

Dieulafoy lezija rektuma – dijagnostički i terapijski izazov (prikaz slučaja)

*Rectal Dieulafoy lesion – diagnostic and therapeutic challenge
(case report)*

Ivo Klarin, Natalija Ljubičić Škorić, Andrija Božanić*

Sažetak

Dieulafoy lezija rektuma je vrlo rijedak uzrok gastrointestinalnog krvarenja. Prikazali smo slučaj 67-godišnje bolesnice koja je primljena u hitnoj službi zbog hematohezije (svježa krv s ugrušcima). Gastroskopija i kolonoskopija bile su uredne (osim divertikula u sigmi), pa je bolesnica hospitalizirana radi opservacije. Nakon dva dana pojavilo se obilno rektalno krvarenje, a bolesnica je postala hemodinamski nestabilna. Nalaz hitne MSCT angiografije pokazao je aktivno krvarenje u rektumu. Ponovljena je kolonoskopija, te je nađeno pulsirajuće krvarenje iz Dieulafoy lezije rektuma. Učinjena je hemostaza razrijeđenim adrenalinom, uz postavljanje tri hemostatske kopče. Nakon procedure nije bilo recidiva krvarenja.

Ključne riječi: Dieulafoy lezija, gastrointestinalno krvarenje, endoskopija, hemostaza

Summary

A Dieulafoy's lesion of the rectum is an extremely rare cause of gastrointestinal bleeding that is difficult to identify and manage. We present a case of a female patient (67 years old) that came at our emergency department with rectal bleeding (red blood with clots). Gastroscopy and colonoscopy were negative (diverticula in sigmoid colon), so she was admitted in hospital for observation. Two days later massive rectal bleeding occurred, the patient became hemodynamically unstable. We made an urgent CT angiography which revealed active bleeding in the rectum. Colonoscopy was repeated and we found actively spurting Dieulafoy lesion in the distal rectum (missed on first colonoscopy). Hemostasis was achieved with diluted epinephrine and 3 hemostatic clips. No further bleeding was recorded after the procedure.

Key words: Dieulafoy's lesion, gastrointestinal hemorrhage, endoscopy, hemostasis

Med Jad 2022;52(1):69-71

Uvod

Dieulafoy lezija je rijedak uzrok (1-2%) krvarenja iz probavnoga sustava.¹ Radi se o krvarenju iz arteriole povećanog promjera, bez pridružene ulceracije sluznice ili aneurizme krvne žile. Gallard ju je prvi opisao 1884. godine, dok je precizniju definiciju dao francuski kirurg Georges Dieulafoy 1898. godine.² Najčešće se pojavljuje u gornjem probavnom traktu, točnije u želucu. Dieulafoy lezija rektuma izuzetno je rijetka, ali potencijalno po život opasna.^{3,4}

Prikaz slučaja

Bolesnica u dobi od 67 godine primljena je u hitnoj službi zbog rektalnog krvarenja (svježa krv sa ugrušcima) koje se pojavilo na dan pregleda. Nije imala nikakvih bolova u trbuhu, bila je urednih vitalnih funkcija (urednog stanja svijesti, puls 90/min, krvni tlak 110/70 mmHg, saturacija kisikom 98%). Fizikalni pregled bio je uredan, osim tragova svježe krvi kod digitorektalnoga pregleda. Laboratorijski nalazi pokazali su blažu normocitnu anemiju (hemoglobin

* **Opća bolnica Zadar**, Služba za unutarnje bolesti, Odjel za gastroenterologiju (doc. dr. sc. Ivo Klarin, dr. med., Natalija Ljubičić Škorić, dr. med.); Odjel za radiologiju (Andrija Božanić, dr. med.); **Sveučilište u Zadru, Odjel za zdravstvene studije** (doc. dr. sc. Ivo Klarin, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address:* Doc. dr. sc. Ivo Klarin, dr. med., Antuna Barca 5B, 23000 Zadar.
E-mail: ivo.klarin@zd.t-com.hr

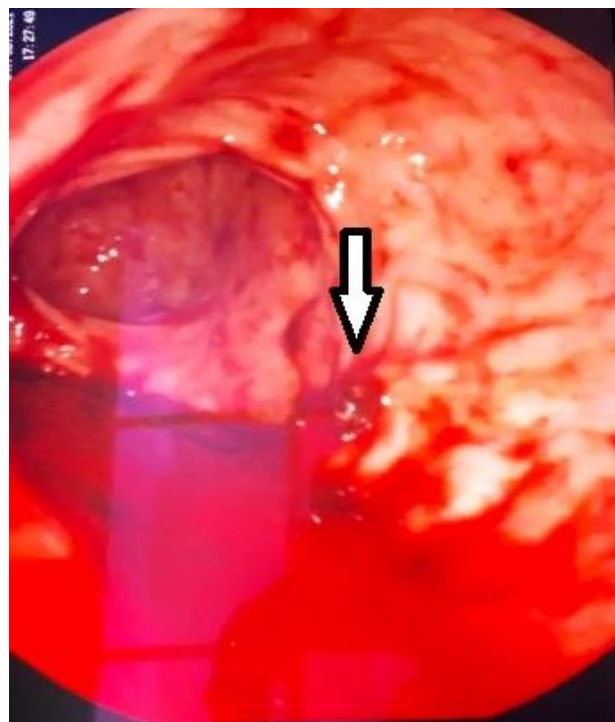
Primljeno/*Received* 2021-10-11; Ispravljeno/*Revised* 2021-10-13; Prihvaćeno/*Accepted* 2021-11-24

115 g/l), uz uredne vrijednosti ureje i kreatinina, kao i trombocita, te uredan koagulogram. Slijedeći našu standardnu proceduru kod krvarenja iz probavnoga sustava, prvo je napravljena ezofagogastroduodenoskopija koja je bila uredna. Nakon čišćenja crijeva makrogolom i klizmama, napravljena je i kolonoskopija s terminalnom ileoskopijom. Viđeni su divertikuli u sigmi, ali bez tragova krvi u tankom ili debelom crijevu. Pretpostavljeno je da se radilo o krvarenju iz divertikula koje je spontano prestalo, te je bolesnica primljena na odjel radi opservacije. Nakon dva dana pojavilo se masivno rektalno krvarenje, te je pacijentica postala hemodinamski nestabilna (puls 120/min, krvni tlak 90/60 mmHg), uz pad u koncentraciji hemoglobina na 85 g/l. Napravljena je hitna MSCT angiografija kojom je nađeno aktivno krvarenje u rektumu (Slika 1).



Slika 1: Angiografski prikaz krvareće lezije u rektumu
Figure 1: Angiographic image of rectal bleeding vessel

Ponovljena je kolonoskopija, prilikom koje je nađeno pulsirajuće krvarenje iz krvne žile rektuma bez vidljivog defekta sluznice (Slika 2). Promjena nije viđena kod prve kolonoskopije. Učinjena je hemostaza injiciranjem ukupno 4 ml razrijeđenog (1:10.000) adrenalina, uz postavljanje tri hemostatske kopče (Slika 3). Nakon procedure nije bilo recidiva krvarenja. Anemija je korigirana transfuzijom 4 doze koncentrata eritrocita. Bolesnica je opservirana na odjelu još 3 dana. Hemodinamski je bila stabilna, bez recidiva krvarenja, te je otpuštena iz bolnice.



Slika 2. Aktivno pulsirajuće krvarenje iz Dieulafoy lezije u rektumu
Figure 2 An actively spurting bleeding Dieulafoy lesion in rectum



Slika 3. Hemostaza postignuta s 3 hemostatske klipse
Figure 3 Hemostasis achieved with 3 hemostatic clips

Rasprava

Dieulafoy lezija (DL) rijedak je (1-2 %), ali važan uzrok krvarenja iz probavnoga sustava, obzirom na težinu kliničke slike, ako se ne liječi primjereno.¹ Patogeneza nastanka DL nije u potpunosti jasna. Krvne

žile u crijevu normalno se sužavaju prema sluznici, a DL se opisuje kao arteriola čiji se promjer (1-3 mm) ne mijenja na putu od seroze prema mukozii.^{1,5} Etiologija lezija također nije jasno utvrđena, ali je moguće da ima veze s dobi, muškim spolom, komorbiditetima i korištenjem nesteroidnih antireumatika.⁶ Najčešće se viđa u proksimalnom dijelu želuca, ali se može naći u svim dijelovima probavnoga sustava, uključujući i rektum (oko 2%).^{3,4} Dieulafoy lezija najčešće se manifestira naglo nastalim obilnim krvarenjem koje je intermitentno, odnosno često recidivira. Obzirom na to da se radi o arterijskom krvarenju, gubitak krvi je često velik, te je polovina bolesnika kod prijama u bolnicu hemodinamski nestabilna.⁷ Kod krvarenja iz probavnoga sustava, posebno ako se manifestira hematemezom ili melenom, prva dijagnostička metoda je gastroskopija. U slučaju pojave svježe krvi rektalno, pretpostavka je da se radi o krvarenju iz donjega dijela probavnoga sustava. Kod hemodinamski stabilnih bolesnika radi se kolonoskopija, ali tek nakon adekvatne pripreme crijeva, dok se kod nestabilnih bolesnika radi MSCT angiografija.⁸ Endoskopska dijagnoza može biti otežana, pogotovo ako nije prisutno aktivno krvarenje u trenutku pregleda, jer je lezija mala, bez promjena okolne sluznice. Hemostaza se može adekvatno postići endoskopskim metodama kao što su injiciranje razrijeđenog adrenalina i sklerozansa, bipolarna elektrokoagulacija, hemostatske kopče ili ligature. Ako dođe do recidiva krvarenja, preporučuje se ponavljanje endoskopske hemostaze.⁹⁻¹³ U zaključku, Dieulafoy lezija je rijedak uzrok krvarenja iz probavnoga sustava, posebno iz donjeg dijela. Krvarenje je klinički značajno, nerijetko i po život opasno. Postavljanje dijagnoze otežava vrlo mala lezija bez promjena okolne sluznice. U našem slučaju dijagnoza je postavljena kombinacijom MSCT angiografije i kolonoskopije, nakon prve negativne kolonoskopije. Hemostaza je uspješno postignuta hemostatskim klipsama. Unatoč vrlo niskoj incidenciji, Dieulafoy lezija mora biti uzeta u obzir u diferencijalnoj dijagnozi krvarenja iz probavnoga sustava.

Literatura

1. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92:548-54.
2. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 2003;58:236-43.
3. Stark ME, Gostout CJ, Balm RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc* 1992;38:545-50.
4. Dogan U, Gomceli I, Koc U, Habibi M, Bulbuler N. Rectal dieulafoy lesions: a rare etiology of chronic lower gastrointestinal bleeding. *Case Rep Med* 2014;2014:180230.
5. Shin H J, Ju J S, Kim K D et al. Risk factors for Dieulafoy lesions in the upper gastrointestinal tract. *Clin Endosc* 2015;48:228-233.
6. Nojkov B, Cappell MS. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. *World J Gastrointest Endosc* 2015;7:295-307.
7. López-Arce G, Zepeda-Gómez S, Chávez-Tapia NC et al. Upper gastrointestinal dieulafoy's lesions and endoscopic treatment: first report from a mexican centre. *Therap Adv Gastroenterol* 2008;1:97-101.
8. Triantafyllou K, Gkolfakis P, Gralnek IM et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2021;53:850-868.
9. Gomerčić Palčić M, Ljubičić N. Mini-loop ligation of a bleeding duodenal Dieulafoy's lesion. *World J Gastroenterol* 2013;19:3505-7
10. Baettig B, Haecki W, Lammer F, Jost R. Dieulafoy's disease: endoscopic treatment and follow up. *Gut* 1993;34:1418-21.
11. Ljubicic N. Efficacy of endoscopic clipping and long-term follow-up of bleeding Dieulafoy's lesions in the upper gastrointestinal tract. *Hepatogastroenterology* 2006;53:224-7.
12. Skok P. Endoscopic hemostasis in exulceratio simplex-Dieulafoy's disease hemorrhage: a review of 25 cases. *Endoscopy* 1998;30:590-4.
13. Lim W, Kim TO, Park SB et al. Endoscopic treatment of dieulafoy lesions and risk factors for rebleeding. *Korean J Intern Med* 2009;24:318-22.