



Dieulafoy lezyonunda endoskopik tedavilerin zorlu seçimi

The challenging choice of endoscopic treatment for Dieulafoy's lesion

Bengi ÖZTÜRK

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Sayın Editör,

Sarıtaş ve arkadaşları tarafından yazılmış ve 2023; 22, 3. sayıda yayınlanmış olan, “Dieulafoy lezyonu (DL) saptanan hastaların retrospektif analizi” başlıklı çalışmayı ilgiyle okudum. Bu çalışmada DL nedeni ile üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması geçirmiş olan hastalara uygulanan endoskopik tedavi yöntemleri ve tedavi sonuçları değerlendirilmiş. Yazıdan anlaşıldığı üzere; DL en sık mide, korpus lokalizasyonunda saptanmıştır. Tüm hastalara terapötik endoskopik metodlar uygulanmış; en sık olarak ise skleroterapi ve hemoklip kombine tedavisi tercih edilmiştir. Bir hastada terapötik endoskopik metodların başarısız olması nedeniyle cerrahi ihtiyacı gelişmiş, 3 hasta ise takipte kanama ilişkili nedenle exitus olmuş (1).

Üst GİS kanama kontrolünde, bilindiği üzere endoskopik tedavi modaliteleri temelde 3 grupta incelenir: 1. Epinefrin enjeksiyonu ile skleroterapi uygulaması, 2. Heater probe veya argon plazma ile termal terapötik uygulamalar, 3. Band ligasyonu ve hemoklip ile non-termal mekanik terapötik yöntemler. DL nedeni üst GİS kanamalarda ise, terapötik endoskopik metod olarak skleroterapi + hemoklip kombine tedavisi ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada da genel yaklaşım ile uyumlu olarak, terapötik endoskopik metodlardan kombine tedavi modaliteleri daha sıklıkla tercih edilmiş olup, sırasıyla skleroterapi + hemoklip, skleroterapi + heater probe ve skleroterapi + hemoklip + heater

probe kombine tedavileri uygulanmış. Rekürren kanama riski nedeniyle skleroterapinin monoterapide önerilmemesi yaklaşımına bu çalışmada da uyularak, monoterapide yalnızca hemoklip uygulaması tercih edilmiş (1).

Yapılan çalışmalar, DL'ye bağlı üst GİS kanamalarda, hemoklip uygulamalarının akut kanama kontrolünde ve rekürren kanamayı önlemede skleroterapiye üstün olduğunu göstermiştir (2,3). Ancak, hemoklip uygulamasını monoterapide termal koagülasyon yöntemleriyle veya kombine tedavilerle karşılaştıran çalışma yoktur. Literatürde bu duruma dair az veri olması nedeniyle; bu çalışmada kanama nedeni exitus olan 3 hastada hangi endoskopik terapötik yöntemin uygulandığının, hastalarda rekürren kanama olup olmadığının ve oldu ise hangi yöntem sonrası olduğunun belirtilmesinin aydınlatıcı olması ve metodlar arasında kıyas yapabilmek için fikir verici olması adına önemli bir katkıda bulunacağı görüşündeyim.

Uluslararası Konsensus Önerileri (2010) doğrultusunda, non-varisiyel üst GİS kanamalarda rutin olarak ikinci bakış endoskopisi yapılmamaktadır (4). Bununla birlikte, kılavuzlar rekürren kanama için yüksek riskli hastalarda ikinci bakış endoskopisi önermektedir; önerilen durumlar: 1. Kan veya debris materyal nedeniyle ilk endoskopide vizüalizasyonun optimal olarak yapılamaması, 2. Terapötik endoskopik tedavinin ilk endoskopide

optimal olarak gerçekleştirilememiş olması. Yapılan bir meta-analizde ise termal koagülasyon sonrası ikinci bakış endoskopisi ile rekürren kanama riskinde azalma olduğu ancak cerrahi ihtiyacı ve mortalitede azalma olmadığı gösterilmiştir (5,6). Tüm bu bilgiler ışığında ikinci bakış endoskopisi kriterlerinin daha da netlik kazanmasına hala

ihtiyaç vardır. Bu nedenledir ki, bu çalışmada ve benzer çalışmalarda, hastalara ikinci bakış endoskopisinin yapılıp yapılmadığının ve yapılmışsa hangi nedenlerle yapıldığının belirtilmesi oldukça önemlidir. Bu hususun aydınlatılması, hasta takiplerinde morbidite ve mortaliteyi belirlemede katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sarıtaş B, Ölmez Ş, Taş A, Akçaer Öztürk N, Kara B. Retrospective analysis of patients with Dieulafoy's lesions. *The Turkish Journal of Academic Gastroenterology* 2023;22:136-41.
2. Chung IK, Kim EJ, Lee MS, et al. Bleeding Dieulafoy's lesions and the choice of endoscopic method: comparing the hemostatic efficacy of mechanical and injection methods. *Gastrointest Endosc* 2000;52:721-4.
3. Park CH, Sohn YH, Lee WS, et al. The usefulness of endoscopic hemoclipping for bleeding Dieulafoy lesions. *Endoscopy* 2003;35:388-92.
4. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010;152:101-13.
5. Tsoi KK, Chan HC, Chiu PW, et al. Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: a meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:8-13.
6. El Ouali S, Barkun AN, Wyse J, et al. Is routine second-look endoscopy effective after endoscopic hemostasis in acute peptic ulcer bleeding? A meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2012;76:283-92.