

Anal Kanalda Dieulafoy Lezyonu: Masif Gastrointestinal Kanamanın Nadir Görülen Bir Nedeni

Dieulafoy's Lesion in the Anal Canal: A Rare Cause of Massive Gastrointestinal Hemorrhage

Mustafa Berkeşoğlu¹, Aydemir Ölmez¹, Mehmet Kasım Aydın², Mehmet Özgür Türkmenoğlu¹, Tahsin Çolak¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

ÖZ

Dieulafoy lezyonu nadir görülmesine rağmen alt gastrointestinal sistem kanamalarının hayatı tehdit eden nedenlerindendir. Masif alt gastrointestinal kanamaya ve mortaliteye neden olan anal kanaldaki Dieulafoy lezyonunu sunmayı amaçladık. Yetmiş iki yaşındaki erkek hasta masif kanama nedeniyle hastaneye başvurmıştır. Kolonoskopi ve sintigrafide odak saptanamadığından, instabil durumda olan hastaya acil olarak laparotomi yapılmıştır. İntraoperatif olarak yapılan kolonoskopide anal kanal proksimalinde lezyon saptanarak klipslenmiştir. Kanama tekrarlamamasına rağmen, masif transfüzyona bağlı solunum problemleri nedeniyle postoperatif sekizinci günde hasta eksitus olmuştur. Bu tür lezyonlarda %80'e kadar varan oranlarda lezyon ilişkili mortalite oranları bildirilmiştir. Acil şartlarda yapılan bu değerlendirmelerde lezyon görülememiştir. Nadir karşılaşılsa da masif gastrointestinal kanamalarda Dieulafoy lezyonunun akıld tutulması gerekmektedir. Tedavide selektif arteriyel embolizasyon, skleroterapi, epinefrin enjeksiyonu, termokoagülasyon ve klipsleme gibi konservatif yöntemler kullanılabilir. Kanama odağının preoperatif dönemde bulunamadığı durumlarda lokalizasyon için cerrahi sırasında kolonoskopiden faydalanılabilir. Tanıda gecikme olan durumlarda kanama kontrol altına alınsa da masif transfüzyonlara bağlı morbiditenin ve mortalitenin artabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anal kanal, kan transfüzyonu, kolonoskopi, Dieulafoy lezyonu, kanama, cerrahi

ABSTRACT

Dieulafoy's lesion is rare but life-threatening cause of lower gastrointestinal hemorrhage. In this study it is aimed to present a case of Dieulafoy lesion in anal canal which causes massive lower gastrointestinal hemorrhage and mortality. A 72 year-old male patient with massive lower gastrointestinal bleeding applied to the hospital. Since no lesion was detected on colonoscopy and scintigraphy, emergency laparotomy was performed for the unstable patient. On the intraoperative colonoscopy, a lesion was located proximal to anal canal and clipped. Despite the absence of rebleeding, the patient died due to respiratory complications associated with massive transfusion at the eighth day of his postoperation. For this kind of lesions, mortality rates were reported as up to 80%. In this case, the lesion was not found on evaluation performed under emergency setting. Although it is rare, Dieulafoy lesion should be kept in mind in patients with massive lower gastrointestinal hemorrhage. For treatment, conservative methods such as selective arterial embolisation, sclerotherapy, epinephrine injection, thermocoagulation and clips application can be used. When the location of bleeding was not revealed in preoperative evaluation, colonoscopy can be used during surgery. In case of delayed diagnosis the hemorrhage may be kept under control; however, morbidity and mortality may increase with massive transfusion.

Keywords: Anal canal, blood transfusion, colonoscopy, Dieulafoy lesion, hemorrhage, surgery



Giriş

Dieulafoy lezyonu alt gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarının nadir ve hayatı tehdit eden nedenlerindendir.¹ Genellikle mide küçük kurvaturda mukozal defektten submukozal arteriollerin kanaması ile ortaya çıkar. Mide dışında benzer şekilde özefagus, ince barsaklar, kalın barsaklar, rektum ve anal kanalda da gözlenebilir.^{1,2,3} Masif alt GİS kanamaya ve mortaliteye neden olan anal kanaldaki Dieulafoy lezyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Yetmiş iki yaşında bilinen sistemik hastalığı bulunmayan erkek hasta 24 saattir devam eden alt GİS kanama şikayetiyle dış merkezden gastroenteroloji bölümüne sevk edilmiştir. Acil olarak yapılan üst ve alt GİS endoskopide, değerlendirme suboptimal olmakla birlikte aktif kanama odağı tespit edilmedi. Kreatinin değerleri yüksek (1,7 mg/dL) ve kreatinin klirensi <50 ml/dk olması nedeniyle anjiyografik inceleme yapılmadı. 20 mCi Tc-99m işaretli-eritrositle yapılan sintigrafik incelemede sol kolonda kanama odağı olabileceği belirtildi. Hastaya yatış sonrası 24 saatte altı ünite, toplamda ise 12 ünite eritrosit süspansiyonu ve altı ünite taze donmuş plazma verildi. Hasta devam eden kanama, genel durum bozukluğu ve sol kolonda şüpheli kanama odağı nedeniyle genel cerrahi bölümüne danışıldı. Yapılan değerlendirmede arteriyel tansiyon 80/50 mmHg, arteriyel nabız 110/dakika, hemoglobin 8,3 g/dL (11,7-16), hematokrit %24,3 (35-47), platelet $90 \times 10^3/\mu\text{L}$ (150-400), uluslararası normalleştirilmiş oran değeri 1,3 (0,8-1,2) olarak saptandı. Masif transfüzyona rağmen hemodinamik olarak unstabil olması nedeniyle hastaya laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda ekstralüminal patoloji saptanmamıştır. Apendektomi yapıldı, güdük sütüre edilmedi, seromüsküler çevre sütürü (purse suture) yerleştirildi; apendektomi güdüğünden kolonoskopiye girildi; proksimale doğru lümen dışından elle kolonoskopi ilerletildi, intraluminal patoloji saptanmadı. Sintigrafide belirtilen odak olarak sigmoid kolondan kolotomi yapılarak kolonoskopiye girildi ve tüm kolon değerlendirildi. Anal kanal proksimalinde 1 cm'lik Dieulafoy lezyonu saptandı ve endoskopik olarak klips yerleştirildi (Resim 1 ve 2). Kanama kontrol altına alındı; sonrasında apendektomi güdüğü kapatıldı ve kolotomi alanı kolonoskopi işlemi sırasında oluşan iyatrojenik yaralanmadan dolayı primer sütürasyona uygun görülmedi, kısmi sigmoid kolon rezeksiyonu ve anastomoz yapılarak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif dönemde kanama tekrarlamadı, hastanın takiplerinde Akut

respiratuvar distres sendromuna (ARDS) bağlı solunum yetmezliği gelişti, postoperatif ikinci günde mekanik ventilatörde takip edilmeye başlandı, postoperatif sekizinci günde hasta ARDS'ye bağlı olarak eksitus oldu.

Tartışma

Dieulafoy lezyonları alt GİS kanamasının fatal nedenlerindendir, %80'e varan oranlarda lezyon ilişkili mortalite oranları bildirilmiştir.¹ Olgumuzda olduğu gibi erkeklerde biraz daha sık gözlenir.¹ Patogenezi tam olarak bilinmemektedir, genellikle multipl komorbiditesi olan hastalarda gözleendiği, non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar (NSAEİ), aspirin ve warfarin kullanımı ile ilişkili olduğunu bildiren yayınlar¹ olmakla birlikte; etiyolojide alkol, sigara veya NSAEİ kullanımı ile ilişkili olmadığı, kabızlıkla ilişkili olabileceğini bildiren yayınlar² da mevcuttur. Ülserasyon olmadan incelmış mukozanın altından protrude olan tortüyo, anormal genişlikte ve kalın duvarlı submukozal arteriyoller ciddi kanamalara neden olabilmektedir.³



Resim 1. Dieulafoy lezyonunun yakından görüntüsü. Endoskopi yardımıyla intraoperatif olarak saptanıp, klips uygulanmış anal kanal proksimalindeki Dieulafoy lezyonu (siyah ok ile) görülmektedir.



Resim 2. Anal proksimalinde yer alan klips uygulanmış Dieulafoy lezyonu (siyah ok ile gösterilmiştir).

Kolorektal bölgede yer alan lezyonlarda katı içeriğin dilate submukozal lezyon üzerinde nekroza neden olarak lüminal sterkorale etki ile yırtılma ve kanama oluşturduğu teorisi üzerinde durulmuştur.¹ Tam fikir birliği olmamakla birlikte yaşlanma ve kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle mukozal hasar ve iskemi oluşmasının patogeneizde önemli olduğu düşünülmektedir.¹ Literatürde olgumuzda olduğu gibi hipovolemik şok gözlenen olgular bildirilmiştir.^{4,5} Acil şartlarda yapılan dikkatsiz değerlendirmelerde gözden kaçabilmektedir veya hemoroidal hastalık olarak yanlışlıkla değerlendirilebilmektedir.⁵ Tanıda olgumuzda olduğu gibi endoskopik ve anjiyografik yöntemler kullanılabilir. Kanama odağının ve lezyonun görülmesiyle tam konulur.^{3,4,6} Endoskopik olarak; 1) etrafında normal mukoza bulunan <3 mm mukozal defektten mikropulsatil özellikte veya aktif olarak fışkırır tarzda arteriyel kanamanın eşlik ettiği lezyon olması, 2) etrafında normal mukoza bulunan veya mukozal ufak bir defektten kanama olsun ya da olmasın protrude olmuş damar görülmesi, 3) ufak mukozal defekt veya normal gibi görünen mukoza üzerinde sıkı yapıda pıhtının mevcut olması durumunda tanı koyulabilir.¹ Tedavide selektif arteriyel embolizasyon, skleroterapi, epinefrin enjeksiyonu, termokoagülasyon ve klipsleme gibi konservatif yöntemler uygulanabilir.^{1,2,3,4,5,7} Kanamanın radyolojik veya endoskopik olarak kontrol altına alınamadığı durumlarda cerrahi olarak sütürasyon veya segmental rezeksiyonlar uygulanabilir.^{1,2,3} Anal kanal, rektum veya özefagustaki saptanan lezyonlar için daha geniş rezeksiyonlar gerekebilmektedir. Anal kanalda gaytanın katı yapısı nedeniyle daha çok lokal eksizyon gibi cerrahi işlemleri öneren yayınlar mevcuttur.³ Olgumuzda ancak intraoperatif kolonoskopiyapılarak odak tespit edilebilmiştir ve endoskopik klipsleme yapılarak kanama kontrol altına alınmıştır. Lokalize edilemeyen GİS kanamalarda yapılacak subtotal kolektomi gibi geniş rezeksiyonlara rağmen olgumuzda olduğu gibi anal kanaldaki lezyonlar piyesmene dahil edilmemiş olacaktır. Bu durumda geniş rezeksiyona rağmen lezyonun çıkarılmamış olması ya da kanamanın devam etme riski söz konusudur.

Sonuç

Anal kanaldaki Dieulafoy lezyonları nadir olarak görülse de hayatı tehdit eden kanamalara neden olması nedeniyle akılda tutulmalıdır. Anal kanaldaki Dieulafoy lezyonları endoskopi sırasında hızlı geçilebilen bir bölgede yer alması, işlem sonlandırılmadan önce retrofleksiyon ile anal kanalın tekrar değerlendirilmemesi, devam eden kanama nedeniyle net görüntü sağlanamaması, işlemin acil olarak suboptimal şartlarda yapılmış olması veya sık karşılaşılmayan lezyonlar olması gibi nedenlerle endoskopik olarak gözden kaçabileceği unutulmamalıdır. Kanama odağının preoperatif dönemde bulunamadığı durumlarda lokalizasyon için perioperatif dönemde kolonoskopiden faydalanılabilir. Kanama kontrol altına alınsa da masif transfüzyona bağlı sistemik komplikasyonlar ve mortalite gözlenebilmektedir.

Etik

Hasta Onayı: Alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Mustafa Berkeşoğlu, Aydemir Ölmez, Mehmet Kasım Aydın, Mehmet Özgür Türkmenoğlu, Tahsin Çolak, Konsept: Mustafa Berkeşoğlu, Aydemir Ölmez, Mehmet Kasım Aydın, Mehmet Özgür Türkmenoğlu, Tahsin Çolak, Dizayn: Mustafa Berkeşoğlu, Aydemir Ölmez, Mehmet Kasım Aydın, Mehmet Özgür Türkmenoğlu, Tahsin Çolak, Veri Toplama veya İşleme: Mustafa Berkeşoğlu, Aydemir Ölmez, Mehmet Kasım Aydın, Mehmet Özgür Türkmenoğlu, Tahsin Çolak, Analiz veya Yorumlama: Mustafa Berkeşoğlu, Aydemir Ölmez, Mehmet Kasım Aydın, Mehmet Özgür Türkmenoğlu, Tahsin Çolak, Literatür Arama: Mustafa Berkeşoğlu, Aydemir Ölmez, Mehmet Kasım Aydın, Mehmet Özgür Türkmenoğlu, Tahsin Çolak, Yazan: Mustafa Berkeşoğlu, Aydemir Ölmez, Mehmet Kasım Aydın, Mehmet Özgür Türkmenoğlu, Tahsin Çolak.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92:548-554.
2. Enns R. Dieulafoy's lesions of the rectum: a rare cause of lower gastrointestinal bleeding. *Can J Gastroenterol* 2001;15:541-545.
3. Firat O, Karaköse Y, Çalışkan C, Makay O, Özütemiz O, Korkut MA. Dieulafoy's lesion of the anal canal: report of a case. *Turk J Gastroenterol* 2007;18:265-267.
4. Nunoo-Mensah JW, Alkari B, Murphy GJ, Watson AJ. Rectal Dieulafoy lesion. *J Am Coll Surg* 2008;206:388-389.
5. Apiratpracha W, Ho JK, Powell JJ, Yoshida EM. Acute lower gastrointestinal bleeding from a dieulafoy lesion proximal to the anorectal junction post-orthotopic liver transplant. *World J Gastroenterol* 2006;12:7547-7548.
6. Kim HH, Kim JH, Kim SE, Park SJ, Park MI, Moon W. Rectal dieulafoy lesion managed by hemostatic clips. *J Clin Med Res* 2012;4:439-441.
7. Tursi A. Rectal Dieulafoy lesion. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2015 Jul 14. pii: S2210-7401(15)00139-4.