

på diagnostiske og terapeutiske utfordringer. Gastrointestinal endoskopi vil i de aller fleste tilfellene kunne gi riktig diagnose og effektiv behandling. En studie med oppfølgingstid på 28 måneder har vist at prognosen er svært god hos dem som skrives ut fra sykehus etter endoskopisk hemostase (5). Mortaliteten er først og fremst knyttet til komorbide tilstander (4, 5).

Vikas Kumar Sarna (f. 1980)

er lege i spesialisering i indremedisin og i gastroenterologi ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Njaal Stray (f. 1944)

er spesialist i gastroenterologi. Han er seksjonsoverlege ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92: 548–54.
2. Jaspersen D. Dieulafoy's disease controlled by Doppler ultrasound endoscopic treatment. *Gut* 1993; 34: 857–8.
3. Hyun CB. Periapillary Dieulafoy's lesion. *Hosp Physician* 2005; 41: 23–7.
4. Walmsley RS, Lee YT, Sung JJ. Dieulafoy's lesion: a case series study. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 3574–7.

5. Baettig B, Haecki W, Lammer F et al. Dieulafoy's disease: endoscopic treatment and follow up. *Gut* 1993; 34: 1418–21.
6. Alshumrani G, Almuaikeel M. Angiographic findings and endovascular embolization in Dieulafoy disease: a case report and literature review. *Diagn Interv Radiol* 2006; 12: 151–4.
7. Rana SS, Bhasin DK, Gupta R et al. Periapillary Dieulafoy's lesion: an unusual cause of gastrointestinal bleeding. *JOP* 2010; 11: 266–9.
8. Chin MW, Enns R. Hemobilia. *Curr Gastroenterol Rep* 2010; 12: 121–9.
9. 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.

Mottatt 12.10.2011, første revisjon innsendt 28.2.2012, godkjent 12.4.2012. Medisinsk redaktør Jon Amund Kyte.

Kommentar

Gastroskopi uten funn

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

Øvre gastrointestinal blødning er et vanlig og alvorlig medisinsk problem med høy morbiditet og mortalitet. Årlig legges ca. 100 pasienter per 100 000 innbyggere inn på sykehus for denne lidelsen. Mortaliteten er over 8% (1), avhengig av alder, komorbiditet og blødningsårsak.

Massiv blødning krever sirkulatorisk stabilisering og ofte blodtransfusjoner. Snarlig gastroskopi bør deretter utføres. Det gjør man for å finne blødningsårsak og lokalisasjon, og for å gi initial behandling og vurdere faren for reblødning.

Oftest er blødningsårsak og lokalisasjon lett å finne ved gastroskopi, og hemostasebehandling kan utføres. I blant kan blod eller koagler dekke blødningsfokus, og det kan være vanskelig både å lokalisere og stoppe blødningen. Ved pågående blødning kan angiografi påvise blødningsfokus, og embolisering av arterien kan da stoppe blødningen. Sistnevnte behandlingsmulighet finnes bare på de største sykehusene i Norge.

I denne sykehistorien var det intermitterende øvre gastroenterologisk blødning. Gastroskopi med normale funn og uten tilstedeværelse av blod eller koagler byr på store utfordringer, selv for erfarne endoskopører. Repeterende gastroskopier, og aller helst når pasienten blør, hjelper til med å finne blødningsfokus (2). Ved Dieulafoys lesjon kommer blødningen fra en dilatert

submukøs arteriole. Den aktuelle arterien kan befinne seg bak en fold i ventrikkelen eller duodenum og oppdages oftest ved en tilfeldighet eller ved pågående blødning (3).

Hos denne pasienten var det et stort blodtap, men intet relevant funn ved første gastroskopi. Det hadde vært hematemes, og man måtte anta at blødningskilden var i oesophagus, ventrikkel eller duodenum. Hvis en erfaren gastrooskopør ikke finner noen potensiell blødningskilde hos en slik pasient, er ulcus simplex noe av det første man bør tenke på. Mer sjeldne tilstander som primær eller sekundær aortoenterisk fistel eller miltarterieaneurisme kan også være mulige blødningsårsaker (4). Ved mistanke om øvre gastrointestinal blødning, og uten funn ved gastroskopi, må man uavhengig av pasientens kjønn og alder heller aldri glemme muligheten for Dieulafoys lesjon.

Øivind Irtun

oivind.irtun@uit.no
Gastrokirurgisk avdeling
Universitetssykehuset Nord-Norge

Øivind Irtun (f. 1951) er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og overlege og professor i gastroenterologisk kirurgi.

Litteratur

1. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92: 548–54.
2. Acosta RD, Wong RKH. Differential diagnosis of upper gastrointestinal bleeding proximal to the ligament of Trietz. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2011; 21: 555–66.
3. al-Mishlab T, Amin AM, Ellul JPM. Dieulafoy's lesion: an obscure cause of GI bleeding. *J R Coll Surg Edinb* 1999; 44: 222–5.
4. Pedersen G, Larssen TB, Øvrebø K et al. Akutt gastrointestinal blødning forårsaket av miltarterieaneurisme. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1245–6.

Mottatt 22.5.2012, første revisjon innsendt 5.9.2012, godkjent 5.9.2012. Medisinsk redaktør Merete Kile Holtermann.