



OLGU SUNUMU

FARİNGO-LARİNGO-ÖZOFAJEKTOMİ SONRASI DİEULAFOY LEZYONU

Dr. Ahmet Oğuz HASDEMİR¹, Dr. Oktay BÜYÜKAŞIK², Dr. Murat BOZGEYİK¹, Dr. Nihat AKÇAYÖZ³, Dr. Ercan YALÇIN⁴, Dr. Erol YALÇIN⁴, Dr. Cavit ÇÖL¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye ²Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye ³Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, I. KBB Kliniği, Ankara, Türkiye ⁴Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, I. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Hipofarinks karsinomu nedeniyle faringo-laringo-özofajektomi gastrik pull-up yapılan hastada, operasyondan 16 ay sonra hematemiz nedeniyle yapılan endoskopik incelemede faringo-gastrik anastomozun distalinde mide fundusunda Dieulafoy lezyonu (DL) saptandı. Endoskopik olarak heater probe termokoagülasyon ile hemostaz sağlandı. Bu işlemden 6 ay sonra tekrarlayan kanama aynı yöntemle durduruldu. Bir yıl sonra yeniden kanaması olan hastaya cerrahi girişim uygulandı ve kanama odağı sütüre edildi. Dieulafoy lezyonu etiopatogenezinde birçok faktör suçlanmaktadır. Sunulan olgu gastrik pull-up sonrası bildirilen ilk Dieulafoy lezyonu olgusudur.

Anahtar Sözcükler: Dieulafoy lezyonu, hipofarinks kanseri, gastrik pull-up

DIEULAFOY LESION AFTER PHARYNGO-LARYNGO-ESOPHAGECTOMY

SUMMARY

Dieulafoy lesion was detected by endoscopic examination for haematemesis in gastric fundus, distal of the pharyngo-gastric anastomosis in a patient who had underwent to pharyngo-laryngo-esophagectomy gastric pull-up 16 months ago. Hemostasis was obtained endoscopically with heater probe thermocoagulations. At the 6th month of the follow up, recurrent bleeding was coagulated with the same procedure. Rebleeding occurred a year after the second procedure, and focus of bleeding was sutured. There are many factors thought to be responsible for Dieulafoy lesion etiopathogenesis. According to our knowledge, this is the first case reported which Dieulafoy lesion occurred following gastric pull up.

Keywords: Dieulafoy lesion, hypopharynx cancer, gastric pull-up

GİRİŞ

Gallard, tarafından 1896 yılında tespit edilen ve klinik özellikleri 1897 yılında Dieulafoy tarafından tanımlanan Dieulafoy lezyonu (DL); akut gastrointestinal sistem kanama nedenlerinden biridir¹. Özofagus, mide, duodenum, kolon ve bronşlarda görülen DL olguları bildirilmiştir²⁻⁴.

İngilizce medikal literatürde Billroth-II rezeksiyonu sonrası görülen DL bildirilmekle birlikte transpoze edilen mide de DL rapor edilmemiştir. Bu makalede hipofarinks tümörü nedeniyle faringo-laringo-özofajektomi ve gastrik pull-up rekonstrüksiyon yapılan bir olguda ameliyattan 16 ay sonra saptanan DL sunulmuştur.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Ahmet Oğuz Hasdemir Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye, E-mail: oguzhasdemir@gmail.com

Gönderilme tarihi: 12 Ocak 2008, revizyonun gönderildiği tarih: 26 Ocak 2008, yayın için kabul edilme tarihi: 26 Ocak 2008

OLGU SUNUSU

Disfaji nedeniyle kliniğimize başvuran 44 yaşında kadın hastanın yapılan incelemelerinde sol priform sinüs kaynaklı hipofarinks tümörü saptandı. Özofagus proksimaline tümör invazyonu mevcuttu ve alınan biopsi materyalinin histopatolojik tanısı yassı hücreli karsinom olarak rapor edildi. Preoperatif hazırlıkları takiben hastaya trans-hiatal faringo-laringo-özofajektomi ve bilateral fonksiyonel boyun diseksiyonu yapıldı. Rekonstrüksiyon gastrik pull-up faringo-gastrostomi şeklinde yapıldı. T3N0M0 (Evre III) olan hastaya postoperatif dönemde adjuvan kemoradyoterapi uygulanarak onkolojik izleme alındı.

Operasyondan 16 ay sonra anemi ve hematemiz yakınmasıyla yeniden tarafımıza başvuran hastanın nazofarinks ve orofarinks muayenesi ile faringo-gastrostomi anastomoz hattında herhangi bir kanama odağı saptanmadı.



Yapılan endoskopik muayenede faringo-gastrostomi anastomoz hattının 4 cm distalinde, mide fundusunda DL ile uyumlu kanamalı lezyon görüldü. Endoskopik heater probe termokoagülasyon yöntemiyle kanama durduruldu.

İlk kanamadan sonra altı ay asemptomatik seyreden hastada yeniden kanama bulguları gözlemlendi ve aynı yöntemle yeniden hemostaz sağlandı. İkinci kanamadan bir yıl sonra, yeniden anemi ve hematemez yakınması olan hastada, endoskopik olarak aynı lezyondan kanama saptandı. Genel anestezi altında Reister laringoskop Miller No:2 blade yardımı ile transoral yaklaşımla kanama odağı görüldü, sütüre edilerek kalıcı hemostaz sağlandı.

Onkolojik yönden düzenli aralıklarla kliniğimizde izlenen hastada 8 yıldan beri kanama veya başka bir semptom gözlenmedi. Halen izlemi devam eden hasta hipofarinks karsinomu sonrası 10. yılında hastaliksız olup, uygulanan cerrahi prosedüre sekonder hipotiroidizm nedeniyle tiroid hormonu ve hipoparatiroidizm nedeniyle oral kalsiyum ve D vitamini replasman tedavisi almaktadır.

TARTIŞMA

Histopatolojik olarak DL, yaklaşık 2-5 mm genişliğinde mukozal defektlerden lümeneye doğru uzanan submukozal kaynaklı anormal damarsal yapılar olarak tanımlanmaktadır. Mukozal defekt çevresinde herhangi bir inflamasyon gözlenmediği gibi arteriollerde saptanan subintimal fibrozis dışında genellikle başka yapısal değişiklik bulunmaz⁵.

DL endoskopik olarak üç farklı tipte tanımlanmaktadır: 1) Midede 1-2 mm genişliğinde küçük bir mukozal defektten veya bu defektin kenarındaki normal mukozadan mikropulsatil arteriyel kanama, 2) Mide mukozasındaki küçük bir defekt bölgesinde kanamasız (visible) damar olması, 3) Mide mukozasındaki küçük defekt alanına yapışık taze ve yapışkan pıhtı gözlenmesi⁶.

Önceleri ancak ameliyat piyeslerinin incelenmesi ile tanı konulabilirken günümüzde endoskopinin yaygınlaşması ve deneyimli endoskopistlerin artması nedeniyle DL tanısı sıklıkla endoskopik olarak konulmuştur. İlk endoskopide doğru tanı oranı % 50'nin üzerindedir^{3,7-9}. Tekrarlayan endoskopilerde ve deneyimli kişiler tarafından yapılan endoskopilerde doğru tanı oranı yükselmektedir. Sunulan hastada onkolojik izlem prosedürü olarak hastaya altı ay aralıklarla kontrol endoskopisi yapılmakta idi. Ancak ilk iki endoskopide normal olarak değerlendirilen mide'de DL tanısı ancak hastada hematemez ortaya

çıkmasından sonra yapılan üçüncü endoskopik incelemede konabilmiştir.

Bazı olgularda endoskopik olarak lezyon tanımlanamayabilir ve bu gibi durumlarda kanamalı dönemde yapılan *anjiyografi* tanıda yararlıdır. Anjiyografik olarak DL; kanama bölgesinde kan ekstrasvazyonu ile birlikte kıvrımlı, genişlemiş arteriyel yapılar şeklinde görülür. Selektif anjiyografi ile aynı zamanda embolizasyon ile kanama kontrolünü sağlamak mümkündür^{10,11}.

Ayrıca DL tanısını doğrulamak için *endoskopik ultrasonografi* den yararlanmak mümkündür ve bu olgularda ultrasonografik olarak submukozadaki anormal damarlar görüntülenebilir. Pulse ve renkli Doppler US ile DL'nun lokalizasyonunu, şeklini, derinliğini, ve damarsal yapısını belirlemek mümkündür¹²⁻¹⁴.

Midenin özellikle fundus bölgesi DL'nin en sık görüldüğü yerdir. Ayrıca özofagusta duodenumda, kolon ve rektumda lokalize DL olguları bildirilmiştir^{2,3,15}. DL'nun etiyolojisi bilinmemektedir. Olgular genellikle gastrointestinal sisteme yönelik herhangi bir cerrahi girişim geçirmemiş orta veya ileri yaşlı hastalardır. DL etiyolojisinde hiçbir zaman cerrahi girişimler suçlanmamıştır. Oysa barsaklarda anastomoz bölgesinde ve Billroth II rezeksiyon sonrası görülen DL olguları sunulan olguda olduğu gibi bazı cerrahi girişimlerin de etiyolojide rol oynayabileceğini düşündürmektedir^{7,8}. Sunulan DL olgusunda faringo-gastrik rekonstrüksiyon midenin özofagus lojundan total transpozisyonu şeklinde yapılmıştır. Mobilizasyon işlemi sırasında vasa gastrica brevia, sol gastroepiploik arter ve sol gastrik arter bağlanıp kesilmiştir. Faringo-gastrik anastomozun 4 cm kadar distalinde, mide fundus bölgesinde ameliyattan 16 ay sonra saptanan lezyonun, uygulanan cerrahi girişime bağlı olarak transpoze midede gelişen revaskülarizasyonun bir sonucu olduğu görüşündeyiz. Operasyon öncesi endoskopik incelemede midenin normal rapor edilmesi, bu hastalıkta endoskopinin sensitivitesinin düşük olmasıyla açıklanmaya çalışılır ve "**ameliyattan önce de vardı**" şeklinde bir tez savunulabilir. Ancak bu olguda midenin kanlanmasını sağlayan önemli vasküler yapılara müdahale edilmiş olması ve daha önceleri hiç gözlenmeyen üst gastrointestinal kanamanın operasyondan 16 ay sonra ortaya çıkmış olması bu tezi zayıflatmaktadır. Literatürde bazı DL olgularının Billroth II anastomozlardan sonra görülmesi, mideye cerrahi girişimin lezyon oluşumunda etkili bir faktör olabileceği tezini destekler niteliktedir^{7,8}.



Hastada tanımlanan lezyon radyasyona bağlı mukozal lezyon (RBML) olabilir mi? Yeung ve arkadaşlarının sunduğu bir olguda gastrik pull-up sonrası transpose midenin 1/3 üst bölümünde radyasyona bağlı şiddetli gastrit sonucu massive kanama rapor edilmiştir¹⁶. Yüksek doz radyasyonun midede şiddetli gastrit ve ülserasyonla fatal kanama ve perforasyona neden olabileceği bilinmektedir^{16,17}. Sunulan olguda gastrit halinin olmayışı RBML olmadığı yönünde değerlendirilmiştir.

DL akut gastrointestinal sistem kanamalarının % 1-5'inden sorumludur¹. Bu kanamaların kontrolünde kullanılan yöntemler üç ana grupta toplanabilir ve DL olan olguların %90'ında bu endoskopik yöntemlerle kanama kontrolü mümkündür.

1) *Enjeksiyon tedavisi*: Vazokonstruktör ve sklerozan madde enjeksiyonu esasına dayanan bu tedavi endoskopik olarak adrenalin, vazopressin, polidokanol gibi ajanlar kullanılarak yapılmaktadır. Endoskopik sklerozan madde enjeksiyonları ile %95 oranında başarılı hemostaz sağlanabilmektedir. Ancak kanamanın tekrarlama oranını yüksektir (%55) ve gastrik perforasyon riski taşımaktadır^{2,7}.

2) *Endoskopik termokoagülasyon*: Monopolar veya bipolar elektrokoter ile, heater probe ile veya Nd:YAG lazer ile yapılabilir. Sunulan olguda heater prob ile endoskopik girişim uygulanmıştır. DL da tek başına heater probe kullanılarak hemostaz sağlanan olgularda recurrent kanama riski % 50 ye kadar çıkmaktadır¹⁸. Heater probe termokoagülasyonun submukozal adrenalin enjeksiyonu ile birlikte uygulanmasıyla recurrent kanama riski % 15'e kadar inmektedir^{1,18}.

3) *Mekanik yöntemlerle hemostaz*: Rubber band ligasyonu ve hemoklip uygulaması gibi mekanik yöntemlerle kanayan bölgede başarılı hemostaz sağlanabilmektedir¹⁸.

Endoskopik olarak uygulanan hemostaz girişimlerinin hangisinin daha etkili olduğuna dair randomize kontrollü çalışmalar yoktur. Endoskopi yapılan merkezin deneyimine göre başarı oranları değişmekte olup her yöntemin avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Sunulan olguda heater probe termokoagülasyon ile iki kez başarılı hemostaz sağlanmış, ancak 3. kanamadan sonra cerrahi girişim yapılmak zorunda kalmıştır. Endoskopik girişimlerin yüksek başarı oranına rağmen, yayınlanan serilerin %3-16'sında cerrahi tedavi gerekmiştir^{3,6-8}. Endoskopik olarak kontrol edilemeyen DL kanamalarında veya tam olarak yeri saptanamadığı için girişim uygulanamayan DL olgularında cerrahi yöntemle kanama bölgesinin

sütüre edilmesi, wedge rezeksiyon yapılması veya gastrektomi prosedürleri diğer tedavi seçenekleri arasındadır^{2,9,19,20}.

KAYNAKLAR

1. Cheng CL, Liu NJ, Lee CS, Chen PC, Ho YP, Tang JH, Yang C, Sung KF, Lin CH, Chiu CT. Endoscopic management of Dieulafoy lesions in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci*. 2004; 49:1139-44.
2. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 2003; 58:236-43.
3. 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.
4. Hope-Gill B, Prathibha BV. Bronchoscopic and angiographic findings in Dieulafoy's disease of the bronchus. *Hosp Med* 2002; 63:178-9.
5. 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.
6. Dy NM, Gostout CJ, Balm RK. Bleeding from the endoscopically-identified Dieulafoy lesion of the proximal small intestine and colon. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:108-11.
7. Kasapidis P, Georgopoulos P, Delis V, Balatsos V, Konstantinidis A, Skandalis N. Endoscopic management and long-term follow-up of Dieulafoy's lesions in the upper GI tract. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:527-31.
8. Baettig B, Haecki W, Lammer F, Jost R.. Dieulafoy's disease: endoscopic treatment and follow up. *Gut* 1993; 34:1418-21.
9. Reilly HF, al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion. Diagnosis and management. *Dig Dis Sci* 1991; 36:1702-7.
10. Alshumrani G, Almuaikeel M. Angiographic findings and endovascular embolization in Dieulafoy disease: a case report and literature review. *Diagn Interv Radiol*. 2006; 12:151-4.
11. Durham JD, Kumpe DA, Rothbarth LJ, Van Stiegmann G. Dieulafoy disease: arteriographic findings and treatment. *Radiology* 1990; 174:937-41.
12. Ribeiro A, Vazquez-Sequeiros E, Wiersema MJ. Doppler EUS guided treatment of gastric Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 2001; 53:807-9.
13. Jaspersen D. Dieulafoy's disease controlled by Doppler ultrasound endoscopic treatment. *Gut* 1993; 34:857-8.
14. Folvik G, Nesje LB, Berstad A, Odegaard S. Endosonography guided endoscopic band ligation of Dieulafoy's malformation: a case report. *Endoscopy* 2001; 33:636-8.
15. Jensen DM. Thermal probe or combination therapy for non-variceal UGI hemorrhage. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*. 1999; 1:107-14.
16. Yeung YP, Ho CM, Wong KH, Lam KH, Cheung WY, Wong AW, Yip AW. Surgical treatment of recalcitrant radiation-induced gastric erosions. *Head Neck*. 2000 22:303-6.



17. Roswit B, Malsky SJ, Reid CB. Severe radiation injuries of the stomach, small intestine, colon and rectum. Am J Roentgenol 1972;114:460-475.
18. Nikolaidis N, Zezos P, Giouleme O, Budas K, Marakis G, Paroutoglou G, Eugenidis N. Endoscopic band ligation of Dieulafoy-like lesions in the upper gastrointestinal tract. Endoscopy. 2001; 33:754-60.
19. Linhares MM, Filho BH, Schraibman V, Goitia-Durán MB, Grande JC, Sato NY, Lourenço LG, Lopes-Filho GD. Dieulafoy Lesion: Endoscopic and Surgical Management Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques 2006; 16:1-3.
20. Koyuncu A, Lice H, Arikan S, Sentürk OO, Yücel AF, Kocakuşak A. Dieulafoy's disease as a cause of massive upper gastrointestinal hemorrhage. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2003; 9:140-2.