

UDC: 616.33/.34-005.1-021-06-071-08

[https://doi.org/10.32345/USMYJ.2\(146\).2024.53-59](https://doi.org/10.32345/USMYJ.2(146).2024.53-59)

Received: January 29, 2024

Accepted: May 09, 2024

Ураження Дьєлафуа дванадцятипалої кишки: рідкісна та смертельна причина шлунково-кишкової кровотечі

Шуміліна Тетяна¹, Болдіжар Патріція², Кочмарь Михайло³¹Студент, Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна²Кафедра хірургічних хвороб, Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна³Кафедра анатомії людини та гістології, Ужгородський національний університет,
Ужгород, Україна

Address for correspondence:

Shumilina Tetiana

E-mail: tetyana2001t@gmail.com

Анотація: у статті узагальнено питання ураження Дьєлафуа дванадцятипалої кишки, як незвичайної і рідкісної причини рецидивуючої шлунково-кишкової кровотечі, яка може бути летальною. Це ураження може відбуватися в різних частинах шлунково-кишкового тракту (ШКТ), найчастіше в шлунку, особливо на рівні малої кривизни; однак це може відбуватися в інших частинах, включаючи товсту кишку, стравохід і дванадцятипалу кишку. Основна мета цього дослідження це покращити результати діагностики та лікування ураження Дьєлафуа шляхом виявлення нюансів його клінічного перебігу та аналізу застосування різних видів ендоскопічного гемостазу у пацієнтів із цим синдромом. У дослідженні використано методи бібліографічного та контент-аналізу літератури, порівняльного підходу та синтезу, а також семантичного групування відносно особливостей перебігу, діагностики та лікування ураження Дьєлафуа дванадцятипалої кишки. Усі документи, знайдені на різноманітних офіційних веб-сайтах були проаналізовані, а зібрану інформацію порівняли і згрупували. Актуальність дослідження полягає в тому, що шлунково-кишкові кровотечі є однією з головних проблем та причин летальності в екстреній хірургії. В етіології шлунково-кишкових кровотеч виділяють ряд добре відомих патологій, таких як виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, синдром Меллорі-Вейса, новоутворення та варикозно-розширені вени стравоходу та шлунка. Також існують ряд інших, рідкісних, але не менш небезпечних захворювань, що характеризуються розвитком гострих гастродуоденальних кровотеч. До них відноситься ураження Дьєлафуа – рідкісна генетична патологія, що характеризується аномальним розвитком судин підслизового шару без ознак запального процесу, при розриві яких виникає рясна кровотеча. Незважаючи на розширення діагностичних і терапевтичних можливостей, ризик виникнення кровотечі та їх небезпека при ураженні ДЛ для життя все ще достатньо високий. Клінічні прояви включають безболісну кровотечу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, включаючи мелену, гематокезію та блювоту, або рідко залізодефіцитну анемію (ЗДА); однак у більшості пацієнтів хвороба протікає безсимптомно. Деякі пацієнти також мають нешлунково-кишкові супутні захворювання, такі як гіпертонія, діабет і хронічна хвороба нирок (ХХН). Діагноз встановлюється за допомогою езофагогастродуоденоскопії (ЕГД), яка включає наявність мікропульсуючих струменів з дефекту слизової оболонки, появу свіжого, щільно прирослого згустку з вузькою точкою прикріплення до

дрібногo дефекту слизової оболонки та візуалізацію виступаючої судини з кровотечею або без неї. Початкова ФГДС може бути недіагностичною через відносно невеликий розмір ураження. Інші діагностичні методи включають ендоскопічне ультразвукове дослідження та мезентеріальну ангіографію. Лікування дуоденального ДЛ включає термоелектрокоагуляцію, місцеву ін'єкцію адреналіну, склеротерапію, накладення бандажів і гемокліпс. Ми представляємо тут випадок 71-річної жінки, у якій в анамнезі була важка форма ЗДА, що потребувала багаторазових переливань крові та внутрішньовенного введення заліза і у якій було виявлено ураження Дьєлафуа дванадцятипалої кишки. Результати даного дослідження можуть бути цікавими для лікарів первинної ланки, терапевтів, гастроентерологів, лікарів лабораторної діагностики, ендоскопістів та хірургів.

Ключові слова: Кровотеча, дванадцятипала кишка, мелена, гематохезія, блювота

Вступ

Ураження Дьєлафуа (персистуюча підслизова судина) є причиною шлунково-кишкової кровотечі (ШКТ), яка характеризується невеликою артерією аномально розширеного калібру, що виступає крізь поверхню слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. Це рідкісна і може бути небезпечна для життя патологія. Виразкове ураження у пацієнтів із ураженням Дьєлафуа (ДЛ) дванадцятипалої кишки розташоване приблизно на 6-10 см від гастродуоденального переходу. Найчастіше ДЛ локалізується в шлунку, але рідко його можна виявити в дванадцятипалій кишці, переважно на рівні цибулини дванадцятипалої кишки (53%), потім третьої частини дванадцятипалої кишки (29%) і в місці з'єднання першої та другої частини порожньої кишки (18%) (Arthor et al., 2023). ДЛ дванадцятипалої кишки спричиняє 15% усіх уражень ДЛ і становить 3,5% усіх шлунково-кишкових кровотеч. Смертність коливається від 23% до 79% (Beatrice et al., 2019). Діагностика дуоденального ураження ДЛ може бути складною, оскільки у більшості пацієнтів немає симптомів або спостерігається масивна кровотеча без будь-яких ознак чи симптомів. Рання ендоскопічна оцінка може бути корисною для встановлення остаточного діагнозу та лікування (Bououg et al., 2022). У цьому дослідженні ми представляємо випадок пацієнтки з дуоденальним ДЛ, яка успішно лікувалася за допомогою ендоскопічного втручання.

Презентація випадку

71-річна жінка в анамнезі якої бронхіальна астма, цукровий діабет, захворювання

периферичних судин, гіпертензія, депресія, двосторонній остеомієліт стоп, токсикоманія, хронічне безсоння, ішемічний коліт, геморой, тубулярний аденоматозний поліп та легенева гіпертензія звернулася до відділення невідкладної допомоги зі скаргами на задишку, нездужання та біль у животі протягом останніх кількох тижнів. У неї була хірургічна історія ампутації першого, другого та третього пальців лівої стопи та поперечна колектомія з відвідною ілеостомою. Заперечувала будь-які шкідливі звички або алергію на ліки. У пацієнтки в анамнезі була важка анемія, яка потребувала багаторазових переливань крові та внутрішньовенних інфузій заліза. Її життєво важливі показники при надходженні показали температуру 36,5 °C, пульс 76 ударів на хвилину, артеріальний тиск 115/57 мм рт.ст. і насичення повітря киснем 97%. Фізичне обстеження виявило двобічні хрипи та болючість у правому верхньому квадранті живота. Лабораторні дослідження при надходженні були значущими для анемії з гемоглобіном 6,7 г/дл і гематокритом 19,6% і тромбоцитозом з кількістю тромбоцитів 417 К/мкл (табл. 1).

Рентгенографія її грудної клітки показала легкий застій легеневих судин з двобічними інфільтратами. Хвора розпочала лікування пневмонії антибіотиками ванкоміцином та меропенемом. Згодом, у неї погіршилася гіпоксія, що потребувало використання високопоточної носової канюлі та переведення у відділення інтенсивної терапії. Лабораторні результати показали погіршення анемії до 5,8 г/дл, тому їй зробили переливання крові. КТ (комп'ютерна томографія) грудної клітки показала двосто-

Табл. 1. Лабораторні дані пацієнтки при надходженні

Лабораторні показники	Результати	Довідковий діапазон і одиниці
Гемоглобін	6,7 г/дл	12–16 г/дл
Гематокрит	19,6%	42–51%
Кількість лейкоцитів	5,8 К/мкл	4,8–10,8 К/мкл
Тромбоцити	417 К/мкл	150–400 К/мкл
Натрій	137 мекв/л	135–145 мекв/л
Калій	4,6 мекв/л	3,5–5,0 мекв/л
Азот сечовини крові	25 мг/дл	6–20 мг/дл
Креатинін	1 мг/дл	0,5–1,5 мг/дл
Аланін амінотрансфераза	20 одиниць/л	5–40 одиниць/л
Аспаратамінотрансфераза	42 одиниці/л	9–33 од./л
Лужна фосфатаза	104 од./л	43–160 од./л
Залізо	6 мкг/дл	65–175 мкг/дл
Здатність зв'язувати залізо	173 мкг/дл	112–346 мкг/дл
Насичення трансферином	3%	20–50%

ронній плевральний випіт з ателектазом нижньої частки, а КТ живота показала структуру 5,1 x 3,3 см у передньому сегменті восьмого сегмента печінки, що свідчить про складний асцит на тлі абсцесу печінки. Гепатобіліарне сканування (HIDA) не показало ознак холециститу. Пацієнтка пройшла езофагогастродуоденоскопію верхнього відділу ШКТ, яка показала нормальний стан стравоходу, еритематозну слизову оболонку антрального відділу шлунку та кровоточиве ураження Дьєлафуа дванадцятипалої кишки (рис. 1).

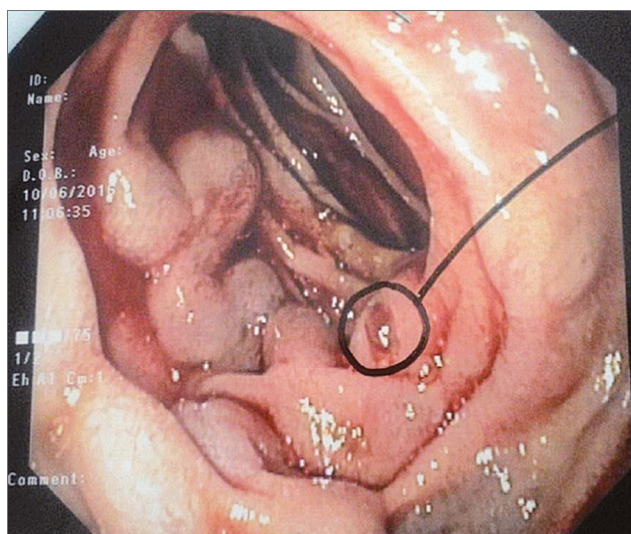


Рис. 1. Ураження Дьєлафуа дванадцятипалої кишки

Було виконано успішне кліпування за допомогою трьох затискачів, і досягнуто гемостазу (рис. 2).

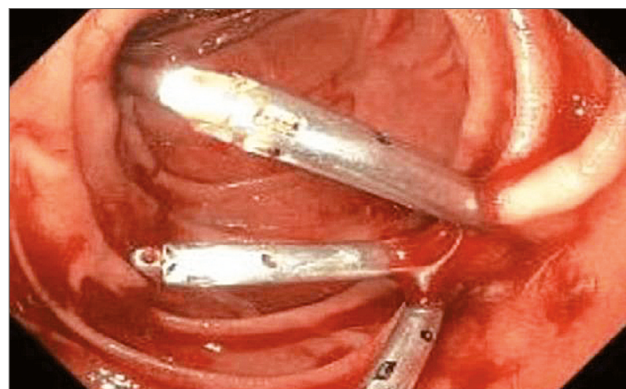


Рис. 2. Успішне кліпування ураження Дьєлафуа дванадцятипалої кишки

Далі пацієнтку обстежували на хірургічне втручання, і вона не була визнана кандидатом на операцію з приводу абсцесу печінки. Її лікували антибіотиками з приводу абсцесу печінки та виписали з подальшим амбулаторним спостереженням. Пацієнтка почувається добре; абсцес розсмоктався, і вона отримала курс антибіотиків.

Обговорення

Шлунково-кишкова кровотеча може виникнути з різних джерел, і ураження Дьєлафуа дванадцятипалої кишки (ДЛ) є рідкісною, але

значною причиною цього стану. ДЛ характеризується наявністю розширених підслизових судин, які пошкоджують слизову, що розташована вище, це призводить до повторних та іноді небезпечних для життя епізодів кровотеч (Gupta et al., 2023). Ці вади розвитку рідкісні, спричиняють лише близько 3,5% усіх шлунково-кишкових кровотеч (Kusnik et al., 2023). З цих 3,5% лише одна третина цих уражень знаходиться поза шлунком (Bartnicki-Navarrete et al., 2023). Розуміння цього розподілу має вирішальне значення, оскільки часто ці позашлункові джерела кровотечі можна пропустити під час ендоскопічного обстеження через їх відносно невеликий розмір і періодичну кровотечу (Proscio et al., 2021).

Типова судина, що живить шлунково-кишковий тракт, поступово звужується, наближаючись до слизової оболонки. Однак у випадку ураження Дьєлафуа судина зберігає постійний діаметр 1-3 мм без звуження, що призводить до аномально збільшеної судини, яка з часом проривається через поверхню слизової оболонки, утворюючи дефект, через який час від часу кровоточить (Hu et al., 2023). Великі розміри цих судин можуть у 10 разів перевищувати їхні звичайні розміри, що робить їх схильними навіть до незначних механічних пошкоджень, що призводять до кровотечі (Falt, P., & Kunovsky, L. 2023). Посилюється пульсація цієї великої судини, яка порушує поверхню слизової оболонки, що призводить до подальшої хімічної ерозії (Qasim et al., 2023).

Інша гіпотеза, пов'язана з патогенезом ДЛ, пов'язана з розвитком васкулярної крадіжки (васкулярного обкрадання), тобто процесу ерозії слизової оболонки (Dokmak et al., 2023). Оскільки ішемія в цьому процесі відбувається периферично, навколо збільшеної судини, може бути помітна наявність часто помітного «ореолу слизової оболонки», утвореного блідою гіперфузованою слизовою оболонкою (Rasheed, W., & Abu-Hassan, F. 2023). Вікова атрофія слизової оболонки шлунка та утворення артеріального тромбу з подальшим некрозом тканин є одними з інших гіпотез патогенезу DL (Malik, T. F., & Anjum, F. 2023). Хоча єдиної теорії не існує, будь-який із цих

процесів може призвести до спонтанного розриву оголеної судини, що може призвести до масивного, потенційно небезпечного для життя крововиливу.

Хоча ДЛ можна виявити в усіх вікових групах, існують певні закономірності, які існують у пацієнтів, більш схильних до розвитку цих судинних вад розвитку. За природою вікової атрофії шлунка люди похилого віку знаходяться в групі підвищеного ризику, причому чоловіки вдвічі частіше схильні до захворювання. Крім того, хоча прямого причинно-наслідкового зв'язку не встановлено, є дані спостережень, які свідчать про те, що пацієнтів із кількома супутніми захворюваннями, такими як серцево-судинні захворювання, гіпертонія, хронічна хвороба нирок, діабет або зловживання алкоголем, приймають НПЗП, аспірин та варфарин, частіше спостерігається це ураження (Miralles et al., 2020).

Діагностика цих уражень може бути складною. Кровотеча при ДЛ виникає періодично, а між епізодами кровотечі навіть пряма візуалізація ураженої області може не виявити ураження. Під час ендоскопічної візуалізації найчастіше ураження ДЛ видно як ізольовані кровоносні судини, що виступають зі слизової оболонки. Ендоскопія є методом вибору для таких пацієнтів, особливо під час гострих кровотеч (Nakamura et al., 2023). Отже, це артеріальний вада, активний кровотік з кожним ударом серця буде легко візуалізуватися на ендоскопії, навіть без наявності виразки слизової оболонки або мас-ефекту. Якщо є підозра на ДЛ, але пряма ендоскопія не може підтвердити діагноз, замість нього можна застосувати ендоскопічне ультразвукове дослідження (Inayat et al., 2017).

Лікування дуоденального ураження Дьєлафуа подібне до ДЛ шлунка. Кілька підходів є ефективними в лікуванні цієї судинної мальформації. Ендоскопічно в ураження можуть бути введені ін'єкції адреналіну з подальшою коагуляцією зондом або встановленням кліпси (Mullady et al., 2020). Ендоскопічне кліпування також було застосованим підходом у випадку даної пацієнтки. Хоча лікування також можна зробити, це пов'язано з під-

вищеним ризиком перфорації кишечника та майбутньої кровотечі. Після гемостазу ураження ДЛ дванадцятипалої кишки успішне лікування можна підтвердити за допомогою доплерівського ультразвуку, який має продемонструвати відсутність будь-якого кровотоку через артерію після процедури (Mohan et al., 2021). У разі виникнення іншої кровотечі, незважаючи на описані раніше втручання, можна застосувати ангіографічну емболізацію або навіть хірургічну клиноподібну резекцію (Alfonso-García et al., 2021).

Завдяки прогресу в ендоскопії рівень виявлення ураження Дьєлафуя підвищився, що призвело до різкого зниження рівня смертності від кровотечі ДЛ з 80% до 8,6%. Однак це також свідчить про те, що якщо ДЛ не розпізнати або пропустити, кількість загинувших може бути неймовірно більшим.

Висновки

Підсумовуючи, можна сказати, що ураження Дьєлафуа дванадцятипалої кишки є рідкісним, але потенційно небезпечним для життя станом, який призводить до серйозної шлунково-кишкової кровотечі. Діагностика може бути складною через безсимптомний перебіг і періодичну кровотечу. Раннє виявлення уражень за допомогою ендоскопії, ангіографії та капсульної ендоскопії допомагає швидко поставити діагноз, провести ефективне лікування та запобігти ускладненням. Лікування спрямоване на досягнення гомеоста-

зу за допомогою термічної електрокоагуляції, місцевих ін'єкцій адреналіну, склеротерапії та кліпування. При повторних кровотечах необхідна артеріальна емболізація і оперативне втручання. Ендоскопічні методики гемостазу в поєднанні з фармакологічною підтримкою дають змогу в більшості випадків досягти остаточного гемостазу, що, у свою чергу, дозволяє знизити летальність у 2-4 рази. Раннє втручання та обережний підхід можуть значно покращити результат і знизити захворюваність і смертність.

Фінансування

Дана стаття не отримувала зовнішнього фінансування.

Конфлікт інтересів

Відсутній.

Згода на публікацію

Всі автори ознайомлені з текстом рукопису та надали згоду на його публікацію.

ORCID ID та внесок авторів

[0000-0001-9423-5553](https://orcid.org/0000-0001-9423-5553) (A, C) Shumilina Tetiana

[0000-0002-6295-5692](https://orcid.org/0000-0002-6295-5692) (B, E) Boldizhar Patricia

[0000-0002-0219-0552](https://orcid.org/0000-0002-0219-0552) (D, F) Kochmar Mykhailo

A – Research concept and design, B – Collection and/or assembly of data, C – Data analysis and interpretation, D – Writing the article, E – Critical revision of the article, F – Final approval of article

ЛІТЕРАТУРА

Alfonso-García, M., Soldevila-Verdager, C., Ferrer-Inaebnit, E., Segura-Sampedro, J. J., & González-Argente, F. X. (2021). Laparoscopic treatment in gastrointestinal bleeding due to Dieulafoy's lesion. *Abordaje laparoscópico de hemorragia digestiva secundaria a lesión de Dieulafoy yeyunal*. *Cirugia y cirujanos*, 89(S2), 22–25. <https://doi.org/10.24875/CIRU.21000009>

Apthorp, E., Ndungu, M. M., Rumwanpura, K., & Rahmani, M. J. (2023). Dieulafoy's lesion: a rare but potentially life-threatening cause of gastrointestinal bleeding. *British journal of hospital medicine (London, England)*, 84(11), 1. <https://doi.org/10.12968/hmed.2023.0234>

Bartnicki-Navarrete, I., Garay-Ortega, J. A., & Robles-Fernandes, L. F. (2023). Esophageal Dieulafoy's lesion treated with band ligation: Individualized treatment for an atypical presentation. *Revista de gastroenterologia de Mexico (English)*, S2255-534X(23)00117-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2023.08.004>

Beatrice, P., Lucia, R., Antonio, G., Domenico, G., Mario, S., Francesco, C., & Renato, P. (2019). Rare case of upper gastrointestinal bleeding: Dieulafoy's lesion of duodenum. A case report. *Annals of medicine and surgery (2012)*, 45, 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.07.022>

Bounour, R., Mejait, A., Lahlali, M., Lamine, A., Abid, H., Mekkaoui, A., ... & Lahmidani, N. (2022). Dieulafoy's lesion of the duodenum: the management of this unusual location. *Case Reports in Clinical Medicine*, 11(7), 268-272.

Clinical characteristics of Dieulafoy's lesion in the small bowel diagnosed and treated by double-balloon endoscopy. *BMC gastroenterology*, 23(1), 290. <https://doi.org/10.1186/s12876-023-02913-1>

Dokmak, A., & Muso, E. (2022). Gastrointestinal Bleeding from Dieulafoy's Lesion in the Cecum. *Case reports in gastroenterology*, 16(3), 601–606. <https://doi.org/10.1159/000525740>

Falt, P., & Kunovsky, L. (2023). Recurrent bleeding in a patient with hepaticojejunostomy caused by Dieulafoy's lesion. *United European gastroenterology journal*, 11(9), 904–905. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12440>

Gupta, A., & Mourya, C. (2023). Intra-diverticular Dieulafoy's lesion in third part of duodenum. *Indian journal of gastroenterology : official journal of the Indian Society of Gastroenterology*, 42(6), 855–856. <https://doi.org/10.1007/s12664-023-01352-w>

Hu, Q., Guo, Y., Fan, H., Wu, X., Chen, H., & Zeng, C. (2023). Pathological features of vascular wall in Dieulafoy's disease. *Pathology, research and practice*, 249, 154782. <https://doi.org/10.1016/j.prp.2023.154782>

Inayat, F., Ullah, W., Hussain, Q., & Hurairah, A. (2017). Dieulafoy's lesion of the oesophagus: a case series and literature review. *BMJ case reports*, 2017, bcr2016218100. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-218100>

Kusnik, A., Mostafa, M. R., Sharma, R. P., & Chodos, A. (2023). Dieulafoy Lesion: Scope it Until You Find it. *Cureus*, 15(3), e36097. <https://doi.org/10.7759/cureus.36097>

Malik, T. F., & Anjum, F. (2023). Dieulafoys Lesion Causing Gastrointestinal Bleeding. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Miralles, O., Ariza, D., Ariza, J., & Fontecha, B. (2020). Sangrado digestivo por una lesión de Dieulafoy: a propósito de un caso en un hombre nonagenario y revisión de la literatura [Bleeding from Dieulafoy's lesion: a case report on a nonagenarian man and a review of the literature]. *Revista española de geriatría y gerontología*, 55(4), 244–245. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.10.004>

Mohan, B.P. Doppler Endoscopic Probe-Guided Treatment of Dieulafoy's Bleeding: Hearing Is Believing. *Dig Dis Sci* 66, 3224–3225 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06712-6>

Mullady, D. K., Wang, A. Y., & Waschke, K. A. (2020). AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Therapies for Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Expert Review. *Gastroenterology*, 159(3), 1120–1128. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.095>

Nakamura, M., Yamamura, T., Maeda, K., Sawada, T., Ishikawa, E., Furukawa, K., Iida, T., Mizutani, Y., Yamao, K., Ishikawa, T., Honda, T., Ishigami, M., & Kawashima, H. (2023).

Procopio, P. F., Gallucci, P., Pennestrì, F., Sessa, L., Salvi, G., Barbaro, F., Boskoski, I., & Raffaelli, M. (2021). First Case of Laparoscopic-Endoscopic Management of a Rare Complication After Roux-en-Y Gastric Bypass: Bleeding Dieulafoy's Lesion in the Excluded Duodenal Tract. *Obesity surgery*, 31(8), 3866–3868. <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05432-8>

Qasim, A., Schmidt, P., Bhatt, T., Itare, V., Ihimoyan, A., Khaja, M., & Kandhi, S. (2023). Dieulafoy's Lesion of the Duodenum: A Rare and Fatal Cause of Gastrointestinal Bleed. *Cureus*, 15(6), e40050. <https://doi.org/10.7759/cureus.40050>

Rasheed, W., & Abu-Hassan, F. (2023). 10-year trends and inpatient outcomes of gastrointestinal angiodysplasia with bleeding in the United States: National Inpatient Sample, 2011 to 2020. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 36(3), 277–285. <https://doi.org/10.1080/08998280.2023.2172295>

Duodenal Dieulafoy lesion: a rare and fatal cause of gastrointestinal bleeding

Shumilina Tetiana¹, Boldizhar Patricia², Mykhailo Kochmar³

¹Student, Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

²Department of Surgical Diseases, Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

³Department of Human Anatomy and Histology, Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Address for correspondence:

Shumilina Tetiana

E-mail: tetyana2001t@gmail.com

Abstract: the article summarizes the issue of Dieulafoy lesion of the duodenum, as an unusual and rare cause of recurrent gastrointestinal bleeding, which can be fatal. This lesion can occur in various parts of the gastrointestinal tract (GI), most often in the stomach, especially at the level of the lesser cur-

vature; however, it can occur in other parts, including the colon, esophagus, and duodenum. The main goal of this study is to improve the results of diagnosis and treatment of Dieulafoy lesions by identifying the nuances of its clinical course and analyzing the use of various types of endoscopic hemostasis in patients with this syndrome. The research used the methods of bibliographic and content analysis of the literature, comparative approach and synthesis, as well as semantic grouping in relation to the features of the course, diagnosis and treatment of the Dieulafoy lesion of the duodenum. All documents found on various official websites were analyzed and the collected information was compared and grouped. The relevance of the study is that gastrointestinal bleeding is one of the main problems and causes of mortality in emergency surgery. In the etiology of gastrointestinal bleeding, a number of well-known pathologies are distinguished, such as peptic ulcer disease of the stomach and duodenum, Mallory-Weiss syndrome, neoplasms and varicose veins of the esophagus and stomach. There are also a number of other, rare, but no less dangerous diseases characterized by the development of acute gastroduodenal bleeding. They include Dieulafoy lesion - a rare genetic pathology characterized by the abnormal development of blood vessels in the submucosal layer without signs of an inflammatory process, which rupture causes profuse bleeding. Despite the expansion of diagnostic and therapeutic possibilities, the risk of bleeding and its danger for life in the case of damage to the DL is still quite high. Clinical manifestations include painless upper gastrointestinal bleeding, including melena, hematochezia and vomiting or rarely iron deficiency anemia (IDA); however, most patients are asymptomatic. Some patients also have non-gastrointestinal comorbidities such as hypertension, diabetes, and chronic kidney disease (CKD). The diagnosis is made by esophagogastroduodenoscopy (EGD), which includes the presence of micropulsatile jets from the mucosal defect, the appearance of a fresh, densely adherent clot with a narrow point of attachment to a small mucosal defect, and visualization of a protruding vessel with or without bleeding. Initial FGDS may be nondiagnostic due to the relatively small size of the lesion. Other diagnostic methods include endoscopic ultrasound and mesenteric angiography. Treatment of duodenal DL includes thermoelectrocoagulation, local injection of epinephrine, sclerotherapy, bandaging and hemoclips. We present here the case of a 71-year-old woman with a history of severe IBD requiring multiple blood transfusions and intravenous iron and who was found to have a Duodenal Dieulafoy lesion. The results of this study may be of interest to primary care physicians, therapists, gastroenterologists, laboratory diagnosticians, endoscopists and surgeons.

Key words: [Bleeding](#), [Duodenum](#), [Melena](#), [Hematochezia](#), [Vomiting](#).



Copyright: © 2024 by the authors; licensee USMYJ, Kyiv, Ukraine.

This article is an open access article distributed under the terms

and conditions of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).