

Duodenal divertikül içindeki anjiodisplaziye bağlı varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması: olgu sunumu

Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding secondary to angiodysplasia within duodenal diverticulum: case report

Abdullah Murat Buyruk 

Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Trabzon, Türkiye

ÖZ

Duodenal divertikül rutin endoskopide çoğunlukla gözden kaçmaktadır. Ancak nadiren varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamasının nedeni olarak karşımıza çıkabilir. Burada, duodenal divertikül içindeki anjiodisplaziye bağlı varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması izlenen bir olguyu bildirdik. Odak bulunamayan varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamasında duodenal divertikülün odak olabileceği mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Duodenal divertikül, varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması, anjiodisplazi.

ABSTRACT

Duodenal diverticulum is mostly overlooked in routine endoscopy. But it can rarely occur as a cause of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Here, we present a case who developed nonvariceal upper gastrointestinal bleeding due to angiodysplasia located in the duodenal diverticulum. It should be kept in mind that duodenal diverticulum may be as a cause of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding of unknown origin.

Keywords: Duodenal diverticulum, nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, angiodysplasia.

GİRİŞ

Duodenal divertikül (DD) rutin endoskopide genellikle rastlantısal olarak izlenir (1). Tanı sıklığı kullanılan metoda göre (%0,16-22) değişmektedir. Nadiren varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamasına (VDÜGİSK) neden olabilir. Masif ve hayati riske neden olan kanamalara neden olabilir. Son zamanlarda endoskopik tedaviler sayesinde DD kaynaklı VDÜGİSK tedavisinde cerrahi ihtiyacı azalmıştır (2, 3).

Bu sunumda, DD içindeki anjiodisplaziye bağlı VDÜGİSK izlenen bir olgunun endoskopik tanısı ve tedavisi bildirilmiştir.

OLGU SUNUMU

83 yaşında kadın hasta evindeki tuvalette baygın halde bulunması nedeniyle yakınları tarafından acil servise getirildi. Acil servise başvuru anında

hipotansif (kan basıncı 90/56 mmHg) ve taşikardik (kalp hızı 102 atım/dakika) izlenen olgunun rektal tuşe muayenesi melena ile uyumluydu. Nazogastrik sondada taze kan veya pıhtı izlenmedi. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin (Hb) değeri 6,5 gr/dL (normal 13,5-17,5 gr/dL)'ydi. Antiagregan, antikoagulan veya non-steroidal anti-inflamatuar ilaç kullanım öyküsü olmayan hasta esansiyel hipertansiyon nedeniyle Kandesartan Sileksetil Hidroklorotiyazid 16 mg/ 12,5 mg ve amlodipin 10 mg kullanıyordu.

Öncelikle sıvı replasmanı ve iki ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulanarak hastanın hemodinamik durumu düzeltildi. Sonrasında özofagogastroduodenoskopik inceleme yapıldı (EG 530WR; Fujinon, Tokyo, Japan). Özofagus, mide ve duodenumda taze kan veya pıhtı izlenmedi.

Sorumlu yazar: Abdullah Murat Buyruk
Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji
Kliniği, Trabzon, Türkiye
E-posta: amuratbuyruk@gmail.com
Başvuru tarihi: 16.03.2021 Kabul tarihi: 25.07.2021

Duodenum ikinci segmentte medial duvarda yaklaşık 4 cm çapında DD ve içinde kenarından minimal sızıntı şeklinde kanayan 7 mm çapında anjiodisplazi izlendi (figure-1). DD içerisinde önden görüşlü endoskop ile tedavi açısından uygun pozisyon sağlanamadığı için işleme endoskopik başlık takılarak devam edildi. Termal hasarı önlemek için lezyon tabanı öncelikle 4 cc salin ile eleve edildikten sonra lezyona argon plazma koagulasyon (APK) (40 W) uygulandı. Gecikmiş perforasyon riskini önlemek için APK uygulanan alana iki adet profilaktik klip (VDK-CD-11-230-P) uygulandı. İzlemede üçüncü ayda kanama bulgusu olmayan hastanın Hb değeri 12,5 gr/dL idi. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

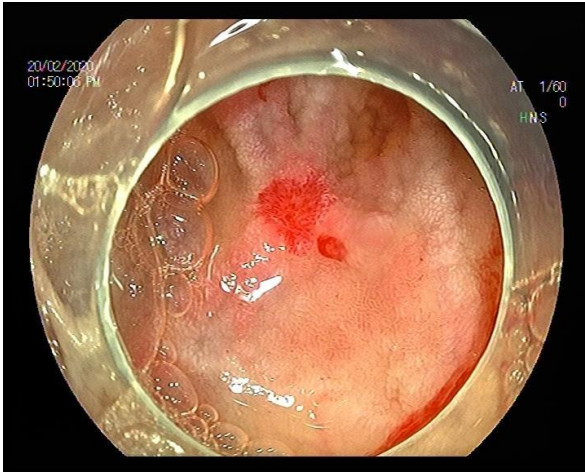


Figure-1: Özofagogastroduodenoskopik inceleme: duodenal divertikül içinde sızıntı şeklinde kanayan anjiodisplazi.

TARTIŞMA

DD bağırsak duvarındaki bir kas defektinden fitiklaşan mukozal veya submukozal tabakalardan oluşan bir kesedir. Duodenum gastrointestinal traktüste divertiküler hastalık açısından ikinci en sık lokalizasyondur. Duodenum içinde divertikülün en sık izlendiği alan ise desenden segment ve medial duvardır. Pankreatik ve safra kanalının barsak duvarına girişi yaptığı alanda kas tabakasında kısmi zayıflık oluşması nedeniyle bu alanda daha sık divertikül oluştuğu düşünülmektedir (4).

Kullanılan metoda göre tanı sıklığı değişmekle beraber ERCP sırasında hastaların %23'ünde DD izlenir (4). Çoğunlukla asemptomatiktir, ancak nadiren divertikülit, kanama, kolanjit, pankreatit ve perforasyon ile klinik bulgu verebilir (1, 2, 4).

DD ilişkili VDÜGİSK nadiren izlenir (2). Chen ve ark.'nın 1991-2005 yıllarını kapsayan literatür taraması sonucunda 42 vakalık seriyi değerlendirdikleri retrospektif çalışmaya göre DD ilişkili VDÜGİSK insidansı %0,14'tür. Hastaların çoğu ileri yaş ve kadındır. Kanamaların ise çoğu masiftir (ortalama Hb:7.58 gr/dL [aralık 5,8-9,5 gr/dL; referans aralığı 14,0-17,0 gr/dL]) ve şok görülme oranı oldukça (61.29%) yüksektir (2). Onozato ve ark.'nın 7 vakalık serisinde de hastalar yine ileri yaşta ancak çoğunlukla erkektir. Hastaların çoğunda yine şok izlenmiştir (3). Bizim hastamız gerek ileri yaşta olması dolayısıyla hasta profili yönünden, gerekse de senkop öyküsü ve derin anemisi olması dolayısıyla klinik yönden literatürdeki diğer hastalar ile benzerdir.

Divertikül içindeki erozyon, ülser, arteriovenöz malformasyon, aortaenterik fistül, anjiodisplazi ve dieulafoy kanama nedeni olabilir (2-7, 9). Literatür tarandığında divertiküler anjiodisplazi ilişkili kanamalı hasta oldukça nadirdir (2, 3). Bu vaka VDÜGİSK düşünülen hastada endoskopide kanama odağı bulunamadığında DD'nin kanama odağı olabileceğini göstermesi bakımından önemlidir.

DD kaynaklı kanamada tanı koymak özellikle kanamanın aktif olmadığı dönemde zordur. Tekrarlayan endoskopik incelemeler gerekebilir. Önden görüşlü gastroskop ile DD kolayca gözden kaçabilir ve bu alanda taze kan veya pıhtı izlenemez ise tanı koymak daha da zor olabilir. Bu durumda yandan görüşlü endoskop, tanı ve tedavi açısından işlemi kolaylaştırabilir (7). Ayrıca endoskopik başlık eşliğinde bu hastalarda inceleme yapmak hem divertikül içerisinde incelemeyi hem de endoskopik tedaviyi kolaylaştırmaktadır (3). Bizim hastamızda da divertikül alanı izlendikten sonra işleme endoskopik başlık takılarak devam edildi. Bu sayede hem tanı açısından divertikül içindeki inceleme kolaylaşmış, hem de tedavi açısından daha uygun pozisyon sağlanmıştır.

DD ilişkili kanamalarda endoskopik tedaviler (klip, termal tedaviler, skleroterapi, kombine tedavi), embolizasyon ve cerrahi tedavi seçenekleridir (10). Son zamanlarda endoskopik tedaviler sayesinde cerrahi tedavi ihtiyacı azalmıştır (10).

Duodenal anjiodisplazi tedavisinde APK tedavisi güvenilirdir (8). Ayrıca DD içindeki anjiodisplaziye bağlı kanama tedavisinde de APK'nin güvenilirliği vaka bazında bildirilmiştir (5). Özellikle sağ kolondaki anjiodisplaziler için APK öncesi salin ile

elevasyonun perforasyon riskini azalttığı gösterilmiştir (10). DD'lerin çoğunlukla psödodivertikül olması ve dolayısıyla kas tabakası içermemesi nedeniyle duvar kalınlığı incedir (1). Dolayısıyla vakamızda görüldüğü üzere APK tedavisi öncesinde termal hasarı azaltmak için lezyon tabanına salin enjeksiyonu uygulamak güvenilirdir. Literatürde net bir öneri bulunmamakla beraber DD duvarı ince olduğu için termal hasara bağlı olası gecikmiş perforasyon riskini azaltmak için bizim

hastamızda APK uygulanan alana iki adet klip konuldu.

SONUÇ

VDÜGİSK'te endoskopik incelemede kanama odağı bulunamadığında sebebin DD ilişkili kanama olabileceği mutlaka akılda tutulmalıdır. Endoskopik tedavi DD ilişkili kanamalarda güvenle uygulanabilen bir yöntemdir.

Çıkar çatışması: Yazar çıkar çatışması beyan etmemiştir.

Kaynaklar

1. Sakthivel S, Kannaiyan K, Thiagarajan S. Prevalence of duodenal diverticulum in South indians: a cadaveric study. *ISRN Anat.* 2013 Nov 7; 2013: 767403. doi: 10.5402/2013/767403.
2. Chen YY, Yen HH, Soon MS. Impact of endoscopy in the management of duodenal diverticular bleeding: experience of a single medical center and a review of recent literature. *Gastrointest Endosc.* 2007 Oct; 66 (4): 831-5. doi: 10.1016/j.gie.2007.06.001.
3. Onozato Y, Kakizaki S, Ishihara H, Iizuka H, Sohara N, Okamura S, et al. Endoscopic management of duodenal diverticular bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2007 Nov; 66 (5): 1042-9. doi: 10.1016/j.gie.2007.07.014.
4. Dalal AA, Rogers SJ, Cello JP. Endoscopic management of hemorrhage from a duodenal diverticulum. *Gastrointest Endosc.* 1998 Oct; 48 (4): 418-20. doi: 10.1016/s0016-5107 (98) 70015-x.
5. Chatila AT, Gou E, Abdulla H, Merwat S. Two Cases of Bleeding Angiodysplasias Within Duodenal Diverticulum. *ACG Case Rep J.* 2019; 6 (3): e 00027. Published 2019 Mar 6. doi:10.14309/crj.0000000000000027
6. Groff A, Walsh L, Singh M, Jain R. Juxtapapillary duodenal diverticulitis in an elderly female. *BMJ Case Rep.* 2019 Apr 12; 12 (4): e229259. doi: 10.1136/bcr-2019-229259.
7. Soudagar AS, Abdinoor A, Khan O, Gupta N. Use of side-viewing endoscope to treat a bleeding duodenal diverticulum. *Gastrointest Endosc.* 2015 Jan; 81 (1): 232-3. doi: 10.1016/j.gie.2014.04.008.
8. Sami SS, Al-Araji SA, Ragunath K. Review article: gastrointestinal angiodysplasia- pathogenesis, diagnosis and management. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014 Jan; 39 (1):1 5-34. doi: 10.1111/apt.12527.
9. Inoue, T., Nakazawa, S., Hattori, T., Katayama M., Taki T., Takashima T, et al. Massive bleeding from a duodenal diverticulum successfully treated with transarterial embolization and endoscopic coagulation. *Digestive Endoscopy* 2004; 16: 58-60. <https://doi.org/10.1111/j.1443-1661.2004.00300.x>
10. Suzuki N, Arebi N, Saunders BP. A novel method of treating colonic angiodysplasia. *Gastrointest Endosc.* 2006 Sep; 64 (3): 424-7. doi: 10.1016/j.gie.2006.04.032.