

## خونریزی شدید گوارشی در بیمار مبتلا به ضایعه دیولافوی: یک مطالعه موردی

علی صفدری<sup>۱</sup>، امیرحسین شریفی کلاریجانی<sup>۲</sup>، محمد گنجی<sup>۳</sup>، آرش میراولیایی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۱۲/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** ضایعه دیولافوی یکی از علت‌های نادر خونریزی‌ها مبهم گوارشی است و عامل ۵ درصد از خونریزی‌های گوارشی فوقانی تلقی می‌شود. خونریزی بدون درد، متناوب و شدید عمده علائم این بیماری است که در بیماران مبتلا دیده می‌شود. عدم درمان و مدیریت این بیماری می‌تواند تهدیدکننده حیات باشد. هدف از این گزارش موردی معرفی بیماری بود که با تشخیص ضایعه دیولافوی همراه بوده است.

**معرفی بیمار:** در این مطالعه، بیمار آقای ۳۹ ساله که با شکایت از هتامتز شدید و ملنا در فروردین ۱۴۰۳ به بیمارستان امام خمینی شهر تهران مراجعه کرد. هیچ سابقه‌ای از مصرف دارو و بیماری‌های قبلی را گزارش نمی‌کند. نکته قابل‌توجه در آزمایش‌های بیمار هموگلوبین ۵/۵ g/dl بوده است. بعد از انجام آندوسکوپی، بیمار با تشخیص ضایعه گوارشی دیولافوی بستری شد. ترانسفوزیون خون، استفاده از هموکلپ و سایر مداخلات حمایتی انجام شد. بعد از ۵ روز بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، بیمار با پای خود مرخص گردید. در آخرین پیگیری ۶ ماه پس از ترخیص، شواهدی دال بر خونریزی در بیمار وجود نداشته است و بیمار مشکلی را گزارش نکرده است.

**نتیجه‌گیری:** مدیریت آندوسکوپی، تشخیص زودهنگام و درمان مؤثر این ضایعه می‌تواند از بروز عوارض جدی‌تر جلوگیری کرده و شانس بهبودی کامل بیمار را افزایش دهد.

**کلیدواژه‌ها:** خونریزی گوارشی، ضایعه دیولافوی، هتامتز

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۸۵، اسفند ۱۴۰۳، ص ۱۰۰۹-۱۰۰۲

آدرس مکاتبه: همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۳۳۴۸۷۷۹۹۷

Email: amirsharifi2486@gmail.com

## مقدمه

معدده و عمدتاً در فاصله ۶ سانتی‌متری محل اتصال معدده به مری رخ می‌دهد (۵). خونریزی گوارشی بدون درد، متناوب و شدید تظاهرات بالینی غالب در این بیماری است (۶). ابزار تشخیصی کلیدی در این بیماران آندوسکوپی است و در بیمارانی که آندوسکوپی قادر به تشخیص ضایعه نباشد، از سی‌تی‌اسکن با ماده حاجب یا مداخلات جراحی استفاده می‌شود (۷). مدیریت بیماران مبتلا به ضایعه دیولافوی پیش از آندوسکوپی چالش‌برانگیز بوده و میزان مرگ میر ناشی از این بیماری بین ۲۳ تا ۷۹ درصد متغیر است (۸). در این مطالعه به معرفی یک گزارش موردی در مرد جوان مبتلا به ضایعه گوارشی دیولافوی می‌پردازیم.

خونریزی‌های مبهم گوارشی تا ۵ درصد از کل خونریزی‌های سیستم گوارشی را تشکیل می‌دهند (۱). ضایعه دیولافوی<sup>۵</sup> که در ابتدا توسط جراح فرانسوی پل ژرژ دیولافوی<sup>۶</sup> شناسایی شد، به‌عنوان یک زخم سطحی همراه با یک شریان بزرگ در لایه زیر مخاطی مشخص می‌شود (۲) و به‌عنوان یکی از علل خونریزی‌های مبهم گوارشی شناخته می‌شود (۳). بروز این ضایعه گرچه نادر است اما گفته می‌شود عامل ۶ درصد از خونریزی‌های گوارشی فوقانی را شامل می‌شود (۴). ضایعه دیولافوی عمدتاً در قسمت پروگزیمال

<sup>۱</sup> کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

<sup>۲</sup> کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> بخش گوارش و کبد، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

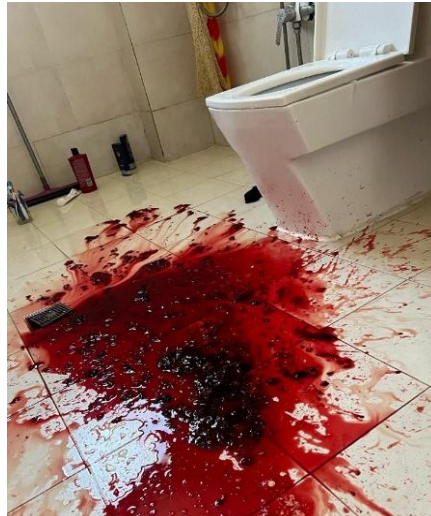
<sup>۵</sup> Dieulafoy's lesions

<sup>۶</sup> Paul Georges Dieulafoy

## معرفی بیمار

بیمار آقای ۳۸ ساله در فروردین ۱۴۰۳ با شکایت از هماتمز و ملنا به بیمارستان امام خمینی (ره)، شهر تهران مراجعه کرد. بعد از ویزیت توسط پزشک معالج، آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی برای بیمار درخواست شد که در بررسی اولیه هیچ ضایعه مشکوکی

مشاهده نشد. بیمار با تشخیص اولیه زخم گوارشی و پس از دریافت داروی پنتوپرازول<sup>۱</sup> ۴۰ میلی گرم به صورت وریدی مرخص شد. اما دو روز بعد، بیمار مجدداً با هماتمز<sup>۲</sup> شدید به همین مرکز مراجعه کرد (تصویر ۱).



تصویر (۱): استفراغ خونی بیمار مبتلا به ضایعه دیولافوی

بیمار در مراجعه دوم، از ضعف، سردرد و سرگیجه شکایت داشت. در معاینه فیزیکی، رنگ پریدگی، کاهش تورگور پوستی داشت. علائم حیاتی بیمار به شرح مقابل بود: (دما: ۳۶/۵ °C، فشارخون سیستولیک: ۱۰۳ mm/Hg، فشارخون دیاستولیک: ۶۴ mm/Hg، درصد اشباع اکسیژن خون شریانی: ۹۵ درصد).

آزمایش های اولیه نشان دهنده کاهش شدید هموگلوبین به g/dL ۵/۵ بود، درحالی که سایر یافته های آزمایشگاهی شامل شمارش گلبول های سفید، سدیم، پتاسیم، کراتینین، پلاکت و قند خون در محدوده طبیعی بودند. سطح اوره نیز بالا بود (جدول ۱). بیمار هیچ سابقه سوء مصرف الکل یا استفاده از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs)<sup>۳</sup> را گزارش نکرد.

جدول (۱): نتایج آزمایشگاهی در روز مراجعه و روز ترخیص

| شرح آزمایش | روز پذیرش | روز ترخیص | واحد     | محدوده نرمال |
|------------|-----------|-----------|----------|--------------|
| گلبول سفید | ۸/۳       | ۸/۱       | $10^9/L$ | ۴/۰۰-۱۰/۰۰   |
| گلبول قرمز | ۳/۴       | ۳/۷       | $10^6/L$ | ۴/۲۰-۵/۸۰    |
| هموگلوبین  | ۵/۵       | ۱۰        | g/dl     | ۱۲/۰-۱۶/۰    |
| پلاکت      | ۲۹۷       | ۳۲۲       | $10^3/L$ | ۱۵۰-۴۵۰      |
| پتاسیم (K) | ۴         | ۴/۱       | mEq/L    | ۳/۵-۵        |
| سدیم (Na)  | ۱۳۸       | ۱۴۰       | mEq/L    | ۱۳۵-۱۴۵      |
| اوره       | ۴۲        | ۱۹        | mg/dL    | ۱۷-۴۲        |
| کراتینین   | ۰/۸       | ۰/۹       | mg/dL    | ۰/۶-۱/۳      |

<sup>3</sup> Non-steroidal anti-inflammatory drugs

<sup>1</sup> Pantoprazole

<sup>2</sup> Hematemesis

فوندوس معده دیده شد؛ که به‌طور واضح با ویژگی‌های ضایعه دیولافوی سازگار بود (تصویر ۲). این ضایعه که در آندوسکوپی اولیه تشخیص داده نشده بود، به‌عنوان علت اصلی خونریزی شناسایی شد.

با توجه به شدت علائم و خونریزی مکرر، آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی تحت بیهوشی عمومی انجام شد. در این بررسی، یک لخته بزرگ به ابعاد  $3 \times 3/5$  سانتی‌متر در فوندوس معده مشاهده شد. پس از جابجایی لخته، یک رگ آشکار خونریزی دهنده در



#### Reason for Endoscopy : Hematemesis

Description of procedure : EGD + Hemoclips

#### Findings :

**Esophagus :** Cricopharynx and Upper Third and Middle Third and Lower Third were normal.

**Stomach :** One Large clot (size about 3.5cm\*3cm) was seen in fundus, After displace clot , One visible vessel (Dieulafoy lesion) was seen in fundus, 2 Hemoclips was inserted on it. No gross pathology was seen in body and antrum.

**Duodenum :** One healing clean base ulcer was seen in bulb. D2 was normal

#### Diagnosis :

**Dieulafoy lesion**

تصویر (۲): گزارش آندوسکوپی

تشخیصی برای بیمار انجام شد. در بررسی سی‌تی‌اسکن شکم و لگن، شواهدی از مایع و هوای آزاد دیده نشد. همچنین یافته پاتولوژیک در کبد، طحال، آدرنال‌ها و کلیه‌ها دیده نشد. همچنین یافته‌های حاصل از کولونوسکوپی نرمال بود و شواهدی دال بر التهاب، پولیپ‌ها و ناهنجاری‌ها وجود نداشت. سایر تست‌های تشخیصی شامل آزمایش‌های کامل خون، بررسی سطح اوره و کراتینین، الکترولیت‌ها و تست‌های انعقادی بود که برای بیمار انجام شد و در محدوده قابل‌انتظار برای خونریزی حاد قرار داشتند. اقدامات حمایتی انجام‌شده برای بیمار شامل حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها، پایش جذب و دفع، پایش مکرر علائم حیاتی، اکسیژن‌تراپی در صورت نیاز، و محدود کردن فعالیت فیزیکی جهت کاهش خطر خونریزی مجدد بود. سطح هموگلوبین بیمار به‌طور منظم طی روزهای بستری پایش شد (نمودار ۱). همچنین علائم حیاتی و وضعیت اکسیژناسیون بیمار به‌طور پیوسته مانیتور شد و پاسخ به درمان با توجه به نتایج آزمایش‌های پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت.

ضایعه احتمالاً به این دلیل که با یک لخته پوشانده شده بود و مخاط اطراف آن طبیعی بود از توجه ما دور شده بود و در دفعات اول تشخیص داده نشد. این ضایعه به‌طور معمول به‌عنوان یکی از علل نادر اما جدی خونریزی گوارشی، خصوصاً هماتمز، شناخته می‌شود. از آنجایی‌که این ضایعات به‌طور معمول در انتهای عروق کوچکی قرار دارند، خونریزی آن‌ها ممکن است انفجاری و شدید باشد و به‌سرعت منجر به شوک هموراژیک گردد.

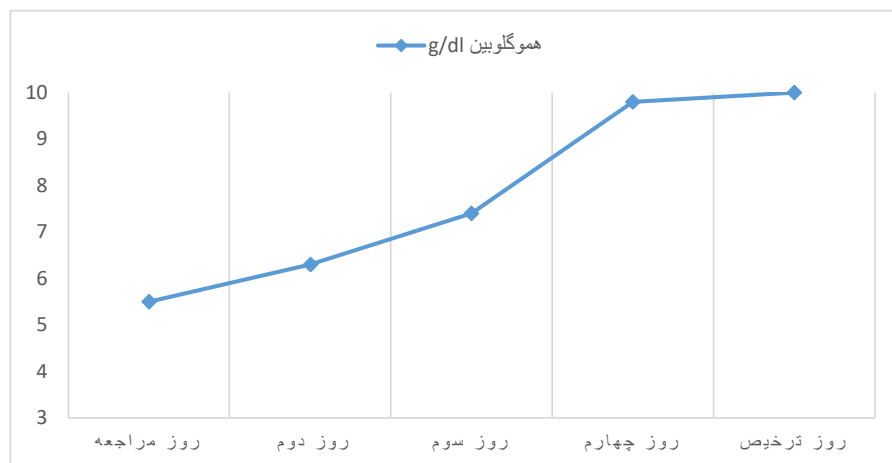
#### مداخلات درمانی

با تشخیص ضایعه دیولافوی در این بیمار، درمان مداخله‌ای فوری برای کنترل خونریزی انجام شد. هموکلپ<sup>۱</sup> که یک روش غیر جراحی برای کنترل خونریزی ضایعات گوارشی است استفاده شد و تزریق ۵ واحد کیسه خون با توجه به سطوح پایین هموگلوبین بیمار در روز بستری و یک روز بعد از بستری انجام شد. درخواست سی‌تی‌اسکن شکم و لگن<sup>۲</sup> و انجام کولونوسکوپی<sup>۳</sup> و سایر تست‌های

<sup>3</sup> Colonoscopy

<sup>1</sup> Hemoclip

<sup>2</sup> Abdominal and Pelvic CT



نمودار (۱): تغییرات سطوح هموگلوبین بیمار طی روزهای بستری در بیمارستان

### پیگیری و نتایج

پس از کنترل موفق خونریزی، بیمار با بهبود وضعیت عمومی، هموگلوبین  $10 \text{ g/dL}$  و توقف خونریزی گوارشی، پس از ۵ روز بستری در بیمارستان، با پای خود مرخص شد. آزمایش‌های روز ترخیص نرمال بودند (جدول ۱). ضمن ترخیص توصیه‌هایی برای مراقبت از علائم گوارشی و مصرف داروی آنتی‌اسید برای پیشگیری از عود خونریزی به بیمار داده شد. بدین منظور به بیمار یادآوری شد کپسول ایزونیوم با دوز ۴۰ میلی‌گرم را هر ۱۲ ساعت به‌صورت خوراکی مصرف نماید.

همچنین پس از ترخیص به مدت چند هفته تحت پیگیری‌های سرپایی قرار گرفت. آندوسکوپی‌های پیگیری در چند ماه آینده هیچ‌گونه خونریزی یا عوارض دیگری را نشان نداد. در آخرین پیگیری وضعیت بیمار، ۶ ماه پس از ترخیص، شواهدی دال بر خونریزی گوارشی وجود نداشت و مشکل خاصی را ذکر نکرد. همچنین نتایج آندوسکوپی یک و شش ماه پس از ترخیص وی، مخاط طبیعی در ناحیه درگیر را نشان داد.

### بحث و نتیجه‌گیری

ضایعه دیولافوی برای نخستین بار در سال ۱۸۹۸ توسط جراح فرانسوی با همین نام به‌عنوان زخم ساده توصیف شد (۹). این ضایعه علت غیرمعمول برای خونریزی گوارشی است و تنها ۱-۲ درصد از علل خونریزی‌های گوارشی را تشکیل می‌دهد (۱۰). خونریزی شدید از این ضایعات گاهی اوقات می‌تواند منجر به یک پیامد کشنده شود مگر اینکه درمان کافی به‌سرعت شروع شود (۱۱). اگرچه این ضایعه

عمدتاً در سنین بالا مشاهده می‌شود (۱۰) با این حال در مطالعه ما، این ضایعه در آقای جوان ۳۹ ساله مشاهده شد. البته در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۶ این آسیب در یک کودک نیز گزارش شده است (۱۱). این ضایعات معمولاً بدون علامت هستند اما ممکن است با علائمی همچون هماتمز، هماتوژی<sup>۱</sup> و یا ملنا همراه باشند و حتی منجر به کم‌خونی و شوک هموراژیک شوند (۱۰). در اولین مراجعه بیمار مورد مطالعه ما نیز تنها علائم هماتمز و ملنا داشت و علی‌رغم انجام آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی برای بیمار، هیچ ضایعه مشکوکی مشاهده نشد. در همین زمینه شواهد قبلی نیز طبیعی بودن ظاهر مخاط اطراف، ماهیت متناوب خونریزی و کوچکی ضایعه همگی مجموعه دلایلی از دشواری تشخیص این اختلال از طریق آندوسکوپی را گزارش کرده‌اند (۱۲). شناسایی این ضایعه به دلیل نادر بودن و اندازه کوچک چالش‌برانگیز است و ممکن است با ناهنجاری‌های عروقی همچون آنوریسم یا تلانژکتازی<sup>۲</sup> اشتباه گرفته شود (۱۳). در این مورد نیز ما تصور می‌کنیم پوشیده شدن ضایعه با یک لخته و طبیعی بودن بافته‌ای اطراف دلیلی برای عدم تشخیص اولیه این ضایعه باشد. در مورد مطالعه ما این ضایعه در معده بیمار مشاهده شد. معمولاً این ضایعه در ۵ تا ۶ سانتی‌متر از محل اتصال معده به مری دیده می‌شود و معده شایع‌ترین عضو آسیب‌دیده است (۸۰ تا ۹۵ درصد)، با این وجود آن‌ها را می‌توان در هر محل دستگاه گوارشی، از جمله مری، روده کوچک، کولون یا رکتوم یافت (۱۴) در همین زمینه زازور<sup>۳</sup> و همکاران در مطالعه‌ای یک ضایعه دیولافوی در کولون یک خانم ۶۸ ساله مراکشی گزارش کردند (۱۳). ریبیرو<sup>۴</sup> و همکاران نیز این ضایعه را در سکوم خانم ۸۵ ساله‌ای مشاهده

<sup>3</sup> Zazour<sup>4</sup> Ribeiro<sup>1</sup> Hematochezia<sup>2</sup> Aneurysm or telangiectasia

کردند (۱۴). نتایج برونکوسکوپی در مطالعه دیگری در چین این ضایعه را در ریه بیمار شناسایی کرد (۱۵).

در یک مطالعه مورد شهادی، پژوهشگران دریافتند بیمارانی که از داروهای ضد پلاکتی استفاده می‌کنند، در مقایسه با مصرف ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی‌ها در معرض خطر بیشتری برای خونریزی هستند، در این مطالعه مصرف مزمن الکل نیز یک عامل خطر برای خونریزی از ضایعات دیولافوی در نظر گرفته شد (۱۶). با این وجود در بیمار مورد مطالعه ما سابقه مصرف هیچ کدام از این داروها گزارش نشد. به نظر می‌رسد در این مورد، علت خونریزی از این ضایعه را می‌بایست در جای دیگری دنبال کرد. مواردی همچون آسیب‌های مکانیکی جزئی، عبور مواد غذایی، استرس اکسیداتیو و یا گاستریت ممکن است در این خونریزی نقش داشته باشند (۱۳). نتایج مطالعه میائو<sup>۱</sup> و همکاران به دنبال کالبدشکافی جسد مردی ۴۸ ساله که به دلیل همتوشیا<sup>۲</sup> ناشی از پارگی ضایعه دیولافوی فوت شده بود، انفیلتراسیون لنفوسیتی را نشان داد (۱۷).

اگرچه روش‌های درمانی مختلفی همچون هموستاز آندوسکوپی، آنژیوگرافی، آمبولیزاسیون<sup>۳</sup> و جراحی در دسترس است با این حال هیچ اجماع کلی در مورد درمان واحد برای همه بیماران وجود ندارد (۱۳). به نظر می‌رسد هموستازهای مکانیکی با آسیب کمتر بافت‌های اطراف در مقایسه با سایر روش‌ها همراه باشد؛ اما ممکن است تعبیه آن‌ها نیز با چالش‌هایی نیز همراه باشد (۱۱، ۱۸). در بیمار مورد مطالعه حاضر نیز به دلیل کوچکی نسبی اندازه ضایعه و دید میدانی مناسب دستگاه اندوسکوپ از دو هموکلپ به منظور کنترل خونریزی استفاده شد؛ که کنترل مناسب وضعیت بیمار را به دست داد. این فن برای ایجاد هموستاز، در مطالعات مختلف تأیید شده است. به طور مثال در مطالعه امورا<sup>۴</sup> و همکاران نیز این شیوه مورد استفاده قرار گرفت (۱۱). در مطالعه گزارش موردی دیگری ایجاد هموستاز از طریق تزریق موضعی آدرنالین و قرار دادن گیره هموستاتیک ایجاد شد (۱۴). در همین راستا نتایج یک مطالعه متا آنالیز نشان داد بستن باند آندوسکوپی و قرار دادن هموکلپ آندوسکوپی هر دو روش‌های مناسبی برای مدیریت ضایعات دیولافوی هستند و میزان مشابهی از نظر هموستاز و احتمال خونریزی مجدد دارند (۱۹). با این وجود در بیمار مورد بررسی در مطالعه لوی<sup>۵</sup> و همکاران به دلیل وجود دوره‌های خونریزی مجدد متعدد، آمبولیزاسیون شریان گاستروپیلویک راست انجام شد (۲۰). در مطالعه البوسعیدی<sup>۶</sup> و همکاران نیز به منظور مدیریت

خونریزی ناشی از ضایعه دیولافوی در فوندوس معده در یک زن ۷۶ ساله به دلیل عدم دسترسی به گیره‌های آندوسکوپی، از مداخله جراحی ضایعه استفاده شد که نتیجه درمان، موفقیت‌آمیز بود (۲۱). در مورد حاضر، درمان با هموستاز مکانیکی، بدون عود مؤثر بود و نتیجه مطلوبی نیز با ترخیص بیمار مشاهده شد. شواهد به دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد، تشخیص افتراقی مناسب برای بیماران با خونریزی‌های گوارشی شدید و با علت نامشخص و اطمینان از درمان مناسب برای به حداقل رساندن عوارض احتمالی مانند خونریزی شدید و مکرر گوارشی، نقش کلیدی در مواجهه با این بیماران دارد. در پایان نتیجه می‌گیریم که ضایعه دیولافوی، با وجود اینکه نادر است، باید در موارد خونریزی گوارشی شدید و غیرقابل توجیه مورد توجه قرار گیرد. این ضایعه اغلب به دلیل خونریزی‌های انفجاری و شدید می‌تواند منجر به شوک هموراژیک گردد و نیاز به تشخیص سریع و درمان مناسب دارد. همچنین وجود لخته و مخاط طبیعی می‌تواند تشخیص را به تأخیر بیندازد. تشخیص و مدیریت زودهنگام این ضایعه می‌تواند از بروز عوارض جدی‌تر جلوگیری کرده و شانس بهبودی کامل بیمار را افزایش دهد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مطالعه از کلیه کارکنان مراقبت بهداشتی بیمارستان امام خمینی، مورد بالینی شرکت‌کننده در مطالعه و نیز معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان کمال تشکر و قدردانی را دارند.

### حمایت مالی تحقیق

این مطالعه با حمایت دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است.

### تضاد منافع

هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

### ملاحظات اخلاقی

گزارش بیمار فوق با کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1403.672 انجام شد. در این مطالعه از بیمار، رضایت‌نامه آگاهانه برای استفاده از اطلاعات شرح حال، معاینه فیزیکی و تصاویر با رعایت مراتب رازداری و محرمانگی اخذ شد.

<sup>4</sup> Emura

<sup>5</sup> Levy

<sup>6</sup> AL-Busaidi

<sup>1</sup> Miyao

<sup>2</sup> Hematochezia

<sup>3</sup> Embolization

## References:

1. Baxter M, Aly E. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92(7):548-54. <https://doi.org/10.1308/003588410X12699663905311>
2. Van Zanten SV, Bartelsman J, Schipper M, Tytgat G. Recurrent massive haematemesis from Dieulafoy vascular malformations--a review of 101 cases. *Gut* 1986;27(2):213. <https://doi.org/10.1136/gut.27.2.213>
3. Park C, Joo Y, Kim H, Choi S, Rew J, Kim S. A prospective, randomized trial of endoscopic band ligation versus endoscopic hemoclip placement for bleeding gastric Dieulafoy's lesions. *Endoscopy* 2004;36(8):677-81. <https://doi.org/10.1055/s-2004-825661>
4. Amarnath S, Ghimire S, Khan HM. A Tale of Three Dieulafoy Lesions: A Case Report and Review of the Literature. *Cureus* 2020;12(5):e8365. <https://doi.org/10.7759/cureus.8365>
5. Ibrarullah M, Waghlikar GD. Dieulafoy's lesion of duodenum: a case report. *BMC Gastroenterol* 2003;3(1):2. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-3-2>
6. Pineda-De Paz MR, Rosario-Morel MM, Lopez-Fuentes JG, Waller-Gonzalez LA, Soto-Solis R. Endoscopic management of massive rectal bleeding from a Dieulafoy's lesion: Case report. *World J Gastrointest Endosc* 2019;11(7):438. <https://doi.org/10.4253/wjge.v11.i7.438>
7. Inayat F, Amjad W, Hussain Q, Hurairah A. Dieulafoy's lesion of the duodenum: a comparative review of 37 cases. *BMJ Case Rep* 2018;2018:bcr-2017-223246. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223246>
8. Chaer RA, Helton SW. Dieulafoy's disease. *J Am Coll Surg* 2003;196(2):290-6. [https://doi.org/10.1016/S1072-7515\(02\)01801-X](https://doi.org/10.1016/S1072-7515(02)01801-X)
9. Dieulafoy G. Exulceratio simplex: L'intervention chirurgicale dans les hematemeses foudroyantes consecutives a lexulceration simplex de l'estomac. *Bull Acad Med* 1898;39:49-53.
10. Tan L, Gilbert JD, Byard RW. Fatal exulceratio simplex (dieulafoy lesion) - a case report and review. *Forensic Sci Med Pathol* 2024. <https://doi.org/10.1007/s12024-024-00895-4>
11. Emura T, Hosoda K, Harai S, Oyachi N, Suzuki T, Takada K, et al. Dieulafoy lesion in a two-year-old boy: a case report. *J Med Case Rep* 2016;10(1):293. <https://doi.org/10.1186/s13256-016-1083-4>
12. Driver CP, Bruce J. An unusual cause of massive gastric bleeding in a child. *J Pediatr Surg* 1997;32(12):1749-50. [https://doi.org/10.1016/S0022-3468\(97\)90524-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3468(97)90524-8)
13. Zazour A, Belkhatat C, Bennani A, Bouziane M, Kharrasse G, Ismaili Z. Two cases of Dieulafoy's lesion in unusual sites: A rare case reports of gastrointestinal bleeding. *Int J Surg Case Rep* 2024;117:109562. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.109562>
14. Ribeiro AM, da Silva S, Reis RA, Romero I, Costa S, da Silva JB. Dieulafoy's lesion in the cecum: A rare case report presentation. *Int J Surg Case Rep* 2021;84:106157. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106157>
15. Yang D, Rong C, Gu J, Xu L, Zhang J, Zhang G, et al. Dieulafoy disease of the trachea with recurrent episodes of massive hemoptysis: A case report. *Medicine* 2017;96(5):e5855. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005855>
16. Shin HJ, Ju JS, Kim KD, Kim SW, Kang SH, Kang SH, et al. Risk Factors for Dieulafoy Lesions in the Upper Gastrointestinal Tract. *Clin Endosc* 2015;48(3):228-33. <https://doi.org/10.5946/ce.2015.48.3.228>
17. Miyao M, Kawai C, Kotani H, Minami H, Abiru H, Hamayasu H, et al. Fatal Dieulafoy lesion with IgG4-related disease: An autopsy case report. *Leg Med* 2022;57:102059. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2022.102059>
18. Gimeno-García AZ, Parra-Blanco A, Nicolás-Pérez D, Ortega Sánchez JA, Medina C, Quintero E. Management of Colonic Dieulafoy Lesions With Endoscopic Mechanical Techniques: Report of Two

- Cases. Dis Colon Rectum 2004;47(9):1539-43.  
<https://doi.org/10.1007/s10350-004-0615-y>
19. Barakat M, Hamed A, Shady A, Homsy M, Eskaros S.  
Endoscopic band ligation versus endoscopic hemoclip  
placement for Dieulafoy's lesion: a meta-analysis. Eur  
J Gastroenterol Hepatol 2018;30(9):995-6.  
<https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001179>
20. Levy AR, Broad S, Loomis Iii JR, Thomas JA.  
Diagnosis and Treatment of a Recurrent Bleeding  
Dieulafoy's Lesion: A Case Report. Cureus  
2022;14(11):e32051.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.32051>
21. Al-Busaidi A, Alomairi J, Alabri O, Alwheibi E,  
Almaghadari A, Kadom MR, et al. Upper  
gastrointestinal bleeding due to Dieulafoy's lesion of  
the stomach: a rare case report. EXCLI J 2023;22:862-  
6.

## SEVERE GASTROINTESTINAL BLEEDING IN A PATIENT WITH DIEULAFOY'S LESION: A CASE REPORT STUDY

Ali safdari<sup>1</sup>, Amirhosein sharifi kelarjani<sup>\*2</sup>, Mohammad ganji<sup>3</sup>, Arash miroliaee<sup>4</sup>

Received: 23 February, 2025; Accepted: 15 April, 2025

### Abstract

**Background & Aim:** Dieulafoy's lesion is a rare cause of obscure gastrointestinal bleeding, accounting for approximately 6% of upper gastrointestinal bleeding cases. Common symptoms in affected patients include painless, intermittent, and severe bleeding. The primary diagnostic method is endoscopy, and failure to treat and manage this condition can be life-threatening. The purpose of this case report was to present a patient diagnosed with Dieulafoy's lesion.

**Case presentation:** In this study, a 39-year-old male patient presented to Imam Khomeini Hospital in Tehran with complaints of severe hematemesis and melena. He reported no history of medication use or previous illnesses. Notably, the patient's hemoglobin level was 5.5 g/dL. Following the physician's orders, the patient was admitted, and after undergoing a third endoscopy, he was diagnosed with a Dieulafoy's lesion. Blood transfusion and supportive interventions were administered. After five days in the intensive care unit, the patient was discharged on foot. At the six-month follow-up after discharge, the patient's general condition was good, and no complications were reported.

**Conclusion:** Early diagnosis, endoscopic management, and effective treatment of this lesion can prevent more serious complications and improve the chances of complete recovery in these patients.

**Keywords:** Dieulafoy's Lesion, Gastrointestinal Bleeding, Hematemesis

**Address:** school of nursing, Hamadan university of medical science

**Tel:** +989334877997

**Email:** amirsharifi2486@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Student Research committee, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

<sup>2</sup> Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Critical Care Nursing Department, Student Research Committee, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Gastroenterology and Hepatology Department, Imam Khomeini Hospital Complex, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran