

Krwawienie ze zmiany Dieulafoy esicy – opis przypadku

Haemorrhage from a Dieulafoy lesion in the sigmoid colon – a case report

Zbigniew Kula¹, Janusz Kowalewski^{2,3}

¹Zakład Endoskopii Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

²Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów *Collegium Medicum* w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Przegląd Gastroenterologiczny 2008; 3 (6): 321–324

Słowa kluczowe: zmiana Dieulafoy, esica, leczenie endoskopowe.

Key words: Dieulafoy lesion, sigmoid colon, endoscopic therapy.

Adres do korespondencji: dr n. med. Zbigniew Kula, Zakład Endoskopii, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka, ul. dr Romanowskiej 2, 85-795 Bydgoszcz, tel. +48 52 374 32 74, faks +48 52 374 33 01, e-mail: zbigniew.kula@co.bydgoszcz.pl

Streszczenie

Zmiana Dieulafoy jest często przyczyną nieustalonego źródła masywnego krwawienia z przewodu pokarmowego. Zmiany te spotyka się w proksymalnej części żołądka, ale mogą występować we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego. Rozpoznanie zmiany Dieulafoy ustala się z reguły na podstawie badania endoskopowego i najczęściej jest leczone metodami endoskopowymi. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 65-letniego mężczyzny z ciężkim krwawieniem z dolnego odcinka przewodu pokarmowego ze zmiany Dieulafoy esicy. Chory był skutecznie leczony założeniem metalowego klipsa na krwawiące naczynie tętnicze.

Wstęp

Zmiana Dieulafoy (wrzód Dieulafoy, łac. *exulceratio simplex*, ang. *Dieulafoy's disease, cirroid aneurysm*) jest nieprawidłowością naczyniową, która umiejscawia się w błonie śluzowej lub podśluzowej przewodu pokarmowego [1–3]. Charakteryzuje się obfitym krwawieniem z naczynia tętniczego znajdującego się w miejscu niewielkiego ubytku otoczonego prawidłową błoną śluzową. W badaniu endoskopowym zmianę tę łatwo można przeoczyć, jeżeli nie stwierdza się aktywnego krwawienia lub ubytek nie jest pokryty skrzepem krwi. Po raz pierwszy tego typu uszkodzenie błony śluzowej opisał Gillard [4] w 1884 r. Nazwa choroby pochodzi jednak od nazwiska francuskiego chirurga Dieulafoy, który w 1896 r. opisał 3 śmiertelne przypadki masywnego krwawienia z żołądka u młodych mężczyzn w przebiegu tego schorzenia [5]. Przyjmuje się, że zmiana Dieulafoy jest przyczyną do 5% krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego [6]. Zmiana ta z reguły

Abstract

Dieulafoy lesion is an often unrecognized cause of obscure, massive gastrointestinal haemorrhage. The lesion is usually located in the proximal stomach, but it may occur anywhere in the gastrointestinal tract. Dieulafoy lesions are routinely diagnosed and treated endoscopically. We describe a 65-year-old man who presented with severe lower gastrointestinal bleeding caused by a sigmoid colon Dieulafoy lesion and treated successfully with endoscopic haemoclipping.

występuje typowo w trzonie żołądka, na krzywiźnie mniejszej, kilka (5–7) cm poniżej wpustu. Zmiany błony śluzowej tego typu mogą jednak występować również w przełyku, opuszce dwunastnicy, jelicie cienkim, okrężnicy, odbytnicy i kanale odbytu, a nawet w oskrzelach [3].

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek krwawienia ze zmiany Dieulafoy ze względu na jej rzadkie umiejscowienie w esicy oraz skuteczne leczenie endoskopowe masywnego krwawienia.

Opis przypadku

Chorego, lat 65, leczono na Oddziale Klinicznym Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów z powodu ropniaka prawej jamy opłucnowej. Trzy miesiące wcześniej wycięto mu płat górny prawego płuca z powodu raka płaskonabłonkowego. Stosowano drenaż jamy opłucnowej oraz celowaną antybiotykoterapię. W 14. dniu hospitalizacji u chorego wystąpiło ostre krwawienie

z przewodu pokarmowego objawiające się ewakuacją świeżej krwi i skrzepów krwi przez odbył. Stan ogólny pacjenta był ciężki. W badaniu przedmiotowym stwierdzono: objawy hipotonii, ciśnienie tętnicze 80/50 mm Hg, tętno 120–140/min. W badaniach laboratoryjnych odnotowano: niedokrwistość dużego stopnia – hemoglobina 6,4 g/dl, krwinki czerwone 2,32 T/l, hematokryt 19,1%, leukocyty 13,9 G/l, płytki krwi 265 G/l. Włączono postępowanie przeciwwstrząsowe. Choremu przetoczono 3 j. koncentratu krwinek czerwonych. W pilnie wykonanej gastrokopii nie znaleziono źródła krwawienia, natomiast w kolonoskopii stwierdzono świeżą krew w lewej połowie jelita grubego. Przy wprowadzaniu aparatu w esicy zauważono skrzep krwi przytwierdzony do prawidłowo wyglądającej błony śluzowej (ryc. 1A.). Skrzep krwi splukano wodą, odstaniając krwawiące naczynie tętnicze (ryc. 1B.). Krwawienie zatrzymano plazmową koagulacją argonową i ostrzyknięciem błony śluzowej roztworem adrenaliny w soli fizjologicznej w stężeniu (rozcieńczeniu) 1: 10 000. Stan chorego się poprawił. Po ok. 10 godz. wystąpił nawrót krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W badaniu endoskopowym stwierdzono krwawienie tętnicze z opisywanej wcześniej zmiany w esicy (ryc. 1C.). Tym razem krwawienie zatrzymano, zakładając klips na sterzące naczynie tętnicze (ryc. 1D.). W czasie dalszej obserwacji szpitalnej nie obserwowano nawrotu krwawienia.

Omówienie

Zmianę Dieulafoy w jelicie grubym opisali po raz pierwszy Barbier i wsp. [7] w 1985 r., natomiast Abdullian i wsp. [8] pierwsi opublikowali doniesienie o skutecznym leczeniu metodą iniekcijną krwawienia ze zmiany tego typu umiejscowionej w odbytnicy.

Zmiana Dieulafoy najczęściej manifestuje się klinicznie masywnym, nawracającym krwotokiem, przebiegającym nagle, bez poprzedzających dolegliwości bólowych. W zależności od umiejscowienia uszkodzenia błony śluzowej krwawieniu towarzyszą krwiste lub fusowate wymioty i/lub krwiste lub smoliste stolce. Bardzo często przebieg kliniczny jest ciężki, z objawami wstrząsu krwotocznego. W przypadku chorego leczonego przez autorów nawracające krwawienia powodowały również istotne zaburzenia hemodynamiczne wymagające intensywnego nadzoru i leczenia.

Zmiana Dieulafoy wymaga różnicowania z innego typu nieprawidłowościami naczyniowymi, które także mogą być przyczyną masywnych krwawień z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Wśród nich najważniejsze są: malformacje tętniczo-żylnie, dziedziczne teleangiektazje (zespół Osler-Weber-Rendu), łagodne nowotwory naczyń krwionośnych oraz tętniaki w prze-

biegu miażdżycy naczyń. Podobny obraz kliniczny mogą mieć również uszkodzenia typu Mallory'ego-Weissa [3].

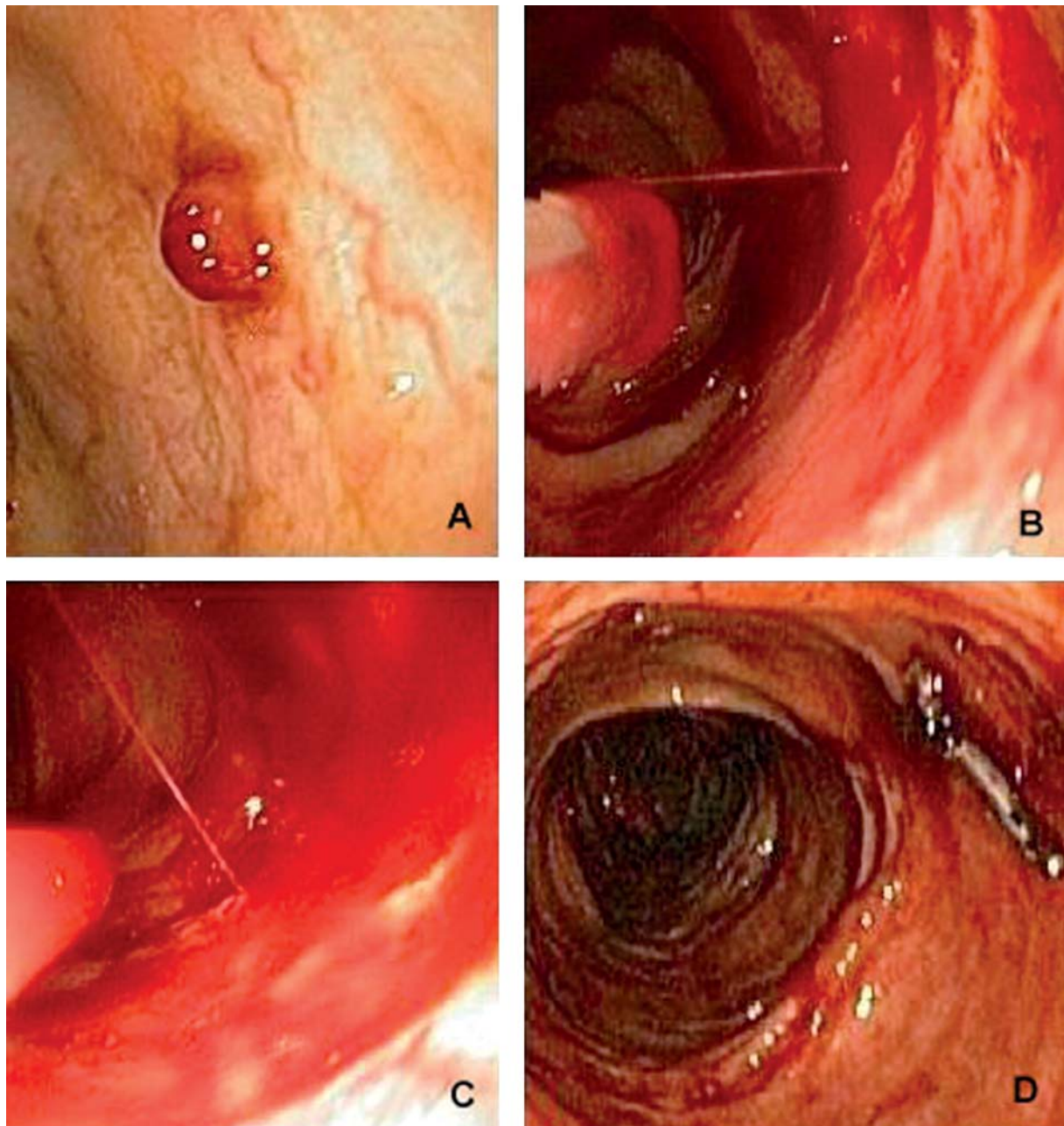
Rozpoznanie zmiany Dieulafoy jako źródła ostrego krwawienia jest trudne. Ze względu na masywny, nawracający charakter krwawień często konieczne jest wykonanie kilku badań endoskopowych u tej samej osoby. W żołądku w trakcie pierwszej gastrokopii rozpoznanie ustala się w 49% przypadków, u 33% podczas drugiego badania endoskopowego, natomiast u 18% chorych podczas laparotomii [3]. Postawienie diagnozy zmiany Dieulafoy jest możliwe tylko na podstawie charakterystycznego obrazu endoskopowego. Niezmiernie rzadko w tych przypadkach pobiera się wycinki do badania histopatologicznego. W materiale mikroskopowym najczęściej stwierdzane są duże, kręte naczynia krwionośne (tętniczki) oraz niewielki ubytek błony śluzowej nieobejmujący jej blaszki mięśniowej. Przyjmuje się, że naczynia krwionośne pękają w wyniku włóknienia błony wewnętrznej i utraty włókien elastycznych ich ściany. Większość autorów uważa, że mechanizmem spustowym krwawienia jest powstanie powierzchniowej nadżerki. Inni autorzy w patogeniezie uszkodzeń Dieulafoy sugerują udział niesteroidowych leków przeciwzapalnych i alkoholu.

W badaniu endoskopowym zmianę Dieulafoy opisuje się najczęściej jako punktowe uszkodzenie błony śluzowej z obecnością tryskającej krwi tętniczej, a w przypadku bez aktywnego krwawienia jako skrzep krwi otoczony prawidłowo wyglądającą błoną śluzową. Niekiedy widoczne jest naczynie o średnicy do 3 mm. W opisanym przez autorów przypadku obserwowano zarówno naczynie otoczone skrzepem, jak i krew tryskającą z naczynia tętniczego sterzącego z prawidłowo wyglądającej błony śluzowej. W diagnostyce choroby Dieulafoy znajduje zastosowanie także endosonografia, zwłaszcza w przypadku chorych z krwawieniem do przewodu pokarmowego o niejasnej etiologii [9]. Metoda ta pozwala na precyzyjniejsze podanie środka obliterującego.

Obecnie pierwszym etapem w przypadku rozpoznania krwawienia ze zmiany Dieulafoy jest próba leczenia endoskopowego. Stosuje się ostrzykiwanie roztworem adrenaliny lub etoksisklerolem, fotokoagulację laserową, plazmową koagulacją argonową, zakładanie gumowych opasek lub metalowych klipsów [3, 8–10]. W przypadku chorego leczonego przez autorów niniejszej pracy zastosowanie argonowej koagulacji plazmowej i ostrzyknięcie zmiany Dieulafoy w esicy roztworem adrenaliny pozwoliło na tymczasowe zatrzymanie krwawienia. Nawrót krwawienia był skutecznie leczony założeniem metalowego klipsa na naczynie tętnicze. Obserwacja ta potwierdza wyniki badań porównawczych Chung i wsp. [10], którzy wykazali, że hemostaza

za pomocą metod mechanicznych jest znacznie bardziej skuteczna niż metody iniekcyjne. Prawdopodobieństwo konieczności leczenia chirurgicznego w celu opanowania krwawienia w tej chorobie jest większe niż w przypadku krwawień z przewodu pokarmowego spowodowanego innymi przyczynami.

Poza metodami endoskopowymi zadowalające rezultaty zatrzymania krwawienia uzyskano również podczas arteriografii z embolizacją [3]. W przypadku krwawień z uszkodzeń Dieulafoya w jelicie grubym i nieskutecznego leczenia metodami endoskopowymi istnieje konieczność odcinkowego wycięcia jelita grube-



Ryc. 1. Obraz endoskopowy przedstawiający zmianę Dieulafoya pokrytą skrzepem krwi w esicy (A), punktowe źródło krwawienia tętniczego (B, C) oraz hemostazę uzyskaną za pomocą klipsa (D)

Fig. 1. Endoscopic appearance of Dieulafoy's lesion with overlying clot in the sigmoid colon (A), a point source of arterial bleeding (B, C) and haemostasis achieved by the application of the haemoclip (D)

go. Przyjmuje się, że wraz z rozwojem endoskopii interwencyjnej zmniejsza się liczba przypadków wymagających leczenia operacyjnego, a także ogólna śmiertelność w przebiegu krwawienia ze zmiany Dieulafoy.

Podsumowując, należy zauważyć, że w przypadku krwawień z przewodu pokarmowego, zwłaszcza wówczas, gdy nie znaleziono źródła krwawienia w rutynowym badaniu endoskopowym, w diagnostyce różnicowej zawsze powinno się brać pod uwagę zmianę Dieulafoy. Należy pamiętać, że tego typu uszkodzenia błony śluzowej mogą występować we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego. W przypadku rozpoznania zmiany Dieulafoy metodą z wyboru powinno być leczenie endoskopowe.

Piśmiennictwo

1. Barnert J. Ostre i przewlekłe krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W: Atlas kolonoskopii, technika, diagnostyka, zabiegi. Messmann H (red.). MediPage, Warszawa 2007; 118-42.
2. Silverstein FE, Tytgat GN. Żołądek I: wrzody żołądka, nieprawidłowości anatomiczne i naczyniowe, ocena pooperacyjna. W: Endoskopia przewodu pokarmowego. Atlas. Medycyna Praktyczna, Kraków 1998; 119-46.
3. Chaer RA, Helton WS. Dieulafoy's disease. J Am Coll Surg 2002; 196: 290-6.
4. Gallard MT. Aneurysme miliars de l'estomach, donnant lieu a des hematemeses mortelles. Bull Soc Med Hop Paris 1884; 1: 84-91.
5. Dieulafoy G. Exulceratio simplex. L'intervention chirurgicale dans les hematemeses foudroyantes consecutives a l'exulceration simple de l'estomac. Bull Acad Med 1898; 49: 49-84.
6. Norton ID, Petersen BT, Sorbi D i wsp. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesion. Gastrontest Endosc 1999; 50: 762-76.
7. Barbier P, Luder P, Triller J i wsp. Colonic hemorrhage from a solitary minute ulcer. Raport of three cases. Gastroenterology 1985; 88: 1065-8.
8. Abdulian JD, Santoro MJ, Chen YK i wsp. Dieulafoy-like lesion of the rectum presenting with exsanguinating hemorrhage. Trop Gastroenterol 1991; 12: 25.
9. Fockens P, Meenan J, van Dullemen HM i wsp. Dieulafoy's disease: endosonographic detection and endosonography-guided treatment. Gastrointest Endosc 1996; 44: 437-42.
10. Chung IK, Kim EJ, Lee MS i wsp. Bleeding Dieulafoy's lesions and the choice of endoscopic method – comparing the haemostatic efficacy of mechanical and injection methods. Gastrointest Endosc 2000; 52: 721-4.