Dieulafoys læsion: En lille kar, der kan give stor blødning

Dieulafoys læsion er et usædvanlig stort arteriekar, som ligger tæt under slimhinden i mavesækken eller andre dele af mave-tarm-kanalen. Det er en medfødt karvariant, hvor en arterie ikke som normalt forgrener sig i mindre kar, men bevarer sin diameter helt op til slimhinden. Når slimhinden over karret beskadiges, kan det give voldsom, ofte tilbagevendende blødning fra et område, der ellers ser helt normalt ud.

Læsionen blev første gang beskrevet af den franske kirurg Paul Georges Dieulafoy i 1898. Den står for 1-2 procent af alle akutte øvre mave-tarm-blødninger og er en klassisk årsag til **uforklaret blødning** i mave-tarm-kanalen.

Hvad mærker du?

Dieulafoys læsion giver ingen symptomer, før den begynder at bløde. Blødningen er typisk:

- Pludselig og kraftig
- Med blodig opkastning (hæmatemese) eller sort, tjæreagtig afføring (melæna)
- Uden forudgående smerter eller dyspepsi
- Ofte tilbagevendende, fordi blødningen kan stoppe spontant og starte igen senere

Hos personer med stor blødning ses kredsløbspåvirkning med bleghed, svimmelhed, hjertebanken og besvimelse.

I sjældnere tilfælde sidder læsionen i tyndtarmen, tyktarmen eller endetarmen og giver frisk eller mørk rektalblødning uden klar kilde ved gastro- eller koloskopi.

Hvor sidder den?

- **Mavesækken (75-95 procent)** — langt hyppigst i den øverste del af mavesækken, inden for 6 cm af den gastro-øsofageale overgang
- Tyndtarmen (især duodenum)
- Tyktarmen, endetarmen og endda spiserøret

Læsionerne er hyppigere hos midaldrende og ældre mænd, ofte med flere samtidige sygdomme som hjertesygdom, nyresygdom, diabetes eller blodfortyndende behandling.

Hvorfor sker det?

Den underliggende karvariant er medfødt. Den udløsende faktor for blødning er ofte uklar, men risiko øges ved:

- Brug af blodfortyndende medicin eller NSAID-præparater
- Mekanisk slid på slimhinden (fx ved opkastninger)
- Aterosklerose med forkalkninger i karret
- Lokal slimhindeskade

Blødningen sker, fordi pulsationer fra det store kar gradvist eroderer den tynde slimhinde over det, indtil karret brister.

Hvordan stilles diagnosen?

Diagnosen er svær, fordi læsionen er lille (typisk 2-5 mm) og det omgivende slimhinde ser normalt ud.

- **Gastroskopi** er førstevalget og diagnosticerer 70-80 procent ved første undersøgelse. Klassisk findes en lille, pulserende blødning eller en synlig karstump uden omgivende sår.
- **Gentaget gastroskopi:** ved første negative undersøgelse — diagnosen stilles ofte først ved 2. eller 3. skopi.
- **CT-angiografi:** nyttig ved aktiv blødning, der ikke kan lokaliseres endoskopisk.
- **Mesenterial angiografi** kan både diagnosticere og behandle ved kateterembolisering.
- **Kapselendoskopi og balloon-enteroskopi:** ved mistanke om tyndtarmslæsion.

Det er almindeligt, at diagnosen først stilles efter flere indlæggelser med uafklaret blødning.

Behandling

Førstevalget er **endoskopisk behandling**, der lykkes hos over 90 procent. De mest brugte teknikker er:

- **Hæmoklips** — små metalclips, der lukker karret mekanisk
- **Sklerosering** med adrenalin og polidocanol
- **Termisk koagulation** med argon-plasma eller varmesonde
- **Endoskopisk båndligering** (især effektiv ved Dieulafoy i mavesækken)

Ofte kombineres flere teknikker for at sikre varig hæmostase.

Ved svigt af endoskopisk behandling:

- **Transarteriel embolisering** via radiolog — effektiv og minimalt invasiv
- **Kirurgi** — kileresektion af det blødende område. Forbeholdt patienter, hvor de andre teknikker ikke kan stoppe blødningen

Efter vellykket behandling er recidivrisikoen lav, men patienter med mange sygdomme og blodfortyndende medicin følges tæt.

Prognose

Med moderne endoskopisk behandling er dødeligheden faldet fra over 30 procent til under 10 procent. De fleste, der overlever den første blødning og får behandlet læsionen, har god langtidsprognose.

Hvornår skal du søge læge?

Ring 112 ved:

- Blodig opkastning
- Sort, tjæreagtig afføring
- Pludselig stor mængde rødt blod fra endetarmen
- Besvimelse, hurtig puls eller kraftig bleghed sammen med mavesymptomer

Egen læge ved uforklaret jernmangelanæmi, særligt hvis tidligere gastro- og koloskopier ikke har fundet en kilde.

Ofte stillede spørgsmål

Er Dieulafoys læsion arvelig? Nej. Det er en sporadisk, medfødt karvariant uden kendt familiær ophobning.

Kan den forsvinde af sig selv? Nej. Karret bliver siddende. Blødningen kan stoppe midlertidigt, men risikoen for ny blødning forbliver, indtil læsionen behandles.

Hvorfor opdages den ofte først efter flere skopier? Den er lille, blødningen er ofte stoppet ved undersøgelsen, og den omgivende slimhinde er normal. Erfarne endoskopører ved derfor at lede særligt langs den øverste del af mavesækken hos patienter med uafklaret blødning.

Får jeg det igen efter endoskopisk behandling? Recidivrisikoen efter teknisk vellykket behandling er omkring 5-15 procent. De fleste, der får tilbagefald, kan behandles endoskopisk igen.

Skal jeg stoppe blodfortyndende medicin? Det skal vurderes individuelt. Helt at stoppe kan øge risikoen for blodprop, så valget tages sammen med kardiolog og kirurg.

Kilder

1. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92(7):548-554. PubMed
2. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc.* 2003;58(2):236-243. PubMed
3. Sundhed.dk. Øvre gastrointestinal blødning (lægehåndbogen).
4. Nojkov B, Cappell MS. Distinctive aspects of peptic ulcer disease, Dieulafoy's lesion, and Mallory-Weiss syndrome in patients with advanced alcoholic liver disease or cirrhosis. *World J Gastroenterol.* 2016;22(1):446-466. PubMed

---

Denne artikel er almen information og erstatter ikke lægekonsultation. Kontakt din egen læge ved symptomer.