Gastroduodenal kanamaların endoskopik tedavisindeki önemli ilerlemelere rağmen, Mallory-Weiss Sendromunda tekrar kanama oranı %20-30'a, postoperatif mortalite %10-17'ye ve

mortalite %7,5-8,6'ya ulaşmaktadır ve abdominal cerrahide acil bir durum olarak kabul edilmektedir. (3) Mallory-Weiss Sendromu için en yüksek insidans 40 ile 60 yaşlar arası kabul edilmektedir. Erkeklerde kadınlara nazaran gelişme olasılığı 2 ile 4 kat daha fazladır.

ETİYOLOJİ

Mide ve özofagus birleşim yerindeki mukozal yırtıklar alkol aldıktan veya ağır bir yemekten sonra tekrarlayan kusma ile ilişkilidir. (4) Mal-

¹ Uzm. Dr. Evrin BEKEN ÖZDEMİR, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Yoğun Bakım Bölümü

Tablo 1: Mallory-Weiss Sendromunda tedavi algoritması (14)

ve yatak istirahati önerilir. Ayrıca antiemetik tedavi ve proton pompa inhibitörü başlanır. Kan transfüzyonu lüzum halinde (7 g/L'den düşük hemoglobin) uygulanır. Daha önce kullanılan aspirin veya warfarin gibi ilaçlar geçici olarak kesilmelidir. Ayrıca altta yatan mide hastalıkları ayrı ayrı tedavi edilir.

Mallory-Weiss Sendromu'na sadece gastroözofageal bileşke katmanlarında gerçekleşen bir yırtık olarak bakmamak gerekir ve aynı zamanda üst gastrointestinal sistem kanamalarının önemli bir nedeni olduğu akılda tutulmalıdır. Günümüzde, halen netleşmiş standart bir önleme ve tedavi protokolü bulunmamaktadır. Endoskopik sınıflandırma, tanı ve tedavi algoritmasının netleştirilmesi için daha fazla güncel literatüre ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Batkaev AR. Complex treatment of nonulcerous gastroduodenal bleedings by intraluminal endoscopy (experimental clinical research): doctoral thesis. Voronezh; 2010.
2. Dewhirst WE, Stragand JJ, Fleming BM. Mallory-Weiss tear complicating intraoperative transesophageal echocardiography in patient undergoing aortic valve replacement. *Anesthesiology*. 1990;73(4):777-8.
3. Semenov DY et al. [The Optimization of medical tactics for Mallory-Weiss syndrome]. Abstracts of the 14-th Moscow International Congress of Endoscopic Surgery. Moscow; 2010. p. 332-3.
4. Mallory K, Weiss S. Lesions of the cardiac orifice of the stomach produced by vomiting. *JAMA*. 1932;98:1353-5.
5. Kortas DY, Haas LS, Simpson WG, Nickl NJ, Gates LK. Mallory-Weiss tear: predisposing factors and predictors of a complicated course. *Am. J. Gastroenterol*. 2001 Oct;96(10):2863-5.
6. Mearin F, et al. Factors predisponentes y desencadenantes del síndrome de Mallory-Weiss. *Reo Esp Enf Ap Digest*. 1984;66(2):95-102.
7. Enestvedt B K, Lugo R, Guarner-Argente C. et al. Location, location, location: does early cancer in Barrett's esophagus have a preference? *Gastrointest Endosc*. 2013;78:462-467.
8. 28. Kariyawasam V C, Bourke M J, Hourigan L F. et al. Circumferential location predicts the risk of high-grade dysplasia and early adenocarcinoma in

short-segment Barrett's esophagus. *Gastrointest Endosc.* 2012;75:938–944.

9. Rawla P, Devasahayam J. Mallory Weiss Syndrome. [Updated 2020 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan- (Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538190/>)
10. Volzhenin VV, Torgunakov AP. [Comparative assessment of different approaches to treatment of Mallory-Weiss syndrome]. *New technologies in surgery: papers of the International Surgical Congress. Rostov-on-Don*; 2005; 198.
11. Semenov DY et al. [The Optimization of medical tactics for Mallory-Weiss syndrome]. *Abstracts of the 14-th Moscow International Congress of Endoscopic Surgery. Moscow*; 2010; 332–3.
12. Bratus VD, Fomin PD, Utratin GA. [Emergency Diagnostics and surgical treatment of acute gastrointestinal bleedings in Mallory-Weiss syndrome] *Vestnik khirurgii.* 1986;7:26–7.
13. Tutukov AB, Khalilov AZ, Kaprov GB. [Mallory-Weiss syndrome and hiatal hernia]. *Materials of All-Russian Conference of Surgeons. Saratov*; 2003; 160.
14. Smolyaninov EA. [Comparative evaluation of different endoscopic techniques to stop ulcerous gastroduodenal bleedings]. *Emergency medical care: reality and perspectives: the collection of research papers. Voronezh*; 2006;144.
15. Cho YS, Chae HS, Kim HK, et al. Endoscopic band ligation and endoscopic hemoclip placement for patients with Mallory-Weiss syndrome and active bleeding. *World J Gastroenterol* 2008;14:2080–4.