

Nötropenik Enterokolit: Olgu Sunumu

Neutropenic Enterocolitis: A Case Report

Zerrin YULUĞKURAL¹, Hüseyin ÜÇKARDEŞ², Birsen MUTLU², Abdullah HACIHANEFİOĞLU³

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Bakteriyoloji Anabilim Dalı, Edirne;
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi ²İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Bakteriyoloji Anabilim Dalı, ³Hematoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Başvuru tarihi / Submitted: 08.11.2006 **Kabul tarihi / Accepted:** 15.12.2006

Nötropenik enterokolit, çıkan kolon ve çekumun nekroz ve perforasyonu ile karakterize akut bir tablodur. Sıklıkla lösemi ile ilişkili olmakla birlikte solid tümörlü hastalarda, multipl miyelomda, aplastik anemi, AIDS ve siklik nötropenide de görülür. Yirmi beş yaşına erkek hasta akut miyelositer lösemi tanısı ile yatırıldı. İdarubisin ve sitozin arabinozid tedavisi başlanan hastada yüksek ateş, karında hassasiyet ve şiddetli ağrı, kanlı ishal gelişti. Direkt batin grafisinde hava sıvı seviyeleri saptanan ve acil olarak ameliyat edilen hastaya tiftitis tanısı kondu, nekroze ince bağırsak bölümü rezeke edildi. On dokuzuncu günde yeniden şiddetli abdominal ağrı, hassasiyet, kanlı ishal ve trombositopeni gelişen hasta yeniden ameliyata alındı. İkinci kez ameliyatta alınan hastaya ileyal rezeksiyon yapılarak kolostomi açıldı. Ameliyat sonrası günlerde trombositopeni, kanama pıhtılaşma zamanında bozulma ve gastrointestinal sistem kanaması görülen hasta, tüm tedavilere karşın taşikardi, takipne, bilinç değişikliği ve sepsis kliniği ile kaybedildi.

Anahtar Sözcükler: Nötropeni; enterokolit.

Neutropenic enterocolitis is an acute syndrome characterized by cecal and ascending colon inflammation that may progress to necrosis and perforation. It is most often associated with leukemia but has also been described in patients with solid tumors, multiple myeloma, aplastic anemia, AIDS, and cyclic neutropenia. Twenty-five year old male patient was admitted with a diagnosis of acute myeloid leukemia. Severe fever, abdominal sensitivity and severe pain and diarrhea with blood developed in the patient treated idarubicin and cytosine arabinoside. Direct abdominal radiogram revealed air-fluid levels, the patient was diagnosed as typhlitis and taken to an emergency operation in which the necrotised small bowel was resected. Severe abdominal pain and sensitivity, diarrhea with blood and thrombocytopenia developed again on the 19th day on which the patient was reoperated. Ileal resection and colostomia was performed on this second operation. Thrombocytopenia, prolonged bleeding and coagulation times and gastrointestinal bleeding was observed. Despite all treatment efforts, the patient developed tachycardia, tachipnea, cognitive changes and sepsis and died.

Key Words: Neutropenia; enterocolitis.

Nötropenik enterokolit/tiflit/nekrotizan enterokolit, nötropenik hasta grubunda çekum, çıkan kolon, ve terminal ileumu tutan ciddi enfla-

matuvar gastrointestinal bir komplikasyondur.^[1,2] Tutulan bağırsak segmentinde ülserasyon, nekroz, perforasyon gelişmesi ile karakterize-

*VI. Febril Nötropeni Simpozyumu'nda sunulmuştur. 24-27 Şubat 2005, Ankara, (Presented at the VIth National Symposium of Neutropenia, February 24-27, 2005, Ankara).

İletişim adresi (Correspondence): Dr. Zerrin Yuluğkural. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bakteriyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, 22030 Edirne. Tel: 0284 - 235 76 41 / 2836 Faks (Fax): 0284 - 235 39 33 e-posta (e-mail): zyulugkural@yahoo.com

©Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Ekin Tıbbi Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.

©Medical Journal of Trakya University. Published by Ekin Medical Publishing. All rights reserved.

rizedir.^[2] Bu tablo çoğunlukla agresif kemoterapi alan lösemik hasta grubu başta olmak üzere solid tümörlü hastalarda, aplastik anemi, edin- sel immün yetmezlik sendromu, siklik nötrope- nikte gelişir.^[2,3] Kliniğinde nonspesifik gastroin- testinal semptomlardan, spesifik semptomlara kadar değişen bulgular görülür. Sıklıkla nötro- penik hastada ateş, karın ağrısı ve/veya hassa- siyet, diyare ile seyredir.^[4] Erişkinde nadir görü- len nekrotizan enterokolit son zamanlarda agre- sif kemoterapi uygulamalarıyla artan sıklıkta karşımıza çıkmaktadır.^[5] Zamanında uygulanan konservatif tedavi ile ameliyatsız iyileşme sağ- lanabilir, ancak sıklıkla tıbbi tedavi ile cerrahi tedavinin birlikte uygulanması gerekir. Tedavi- ye rağmen nekrotizan enterokolitli olgularda mortalite %50-100 arasındadır.^[2-6]

OLGU SUNUMU

Yirmi beş yaşında erkek hastaya üç ay önce ağız ve boğazda yara yakınmasıyla başvurduğu sağlık kuruluşunda yapılan, kan tetkikleri ve kemik iliği incelemesi sonucunda akut miyelo- siter lösemi (AML) tanısı konmuştu. Kemoterapi başlanması için kurumumuza sevk edilen hasta dahiliye-hematoloji servisine yatırıldı, im- mün fenotipleme ile AML M2 tanısı doğrulandı. Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde perianal bölgede kurutlan- mış yaraları dışında özellik saptanmadı. Labo- ratuvar bulgularında Hb 9.95 mg/dl, RBC 3320000/mm³, trombosit 94800/mm³, WBC 4430 mm³ (nötrofil 2160, monosit 861, lenfosit 1250), sedimantasyon 77 mm/saat, CRP+, LDH 115 U/L (N=125-243), ALP 248 U/L (N=40-150), ALT 98 U/L (N=0-55), AST 89 U/L (N=5-30). 3+7 idarubisin 12 mg/m²/gün ve sitozin arabi- nozid 100 mg/m²/gün tedavisi başlanan hasta- da bu tedavi altında iken yüksek ateş, karında hassasiyet ve şiddetli ağrı, kanlı ishal gelişti. Kan kültürleri ve idrar kültüründe üreme olma- dı. Dışkı kültüründe patojen mikroorganizma üremedi ve Clostridium difficile toksin A nega- tif bulundu. Genel cerrahi tarafından konsülte edilen hastada direkt batın grafisinde hava sıvı seviyeleri saptandı. Acil olarak ameliyat edilen hastaya ameliyatta tiftitis tanısı kondu, nekroze ince bağırsak bölümü rezeke edildi ve uç uca anastomoz yapıldı. Hastaya piperasilin-tazo-

baktam 4x4.5 gr İV ve amikasin 1x1 gr İV baş- landı. Ameliyat sonrası on ikinci gününde tek- rar kemoterapi başlanmak üzere dahiliye servi- sine gönderilen hastada ateş yükseldi ve nötro- fil sayısı 57/mm³e düştü. Febril nötropeni tanısı ile hastanın risk değerlendirmesi MASCC (The Multinational Association for Supportive Care in Cancer) kriterlerine göre yapıldı.^[7] Has- ta 15 puan ile yüksek risk grubunda değeri- lenilerek, kombine tedavide imipenem 3x1 gr ve amikasin 1x1 gr başlandı. Ateş yüksekliğinin devam etmesi üzerine tedaviye beşinci gün gli- kopeptit (teikoplanin 1x400 mg), yedinci gün antifungal (amfoterisin B1 mg/kg/gün) eklen- di. Tedavi altında on dokuzuncu günde nötro- peniden çıkan (nötrofil 3170) hastada ateş yük- sekliği devam etti, yeniden şiddetli abdominal ağrı, hassasiyet, kanlı ishal ve trombositopeni gelişti. Önceki ameliyata ait sütürleri spontan olarak açıldı ve yeşil renkli eksudasyon gözlen- di. İkinci kez genel cerrahi tarafından ameliyata alındı, ileyal rezeksiyon yapılarak kolostomi açıldı. Akıntıdan yapılan kültüründe üreme ol- madı. Hasta ameliyat sonrası ikinci gününde dahiliye servisine devredildi. Trombositopeni gelişen, kanama pıhtılaşma zamanları bozulan ve gastrointestinal sistem kanaması gelişen has- taya yatışı süresinde 11 ünite trombosit süspan- syonu, 10 ünite eritrosit süspanسیونu, yedi ünite taze donmuş plazma, bir ünite tam kan ile destek tedavi verildi. Takibinde ateş yüksekliği devam eden hastada taşikardi, takipne, bilinç değişikliği gelişti ve sepsis kliniği ile kaybedil- di. Hastanın yatışı boyunca alınan kan kültürle- rinde üreme olmadı.

TARTIŞMA

Nötropenik hasta grubunda araya giren en- feksiyonlara doğru tanı ile hızlı müdahale edil- melidir. Aksi takdirde mortalite oranı son dere- ce yüksektir.^[8] Bu hasta grubunda yetersiz enfla- matuvar yanıt sonucu ancak %60 kadarında semptom görülebilmekte ve enfeksiyon etkenle- rinin izolasyonu için yapılan tüm tetkiklerin so- nucunda %30-50 hastada etken izole edilebil- mektedir.^[7-8]

Çekum, çıkan kolon, terminal ileumu tutan, etkilenen bağırsak segmentinde ülserasyon,

nekroz, perforasyon gelişmesi ile karakterize ciddi bir enflamatuvar gastrointestinal komplikasyon olan nekrotizan enterokolit, nötropenik hasta grubunda, nadir görülen, mortaliteyi artıran enfeksiyonlar içinde yer almaktadır.^[1,2] Son zamanlarda maligniteli hastalarda agresif kemoterapi uygulamaları özellikle lösemik hasta grubunda bu tablonun artan sıklıkta karşımıza çıkmasında bir neden olarak görülmektedir.^[2,3,5] Agresif kemoterapi yanında uzamış nötropenide kalış süresi bir diğer önemli risk faktörüdür.^[9] Olgumuzda her iki atak agresif kemoterapi rejimini takiben gelişmiş ve nötropeniden çıkıştaki sürenin uzunluğu klinik tabloyu olumsuz yönde etkilemiştir.

Nekrotizan enterokolit kliniğinde nonspesifik gastrointestinal semptomlardan, tipik semptomlara kadar değişen bulgular görülmektedir. Sıklıkla nötropenik hastada ateş, abdominal ağrı ve/veya hassasiyet ve diyare ile seyreder.^[4] Gastrointestinal sistem kanaması tabloya eklenebilir. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi altında olan bu hasta grubunda diyare ayırıcı tanısında *Clostridium difficile*ye bağlı kolit değerlendirilmelidir.^[7] Kemoterapiye bağlı karın ağrısı, iskemik kolit ve enfeksiyöz ishal etkeni olabilecek mikrobiyal ajanlar ile gelişecek enfeksiyonlar da ayırıcı tanıda yer almalıdır.^[1-7]

Nekrotizan enterokolit tanısında bilgisayarlı tomografi (BT) ile görüntüleme ayırıcı tanı ve tedavinin yönlendirilmesinde etkin bulunmuştur.^[5] Ancak olgumuzda da olduğu gibi akut batın kliniğinin sık yaşandığı bu hastalarda BT çekimine olanak olmadan cerrahi sırasında nekroze bağır-sak segmentinin tespiti ile tanı konmaktadır.^[4]

Nekrotizan enterokolit tedavisinde tıbbi ve cerrahi tedavi yaklaşımı esastır. Tıbbi tedavi

oral alımın kesilmesi, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine gecikmeden başlanması, total parenteral beslenme, nazogastrik drenaj uygulaması ile yapılır. Kliniğin kötüye gitmesi, trombositopeni gelişimi, persiste eden gastrointestinal sistem kanaması, batın içi perforasyon cerrahi tedaviyi gerekli kılar ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi cerrahi uygulama ile birlikte verilir.^[6] Tedaviye rağmen %50-100 arasında mortalite oranına sahiptir.^[2-5]

Nekrotizan enterokolit hızlı tanı ve tedaviye rağmen mortal gidişli bir klinik tablo olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Costi DS, Lawrence CM. Diverticulitis and typhilitis. In: Mandel LG, Bennet JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005. p. 973-4.
2. Hsu TF, Huang HH, Yen DH, Kao WF, Chen JD, Wang LM, et al. ED presentation of neutropenic enterocolitis in adult patients with acute leukemia. Am J Emerg Med 2004;22:276-9.
3. Bavaro MF. Neutropenic enterocolitis. Curr Gastroenterol Rep 2002;4:297-301.
4. Song HK, Kreisel D, Canter R, Krupnick AS, Stadtmauer EA, Buzby G. Changing presentation and management of neutropenic enterocolitis. Arch Surg 1998;133:979-82.
5. Schlatter M, Snyder K, Freyer D. Successful nonoperative management of typhilitis in pediatric oncology patients. J Pediatr Surg 2002;37:1151-5.
6. Shamberger RC, Weinstein HJ, Delorey MJ, Levey RH. The medical and surgical management of typhilitis in children with acute nonlymphocytic (myelogenous) leukemia. Cancer 1986;57:603-9.
7. Akan H, Akova M. Febril nötropeni klavuzları. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2004.
8. Bodey GP. Unusual presentations of infection in neutropenic patients. Int J Antimicrob Agents 2000; 16:93-5.
9. Buyukasik Y, Ozcebe OI, Haznedaroglu IC, Sayinalp N, Soylu AR, Ozdemir O, et al. Neutropenic enterocolitis in adult leukemias. Int J Hematol 1997;66:47-55.