

Antikoagülan Kullanımına Bağlı Spontan İntramural Jejunum Hematomu: Olgu Sunumu

Spontaneous intramural jejunal hematoma secondary to anticoagulant use: report of a case

Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2009;9(1):32-35

Fatih AYDOĞAN,¹ Volkan ÖZBEN,¹ Bengi GÜRSES,² Harun ÖZER²

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
¹Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
²Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Spontan intramural bağırsak hematomu (SİBH) nadir görülen ve potansiyel ciddi komplikasyonlara neden olabilen klinik bir olaydır. Nedenleri arasında antikoagülan tedavi, hemofili, idiyopatik trombositopenik purpura gibi kanama bozuklukları, lösemi ve lenfoma gibi malign hastalıklar, vaskülit gibi enflamatuvar hadiseler, kemoterapi ve kemik iliği transplantasyonu yer almaktadır. Bu yazıda, 4-5 gündür devam eden epigastrik ağrı ile başvuran ve varfarin kullanımına bağlı gelişen SİBH tanısı konulan olgu sunuldu. Ayrıca SİBH'nin tanı ve tedavi modaliteleri literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar sözcükler: Antikoagülan; hematoma; ince bağırsak; jejunum; varfarin.

SUMMARY

Spontaneous intramural intestinal hematoma (SIH) is a rare clinical condition which may result in lead serious complications. Anticoagulation treatment, bleeding disorders such as, hemophilia, idiopathic thrombocytopenic purpura, malignant diseases such as leukemia and lymphoma, inflammatory diseases such as vasculitis, chemotherapy and bone marrow transplantation are the possible etiological factors. In the present article, we aimed to state a patient presented with epigastric pain for 4-5 days and diagnosed as SIH due to warfarin toxicity. Furthermore, we discussed the diagnostic and treatment modalities of SIH in the light of the literature.

Key words: Anticoagulants; hematoma; small intestine; jejunum; warfarin.

İletişim (Correspondence)

Dr. Fatih AYDOĞAN

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
 Genel Cerrahi Anabilim Dalı kürsü sekreterliği,
 6. Kat., 34098 Cerrahpaşa, Fatih, İstanbul,
 Turkey.

Tel: +90 - 212 - 414 30 00 / 21385

e-posta (e-mail): memetplantisi@yahoo.com

Giriş

Varfarin profilaktik ve tedavi amaçlı sık kullanılan bir anti-koagülandır. Antikoagülan ilaçların uzun süre kullanımı, gastrointestinal ve intraserebral kanamalara, hematüri ve hemoptizi gibi komplikasyonlara neden olabilir. Spontan intramural ince bağırsak hematomu (SİİBH), antikoagülan kullanımına bağlı nadir komplikasyonlardan biridir. Bu hastalarda tanı genellikle radyolojik görüntüleme ile veya ameliyat sırasında konulmaktadır.

Bu vakada, antikoagülan tedavi olarak oral varfarin kullanımına bağlı SİİBH gelişen ve konservatif tedavi ile düzelen bir hasta hakkında bilgi verilmesi ve konunun tartışılması amaçlandı.

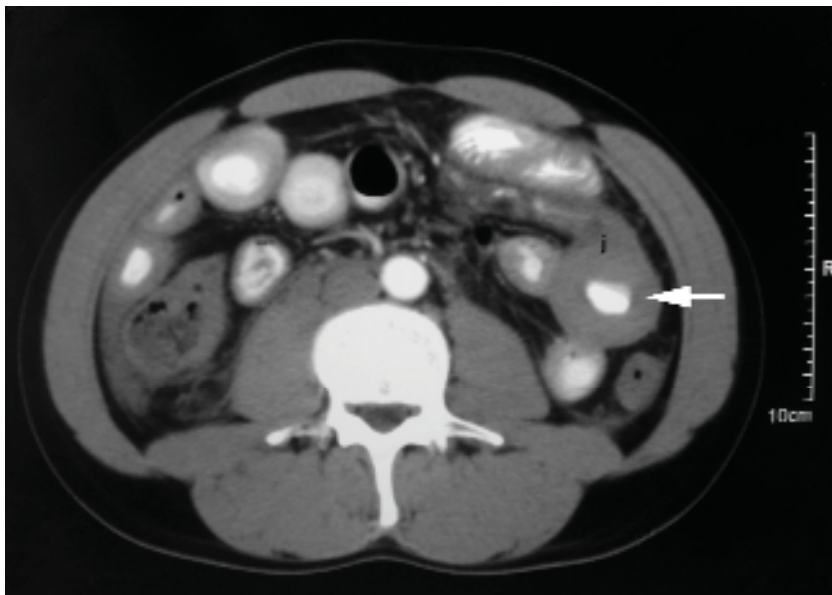
Olgu Sunumu

Yirmi dört yaşındaki erkek hasta acil cerrahi ünitemize beş gündür devam eden künt tarzda epigastrik karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile başvurdu. 16 ay önce aort kapak hastalığı nedeni ile aort kapak replasmanı ameliyatı yapılan hastanın ameliyat sonrası oral varfarin sodyum (1x5 mg ve 1x7.5 mg gün aşırı) aldığı öğrenildi. Hastanın vital bulguları; kan basıncı: 130/80 mmHg, nabız: 100/dk, ateş: 37°C ölçüldü. Fizik muayenesinde karında epigastrik hassasiyet ve defans mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz ($15.000 \text{ hücre/mm}^3$), hiponatremi (Na: 129,6 mmol/L) dışında diğer tüm biyokimyasal değerlerin normal sınırlarda

olduğu saptandı. Ancak, koagülasyon parametreleri değerlendirildiğinde aktive parsiyel tromboplastin zamanı (APTT): 142,7, protrombin zamanı (PT): >60 sn bulundu. INR ve aktivite değerleri ise ölçülemeyecek kadar yüksek saptandı. Karın ultrasonografisinde (USG) patolojik bir bulgu saptanmayan ve şikayetleri gerilemeyen hastaya çekilen karın bilgisayarlı tomografisinde (BT), jejunumda 20 cm'lik bir segmentte en kalın yerde 17 mm'ye ulaşan duvar kalınlaşması ve bu kalınlaşmış segmentin proksimalindeki ince bağırsak anslarında minimal dilatasyon tespit edildi (Şekil 1). Bağırsaklarda dolaşım bozukluğu veya perforasyon saptanmaması üzerine cerrahi işlem düşünülmedi. Hastanın oral alımı ve antikoagülan ilacı kesildikten sonra hastaya dekompresyon tedavisi, taze donmuş plazma ve vitamin K başlandı. Takiplerinde klinik durumu düzelen hasta sorunsuz taburcu edildi.

Tartışma

Travmatik olmayan SİİBH ender görülmektedir. McLauchan, ilk defa 1838 yılında otopsi üzerinde yaptığı çalışmada psödoanevrizmaya bağlı ince bağırsak hematomu vakasını bildirmiştir.^[1] 1904 yılında ise Sutherland, bağırsak intususepsiyon ile başvuran Henoch-Schönlein purpura tanılı bir hastada non-travmatik bağırsak duvarı hematomunu tanımlamıştır.^[2] Sonraları ise, spontan bağırsak hematomu olgu sunumları şeklinde literatürde yer almıştır ve bu klinik durumun antikoagülasyon tedavi, hemofili, idiyopatik



Şekil 1. Oral antikoagülan ilaç toksisitesi nedeni ile gelişen spontan intramural jejunum hematomunun karın BT'sindeki görünümü (j: jejunum).

trombositopenik purpura gibi kanama bozuklukları ile lösemi ve lenfoma gibi malign hastalıklar, vaskülit gibi enflamatuvar hadiseler, kemoterapi ve kemik iliği transplantasyonu sonrası gelişebileceği vurgulanmıştır.^[3]

Kanama, uzun süreli antikoagülan kullanan hastalarda %10-30 oranında görülen bir komplikasyondur.^[4] Bu komplikasyonlar arasında intramural bağırsak hematomu nadir olarak karşımıza çıkar. Uzun dönem oral antikoagülan kullanımı, SİİBH'nin nedenleri arasında en sık olarak bildirilmiş olsa da insidansı 1:2500 olarak saptanmıştır.^[5]

Abbas ve ark. 13 hasta üzerinde yaptığı retrospektif çalışmada, SİİBH'nin en sık nedeni olarak aşırı dozda varfarin kullanımını saptamışlardır. Hematom en sık jejunumda tespit edilmiş olup (%69), bunu sırasıyla ileum (%38), duodenum (%23) ve çekum (%15) takip etmiştir. Yine bu seride, hematomun ortalama uzunluğu 23 cm olarak bildirilmiş olup vakaların %85'inde ince bağırsak tıkanıklığı tespit edilmiştir.^[6] Olgumuzda da intramural hematom tıkanıklığa neden olmadan jejunumda 20 cm'lik bir segmentte tespit edildi, ancak proksimal jejunal anslarda subileus tablosu mevcuttu.

Hastalar genel olarak semptomlar başladıktan birkaç gün sonra hastaneye başvurmaktadırlar. Bunun nedeni de bağırsağın submukoza tabakasındaki küçük bir damarın yavaş kanaması olarak gösterilmektedir.^[7] İnamural kanamaya ek olarak, intralüminal, intramezenterik, retroperitoneal kanama ve hatta hemorajik assit görülebilmektedir.^[8]

Karın ağrısı, bulantı ve kusma SİİBH hastaların başlıca şikâyetleri olarak karşımıza çıkmaktadır.^[9] Olgumuzda da karın ağrısı hastanın ilk şikâyeti olarak ortaya çıkmış olup daha sonra bulantı ve kusma eklenmiştir. Uzun dönem antikoagülan tedavisi alan hastalarda bu tür şikâyetler ortaya çıktığı zaman SİİBH'den şüphe etmek gereklidir. Ancak bu şekilde doğru tanıya ulaşmak için uygun tetkikler yapılabilir.

SİİBH'den şüphe edildiğinde öncelikle hemogram, tam biyokimya tahlili ve koagülasyon parametreleri mutlaka değerlendirilmelidir. Hughes ve ark.'nın, travmatik ve SİİBH'yi değerlendiren toplam 260 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada lökositoz %72 oranında saptanmıştır.^[10] Koagülasyon parametreleri genelde terapötik sınırın üzerinde saptansa da, antikoagülan tedavi alan ve PT değeri normal sınırdaki intramural hematom olguları da bildirilmiştir.^[5]

Geçmişte tanısal laparotomi, hematom boşaltılması ve intestinal rezeksiyon gibi işlemler hem tanı hem de tedavi de yer alırken, radyolojik görüntüleme tekniklerinin tanıdaki

yeri artık tartışmasız kabul edilmektedir.^[3,5] Ayakta direkt karın grafisinde mide dilatasyonu, ince bağırsak duvarında kalınlaşma ve hava-sıvı seviyelenmeleri ile karşılaşılabılır. Bu bulgular her ne kadar spesifik olmasa da, radyoloğun hastanın antikoagülan tedavisini de göz önüne aldığına tanıya ulaşması zor olmayacaktır.^[11] Karın USG ve BT, SİİBH'nin tanısında en yararlı radyolojik tetkiklerdir. USG'de, bağırsak duvarı aperistaltik ve kanamaya bağlı olarak kalınlaşmış anekoik tübüler kitle olarak karşımıza çıkar.^[12] Karın BT'si ile homojen ve simetrik bağırsak duvarı kalınlaşması gösterilebilir. Genel olarak şikâyetlerin başlamasından itibaren ilk on gün içerisinde bağırsak duvarı hiperdens olarak görüntülenir. Hematom rezorbe oldukça bu bulgular geriler ve kontrol BT'de hipodens intramural kistik lezyon görünümü kazanır.^[13,14] Azizkhan, intramural hemotumlu olgularda mide-bağırsak baryum grafisini önermişse de,^[11] baryum ile sadece bağırsak lümeni ve mukozanın değerlendirilebileceği unutulmamalıdır.^[5] Sonuç olarak, varfarin toksisitesi ile başvuran bir hastanın görüntülemesinde bağırsakta çepeçevre duvar kalınlaşması ve/veya bağırsak tıkanıklığı bulguları varsa öncelikle SİİBH'den şüphe etmek gerekir.^[6]

Genel olarak, sınırlı SİİBH nedeni ile başvuran hastaların klinik durumu medikal tedavi ile kendiliğinden geriler. Varfarinin etkileri geri dönüşebilir olduğundan, varfarin toksisitesinde, taze donmuş plazma (2-4 Ünite) ve Vitamin K verilmelidir. Medikal tedavi ile ortalama 72 saat içerisinde koagülasyon parametrelerinde düzelme saptanır.^[5] İleus varlığında bağırsak dekompresyonu yapılmalıdır. Cerrahi tedavi, medikal tedavi ile genel durumu düzelmeyen, takiplerinde bağırsak iskemisi, intestinal kanama, ileus veya perforasyon bulguları saptanan hastalar için endikedir.^[15] Hastamızda tanı konduktan sonra öncelikle antikoagülan tedavi ve oral rejim kesildi. Taze donmuş plazma ve vitamin K tedavisi başlandı. Nazogastrik dekompresyon yapılan hastanın subileus tablosu dört gün içerisinde geriledi. Koagülasyon parametreleri aort kapak replasmanı açısından profilaktik düzeylerde tutuldu.

Sonuç olarak, antikoagülan tedaviye bağlı SİİBH acil kliniklerde çok kolay göz ardı edilebilen fakat ciddi potansiyel komplikasyonlara neden olabilecek ender bir sağlık sorunudur. Karın BT'si tanıda önemli yer teşkil eder. SİİBH nedeni ile başvuran hastalarda tanının erken konması ile gereksiz laparotomi ve laparoskopilerin önüne geçilebilir.

Kaynaklar

1. McLauchlan J. False aneurysmal tumor occupying nearly the whole of the duodenum. *Lancet* 1838;2:203-5.

2. Sutherland GA. Intussusception and Henoch's purpura. *Br J Dis Child* 1904;1:23.
3. Abbas MA, Collins JM, Olden KW, Kelly KA. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: clinical presentation and long-term outcome. *Arch Surg* 2002;137:306-10.
4. D'Abbicco D, Margari A, Amoroso M, Notarnicola A, Casagrande B, Basile R, et al. Small bowel obstruction due to intramural hematoma during anticoagulant therapy. With regard to two cases treated conservatively. *Chir Ital* 2003;55:565-9.
5. Polat C, Dervisoglu A, Guven H, Kaya E, Malazgirt Z, Danaci M, et al. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma. *Am J Emerg Med* 2003;21:208-11.
6. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. *AJR Am J Roentgenol* 2002;179:1389-94.
7. Herbert DC. Anticoagulant therapy and the acute abdomen. *Br J Surg* 1968;55:353-7.
8. Gutstein DE, Rosenberg SJ. Nontraumatic intramural hematoma of the duodenum complicating warfarin therapy. *Mt Sinai J Med* 1997;64:339-41.
9. Jimenez J. Abdominal pain in a patient using warfarin. *Postgrad Med J* 1999;75(890):747-8.
10. Hughes CE 3rd, Conn J Jr, Sherman JO. Intramural hematoma of the gastrointestinal tract. *Am J Surg* 1977;133:276-9.
11. Azizkhan R, Piepgrass W, Wilhelm MC. Anticoagulant-induced hematomas of the small intestine. *South Med J* 1982;75:242-4.
12. Fleischer AC, Muhletaler CA, James AE Jr. Sonographic patterns arising from normal and abnormal bowel. *Radiol Clin North Am* 1980;18:145-59.
13. Lane MJ, Katz DS, Mindelzun RE, Jeffrey RB Jr. Spontaneous intramural small bowel haemorrhage: importance of non-contrast CT. *Clin Radiol* 1997;52:378-80.
14. Frisoli JK, Desser TS, Jeffrey RB. Thickened submucosal layer: a sonographic sign of acute gastrointestinal abnormality representing submucosal edema or hemorrhage. 2000 ARRS Executive Council Award II. American Roentgen Ray Society. *AJR Am J Roentgenol* 2000;175:1595-9.
15. Hsiao CW, Chao PC. Warfarin-induced intramural haematoma of the ileocecal valve with obstruction. *ANZ J Surg* 2004;74:810-1.