

Warfarin kullanımına bağlı intestinal obstrüksiyon yapan intramural ince barsak hematomu

Small intestinal obstruction caused by intramural small-bowel hematoma due to the use of warfarin

Kara C¹ Yürekli S¹ Özbal T²

¹Karşıyaka Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

²Karşıyaka Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Intramural ince barsak hematomu sıklıkla antikoagulan tedaviye bağlı meydana gelen nadir bir komplikasyon olup genellikle ameliyata gerek kalmadan destek tedavi ile iyileşme sağlanabilir. Barsakta gelişen nekroz, perforasyon ve tam obstrüksiyon gibi acil durumlarda cerrahi müdahale gerekebilir. Bu çalışmada, antikoagulan kullanımına bağlı spontan intramural ince barsak hematomu nedeniyle proksimal ince barsak obstrüksiyonu gelişen 57 yaşındaki bir olguyu sunmayı amaçladık. Akut karın ağrılı hastaların medikal geçmişi özellikle antikoagulan ilaç kullanımını açısından dikkatlice sorgulanmalı ve intramural ince barsak hematomu ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: İnamural hematom, İntestinal obstrüksiyon, antikoagulan.

Summary

Intramural small bowel hematoma is a rare complication which occurs often due to anticoagulant therapy and can be improved usually with conservative treatment without surgery. In some urgent conditions such as necrosis, perforation or complete obstruction of the bowel may require surgical intervention. In this study, we present a 57-year old case with proximal small bowel obstruction which was caused by a spontaneous intramural hematoma due to use of anticoagulant therapy. The medical history of patients with acute abdominal pain should be documented carefully in terms of the use of anticoagulant drugs and intramural small-bowel hematoma should be considered in the differential diagnosis.

Keywords : *Intramural hematoma, intestinal obstruction, anticoagulant.*

Giriş

Intramural ince barsak hematomu (İİBH) sıklıkla oral antikoagulan kullanımına bağlı meydana gelen nadir bir komplikasyondur ve antikoagulan tedavi alan hastalarda 2500 hastada bir oranında görüldüğü rapor edilmektedir (1). Hastaların çoğu ameliyata gerek kalmadan konservatif yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. Fakat az sayıda hasta grubunda ise tanının kesin olmaması veya tam obstrüksiyon, nekroz ve perforasyon gibi nedenlerle cerrahi tedavi gerekmektedir (2).

Warfarin karaciğerde K vitaminine bağlı pıhtılaşma faktörlerini inhibe ederek etki gösterir ve en önemli komplikasyonu kanamadır. Kanama yerleri sıklık sırasına göre burun-farinks (%35), yumuşak doku (%21), gastrointestinal sistem (%15), üriner sistem (%15), intrakranial (%4), toraks (%3), intraoküler (%2), retroperiton (%1) ve eklem (%0.5) lokalizasyonundadır (3). Gastrointestinal sistem kanamaları intraluminal, intramural veya intramesenterik olabilir. Klinik tablosu akut karına neden olan hastalıkları taklit edebilir (3,4). Radyolojik görüntüleme yöntemleri ile tanı konabilmekle beraber sıklıkla laparotomi sonrasında tanı konmaktadır (4).

Bu çalışmada warfarin kullanımının nadir bir komplikasyonu olan İİBH'na bağlı tam proksimal ince barsak obstrüksiyonu ve ince barsak nekrozu gelişen olguyu sunmak ve literatürü gözden geçirmek amaçlanmıştır. Benzer olgular literatürde az da olsa yer

Yazışma Adresi: Cemal KARA

Karşıyaka Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 07.09.2010 Kabul Tarihi:12.10.2010

alsa da sunulan olguda farklı olarak akut batın bulgularının yanı sıra proksimal ileusun ön planda olmasıdır.

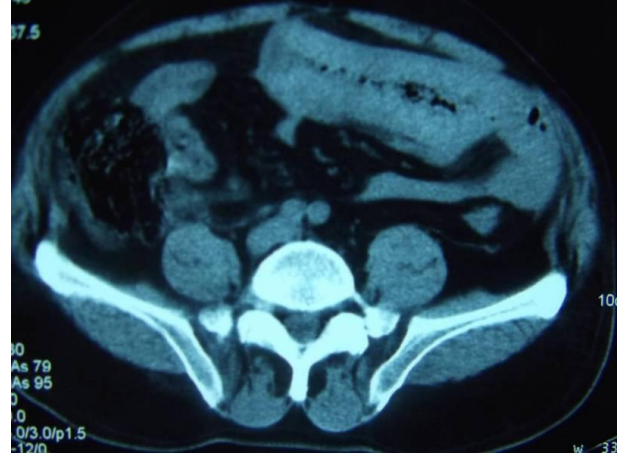
Olgu Sunumu

57 yaşında erkek hasta üç gündür devam eden karın ağrısı ve bulantı-kusma şikayetleriyle başvurdu. Anamnezinde son iki gündür gaz-gaita çıkışı olmadığını ifade etmekteydi. Hastanın bacaklarındaki varislere bağlı tromboemboli riski nedeniyle bir yıldır warfarin sodyum (5 mg/gün) tedavisi aldığı ve yaklaşık iki hafta önce tedaviyi bıraktığı ancak ameliyattan sonra öğrenilebildi. Fizik muayenesinde periferik nabızı 112/dk ve arteriyel kan basıncı 100/60 mmHg olarak saptandı. Karın muayenesinde karın distandü görünümde ve barsak sesleri artmış olarak izlendi. Palpasyonda özellikle epigastrik bölgede daha belirgin olmak üzere tüm kadrantlarda hassasiyet ve rebaund mevcuttu. Laboratuvar bulgularında hematokrit değeri %32.6, lökosit değeri $17800/mm^3$ dışında bir patoloji saptanmadı. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile ince barsak seviyesinde duvar kalınlaşması ve barsaklar arasında serbest mayi rapor edildi (Şekil-1). Nazogastrik katater takılınca yaklaşık 4000 ml kadar safralı mide içeriği aspire edildi. Hasta akut karın ön tanısıyla ameliyata alındı. Gözlemde karın içinde Treitz'dan itibaren 20. cm'den başlayan yaklaşık 30 cm'lik alanda barsak duvarının ileri derecede kalınlaşmış ve nekrotik görünümde olduğu, bunun yaklaşık 15 cm distalinde 3 cm'lik iskemik bir alan (Şekil-2) ve bu alanın yaklaşık 180 cm distalinde 5 cm'lik bir alanda ise lümen kalınlaşması olmaksızın iskemi ve tam kat nekroz olduğu görüldü. Karın içinde ise 500 cc nekrotik görünüm ve kokuda sıvı vardı. Her iki alana rezeksiyon ve primer anastomoz uygulandı. Ameliyat sırasında kanama anomalisinden şüphelenilmesi üzerine bakılan Protrombin zamanı (PTZ): 78,6 sn, INR:7,14 olarak rapor edildi. Bu arada hemoglobin düzeyi 7,79 g/dL olarak ölçüldü. Bunun üzerine hastaya 2 ünite taze tam kan verilerek, taze donmuş plazma ve K vitamini ile de koagülasyon kaskadı desteklendi. Histopatolojik incelemede barsakta tüm katmanları etkileyen ve lümenin tamamen kapanmasına neden olan İİBH tespit edildi. Ameliyat sonrası dokuzuncu günde ise hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

İİBH'na ince barsak nekrozu gelişmesi nadir bir akut karın sebebidir. Sıklıkla oral antikoagulan kullanımına bağlı olarak meydana gelmekle beraber, hemofili, lenfoproliferatif hastalıklar, çeşitli vaskülitler, kemoterapi uygulamaları, pankreatit ve pankreas kanserinde de meydana gelebileceği bildirilmektedir. (2). Yaşlı nüfusla beraber hem antikoagulan kullanımı

hem de İİBH'ye neden olabilecek diğer hastalıkların görülme sıklığının artmasına paralel olarak İİBH sıklığında da artış olduğu bildirilmektedir (2,4).



Şekil-1. Abdominal bilgisayarlı tomografide intestinal intramural hematoma görüntüsü.



Şekil-2. İntestinal intramural hematoma segmenti.

Spontan İİBH en sık jejunumda, sonra sırası ile ileum ve duodenumda görülmektedir (2). Sıklıkla birden fazla yerde ve uzun bir segment etkilenir. Abbas ve arkadaşlarının çalışmasında tutulan segmentin ortalama 23 cm olduğu bildirilmiştir (2). Çok nadiren kolonda gözükmeyle beraber izole kolon hematomu bildirilmemiştir (2). Retroperitoneal, intraperitoneal, rektus hematomu şeklinde de kanamalar oluşabilir (5,6).

İİBH'de kanamanın oluş yerine ve şiddetine bağlı olarak hastalar karın ağrısı, bulantı, kusma, intestinal obstrüksiyon veya iskemi gelişen hastalarda akut abdominal semptomlar görülmektedir (2-4,7). Bizim olguda da karın ağrısı, bulantı, kusma, gaz gaita çıkaramama gibi ileus semptomları, rebaund ve defans gibi periton irritasyon bulguları vardı. Tanıda iyi bir öykünün ve fizik muayenenin önemi büyüktür. Kan tetkiklerinde sıklıkla uzamış protrombin zamanı ve artmış INR (>2.5) değeri mevcuttur (3,4). Hastamızda

kanama diatezi yönünden şüpheli olmadığından ameliyattan önce PTZ ve INR değerlerine bakılmamıştı. Ancak oral antikoagülan kullanan ve normal PTZ ve INR değerlerine sahip olgularda da spontan intramural intestinal hematoma olgular bildirilmiştir (4). Kanamanın derecesine bağlı olarak bizim hastamızda olduğu gibi anemi gelişebilir. Ultrasonografi ve özellikle BT kesin tanıda oldukça etkilidir (1,2). Ultrasonografide ince barsak duvar kalınlığında artış, komprese olmayan barsak segmenti ve submukozal damarlardan veya submukozal hematoma olan sızıntılara bağlı hemorajik asite ait bulgulara rastlanabilir (2). Fakat benzer bulgulara neden olan hastalıkla ayırıcı tanı için yetersizdir (8). BT'de karakteristik görünüm sirküler barsak duvarı kalınlaşması, lümenin daralması ve intestinal obstrüksiyondur (2). Sıklıkla barsak duvarında kalınlaşma (intramural hematoma), retroperitoneal, intraperitoneal ve rektus hematoma BT ile net olarak saptanır (2,5-7). Bununla beraber crohn hastalığı malignite gibi diğer ince barsak hastalıklarından ayırımı her zaman çok kolay olmamaktadır (2). Burada yine iyi alınmış bir anamnez ve intestinal hematoma akla gelmesi en önemli unsur oluşturur. Bizim hastamızda da batin tomografisinde ince barsak düzeyinde muhtemel malign kitle raporlanmıştı. Hastamızda yaygın peritoneal irritasyon bulguları, proksimal düzeyde ince barsak obstrüksiyon bulguları ve malignite şüphesi ile

ameliyata karar verildi. İntramural kanama ve hematoma tanısı patolojik inceleme ile konuldu.

Önceki yıllarda cerrahi tedavi hem tanı hem de tedavi amaçlı olarak tercih edilmekle beraber günümüzde konservatif tedavinin genellikle yeterli olduğu bildirilmektedir (2,6). Hematom aşırı derecede ilerlemiş olması, tam obstrüksiyon, iskemi, nekroz, perforasyon veya malignite şüphesi olan olgularda ise cerrahi yine ilk seçenek olmalıdır (1,2,6,9). Konservatif tedavide taze donmuş plazma ve K vitamini ile koagülasyon kaskadı desteklenmelidir. Protrombin zamanı ve INR takibi ile hastalar monitorize edilmelidir. Klinik düzelme sağlandıktan sonra dikkatli monitorizasyon ile tekrar antikoagülan tedaviye başlanabilir (2,7,9).

Sonuç olarak, yaşlı ve antikoagülan tedaviye gereksinim duyan nufusun giderek artması intramural hematoma görülme sıklığının da artacağına göstergesi olarak düşünülmektedir (2). Akut karın tablosu ile başvuran olgularda anamnez iyice sorgulanmalı, antikoagülan ilaç kullanım öyküsü varsa İİBH akla gelmelidir (1-3). Çoğu hastaya konservatif tedavi yeterli olmakla beraber bizim olgumuzda olduğu gibi yerleşmiş peritoneal irritasyon bulguları ile beraber malignite, gangren veya perforasyon şüphesi olan durumlarda ise hasta acilen ameliyat edilmelidir (2, 8, 9). Bu hastalarda rezeksiyon bizim olgumuzda olduğu gibi güvenle uygulanabilir.

Kaynaklar

1. Bettler S, Montani S, Bachmann F. Incidence of intramural digestive system hematoma in anticoagulation. Epidemiologic study and clinical aspects of 59 cases observed in Switzerland. Schweiz Med Wochenschr 1983;113:630-636.
2. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small bowel hematoma: Imaging findings and outcome. Am J Roentgenol 2002;179:1389-1394.
3. Landefeld S, Beyth R. Anticoagulant related bleeding: Clinical epidemiology, prediction, and prevention. Am J Med 1993;95:315-328.
4. Polat C, Dervisoglu A, Güven H, ve ark. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma. Am J Emerg Med 2003;21:208-211.
5. Lane MJ, Kartz DS, Mindelzun RE, Jeffrey RB Jr. Spontaneous intramural small bowel haemorrhage: Importance of non-contrast CT. Clin Radiol 1997;52:378-380.
6. Akın T, Sedat Y, Tarık N, Turgut N. Warfarine bağlı gelişen karın içi barsak duvarı kanamaları. Ulusal Travma Dergisi 2003;9:50-53.
7. Levine MN, Raskob G, Landefeld S, Kearon C. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment. Chest 2001;119:108-121.
8. Hou SW, Chen CC, Chen KC, Ko SY, Wong CS, Chong CF. Sonographic diagnosis of spontaneous intramural small bowel hematoma in a case of warfarin overdose. J Clin Ultrasound 2008;36:374-376.
9. Kılbaş Z, Harlak A, Ersöz N, Özerhan İH, Menteş Ö, Eryılmaz M. Warfarin toksisitesine bağlı nadir bir akut karın nedeni: Spontan intramural intestinal hematoma. Ak Acil Tıp Derg 2009;4:43-45.