

Warfarin Toksisitesine Bağlı Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Spontan İntramural İntestinal Hematom

A Rare Cause of Acute Abdomen Due to Warfarin Toxicity: Spontan Intramural Intestinal Hematoma

**Zafer Kılbaş¹, Ali Harlak¹, Nail Ersöz¹, İsmail Hakkı Özerhan¹,
Öner Menteş¹, Mehmet Eryılmaz²**

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 06018, Etlik, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi Acil Tıp Anabilim Dalı, 06018, Etlik, Ankara

ABSTRACT

In the present study, it is aimed to report two cases of spontaneous intramural intestinal hematoma caused by anticoagulant overdose. A 79-year-old man and a 63-year-old woman were admitted to emergency unit with the signs and symptoms of acute intestinal obstruction. The patients had the history of warfarin usage. Physical examination showed diffuse abdominal distension and tenderness without rigidity. Both of the patients had abnormal coagulation parameters with a prolonged prothrombin time and INR value. Computed tomography of the abdomen revealed thickening of the jejunum wall. Patients were managed with bowel rest and with the supply of fresh frozen plasma and vitamin K. They were discharged after an uneventful recovery. In patients presenting with the clinics of acute abdomen and with the history of warfarin therapy, the rare intraabdominal complications of oral anticoagulants should be known by clinicians, dealing with emergency medicine, in order to avoid an unnecessary operation.

Key words: Intramural hematoma; small bowel, oral anticoagulant.

ÖZET

Bu çalışmada, antikoagulan aşırı dozuna bağlı oluşan spontan intramural incebarsak hematomlu iki olgunun paylaşılması amaçlandı. 79 yaşında erkek ve 63 yaşında bayan hastalar akut karın bulgularıyla acil servise başvurdular. Hikayelerinde oral antikoagülan (warfarin sodyum) kullanımı mevcuttu. Fizik muayenelerinde karında yaygın distansiyon ve defans olmaksızın rebound pozitifliği vardı. Her iki hastada da uzamış protrombin zamanı ve artmış INR değeri saptandı. Bilgisayarlı tomografi ile jejunum duvarında kalınlaşma tespit edildi. Hastalar barsak istirahati ve konservatif yaklaşımla tedavi edildi ve komplikasyonsuz bir iyileşmenin ardından taburcu edildiler. Warfarin kullanımı hikayesi ve akut karın tablosu ile gelen olgularda, gereksiz cerrahi girişimlerden sakınmak için, antikoagülan tedavinin bu nadir intraabdominal komplikasyonları acil hekimleri tarafından bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: İncebarsak, intramural hematoma, oral antikoagülan

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Uzm. Dr. Zafer Kılbaş

Gata Genel Cerrahi Anabilim Dalı Etlik / Ankara Ankara - Türkiye

Telefon (İş): + 90 312 3045112 - (Cep): + 90 505 4754095

E-Mail: zkilbas@yahoo.com

Başvuru Tarihi: 19.12.2008

Kabul Tarihi: 09.02.2009

Oral antikoagülanlar tromboemboli riski olan hastalarda uzun yıllardır kullanılmaktadır. Yaygın kullanım alanına ve etkinliğine rağmen, terapötik indeksinin oldukça dar olması, diyet ve ilaç etkileşimleri nedeniyle, kanama başta olmak üzere, kullanımıyla ilgili birçok sorunlar oluşabilmektedir. Gastrointestinal sistemde kanamalar, intramural, intraluminal, intramezenterik, retroperitoneal ve intraperitoneal olabilir ⁽¹⁾. Spontan incebarsak hematomu (SİBH) antikoagülan tedavinin nadir rastlanan bir komplikasyonudur ve warfarin toksisitesi en sık nedenidir ⁽²⁾. Klinik tablosu akut karına neden olan hastalıkları taklit edebilir. Sıklıkla, başlangıçta akla getirilmediği için tanıda gecikme olmakta ve acil laparotomi veya radyolojik görüntüleme sonrasında kesin tanı konulabilmektedir. Nadir görülen olgular olması nedeniyle tanı ve tedavi konusunda eksiklikler mevcuttur. Bu çalışmada, iki olgu sunumu ile oral antikoagülan tedavi alan hastaların akut karın açısından risk oluşturduğunu ve bunların tanı ve tedavi yaklaşımının farklılık gösterdiğini vurgulamak amaçlandı.

Olgu 1: 79 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve bulantı-kusma şikayetleriyle başvurdu. Hikayesinde hastanın koroner by-pass ameliyatı nedeniyle 6 yıldır warfarin sodyum (Coumadin 5 mg/gün) tedavisi aldığı öğrenildi. Olguda travma hikayesi mevcut değildi. Vital bulgularında taşikardi (124 vuru/dak) ve hipotansiyon (Arteriyel kan basıncı: 90/60 mmHg) saptanan olgunun solunum ve dolaşım sistem muayenesinde anormal bulguya rastlanmadı. Karın muayenesinde karın distandü görünümünde ve barsak sesleri artmış olarak saptandı. Palpasyonda göbek çevresinde daha belirgin olmak üzere tüm kadrantlarda hassasiyet mevcuttu. Rebound pozitif (+), defans negatif (-) olarak saptandı. Laboratuvar bulguları; Hemoglobin (Hgb): 6,88 g/dL, Hematokrit (Hct): % 20,6, Beyaz küre (BK): 19200/mm³, Platelet (Plt): 174000/mm³, Protrombin zamanı (PTZ): 83,6 sn, INR:11,342 olarak raporlandı. Direkt karın grafisinde orta hatta incebarsaklara uyan lokalizasyonda (en büyüğü 3 cm çapa ulaşan) hava-sıvı seviyeleri ve genişlemiş barsak ansları gözlemlendi. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile jejunal segmentte duvar kalınlaşması (intramural hematom) ve barsaklar arasında serbest mayi izlendi (Şekil 1). Gaitada gizli kan üç pozitif (+++) saptandı. Warfarin tedavisi kesildi, nazogastrik dekompresyon uygulandı, taze donmuş plazma ve oral K vitamini ile koagülasyon kaskadı desteklendi. 3 ünite tam kan replasmanı ile kan tablosu düzeltildi. Hematomun çözülmesi ile birlikte hastanın klinik tablosunda düzelme gözlemlendi, nazogastrik sondası 5. günde çekildi, oral beslenmeye başlandı ve takibin 17. gününde taburcu edildi. İki yıldır takip edilen hastada nüks saptanmadı.

Olgu 2: Geçirilmiş koroner by-pass ameliyatı ve mitral kapak replasmanı nedeniyle dört yıldır warfarin kullanan, 63 yaşında kadın hasta karın ağrısı, gaz-gaita çıkaramama şikayetiyle başvurdu. Hastanın ikinci basamak sağlık kuruluşunda 4 gün yatırılarak takip edildiği, derin anemi nedeniyle 4 ünite kan replasmanı yapıldığı ve şikayetlerinin artarak devam etmesi üzerine merkezimize sevk edildiği öğrenildi. Hastanın muayenesinde karın distandü görünümünde ve derin palpasyonda tüm kadrantlarda hassasiyet mevcuttu. Hgb: 9,2 g/dL, Hct: 29, Plt: 199000/mm³, BK: 20800/mm³, PTZ: 54,7

sn, INR: 5, 241 olarak raporlandı. BT ile ileumda intramural hematom, incebarsaklarda dilatasyon ve sağ psoas kasında 12,5x11x10 cm boyutlarında organize hematoma, rektum kası arkasında retroperitoneal hematoma saptandı (Şekil 2). Nazogastrik sonda ile dekompresyon uygulandı, günlük taze donmuş plazma ve K vitamini uygulandı. Konservatif yaklaşımla klinik ve laboratuvar bulguları düzeldi ve takibin 20. gününde taburcu edildi.

Şekil 1. Mitral kapak replasmanı nedeniyle warfarin kullanan, 79 yaşında erkek hasta. Bilgisayarlı Tomografide, okla belirtildiği üzere, jejunum duvarlarında kalınlaşma ve barsak anslarında dilatasyon gözlenmektedir.



Şekil 2. 63 yaşında kadın hastanın bilgisayarlı batın tomografi görüntüsü. 12x11x10 cm ebatlarında retroperitoneal hematoma okla gösterilmektedir.



TARTIŞMA

Warfarin, kardiyak, pulmoner, vasküler ve serebral olmak üzere birçok hastalık grubunun tedavisinde, tromboembolik olayları engellemek amacı ile en yaygın olarak kullanılan oral antikoagülan ilaçtır ⁽³⁾. SİBH antikoagülan tedavinin nadir bir komplikasyonudur ve uzun dönem oral antikoagülan tedavi alan hastalarda 1:2500 oranında görülür ⁽⁴⁾. Bunun dışında SİBH'ü hemofili ve idiopatik trombositopenik purpura gibi kanama bozuklukları, lösemi ve lenfoma gibi maligniteler,

vaskülit gibi immün hastalıklarda veya kemoterapi ve kemik iliği nakli durumlarında oluşabilir (5). Olgularımızın her ikisi de kalp hastalığı nedeniyle uzun zamandır warfarin kullanan hastalardı.

SİBH'lu hastalar acil servislere akut karın benzeri tablo ile başvururlar, bu yüzden ayırıcı tanısı önemlidir. Karın ağrısı ve bulantı en sık rastlanan semptomlardır (6,7). Kanamanın oluş yerine ve şiddetine bağlı olarak hastalar karın ağrısı, bulantı, kusma hatta ileus tablosuna kadar farklı klinik şekillerle başvurabilirler. İki olgumuzda da karın ağrısı ve ileusa ait semptomlar (bulantı, kusma, gaz-gaita çıkaramama) ön plandaydı. Retroperitoneal, intraperitoneal, rektus hematomu şeklinde de kanamalar oluşabilir. Bu kanamaların ortak özellikleri cerrahi akut karını çoğu zaman taklit etmeleri ve gereksiz laparatomilere yol açabilmeleridir. Tanıda iyi bir öykünün ve fizik muayenenin önemi büyüktür. Kan tetkiklerinde sıklıkla uzamış protrombin zamanı ve artmış INR (>2.5) değeri mevcuttur. Ancak oral antikoagülan kullanan ve normal PTZ ve INR değerlerine sahip olgularda da spontan intramural intestinal hematomlar raporlanmıştır (8). Bizim her iki olgumuzda da PTZ ve INR değerleri terapötik sınırların (INR 1,5-2,5) üzerindeydi. Kanamanın derecesine bağlı olarak hafif veya derin anemi görülebilir. Ultrasonografi ve özellikle BT kesin tanıda oldukça etkilidir (1,9,10). Sıklıkla barsak duvarında kalınlaşma (intramural hematom), retroperitoneal, intraperitoneal ve rektus hematomu BT ile net olarak saptanır. Hematomların çoğu tekildir ve sıklıkla jejunal segmentlerde görülür (1). İncebarsak hematomu olmaksızın izole kolon hematomu görülmesi olağan değildir (5,11).

Hematom aşırı derecede ilerlememiş, bası nedeniyle tam obstruksiyon veya iskemi yapmamışsa konservatif tedavi ile çoğu hastanın kliniği düzelir (8,12). Konservatif tedavide taze donmuş plazma ve oral K vitamini ile koagülasyon kaskadı desteklenmelidir, zira parenteral K vitamininin kapak replasmanlı hastalarda hiperkoagülopatiyeye neden olabileceği bilinmektedir. Derin anemi durumunda replasman yapılmalı, ileus tablosu varsa nazogastrik dekompresyon uygulanmalıdır. Protrombin zamanı ve INR takibi ile hastalar monitorize edilmelidir. Hematomun rezorbe olmasıyla ve barsak fonksiyonlarının normale dönmesi ile oral beslenmeye geçilebilir ve dikkatli monitorizasyon ile tekrar antikoagülan tedaviye başlanabilir. Kaynakların çoğu olgu sunumu şeklinde olup bu konuda en geniş hasta sayısını bildiren Abbas ve ark. 13 olguluk çalışmasında hastaların %85'inde incebarsak obstruksiyonu gelişmiş ve destek tedavisi ile 11 hastanın kliniğinde düzelleme olurken sadece iki hastada laparotomiye ihtiyaç doğmuştur (1).

Geçmiş yıllarda eksplorasyon, hematomun boşaltılması, tutulan barsak segmentinin rezeksiyonu veya by-passı hem kesin tanının konulmasında hem de tedavi yaklaşımı olarak uygulanmaktaydı (2). Günümüzde ise konservatif yöntemlerle tedavide çoğu zaman başarı sağlanmakta ve laparotomiye gerek kalmamaktadır. Bizim iki olgumuz da konservatif yaklaşımla takip edilmiş ve şifa ile taburcu edilmişlerdir. Ancak, incebarsak tıkanıklığının malignite kaynaklı olma ihtimali, tanıda zorluk, aktif lümen içi kanama, perforasyon

veya iskemi varlığında cerrahi düşünülmelidir (2).

Sonuç olarak, SİBH'ü her ne kadar nadir görülen bir tablo olsa da, yaşlı ve antikoagülan tedavi gereksinimi duyan populasyonun giderek artması nedeniyle gelecekte karşılaşımla ihtimalinin daha fazla olacağı düşünülmektedir. Çoğu hastada konservatif tedaviyle iyi sonuçlar alınabilmektedir. Acil servis hekimleri warfarin kullanımı hikayesi ve akut karın tablosu ile gelen olgularda, antikoagülan tedavinin nadir intraabdominal komplikasyonlarına da dikkat etmelidirler. Yine gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınmak için, nadir görülen bu klinik tablonun klinisyenler tarafından tanınması oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. *AJR Am J Roentgenol.* 2002;179(6):1389-94.
2. Maher A, Abbas, Joseph M, Collins, Kevin W, Olden, Keith A, Kelly. Spontaneous Intramural Small-Bowel Hematoma, Clinical Presentation and Long-term Outcome. *Arch Surg.* 2002;137:306-310.
3. Shah P, Kraklow W, Lamb G: Unusual complication of warfarin coumadin sodium toxicity. *Wis Med J* 1994;93:212-214
4. 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(17):630-6.
5. 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.
6. Jimenez J: Abdominal pain in a patient using warfarin. *Postgrad Med J* 1999;75:747-748.
7. Sorbello MP, Utiyama EM, Parreira JG, Birolini D, Rasslan S. Spontaneous intramural small bowel hematoma induced by anticoagulant therapy: review and case report. *Clinics* 2007; 62(6): 785-90.
8. Polat C, Dervisoglu A, Guven H, Kaya E, Malazgirt Z, Danaci M, Ozkan K. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma. *Am J Emerg. Med.* 2003; 21(3): 208-11.
9. Secil M, Ucar G. Spontaneous duodenal hematoma. *J Emerg Med.* 2004;27:291-3.
10. Rios R, Garaulet P, Rodriguez M, Leon C, Limones M. Spontaneous intramural hematoma of the small intestine. *Cir Esp.* 2005;78:275.
11. Yoshino MT. Duodenal hematoma: CT demonstration of the ring sign. *Gastrointest Radiol.* 1987;12:330-332.
12. Zengin K, Carkman S, Kilic I, Beken E, Eyuboglu E. Treatment approaches to rectus sheath hematoma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2007; 13(1): 55-9.