

Sık kan transfüzyonunun nadir nedeni, gastrik antral vasküler ektazi: Olgu sunumu

A rare cause of frequent blood transfusion, gastric antral vascular ectasia: a case report

Banu Özulu Türkmen,¹ Aslı Çurgunlu,¹ Onur Kocaş,² Murat Akyıldız,³ Nergiz Ekmen³

¹*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

²*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye*

³*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

ÖZ

Gastrik antral vasküler ektazi, özellikle ileri yaş kadın hastalarda görülen nadir ancak sık transfüzyon ihtiyacı oluşturabilmesi nedeniyle önemli bir sendromdur. Gastrik antral vasküler ektazi tespit edildiğinde hastanın eşlik edebilecek diğer hastalıklar yönünde değerlendirilmesi gerekir. Bu yazıda kliniğimizde gastrik antral vasküler ektazi tanısı konan ve takipleri sırasında >20 ünite eritrosit transfüzyonu ihtiyacı olan 75 yaşında bir kadın hasta sunuldu.

Anahtar sözcükler: Yaşlı hasta; sık transfüzyon; gastrointestinal kanama.

ABSTRACT

Gastric antral vascular ectasia is a rare disorder which is usually detected in elderly woman. It is an important syndrome because it can be a reason of frequent blood transfusions. Patients also should be evaluated for co-existing diseases. Herein, we report a 75-year-old female patient diagnosed as Gastric antral vascular ectasia in our clinic and needed more than 20 units of erythrocyte transfusion during her follow-ups.

Keywords: Elderly patient; frequent transfusion; gastrointestinal hemorrhage.

Gastrik antral vasküler ektazi (GAVE) üst gastrointestinal (GİS) kanamaların nadir ancak ciddi bir nedendir ancak varis dışı üst GİS kanamalarının yaklaşık olarak %4'ünden sorumlu olduğu düşünülmekle birlikte klinik seyri sessiz olabileceği için görülme sıklığı net olarak bilinmemektedir.^[1,2] Hastaların büyük çoğunluğunu ileri yaş kadın hasta grubu oluşturmaktadır.

Hastalar okült kanamalar, sık transfüzyon gerektiren kronik demir eksikliği anemisi ve ciddi üst GİS kanamaları ile başvurabilmekle birlikte gastrik çıkış obstrüksiyonu ile seyreden bir olgu da bildirilmiştir.^[3,4]

Gastrik antral vasküler ektazi patogenezi günümüzde halen net olmamakla beraber meka-

nik stresin, hümmoral ve otoimmün faktörler ve hemodinamik değişimlerin oluşuma öncelik ettiği düşünülmektedir.^[5] Hastaların yaklaşık %60'ında otoimmün hastalıkların eşlik ettiği gösterilmiştir. Otoantikörlerin gastrik mukoza ve submukozadaki damarlarda var olan bazı spesifik proteinlerle çapraz reaksiyona girerek bazı değişimlere yol açabildiği düşünülmektedir.^[5]

Gastrik antral vasküler ektazili hastaların yaklaşık %30'unda sirotik karaciğer hastalığının bulunduğu, karaciğer nakli gereken dekompanse sirotik karaciğer hastalarının %2.5'inde ise GAVE olduğu bildirilmiştir.^[6]

Gastrik antral vasküler ektazi, üst GİS endoskopisinde tipik olarak gastrik antrum bölgesinde

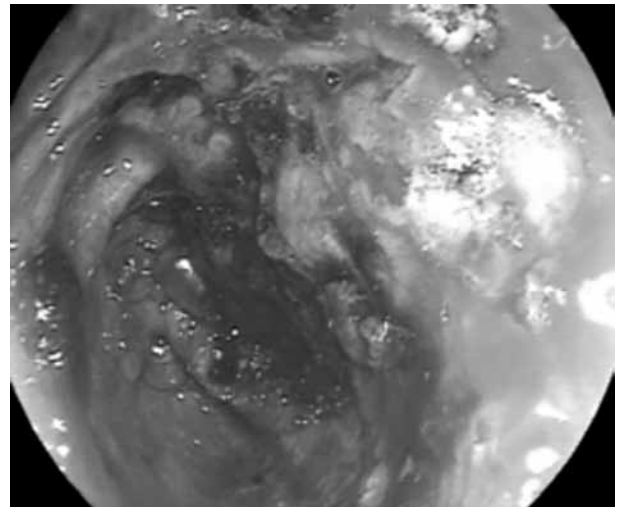
zemininde kırmızı noktalar ve pilordan başlayan radyal uzanımlı çizgiler halinde görülür, karpuz görünümünü andırdığı için karpuz-mide diye de adlandırılır. Sirotik hastalarda daha geniş bir yayılım izlenirken, sirotik olmayan hastalarda ise antrumda sınırlıdır.^[5,7,8]

Bu yazıda servisimize yatan ve sonrasında da poliklinikten takip ettiğimiz geriatrik bir GAVE olgusunu paylaşmak istedik.

OLGU SUNUMU

Yetmiş beş yaşında kadın hasta, nefes darlığı, halsizlik, bacaklarda şişme yakınmaları ile başvurduğu acil polikliniğinden hemoglobin (hgb) değerinin 6.4 gr/dL saptanması üzerine anemi etyolojisi değerlendirilmek üzere servisimize yönlendirildi. Hastanın öyküsünden 15 yıldır diyabetes mellitus, 10 yıldır hipertansiyon tanısı olduğu 2013 yılının Kasım ayında koroner arter baypas ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Hasta ayrıca atriyal fibrilasyon nedeniyle coumadin kullanmaktaydı. Hastanın ameliyat sonrası dönemde anemik seyrettiği ve demir replasmanı başladığı ancak yaklaşık iki aydır oral +2 değerlikli demir tedavisine rağmen hemoglobin değerlerinin düşük seyrettiği öğrenildi. Bir ay önce yapılan kolonoskopisi normal olarak saptanmış ancak o dönemde hastaya iki ünite kan transfüze edilmişti. Hastanın fizik muayenesinde anemik ve soluk görünüm, sağ bacakta inzisyon skarı, ısı artışı ve hiperemik görünüm, sternumda inzisyon skarı ve tüm odaklarda 2/6 sufl dışında patolojik özellik yoktu. Hastanın tetkiklerinde patolojik olarak BUN: 77 mg/dL kreatinin: 1.5 mg/dL, CRP: 1.2 mg/L, Hgb: 6.4 g/dL, Htc: %21.5, MCV: 95.1 fL, MCH: 28.3 pg, MCHC: 29.8 g/dL Nötrofil %69.8 idi. Hastada sağ bacakta selülit düşünülmesi üzerine ampicilin sulbaktam intravenöz (i.v.) 4*1 gr başlandı. Anemi etyolojisi açısından değerlendirilen hastanın yakın zamanda transfüzyon öyküsü olduğu için çıkacak laboratuvar sonuçlarının yol gösterici olmayacağı düşünülerek ferritin, demir, demir bağlama, B12 ve folik asit düzeyi gönderilmedi. Hemolitik anemi bulguları saptanmayan hastanın periferik yaymasında atipik hücre gözlenmedi, anizositoz ve hipokromi saptandı. Hastanın kullandığı varfarin kesilerek enoksaparine başlandı. Hematoloji tarafından da değerlendirilen hastada ön planda hematolojik sorun düşünülmediği belirtilerek gastroenterolojik açıdan değerlendirilmesi önerildi. Gastroenteroloji

tarafından değerlendirilen hastanın yakın zamanlı kolonoskopisinde patolojik özellik saptanmadığı için sadece üst GİS endoskopisi yapıldı, antrumda pilora doğru ışınal tarzda uzanan aktif kanamalı multipl anjiyodisplaziler saptandı, GAVE ile uyumlu olduğu belirtilerek argon plazma koagülasyon uygulandı (Şekil 1). Yattığı süreç boyunca hastaya lansoprozol 2*1 i.v. olarak verildi ve bir ay sonra kolonoskopi ve gastroskopi tekrarı önerildi. Hasta bir ay kadar sonra gastroenteroloji kliniğine yatmak üzere başvurduğunda hastada aktif melena tespit edildi. Kolonoskopisi tekrar yapılan hastada kolonda birkaç adet telenjektazik görünüm saptanmakla birlikte aktif kanama görülmediği belirtildi. Üst GİS endoskopisinde GAVE ile uyumlu görüntü saptandı, hastaya yatışı süresince dört ünite eritrosit verildi. Dönem dönem farklı hastanelerde de GİS kanama ve anemi nedeniyle yatışları olan hasta GAVE'ye eşlik edebilecek patolojiler açısından değerlendirildi, portal hipertansiyonu düşündürülen klinik ve laboratuvar bulguları olmayan hastanın otoimmün hastalıklar açısından öyküsünde ve değerlendirmesinde özellik yoktu. Burun kanaması öyküsü olmayan hasta kulakburun boğaz tarafından değerlendirildi, nazal kavitede kapiller belirginleşme olduğu gözlemlendi ancak ek özellik saptanmadı. Gastroenteroloji hekimleri hastanın tedavisi için gastrektominin faydalı olabileceğini ancak eşlik eden hastalıkları nedeni ile ameliyatın yüksek riskli olabileceğini belirtti ve hastaya aralıklı üst GİS endoskopisi ile argon plazma koagülasyon tedavisi ve aneminin gerektirdiği durumlarda transfüzyon ile replas-



Şekil 1. Antrum bölgesinde aktif kanamalı ışınal yayılım gösteren çok sayıda anjiyodisplaziler.

manını önerdi. Ocak 2014 - Şubat 2015 tarihleri arasında toplam altı kez üst GİS endoskopisi yapılan hastaya, bir yıl süresince 20 üniteden fazla eritrosit transfüze edildi.

TARTIŞMA

Gastrik antral vasküler ektazi ile ilgili literatürde ilk bildirim 1953 yılında Rider ve ark.^[9] tarafından antrektomi yapılan demir eksikliği anemisi olan yaşlı bir kadın hastanın biyopsisinde belirgin venokapiller ektazinin eşlik ettiği erozif atrofik gastrit tespit edilmesi üzerine yapılmıştır.^[10] Endoskopik görünümde çizgileri karpuzu andırması nedeniyle "karpuz mide" olarak da adlandırılmaktadır.^[10,11] Gastrointestinal kanamaların ortalama %4'lük nadir bir sebebi olmakla beraber sık transfüzyon gerektirebilmesi nedeniyle önemlidir.^[2] Farklı görünümle ortaya çıkabilmekle beraber tipik olarak kronik anemi nedeniyle değerlendirilirken tespit edilir. Kronik renal yetmezlik, sistemik skleroz, otoimmün sorunlar, kardiyak sorunlar ve kemik iliği nakli ile birlikteliği sıktır.^[12] Karaciğer sirozlu hastaların %30'unda tespit edilmiştir.^[6] Endoskopik görünüm sirotik ve sirotik olmayan hastalarda farklı olabilmektedir. Sirozda genel olarak difüz punktuat GAVE görünümü varken, sirotik olmayan hastalarda antrumda tipik çizgili "karpuz mide" görünümü vardır.^[13,14] Gastrik antral vasküler ektazi biyopsisinde tipik olarak lamina propria vasküler konjesyon ve ektazi, fibrin trombozunun eşlik ettiği fibromusküler proliferasyon görülmekle beraber tipik endoskopik görünümü nedeniyle biyopsiye gerek duyulmamaktadır.^[12,13,15]

Tedavide skleroterapi, multipolar elektrokoagülasyon, argon ve lazer fotokoagülasyon, argon plazma koagülasyon (APC) gibi endoskopik teknikler uygulanmaktadır. Ayrıca gerekli hallerde kan transfüzyonu ve proton pompa inhibitörü de önemlidir. Yapılan bazı çalışmalarda kanama riski yüksek olan ülserlerde yüksek doz proton pompa inhibitörleri önerilmekle beraber optimal doz tartışmalıdır. Ancak birçok çalışmada yüksek doz proton pompa inhibitörünün yeniden kanamayı önlemede daha düşük doz proton pompa inhibitörü alımına üstünlüğü gösterilememiştir.^[16,17]

Argon plazma koagülasyon, yanıcı olmayan iyonize argon gazının basınçlı bir şekilde hedef dokuya aktarılırken, yüksek frekanslı elektrik

akımının da eş zamanlı uygulanması ve argon gazının iletken özelliğinin kullanılarak dokularda koagülasyon nekrozu oluşturulması tekniğidir.^[18]

Argon plazma koagülasyon ile GAVE tedavisinde %80, üst GİS kaynaklı anjiyodisplazilerin tedavisinde %100 oranında başarılı sonuçlar bildirilmiştir.^[19,20] Tedavi başarısı olarak nitelendirilen durum vasküler yapıların görülebilirliğinin kaybolmasıdır ve GAVE tedavisinde tipik olarak iki ya da üç seans APC uygulanımı gerekebilmektedir.^[21] Ancak nüks oranı GAVE'de sık olabileceğinden uzun dönemde daha sık APC yapılması da gerekebilir.^[21,22]

Argon plazma koagülasyona yanıtız refrakter GAVE olgularında cerrahi düşünülebilir. Ancak literatürde genellikle cerrahi uygulanan olgulara rastlanmamaktadır. Cerrahi rezeksiyon (antrektomi) yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkili bulunmaktadır. Ancak eşlik eden başka ciddi hastalıkların varlığında ve refrakter olgularda son seçenek olarak cerrahi tercih edilebilir.^[17]

Bu yazıda kliniğimizde GAVE tanısı ile takip edilen ve takiplerinde sık transfüzyon ihtiyacı olan bir olgu sunuldu. Hastanın eşlik eden hastalıkları ve cerrahinin yüksek riskli olması nedeniyle hasta-ya aralıklı olarak APC tedavisi uygulandı.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Dulai GS, Jensen DM, Kovacs TO, Gralnek IM, Jutabha R. Endoscopic treatment outcomes in watermelon stomach patients with and without portal hypertension. *Endoscopy* 2004;36:68-72.
2. Gostout CJ, Viggiano TR, Ahlquist DA, Wang KK, Larson MV, Balm R. The clinical and endoscopic spectrum of the watermelon stomach. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:256-63.
3. Tuveri M, Borsezio V, Gabbas A, Mura G. Gastric antral vascular ectasia—an unusual cause of gastric outlet obstruction: report of a case. *Surg Today* 2007;37:503-5.
4. Selinger CP, Ang YS. Gastric antral vascular ectasia (GAVE): an update on clinical presentation,

- pathophysiology and treatment. *Digestion* 2008;77:131-7.
5. Fuccio L, Mussetto A, Laterza L, Eusebi LH, Bazzoli F. Diagnosis and management of gastric antral vascular ectasia. *World J Gastrointest Endosc* 2013;5:6-13.
 6. Chung WJ. Management of portal hypertensive gastropathy and other bleeding. *Clin Mol Hepatol* 2014;20:1-5.
 7. Ripoll C, Garcia-Tsao G. Management of gastropathy and gastric vascular ectasia in portal hypertension. *Clin Liver Dis* 2010;14:281-95.
 8. Leclaire S, Ben-Soussan E, Antonietti M, Gorla O, Riachi G, Lerebours E, et al. Bleeding gastric vascular ectasia treated by argon plasma coagulation: a comparison between patients with and without cirrhosis. *Gastrointest Endosc* 2008;67:219-25.
 9. Rider JA, Klotz AP, Kirsner JB. Gastritis with veno-capillary ectasia as a source of massive gastric hemorrhage. *Gastroenterology* 1953;24:118-23.
 10. Kar P, Mitra S, Resnick JM, Torbey CF. Gastric antral vascular ectasia: case report and review of the literature. *Clin Med Res* 2013;11:80-5.
 11. Jabbari M, Cherry R, Lough JO, Daly DS, Kinnear DG, Goresky CA. Gastric antral vascular ectasia: the watermelon stomach. *Gastroenterology* 1984;87:1165-70.
 12. Qureshi K, Al-Osaimi AM. Approach to the management of portal hypertensive gastropathy and gastric antral vascular ectasia. *Gastroenterol Clin North Am* 2014;43:835-47.
 13. Ito M, Uchida Y, Kamano S, Kawabata H, Nishioka M. Clinical comparisons between two subsets of gastric antral vascular ectasia. *Gastrointest Endosc* 2001;53:764-70.
 14. Chaves DM, Sakai P, Oliveira CV, Cheng S, Ishioka S. Watermelon stomach: clinical aspects and treatment with argon plasma coagulation. *Arq Gastroenterol* 2006;43:191-5.
 15. Burak KW, Lee SS, Beck PL. Portal hypertensive gastropathy and gastric antral vascular ectasia (GAVE) syndrome. *Gut* 2001;49:866-72.
 16. Sung JJ, Chan FK, Chen M, Ching JY, Ho KY, Kachintorn U, et al. Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gut* 2011;60:1170-7.
 17. Jin T, Fei BY, Zheng WH, Wang YX. Successful treatment of refractory gastric antral vascular ectasia by distal gastrectomy: a case report. *World J Gastroenterol* 2014;20:14073-5.
 18. Bektaş M, Tüzün A, İdilman Ç, Çınar K, Çoban Ş, Korkut E, Altan M ve ark. Gastrointestinal sistemde argon plazma koagülasyon (APC) uygulaması: Klinik deneyimlerimiz. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2007;6:127-31.
 19. Fuccio L, Zagari RM, Serrani M, Eusebi LH, Grilli D, Cennamo V, et al. Endoscopic argon plasma coagulation for the treatment of gastric antral vascular ectasia-related bleeding in patients with liver cirrhosis. *Digestion* 2009;79:143-50.
 20. Herrera S, Bordas JM, Llach J, Ginès A, Pellisé M, Fernández-Esparrach G, et al. The beneficial effects of argon plasma coagulation in the management of different types of gastric vascular ectasia lesions in patients admitted for GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2008;68:440-6.
 21. Vargo JJ. Clinical applications of the argon plasma coagulator. *Gastrointest Endosc* 2004;59:81-8.
 22. Chiu YC, Lu LS, Wu KL, Tam W, Hu ML, Tai WC, et al. Comparison of argon plasma coagulation in management of upper gastrointestinal angiodysplasia and gastric antral vascular ectasia hemorrhage. *BMC Gastroenterol* 2012;12:67.