

DOI: 10.23934/2223-9022-2018-7-1-65-67

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ДЬЕЛАФУА РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

В.П. Земляной, Б.В. Сигуа*, Д.В. Гуржий, И.А. Мелендин, Д.Г. Берест, С.А. Винничук

Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

* Контактная информация: Сигуа Бадри Валериевич, доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. E-mail: dr.sigua@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Приведенный клинический пример демонстрирует возможность диагностики и хирургического лечения синдрома Дьелафуа редкой локализации, в нашем наблюдении в слепой кишке, при невозможности выполнения адекватного эндоскопического гемостаза. Манifestация заболевания вызвана использованием двойной дезагрегантной терапии после стентирования коронарных артерий по поводу нестабильной стенокардии.

Ключевые слова:

синдром Дьелафуа, редкие заболевания в хирургии, резекция слепой кишки

Ссылка для цитирования

Земляной В.П., Сигуа Б.В., Гуржий Д.В., Мелендин И.А. и др. Хирургическая тактика при синдроме Дьелафуа редкой локализации. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2018; 7(1): 65–67. DOI: 10.23934/2223-9022-2018-7-1-65-67

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарности

Исследование не имеет спонсорской поддержки

Синдром Дьелафуа — это профузное артериальное кровотечение, обусловленное разрывом аневризмы артерии подслизистого слоя желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев (до 80%) источник кровотечения локализуется в верхней трети тела желудка по малой кривизне. Однако в литературе описаны случаи, когда источник кровотечения располагался в пищеводе, тонкой и толстой кишке и даже желчном пузыре [1–4].

Впервые Gallard в 1884 г. описал 2 случая смерти от кровотечения из «желудочной аневризмы». P.G. Dieulafoy в 1898 г. опубликовал свой знаменитый труд «*Exulceratio simplex: Leçons 1–3*», где обобщил сведения о 10 случаях смертельных желудочных кровотечений на фоне поверхностных эрозий слизистой оболочки, на дне которых была обнаружена аррозированной артерия [5].

На сегодняшний день известно более 144 причин желудочно-кишечных кровотечений. Описанный более 100 лет назад синдром Дьелафуа является причиной не более 1% случаев острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. По данным W. Usbeck и G. Jager, у 839 больных с желудочно-кишечными кровотечениями в 72 случаях установлена редкая причина заболевания, при этом у 8 пациентов выявлен синдром Дьелафуа. Данное обстоятельство позволяет утверждать, что синдром Дьелафуа является самой частой из всех редких причин желудочно-кишечных кровотечений. В настоящее время в мировой и отечественной литературе имеются сведения о более чем 500 наблюдениях пациентов с синдромом Дьелафуа [6–9].

В отечественной литературе синдром Дьелафуа впервые описан при аутопсии Д.А. Василенко и С.Л. Минником в 1955 г. В целом в русскоязычных источниках представлено более 40 наблюдений.

Теории этиологии и патогенеза синдрома Дьелафуа противоречивы. Как вариант, это необычно извитая артерия подслизистого слоя желудочно-кишечного

тракта, которая резко расширена без признаков васкулита и атеросклероза. Сформированную аневризму обнаружить, как правило, не удается даже при целенаправленном исследовании. Соседние вены и сосуды среднего калибра также могут быть изменены и напоминают картину артериовенозных аномалий и ангиодисплазии [10].

Диагностика синдрома Дьелафуа с развитием современных эндоскопических методик, в частности, эндоскопической доплеровской ультрасонографии, как правило, не представляет затруднений. При этом слизистая оболочка почти не изменена, она как бы приподнята над кровоточащим сосудом в виде полипа до 0,2–0,5 см в диаметре [11, 12].

Клинически заболевание проявляется картиной массивного желудочно-кишечного кровотечения. Тяжесть кровотечения обусловлена локализацией артерии крупного диаметра в подслизистом слое. Артерии подслизистого слоя в известной степени фиксированы мышечными волокнами, что препятствует их спазму при кровотечениях. Именно поэтому консервативное лечение при синдроме Дьелафуа неэффективно и ведет к смертельному исходу. Эндоскопические методы гемостаза при синдроме Дьелафуа, в особенности клипирование металлическими скобками, позволяют добиться успеха в 96% случаев. Показанием к оперативному вмешательству служит продолжающееся кровотечение при отсутствии или неэффективности эндоскопического гемостаза или рецидив кровотечения после эндоскопически выполненного гемостаза.

Приводим пример собственного клинического наблюдения успешного лечения синдрома Дьелафуа редкой локализации.

Больной Ш., 61 года поступил в клинику факультетской терапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова в отделение кардиологии 04.04.2017 г. с явлениями нестабильной стенокардии. Пациенту выполнена баллонная вазодилатация с установкой двух стентов в передней межжелудочковой ветви

левой коронарной артерии и назначена двойная дезагрегантная терапия (Клопидогрель и ТромбоАСС), после чего он был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

На фоне полного благополучия 07.05.2017 г. пациент отметил слабость, головокружение и черный жидкий стул, в связи с чем вновь в экстренном порядке был госпитализирован в отделение кардиологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Во время госпитализации больной был обследован и ему были выполнены: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза – патологических изменений не выявлено; фиброэзогастроуденоскопия – поверхностный гастрит, дефекты слизистой, новообразования не выявлены; фиброколоноскопия – телеангиоэктазии купола слепой кишки (размерами от 5 до 15 мм в виде сети ярко-красного цвета), дивертикулы левой половины толстой кишки, проктосигмоидит. Назначена симптоматическая терапия с положительным эффектом. От рекомендованного оперативного лечения пациент отказался и был выписан в удовлетворительном состоянии.

Повторный эпизод кишечного кровотечения был отмечен 30.05.2017 г., в связи с чем в экстренном порядке больной был госпитализирован уже в хирургическое отделение № 2 СЗГМУ им. И.И. Мечникова с диагнозом: Телеангиоэктазии купола слепой кишки, осложненные рецидивирующим кишечным кровотечением от 07.05.2017 г. и 29.05.2017 г.

При поступлении обращали на себя внимание следующие лабораторные показатели: уровень гемоглобина был 66 г/л, содержание эритроцитов – $2,45 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит – 0,197 л/л, остальные показатели в пределах референсных значений.

Учитывая данные анамнеза, клиническую картину, а также полученные инструментальные данные коллегиально принимается решение об оперативном лечении с уточнением объема операции после ревизии брюшной полости. В рамках предоперационной подготовки проводили гемотрансфузии, кардиотропную, антисекреторную терапию, и был осуществлен переход с пероральной антиагрегантной терапии на инъекции низкомолекулярных гепаринов.

После лапаротомии и ревизии органов брюшной полости выполнена интраоперационная фиброколоноскопия: фиброколоноскоп введен до слепой кишки. В куполе слепой кишки определяются телеангиоэктазии в виде сети и отдельных извитых артерий ярко-красного цвета диаметром до 1,5 см с распространением на Баугиниеву заслонку, терминальные отделы подвздошной кишки не изменены (рис. 1, 2).

Учитывая полученные данные, выполнена резекция илеоцекального угла с формированием илеоасцендоанастомоза по типу «бок в бок» ручным двухрядным швом. Оперативное вмешательство завершено дренированием брюшной полости.

Диагноз после операции: Сосудистые мальформации слепой кишки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент продолжал получать антиагрегантную терапию. Дренаж удален на 2-е сут. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. Пациент был выписан на 10-е сут в удовлетворительном состоянии. Гистологическое заключение № 2579 от 07.06.17 г.: Фрагменты стенки толстой кишки с отеком, умеренной лимфоцитарной инфильтрацией, большим количеством геморрагий преимущественно в поверхностных отделах, в подслизистом слое скопления полнокровных сосудов среднего калибра со значительно

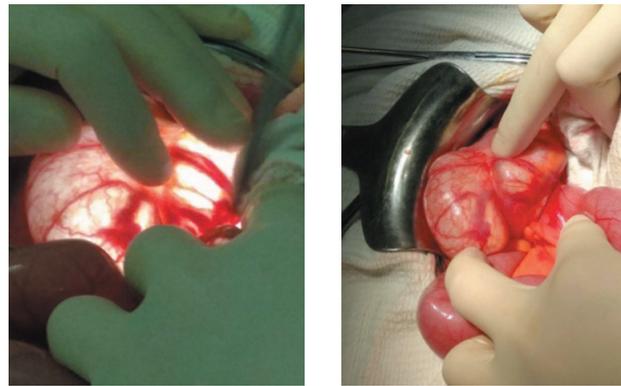


Рис. 1. Купол слепой кишки (трансиллюминация с помощью эндоскопа)

Fig. 1. The cupola of cecum (transillumination with an endoscope)



Рис. 2. Слепая кишка (интраоперационная фиброколоноскопия)

Fig. 2. The cecum (intraoperative fibrocolonoscopy)

расширенными просветами, часть со склерозированными стенками (сосудистая мальформация), в просвете сосудов эритроцитарные сладжи. Червеобразный отросток типового строения.

Пациент находится под динамическим наблюдением специалистов клиники. Эпизодов желудочно-кишечного кровотечения больше не отмечал. Чувствует себя удовлетворительно.

Описанный клинический случай с редкой локализацией синдрома Дъелафуа в слепой кишке демонстрирует диагностические и тактические трудности. Манифестация заболевания совпала с началом терапии антиагрегантами, что, наиболее вероятно, явилось триггерным механизмом развития кишечных кровотечений. Использованный мультидисциплинарный подход позволил правильно определить объем оперативного вмешательства, что, в конечном итоге, сказалось не только на непосредственном, но и отдаленном благоприятном результате.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Капуллер Л.Л., Минц Я.В. и др. Болезнь Диеулафуа – редкая причина рецидивирующих кровотечений. Вестник хирургии. 1986; 5: 67–69.
2. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М. Редкие хирургические заболевания желудка. Учебное пособие. Санкт-Петербург-2013: 19–22
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. М., Издательство «Триада-Х», 2004: 523–556.
4. Borko Nojkov, Mitchell S Cappell: Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: Clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. *World J Gastrointest Endosc.* 2015 Apr 16; 7(4): 295–307. Doi: 10.4253/wjge.v7.i4.295
5. G. D De Palma, F. Patrone, M. Rega, I. Simeoli, S. Masone, G. Persico: Actively bleeding Dieulafoy's lesion of the small bowel identified by capsule endoscopy and treated by push enteroscopy. *World J Gastroenterol.* 2006 Jun 28; 12(24): 3936–3937. Doi 10.3748/wjg.v12.i24.3936
6. G. Dieulafoy. Exulceratio simplex: Leçons 1-3. In: G. Dieulafoy, editor: *Clinique medicale de l'Hotel Dieu de Paris.* Paris, Masson et Cie: 1898:1-38
7. Gadenstätter M, Wetscher G, Crookes PF, Mason RJ, Schwab G, Pointner R.: Dieulafoy's disease of the large and small bowel. *J Clin Gastroenterol.* 1998 Sep;27(2):169-72.
8. Joarder AI , Faruque MS, Nur-E-Elahi M , Jahan I , Siddiqui O, Imdad S, Islam MS, Ahmed HS , Haque MA: Dieulafoy's lesion: an overview. *Mymensingh Medical Journal : MMJ* [01 Jan 2014, 23(1):186-194.
9. Özgür Firat , Yüksel Karaköse, Cemil Çalifikan, Özer Makay, Ömer Özutem, Mustafa Ali Korkut: Dieulafoy's lesion of the anal canal: Report of a case. *Turk J Gastroenterol* 2007; 18 (4): 265-267.
10. Richa Jain and Runjan Chetty: Dieulafoy Disease of the Colon. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine: November 2009, Vol. 133, No. 11, pp. 1865-1867.*
11. Shaik Ahmad Buhari, Philip T. Iau, Gangaraju C. Raju: Jejunal Dieulafoy lesion with massive lower intestinal bleeding. *International Journal of Colorectal Disease, November 2007, Volume 22, Issue 11, pp 1417–1418.*
12. Wegdam JA, Hofker HS, Dijkstra G, Stolk MF, Jacobs MA, Suurmeijer AJ.: Occult gastrointestinal bleeding due to a Dieulafoy lesion in the terminal ileum. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006;150:1776–1779.

REFERENCES

1. Vorob'ev G.I., Kapuller L.L., Mints Ya.V., et al. Dieulafoy Disease — a rare cause of recurrent bleeding. *Vestnik khirurgii.* 1986; (5): 67–69. (In Russian).
2. Zemlyanoy V.P., Sigua B.V., Danilov A.M. *Rare surgical diseases of the stomach.* Saint Petersburg: Izd-vo GBOU VPO SZGMU im I I Mechnikova Publ., 2013: 19–22. (In Russian).
3. Savel'ev V.S., ed. Guidelines for emergency surgery of abdominal organs. Moscow: Triada-Kh Publ., 2004: 523–556. (In Russian).
4. Nojkov B., Cappell M.S. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: Clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. *World. Gastrointest Endosc.* 2015; 7(4): 295–307. PMID: 25901208. DOI: 10.4253/wjge.v7.i4.295.
5. De Palma G.D., Patrone F., Rega M., et al. Actively bleeding Dieulafoy's lesion of the small bowel identified by capsule endoscopy and treated by push enteroscopy. *World J Gastroenterol.* 2006; 12(24): 3936–3937. PMID: 16804987. DOI: 10.3748/wjg.v12.i24.3936.
6. Dieulafoy G. Exulceratio simplex: Leçons 1-3. In: Dieulafoy G., ed. *Clinique medicale de l'Hotel Dieu de Paris.* Paris: Masson et Cie, 1898: 1–38.
7. Gadenstätter M., Wetscher G., Crookes P.F., et al. Dieulafoy's disease of the large and small bowel. *J Clin Gastroenterol.* 1998; 27(2): 169–172. PMID: 9754786.
8. Joarder A.I., Faruque M.S., Nur-E-Elahi M., et al. Dieulafoy's lesion: an overview. *Mymensingh Med. J.* 2014; 23(1): 186–194. PMID: 24584397
9. Firat O., Karaköse Y., Calişkan C., et al. Dieulafoy's lesion of the anal canal: Report of a case. *Turk J Gastroenterol.* 2007; 18(4): 265–267. PMID: 18080926.
10. Jain R., Chetty R. Dieulafoy Disease of the Colon. *Arch Pathol Lab Med.* 2009; 133(11): 1865–1867. PMID: 19886725. DOI: 10.1043/1543-2165-133.11.1865.
11. Nga M.E., Buhari S.A., Iau P.T., Raju G.C. Jejunal Dieulafoy lesion with massive lower intestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis.* 2007; 22(11): 1417–1418. PMID: 17086394. DOI: 10.1007/s00384-006-0227-1.
12. Wegdam J.A., Hofker H.S., Dijkstra G., et al. Occult gastrointestinal bleeding due to a Dieulafoy lesion in the terminal ileum. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006; 150(52): 1776–1779. PMID: 16948240.

Received on 25.10.2017

Accepted on 20.11.2017

Поступила в редакцию 25.10.2017

Принята к печати 20.11.2017

SURGICAL TACTICS IN THE DIEULAFOY'S LESION OF RARE LOCATION

V.P. Zemlyanoy, B.V. Sigua*, D.V. Gurjyi, I.A. Melendin, D.G. Berest, S.A. Vinnichuk

Faculty Surgery Department named after I.I. Grekov, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St.-Petersburg, Russian Federation

* Contacts: Badri V. Sigua, Dr. Med. Sci., Associate professor of the Faculty Surgery Department named after I.I. Grekov North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: dr.sigua@gmail.com

ABSTRACT The given clinical example demonstrates the possibility of diagnosis and surgical treatment of Dieulafoy's lesion with rare location (cecum in this case) when endoscopic hemostasis cannot be adequately performed. The manifestation of the disease is caused by the use of dual antiplatelet therapy after installation of stents into coronary arteries for unstable angina.

Keywords: Dieulafoy's lesion, rare diseases in surgery, cecal resection

For citation Zemlyanoy V.P., Sigua B.V., Gurjyi D.V., et al. Surgical tactics in the Dieulafoy's lesion of rare location. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.* 2018; 7(1): 65–67. DOI: 10.23934/2223-9022-2018-7-1-65-67 (In Russian)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments The study had no sponsorship