

Antikoagülan Tedaviye Bağlı Farinks Hematomu: Olgu Sunumu

Pharyngeal Hematoma Secondary to Anticoagulant Therapy: Case Report

Menşure Kaya, Müge Ceylan, Sevil Nesteren Koçak, Özgür Yıldırım, Hamit Erdal Eskiçirak, Ayşe Nihal Kadioğulları
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

Antikoagülan tedaviye bağlı üst hava yolu obstrüksiyonu oluşturan kanama olgularının çoğunluğu retrofaringeal, sublingual, submandibular ve nadiren laringeal yerleşimlidir. Olgular çoğunlukla konservatif yöntemlere cevap verirken bazen endotrakeal entübasyon ve acil trakeotomi gerekir. Biz acil servise kardiyopulmoner arrest ile başvuran ve varfarin kullanımına bağlı farinks hematomu nedeniyle gelişen asfiksi olgusunu sunuyoruz.

Kırk sekiz yaşında kadın hasta boğaz ağrısı ve yutkunmada güçlük yakınması ile sabah acil servise başvurmuş. orofarinks muayenesi sonrası hasta kulak-burun-boğaz polikliniğine yönlendirilmiştir. Ancak hasta, aynı gün akşam kardiyopulmoner arrest ile acil servise getirildi. Doğrudan laringoskopisinde farinks arka duvarında kitle-hematoma görüntüsü mevcuttu. Tekrarlayan entübasyon girişimleri başarısız oldu. Laringeal maske uygulanmasına rağmen ventile edilemedi ve acil trakeostomi açıldı. Anamnezde, hastanın mitral darlık nedeniyle varfarin kullandığı öğrenildi. INR değerleri ölçülemeyecek kadar yüksekti. Taze donmuş plazma ve K vitamini tedavisi başlandı. Beyin ve boyun bilgisayarlı tomografi taramasında, yaygın beyin ödemi ve farinkste hava yolunu tama yakın kapatan kanama-kitle ayrımı yapılamayan lezyon tespit edildi. İkinci gün hastanın böbrek fonksiyonları bozuldu ve hipernatremi gelişti. Hasta beşinci gün çoklu organ yetersizliği nedeniyle kaybedildi.

Antikoagülan kullanan ve boğaz ağrısı, odinofaji, disfaji, septe boğuklaşma septomları ile başvuran hastalarda farinks hematomu ekarte edilmelidir. Erken tanı konservatif tedavinin başarısını artırır ve uzayan hava yolu girişimlerini önleyerek hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Varfarin, hava yolu tıkanması, kardiyopulmoner arrest

Hematomas secondary to anticoagulant therapy, inducing upper airway obstruction, are mostly located in the retropharyngeal, sublingual, submandibular and, rarely, laryngeal space. Most are managed conservatively but sometimes endotracheal intubation and emergency tracheotomy are necessary. We report a case of asphyxia due to a pharyngeal hematoma secondary to warfarin use, admitted to the emergency service with cardiopulmonary arrest.

A 48 year-old woman presented at the emergency service with sore throat and difficulty in swallowing in the morning. After evaluation of the oropharynx, she was referred to the ear-nose throat clinic. However, on the same day, she presented at the emergency service with cardiopulmonary arrest. Direct laryngoscopy revealed a posterior pharyngeal mass or hematoma. Repeated intubation attempts failed. Despite the application of a laryngeal mask, she could not be ventilated and an emergency tracheostomy was performed. In her medical history, it was learned that she was taking warfarin for mitral stenosis. INR values were unmeasurably high. Fresh frozen plasma and vitamin K treatment were started. A computed tomography scan of the neck and cranium revealed extensive cerebral edema and a lesion in the pharynx, not distinguishable between bleeding and tumor and almost completely obstructing the airway. On the second day, her renal function deteriorated and she developed hypernatremia. The patient died due to multiorgan failure on the 5th day.

In patients using anticoagulants and presenting with symptoms like sore throat, odynophagia, dysphagia and hoarseness, pharyngeal hematoma should be excluded. Early diagnosis increases the success of conservative treatment and can be life-saving by preventing prolonged airway attempts.

Key Words: Warfarin, airway obstruction, cardiopulmonary arrest

Giriş

Antikoagülan tedaviye bağlı, üst hava yolu obstrüksiyonu oluşturan kanama vakalarının çoğunluğu, retrofaringeal, sublingual ve daha nadiren de laringeal hematomlardır (1, 2). Bu olgular çoğunlukla konservatif yöntemlere cevap verirken, nadiren endotrakeal entübasyon ve acil trakeotomi gerekir. Farinks bölgesinde hematomlar, hacimlerine ve oluşum hızlarına bağlı olarak farklı klinik tablolar oluşturabilirler. Boyunda hassasiyet ve şişme tanıyı açık olarak gösterse de, boğaz ağrısı, nefes darlığı, disfaji, odinofaji gibi semptomların biri veya kombinasyonu ilk semptom olabilir.

Bu yazıda, kardiyopulmoner arrest halinde acil servise getirilen ve varfarin antikoagülasyon tedavisi sonrası farinks hematomuna bağlı asfiksi gelişen olgunun ışığında, farinks hematomunun tanı ve tedavisi sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Kardiyopulmoner arrest ile acil servise getirilen, 48 yaşında, kadın hastaya kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) başlandı. Hastanın laringoskopisinde, farinks arka duvarında, 3x3 ve 3x2 cm boyutlarında iki adet, mor renkli, kitle-hematoma ayrımı yapılamayan görüntü

mevcuttu. Glottis yapıları görülemedi (Resim 1) ve hasta Grade 4 (Cormack-Lehane) zor entübasyon olarak değerlendirildi. Tekrarlayan entübasyon girişimleri başarısız oldu ve laringeal maske uygulanmasına rağmen ventile edilemeyen hastaya, ambu-yüz maskesi ile ventile edilirken kulak-burun-boğaz (KBB) uzmanı tarafından acil trakeostomi açıldı. KPR'a yanıt alınan hasta, Glaskow koma skalası 3 olarak yoğun bakım ünitesine transfer edildi. KPR sırasında alınan anamnezde, hastanın mitral darlığa bağlı atriyum fibrilasyonu nedeniyle 1 yıldır, 5 mg/gün (peroral) varfarin kullandığı ancak son bir aydır INR kontrolünün yapılmadığı ve aynı gün sabah, boğaz ağrısı ve yutkunmada güçlük yakınması ile acil servise başvurduğu, orofarinks muayenesi yapıldıktan sonra KBB polikliniğine başvurusu önerilerek gönderildiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde de göğüs, karın ve bacaklarında ekimoz alanları mevcuttu. Hastanın nörolojik değerlendirmesinde şuur kapalı, pupiller fiks dilate, ışık refleksi -/-, babinski lakayt olduğu saptandı. Pıhtılaşma testleri istenen hastanın, protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (APTT) ve uluslararası normalleştirilmiş oran (INR) değerlerinin ölçülemeyecek kadar yüksek düzeylerde olduğu görüldü. Tam kan sayımı ve elektrolit değerleri ise normaldi. Hastaya, taze donmuş plazma (5 Ü), K vitamini 10 mg/gün iv ve Deksametazon 4x4 mg iv başlandı. Acil çekilen beyin ve boyun bilgisayarlı tomografi tetkikinde; yaygın beyin ödemi ve hipofarinks, nazofarinks ve orofarinkste, hava yolunu tama yakın kapatan, kanama-kitle ayrımı yapılamayan lezyon tespit edildi (Resim 2). Resüsitasyondan 4 saat sonra PT 31 san, APTT 41,4 san, INR 2,7 idi. Diğer laboratuvar değerleri ise sırası ile; AST/ALT: 399/275 IU/L, BUN/Kreatinin: 35/2,45 mg/dL, lökosit: 24,000/mL olarak ölçüldü. İkinci gün böbrek ve karaciğer işlevleri daha da bozulan (BUN/kreatinin: 49/3 mg/L, AST/ALT: 982/540 IU/L) ve hipernatremi gelişen (Na: 161 mEq/L) hasta, beşinci gün çoklu organ yetersizliği nedeniyle kaybedildi.

Tartışma

Hava yolu obstrüksiyonu, varfarin tedavisinin nadir ancak hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. Antikoagülan tedavi sonrası internal ve eksternal kanama %2-5,2 oranında görülmektedir (2-5). En sık deri, kafa içi, genitoüriner ve gastrointestinal kanama görülür (6, 7). Submandibular, sublingual, peritonsiller ve retrofaringeal tutulum ise daha nadirdir, ancak oluşan hematoma hava yolunu tehdit etme-



Resim 1. Hastanın laringoskopisinde, farinks arka duvarında kitle-hematoma ayrımı yapılamayan görüntü mevcut. Glottis yapıları görülemiyor

si ciddi bir komplikasyondur. Varfarin, karaciğerde yapılan vitamin K'ya bağımlı pıhtılaşma faktörleri 2, 7, 9, 10'un ve protein C ve S sentezinin son basamağını önlemek suretiyle etki gösterir. Varfarinin antikoagülan etkisi için INR'nin 2-4.9 arasında olması gerektiği belirlenmiştir (8). INR'nin 4,5 üzerinde olduğu durumlarda, tromboemboliyi önlemede ek bir fayda sağlamadan, kanama riskinin arttığı bildirilmiştir (9). Bizim vakamızda ise INR değeri ölçülemeyecek kadar yüksek seviyede idi. INR değeri yüksek ve hayatı tehdit eden kanama olan hastalarda genel yaklaşım; varfarinin durdurulması, 10 mg vitamin K yavaş infüzyonu, taze donmuş plazma, protrombin kompleks konsantresi ve rekombinant faktör VIIa uygulanmasıdır. Protrombin kompleks konsantresi faktör II, VII, IX ve X ile protein C ve S içerir ve önerilen doz 25-50 IU/kg dır. Rekombinant faktör VIIa'nın ise INR'yi taze donmuş plazmaya göre daha kısa sürede düzelttiğini belirten çalışmalar olmasına rağmen, her iki ürünün de trombotik komplikasyonlara sebep olması ve hızlı teminlerinin mümkün olmayışı kullanımlarını kısıtlamaktadır (10, 11).

Parafaringeal alan; karotis kılıfı, alt kranial sinirler, areolar doku, kas ve yağ dokusu içeren potansiyel bir alandır. Arka ortada retrofaringeal alan ile devamlılık gösterir. Kafa tabanından üst mediastene kadar olan mesafede, servikal fasyanın orta ve derin tabakaları arasında yer alan retrofaringeal alanın, farinks hava yolu ile yakın ilişkisi mevcuttur. Bu nedenle bu bölgede yer kaplayan lezyonlar, hızlı bir şekilde hava yolu bütünlüğünü tehlikeye sokabilir ve acil müdahale gerekebilir. Hafif ve orta derecede obstrüksiyon bulguları olan hastalarda genel yaklaşım, fleksibl laringoskopi ile hava yolunun değerlendirilmesi, hava yolunun yakından izlenmesi, oksijen tedavisi ve pıhtılaşma bozukluğunun vitamin K ve taze donmuş plazma ile tedavisidir (12). Bununla birlikte, hastalara rutin entübasyon veya trakeotomi/krikotrotomi yapılması gerektiğini belirten görüşler de vardır (2, 4, 13, 14). Ancak profilaktik entübasyon veya trakeotomi yapıl-



Resim 2. Boyun bilgisayarlı tomografi tetkikinde; hipofarinks, nazofarinks ve orofarinkste hava yolunu tama yakın kapatan, kanama-kitle ayrımı yapılamayan lezyon

masının, hematoma rüptürü ve kanama riskini artırarak hava yolunu tehlikeye sokabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buna rağmen invazif girişim düşünülecek olursa, daha kısa sürmesi ve nispeten damarsız bir doku bölgesinden gerçekleştirilmesi nedeniyle, krikotirotomi, trakeotomi'ye tercih edilebilir (15).

Sonuç

Bizim olgumuzda, hastanın boğaz ağrısı ile ilk başvurusunda iyi anamnez alınmaması, solunum yolu tıkanmasına bağlı kardiyopulmoner arrest geliştiği düşünülen hastada, hızla hava yolu sağlanamaması, hastanın kaybedilmesiyle sonuçlanan süreçte önemli rol oynamıştır. Retrofaringeal hematoma, antikoagülan tedavinin hayatı tehdit eden bir komplikasyonu olmasına rağmen, tanı konulması, bizim hastamızda olduğu gibi zor olabilir. Boğaz ağrısı gibi semptomların solunum yolu enfeksiyonuna bağlı olduğu düşünülüp, hematoma varlığı gözden kaçabilir. Bu nedenle, antikoagülan kullanan ve odinofaji, disfaji, öksürük, seste boğuklaşma bulguları olan hastalarda faringeal hematoma ekarte edilmelidir. Bu hastalarda erken tanı, konservatif tedavinin başarısını artırır ve uzayan hava yolu girişimlerini önleyerek hayat kurtarıcı olabilir. Ayrıca tanı konduktan sonra da, gecikmiş hava yolu tıkanması riski açısından uyanık ve hızlı hava yolu müdahalesine hazır olunmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

- González-García R, Schoendorff G, Muñoz-Guerra MF, Rodríguez-Campo FJ, Naval-Gías L, Sastre-Pérez J. Upper airway obstruction by sublingual hematoma: a complication of anticoagulation therapy with acenocoumarol. *Am J Otolaryngol* 2006; 27: 129-32. [\[CrossRef\]](#)
- Bloom DC, Haegen T, Keefe MA. Anticoagulation and spontaneous retropharyngeal hematoma. *J Emerg Med* 2003; 24: 389-94. [\[CrossRef\]](#)
- Chiti-Batelli S, Vaz F, Coman S. Traumatic retropharyngeal hematoma in an anticoagulated patient: case report and proposal for a clinical protocol. *Acta Otolaryngol* 2005; 125: 443-5. [\[CrossRef\]](#)
- Rosenbaum L, Thurman P, Krantz SB. Upper airway obstruction as a complication of oral anticoagulation therapy. Report of three cases. *Arch Intern Med* 1979; 139: 1151-3. [\[CrossRef\]](#)
- Lin JY, Wang CH, Huang TW. Traumatic retropharyngeal hematoma: case report. *Auris Nasus Larynx* 2007; 34: 423-5. [\[CrossRef\]](#)
- Vonbach P, Reich R, Möll F, Krähenbühl S, Ballmer PE, Meier CR. Risk factors for gastrointestinal bleeding: a hospital-based case control study. *Swiss Med Wkly* 2007; 137: 705-10.
- Van Savage JG, Fried FA. Anticoagulant associated hematuria: a prospective study. *J Urol* 1995; 153: 1594-6. [\[CrossRef\]](#)
- Oake N, Jennings A, Forster AJ, Fergusson D, Doucette S, Van Walraven C. Anticoagulation intensity and outcomes among patients prescribed oral anticoagulant therapy: a systemic review and meta-analysis. *CMAJ* 2008; 179: 235-44. [\[CrossRef\]](#)
- Hirsh J, Poller L, Deykin D, Levine M, Dalen J. Optimal therapeutic range for oral anticoagulants. *Chest* 1989; 95: 5-11. [\[CrossRef\]](#)
- Dentali F, Ageno W, Crowther M. Treatment of coumarin-associated coagulopathy. A systematic review and proposed treatment algorithms. *J Thromb Haemost* 2006; 4: 1853-63. [\[CrossRef\]](#)
- Bechtel BF, Nunez TC, Lyon JA, Cotton BA, Barrett TW. Treatments for reversing warfarin anticoagulation in patients with acute intracranial hemorrhage: a structured literature review. *Int J Emerg Med* 2011; 4: 40. [\[CrossRef\]](#)
- Lim M, Chaudhari M, Devesa PM, Waddell A, Gupta D. Management of upper airway obstruction secondary to warfarin therapy: the conservative approach. *J Laryngol Otol* 2006; 120: 12. [\[CrossRef\]](#)
- Cohen AF, Warman SP. Upper airway obstruction secondary to warfarin-induced sublingual hematoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 115: 718-20. [\[CrossRef\]](#)
- Uppal Hs, Ayshford CA, Syed MA. Spontaneous supraglottic hemorrhage in a patient receiving warfarin sodium treatment. *Emerg Med J* 2001; 18: 406-7. [\[CrossRef\]](#)
- Aslan S, Keşkek ŞÖ, Kesici A. Antikoagülan tedaviye bağlı spontan retro-ve parafaringeal hematoma: Olgu sunumu. *Türk Otolarengoloji Arşivi* 2009; 47: 53-7.