

Sağ Kolonda Dieulafoy Lezyonu: Vaka Takdimi

Dieulafoy's Lesion of the Right Colon: Report a Case

SEZAI LEVENTOĞLU,¹ B.BÜLENT MENTEŞ,¹ MEHMET OĞUZ,¹ T. UTKU YILMAZ,¹
PELİN BÖRCEK,² AYŞE DURSUN²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Dieulafoy lezyonu ciddi alt gastrointestinal kanamanın nadir bir nedenidir. Sıklıkla midede görülmesine rağmen gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde de ortaya çıkabilir. Tanı ve tedavi için tekrar tekrar endoskopik inceleme gerekebilir. Güncel tedavi metodu endoskopik kombine terapidir. Burada kolonik Dieulafoy lezyonu nedeniyle, masif alt gastrointestinal kanaması ile başvuran hastayı sunuyoruz. Hastanın yapılan kolonoskopisinde sağ kolondaki kanama odağından şüphelenildi. Hastanın endoskopik tedavi yöntemlerine yanıt vermemesi, kanamanın tekrarlaması ve hipovolemik şoka girmesi üzerine acil olarak ameliyata alındı ve sağ hemikolektomi yapıldı. Spesimenin histolojik değerlendirmesinde Dieulafoy lezyonu ile uyumlu olarak, kolonik mukozada ülserasyon ve submukozada birkaç adet düzensiz, dilate vasküler yapılar tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Dieulafoy's lezyon, kolonik hemoraji, gastrointestinal kanama

ABSTRACT

Dieulafoy's lesion is a rare cause of severe lower gastrointestinal hemorrhage. Although usually found in the stomach, the lesion may occur anywhere within the gastrointestinal tract. Prompt endoscopic examination and possibly multiple repeated endoscopies may be needed to make the diagnosis. The current therapy of choice is endoscopic combined therapy. We describe a female patient who presented with massive lower gastrointestinal bleeding caused by a colonic Dieulafoy's lesion. The source of the bleeding was suspected to be in the right colon by colonoscopy. Our case also experienced recurrent bleeding; endotherapy failed to achieve hemostasis and lapsed into hypovolemic shock. She was taken up for emergency surgery with right hemicolectomy. The histological sections of this lesion revealed an ulceration in the colonic mucosa which covered a number of irregular and dilated vascular structures with varying wall thicknesses.

Keywords: Dieulafoy's lesion, Colonic hemorrhage, Gastrointestinal bleeding

Giriş

Dieulafoy lezyonu, ilk defa 1884 yılında Gallard tarafından tarif edilmiş olup,¹ 1898 yılında Fransız cerrah George Dieulafoy tarafından masif gastrik kanama ile ilişkili arteriyel lezyon şeklinde tam olarak tanımlanmıştır.² Dieulafoy lezyonu gastrointestinal mukozada-

ki küçük defekt ile birlikte geniş submukozal arterin lümen içine yırtılması şeklinde tarif edilir.³ Arterin subintimal fibrozisi ve mukoza hasarın kenarlarında inflamasyonun olmaması ile karakterizedir.⁴ Dieulafoy lezyonları akut gastrointestinal kanamaların %1.9'unu oluşturur.⁵ Olguların çoğunda mide proksimalinin 1/3 kısmında yerleşmiş olsa da, kolon yerleşimi Dieulafoy lezyonlarının %10'unu oluşturur.⁵ Endoskopik tedavi, %95'lere varan başarı oranları ile

standart yaklaşım haline gelmiştir.⁶ Başarılı ilk hemostaz sonrası görülen tekrar kanama oranı %6-28 arasında olup, sık olarak kabul edilmektedir.⁷ Diğer taraftan, inatçı kanaması olan veya endoskopik tedaviden fayda görmeyen vakalarda cerrahi savunulmaktadır. Bu çalışmada endoterapinin hemostaz sağlamada başarılı olamadığı ve acil cerrahi gereken olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Ani başlayan rektal kanama ile 50 yaşında bayan hasta hastanemize başvurmuştur. Hikayesinden hastanın alkolik siroz ve kronik karaciğer yetmezliği hastası olduğu öğrenildi. Daha önce herhangi bir kanama hikayesi olmayan hastanın ilk hemoglobin değeri 4g/dl, trombosit değeri 85.000 mm³ olarak saptandı. Koagülasyon parametreleri anormal bulundu. Fizik muayenede karın distandü görünümündeydi. Rektal muayenede çok miktarda pıhtılı taze kırmızı kan görüldü. Hasta hemodinamik olarak stabil değildi ve nazogastrik lavajı temizdi. Hastaya 5Ü eritrosit süspansiyonu verildi. Özefagogastroduodenoskopisinde patolojik bulguya rastlanmadı. 4 gün arayla iki kere kolonoskopi yapıldı. İlk kolonoskopide, çıkan kolonda belirgin mukozal hasar veya ülserasyon olmadan aktif arterial kanamadan kaynaklanan fazla miktarda taze kan ve pıhtının varlığı gözlemlendi (Şekil 1). 1/10000 lik epinefrinin 1.5ml injeksiyonu ile hemostaz sağlandı. Fakat birkaç gün sonra taze rektal kanama tekrar meydana geldi. İkinci kolonoskopide Dieulofay lezyonuna benzeyen atipik kanayan lezyon doğrulandı. Heater probun bir-

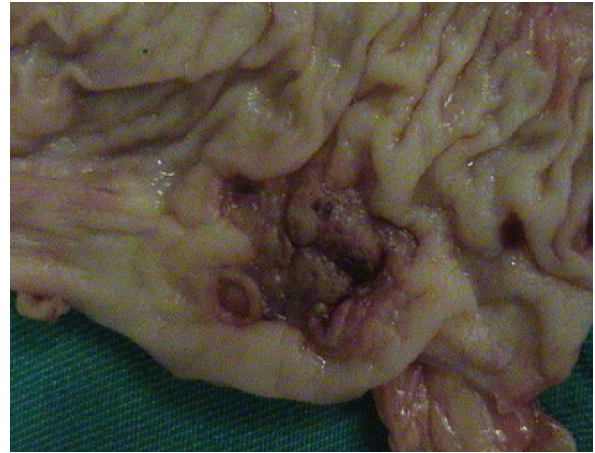


Şekil 1. İlk kolonoskopide belirgin mukozal hasarın olmadığı çıkan kolon.

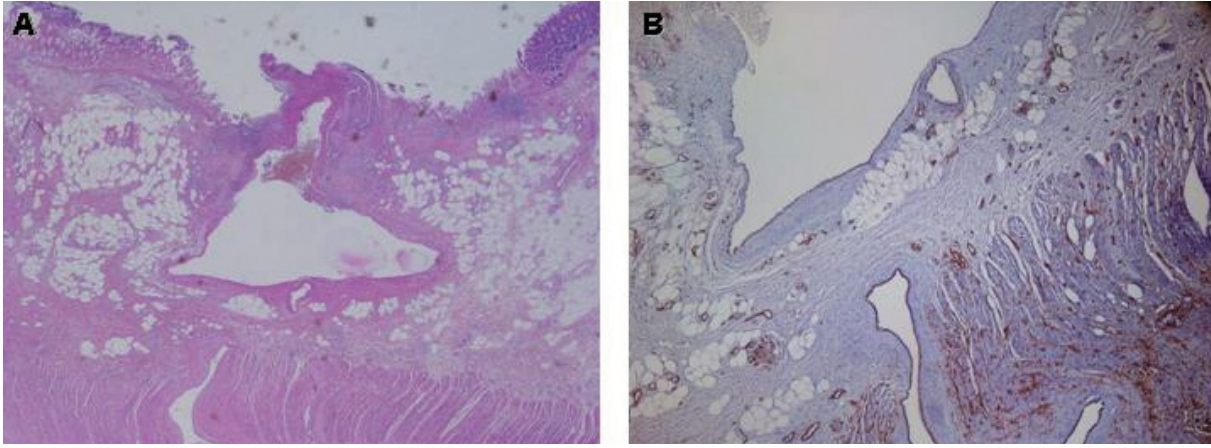
çok kez uygulanmasıyla kanama tekrar durduruldu. Hasta stabilize hale geldi fakat 12 saat sonra kanaması tekrarladı ve hipovolemik şoka girdi. Hastanın hemoglobini 12g/dl'den 7g/dl'ye düştü ve hastaya taze kan verilmeye başlandı. Son non-operatif müdahale olan acil mezenterik arteriografi de kanayan bölgeyi belirlemede yetersiz kaldı. Hasta acil olarak ameliyata alındı, sağ hemikolektomi yapıldı. Sağ hemikolektomi materyalinin makroskopik incelemesinde kahve-mor renkli, mukozal düzensizlik ile çevrili, 1cm boyutunda çukur bir alan gözlemlendi (Şekil 2). Bu lezyonun histolojik kesitleri; kolon mukozasında, düzensiz ve dilate vasküler yapılarla çevrili, değişik duvar kalınlıklarına sahip olan bir ülserasyonun varlığını ortaya koydu. Bu vasküler yapılar yüzeyel mukozadan, muskularis mukozanın derin katlarına ve serozaya kadar uzanıyordu (Şekil 3A). Bu damarların intimal tabakası bağ doku elemanlarının birikimiyle kalınlaşmıştı ve lümeni trombüs oluşumları ile tıkanmıştı. Damarları çevreleyen endotelial tabaka immünohistokimyasal olarak değerlendirildiğinde CD31 pozitif bulundu (Şekil 3B). Tekrar kanaması olmayan hasta, postoperatif 11. günde intrakranial kanama nedeni ile kaybedildi.

İrdeleme

Dieulafay lezyonu nadir görülen fakat gastrointestinal kanamanın kabul edilmiş bir nedenidir. Gastrointestinal sistemin hemen hemen her yerinde tanımlanmıştır. Bununla beraber Dieulafay lezyonu midede daha sık görülmektedir.⁸ Tüm gastrointestinal sistemde sadece %10'u kolon yerleşimlidir. Kolondaki en



Şekil 2. Sağ hemikolektomi materyali, kahve-mor renkli, mukozal düzensizlik ile çevrili, 1cm boyutunda çukur alan.



Şekil 3. Genişlemiş lümenli vasküler yapılar ve süperfiyal mukozadan, muskularis mukozanın derin katlarına uzanan değişen duvar kalınlıkları. Damarları çevreleyen mukoza ülserasyonları (HE X20), (A). Vasküler yapıların endotel kaplamasının immünohistokimya ile CD 31 pozitifliği (CD 31X100), (B).

sık yerleşim rektum (%42) olup, bunu çekum (%17) ve çıkan kolon (%17) takip etmektedir.⁵ Tüm diğer yerleşimlerde olduğu gibi, kolonik Dieulafoy lezyonu orta yaş ve yaşlı hastalarda yaygındır, literatürde 20 ay ile 90 yaş arası hastalar da rapor edilmektedir.⁸ Goldman kanamayı, ektazik damarları kaplayan epitelyumdaki basınç erozyonu sonucu meydana geldiğini savunmaktadır.⁹ Mide veya barsak içeriğine maruz kalması sonucunda damarda erozyon ve arteriel yırtılma meydana gelebilir. Kolon ve rektumdaki mevcut lezyonlardaki olası en önemli sorumlu faktör olarak daha katı barsak içeriğinin geçişinden etkilenmesi görülmektedir.^{9,19} Miko ve Thomazy, submukozal tabaka içinde nispeten hareketli olmaları yerine muskularis mukoza tabakasında anormal yerleşen damarların, normal peristaltizmde hareket ederken anormal streslere maruz kaldığını tespit etmiştir.¹¹ Subintimal fibrozis, nekrotik arter duvarına komşu elastik liflerin kaybı, yırtılma noktasında görülen arterin sirküler liflerinin kaybı ve incilmesi ile kanıtlanan displastik değişimler son patolojik olay olarak damar duvarının belki de olası lokalize dilatasyonla zayıflaması teorisini desteklemektedir.

Komorbiditeler, özellikle kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, diyabet veya alkolün aşırı kullanımı hastaların %90'ında tanımlanmaktadır.⁵ Bu faktörler belki de vasküler ektazinin, mukozal atrofinin, yaşlanmaya ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı olan muhtemel iskemik hasarının birleşik etkileri sonucu damardaki yırtılmanın meydana geldiğini ileri sürmektedir. Sunulan vakamız da

alkolik sirozudur. Tipik klinik bulguları akut masif gastrointestinal kanama, sonrasında gelen hemodinamik instabilite ve çeşitli kan transfüzyon gereksinimleridir. Alt gastrointestinal sistem masif kanamalarının sebepleri en sık olarak soliter rektal ülser, daha önce tanımlanan Dieulafoy lezyonunu içeren arteriyel malformasyonlar ve divertülozis kolidir. Daha seyrek olarak da hemoroidal hastalıkları içermektedir.^{12,13} Klinik olarak Dieulafoy lezyonu, bazen beliren hacimli hemorajiye neden olan anjiodisplazilerden daha çok kanayan divertikül gibi davranmaktadır.

Dieulafoy lezyonunun tanısı genellikle endoskopi ile konulmaktadır. İlk endoskopi ile tanı oranı %49-92 arasındadır.¹⁴ Endoskopik muayene tekrarı sıklıkla gerekir, çünkü kanama noktası fazlasıyla küçük olabilir, kanama aralıklı olabilir veya bölge kan pıhtısıyla kaplanmış olabilir.¹⁴ Dieulafoy lezyonunun geleneksel tedavisi cerrahi olmasına rağmen vakaların yaklaşık olarak %96'sında hemostazın sağlandığı endoskopik terapi son zamanlarda altın standart olarak görülmektedir.⁵ Bir çok çalışmada epinefrin, sklerozan madde enjeksiyonu, alkol sitanoakrilat glue veya hipertonic glikoz solüsyonu enjeksiyonları gibi endoskopik modaliteler; monopolar, bipolar, heat veya Nd:YAG lazer ile yapılan termal ablasyon; elastik band ligasyonu, hemoklipin ayrı ayrı veya kombine kullanıldığı mekanik hemostaz tekniklerinden yararlanılarak başarılı bir hemostaz sağlanabilmektedir.^{5,14} Yöntemlerin tercihi mevcut imkanlara ve bu konudaki deneyimlere bağlıdır. Vakamızda endoterapi ile ilk hemostaz sağlanmıştır, ancak tekrarlayan kanamalarda başarısız

olmuştur. Anjiyografi tanı ve tedavide endoskopik tedavinin başarısız olduğu ve akut alt gastrointestinal kanamalı vakalarda önemli bir seçenektir. Dieulafoy lezyonlarındaki kanamanın tedavisinde selektif arteriyel embolizasyonun rolü kesin değildir. Bir çalışmada 4 hastanın 3'ünde gel-foam embolizasyon ile anjiyografinin hemorajiyi başarılı bir şekilde durdurduğu rapor edilmiştir.¹⁵ Anjiyografik embolizasyon, endoskopik terapinin başarısız olduğu durumlarda ve düşük cerrahi adaylığı olduğu düşünülen hastalarda kısmen faydalı olabilmektedir. Hastamızda mezenterik arteriyografi uygulanmasına rağmen kanama bölgesi lokalize edilememiştir.

Dieulafoy lezyonlarında veya tanımlanamayan alandan kontrolsüz şekilde kanayan hastalarda cerrahi son seçenektir. Endoskopik hemostazın yüksek başarı oranına rağmen hastaların hala %3-16'sına cerrahi gerekmektedir.^{14,16} Vakamızda kanamanın tekrarlanması sonrası hasta hipovolemik şoka girmiştir. Hasta acil şartlarda ameliyata alınarak, sağ hemikolektomi

yapılmıştır. Son serilerde mortalite oranları anlamlı bir şekilde %20' nin altında bildirilmiştir.^{5,6,15,17} Müdahaleden sonraki mortalitenin ya ilerleyen yaşla ya da komorbiditelerle ilişkili olduğu ve devam eden gastrointestinal kanamayla doğrudan ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Hastamızın da eşlik eden alkolik sirozu mevcut olup, koagülasyon parametreleri bozulmuştu. Tekrarlayan kanaması olmayan hasta, postoperatif 11. günde intrakranial kanama nedeni ile kaybedildi.

Sonuç olarak, Dieulafoy lezyonu nadir görülen bir hastalıktır, ama hastalıkla ilişkili olan hemoraji nispeten yüksek morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Endoskopik muayeneye ve belki birçok kere tekrarlanan endoskopilere tanı koymak için ihtiyaç olabilir. Tekrarlayan kanamaların önlenmesinde kombine terapinin, monoterapiden daha etkili olduğu gösterilmektedir. Kontrolsüz kanayan Dieulafoy lezyonlarında cerrahi son seçenektir. Müdahale sonrası mortalitenin ilerleyen yaş ve komorbiditelere bağlı olduğu tespit edilmiştir.

Kaynaklar

- Gallard MT. "Aneurysmes milliaires de l'estomac, dominant leu à des hématémèses mortelles." Bull Soc Med Hop Paris 1884;1: 84-91
- Dieulafoy C. "Exulceratio simplex L intervention chirurgicale dans les hématémèses foudroyantes consécutives a l'exulceration simple de l'estomac." Bull Acad Natl Med 1898;39: 49-84
- Fockens P, Tytgat GN. «Dieulafoys disease.» Gastrointest Endosc Clin N Am 1996;6:739-52
- Juler GL, Labitzke HG, Lamb R, Allen R. The pathogenesis of Dieulafoy's gastric erosion. Am J Gastroenterol 1984;79:195-200
- Norton ID, Petersen BT, Sorbi D, Balm RK, Alexander GL, Gostout CJ. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesion. Gastrointest Endosc 1999;50:762-7
- Schmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy lesions: a review of 6 years of experience at a tertiary referral center. Am J Gastroenterol 2001;96:1688-94
- Walmsley RS, Lee YT, Sung JJ. Dieulafoy's lesion: a case series study. World J Gastroenterol 2005;11:3574-7
- Meister TE, Varilek GW, Marsano LS, Gates LK, Al-Tawil Y, de Villiers WJ. Endoscopic management of rectal Dieulafoy-like lesions: a case series and review of literature. Gastrointest Endosc 1998;48:302-5
- Goldman R. Submucosal arterial malformation (aneurysm) of the stomach with fatal hemorrhage. Gastroenterology 1964;46:589-94.
- Barbier P, Luder P, Triller J, Ruchti C, Hassler H, Stafford A. «Colonic haemorrhage from a solitary minute ulcer. Report of three cases.» Gastroenterology 1985;88:1065-1068
- 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 1988;19:914-21
- Schiller LR, Lichliter W. Acute lower gastrointestinal tract bleeding. In: Wexner SD, Stollman N, eds. Disease of the colon. New York. 2006:369-376
- Amaro R, Petruff CA, Rogers AI. Rectal Dieulafoy's lesion: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 1999;42:1339-1341.
- Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. Gastrointest Endosc 2003;58:236-43.
- Reilly HF, Al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion. Diagnosis and management. Dig Dis Sci 1991;36:1702-7.
- Vogel C, Thomschke D, Stolte M. Dieulafoy's lesion of the right hemicolon. Z Gastroenterol 2006;44:661-5.
- Baettig B, Haecki W, Lammer F, Jost R. Dieulafoy's disease: endoscopic treatment and follow up. Gut 1993;34:1418-21.