



Nadir Görülen Bir Duodenum Obstrüksiyonu Nedeni: Intramural Hematom

A Rare Cause of Duodenal Obstruction: Intramural Hematoma

Gökçen Çoban¹, Bilal Egemen Çifçi¹, Savaş Göktürk², Ayşe Gülhan Kanat Ünler², Erkan Yıldırım¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, KONYA

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, KONYA

Cukurova Medical Journal 2014; 39 (3):650-653.

ABSTRACT

Small bowel obstruction due to intramural hematoma secondary to anticoagulant therapy is a rare complication. Other risk factors include hemophilia, idiopathic thrombocytopenic purpura, leukemia, lymphoma, myeloma, chemotherapy, vasculitis, pancreatitis, and pancreatic cancer. The presentation of patients is usually with abdominal pain, nausea and vomiting. The patients who were admitted to the emergency clinic with acute abdominal pain and had a history of anticoagulant use with prolonged international normalized ratios should alert to search for intraabdominal hematoma. Herein, we present a patient who was admitted to the emergency clinic with acute abdominal pain, severe nausea and vomiting, and diagnosed by abdominal computed tomography.

Key Words: Acute abdominal pain, computed tomography, intramural hematoma, small bowel, warfarin

ÖZET

Spontan intramural hematoma sekonder gelişen intestinal obstrüksiyon, antikoagülan tedavinin nadir bir komplikasyonudur. Diğer nedenler hemofili, idiopatik trombositopenik purpura, lösemi, lenfoma, myeloma, kemoterapi, vaskülit, pankreatit ve pankreas kanseri gibi hastalıklardır. Hastalar genellikle karın ağrısı şikayeti ile başvururlar, bulantı ve kusma sık eşlik eden diğer bulgulardır. Karınağrısı ile başvuran hastada antikoagülan kullanım öyküsü ve kanama-pıhtılaşma zamanında uzama varsa intraabdominal kanama olabileceği akılda tutulmalı ve erken tanı amaçlı abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yapılmalıdır. Bu yazıda warfarin kullanan ve akut karın ağrısı, şiddetli bulantı-kusma ile acil servise başvuran abdomen BT tetkikinde mide antrum ve duodenumda hematoma sekonder total obstrüksiyon saptanan olgu sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akut batın, bilgisayarlı tomografi, ince barsak, intramural hematoma, warfarin

GİRİŞ

Spontan intramural hematoma sekonder gelişen intestinal obstrüksiyon, antikoagülan tedavinin nadir bir komplikasyonudur. Hematüri, gastrointestinal kanama, intrakranial kanama, yumuşak doku hematomları, burun kanaması ve retroperitoneal hematomlar antikoagülan kullanımı sonucu oluşabilecek diğer komplikasyonlardır¹.

Warfarine bağlı aşırı antikoagülasyon spontan ince-barsak obstrüksiyonunun en sık nedenidir. Diğer nedenler hemofili, idiopatik trombositopenik purpura, lösemi, lenfoma, myeloma, kemoterapi ve vaskülit gibi hastalıklardır. Hastalar genellikle karın ağrısı şikayeti ile başvururlar, bulantı ve kusma sık eşlik eden diğer bulgulardır^{2,3}. Karınağrısı ile başvuran hastada antikoagülan kullanım öyküsü

ve kanama-pıhtılaşma zamanında uzama varsa intraabdominal kanama olabileceği akılda tutulmalı ve erken tanı amaçlı abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yapılmalıdır. Bu yazıda warfarin kullanan ve akut karın ağrısı, şiddetli bulantı-kusma ile acil servise başvuran abdomen BT tetkikinde mide antrum ve duodenumda hematoma sekonder total obstrüksiyon saptanan olgu sunulacaktır.

OLGU SUNUMU

Karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı-kusma ve halsizlik yakınmaları ile hastanemiz Gastroenteroloji Kliniği'ne başvuran 68 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde batında belirgin distansiyon, epigastrik bölgede daha belirgin olan hassasiyet ve dehidratasyon bulguları mevcuttu. Öyküsünde 10 yıl önce aort valv replasmanı operasyonu geçirdiği ve bu nedenle oral antikoagülan (warfarin) tedavisi altında olduğu öğrenilen hastanın ayakta direk batın grafisi normaldi. Laboratuvar incelemesinde koagülasyon profilinde belirgin bozukluğun yanı sıra (INR (Uluslararası normalize oran):8,31, PTZ:62 sn, aPTT:69sn), transaminazlarda artış (AST:286 U/L, ALT: 111 U/L, GGT: 300 U/L), lökositoz (14,9k μ /L) ve CRP yüksekliği (52 mg/L) saptandı. Koagülasyon profilindeki bozukluğu düzeltmek amacıyla hastaya 4 ünite taze donmuş plazma ile intravenöz (IV) K vitamini yapıldı. Oral antikoagülan kesilerek düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. Koagülasyon profili normale yaklaşan ve IV sıvı-elektrolit tedavisi uygulanan hastanın yakınmalarının devam etmesi ve fizik muayene bulgularında da anlamlı düzelleme olmaması üzerine görüntüleme yöntemlerine başvuruldu. IV opaklı tüm abdomen BT tetkiki yapıldı. BT' de mide antrum, duodenum duvarlarında difüz ödem ve kalınlaşma, safra kesesinde hidropi, bilateral parakolik alanda hafif sıvı artışı, anterior pararenal, lateral konal fasyalarda ödem ve kalınlaşmalar görüldü (Figure 1). BT bulguları ve klinik bulguları birikteliğinde intestinal ve batın içi kanama düşünüldü. Mide ve

duodenum lümenini değerlendirmek amaçlı yapılan üst gastrointestinal endoskopik incelemede eritematöz gastrit ile uyumlu mukozal görünüm ile birlikte bulbustan itibaren lümeni ileri derecede daraltan ve endoskopun geçişine izin veremeyen, mukozal ödem ve renk değişikliği (mor) izlendi. Genel durumu ani bozulan ve sonrasında kardiyopulmoner arrest gelişen hasta opere edilemedi ve eksitus oldu.

TARTIŞMA

Warfarin ile aşırı-antikoagülasyon spontan intramural hematoma sekonder gelişen intestinal obstrüksiyonun en sık nedenidir. Kanama genellikle mezenterden ayrılan ve intestinal duvarın muskuler tabakasına penetre olan terminal arter dallarının parçalanması sonucu submukozal alandadır ve yavaş kanayan kapiller kaynaklıdır. Kanama barsak duvarının muskularis mukoza ve muskuler tabakalarının arasını diseke eder. Genellikle ilk semptom karın ağrısı olup, buna bulantı ve kusma sıklıkla eşlik eder³. Hastalar hematom rüptürü sonucu gastrointestinal kanama ile de başvurulabilirler. Peritoneal irritasyon bulgularının varlığında, nekroz, perforasyon ve hemoperitonyum gibi nedenler akla gelmelidir. Karın ağrısı ile başvuran bir hastada antikoagülan kullanım öyküsü ile birlikte INR uzaması varsa intraabdominal kanama nedenleri akla gelmeli ve araştırılmalıdır. Hemorajik asit ile submukozal alanda hapsolmuş kan tüm katmanlara dağılır. Özellikle duodonal intramural kanamaya ek olarak intraluminal, intramezenterik ve retroperitoneal kanamalar görülebilir. Sıklıkla duodenumu etkileyen ve fokal tutulum gösteren travmatik intestinal kanamaların aksine spontan intestinal kanamalar daha yaygındır ve sırasıyla jejunum, ileum ve duodenumda görülür. Kolon ve özofagusta da intramural hematom bildirilmiştir^{4,5}. Sıklıkla aşırı dozda antikoagülan kullanan hastalarda görülmektedir. Erkeklerde ve 6. dekada siktir. Abdominal BT tanı için vazgeçilmezdir ve karakteristik olarak sirküferansiyel duvar kalınlaşması, lümeninde

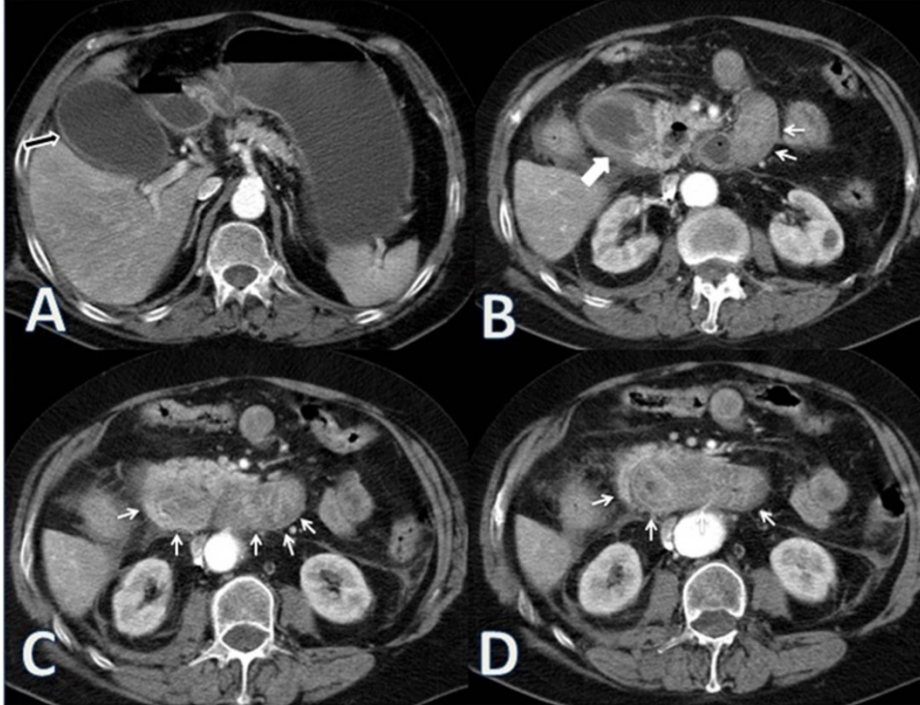
daralma, intramural hiperdansite, intestinal obstrüksiyon ve hiperdens asit görülür. Opaksız BT' de homojen, simetrik ve hiperdens intramural duvar kalınlaşması vardır. Olgumuzda BT bulguları ile intestinal ve batin içi kanama düşünüldü. Mide ve duodenum lümenini değerlendirmek amaçlı yapılan üst gastrointestinal endoskopi tetkikinde endoskopun geçişine izin veremeyen, mukozal ödem, renk değişikliği saptanması üzerine iskemi düşünüldü ve operasyon planlandı. Ancak hastanın genel durumunda ani bozulma ve sonrasında kardiyopulmoner arrest gelişmesi nedeniyle hasta opere edilemedi ve eksitus oldu.

Opaksız BT' de barsak duvarındaki hiperdansite kanama başlangıcından itibaren ilk 10 gün içinde korunur ve bu görünüm malignite ve infeksiyon gibi diğer infiltratif ince barsak hastalıklarından ayırtetmede önemlidir³. Tanı hemodinamik stabilizasyonu sağlanması ve kontrol BT incelemelerinde hematomun tam rezorbsiyonu ile doğrulanır. Hematomun tam rezorbsiyonu birkaç

haftayı bulabilir. Ancak ince barsak lezyonların iki aydan uzun süre sebat etmesi inflamasyon ve malignite gibi diğer nedenlere yönlendirmelidir. Akut intramural kanamanın ultrasonografi görüntüsü ise genellikle difüz kalınlaşmış ve hiperekojen submukozal doku şeklindedir. Tedaviye ilk olarak antikoagülan ilacın kesilmesi ile başlanır. Taze donmuş plazma ve K vitamini ile koagülasyon parametrelerini düzeltme amaçlanır. Operasyon ancak perforasyon, iskemi ve kontrol altına alınamayan kanamalarda düşünülür^{2,6,7}.

SONUÇ

Warfarin tedavisi sonucu oluşan intramural hematoma bağlı obstrüksiyon nadir bir komplikasyondur. Erken tanı ve tedavi bu tür hastalarda hayat kurtarıcıdır. Akut batin tablosu ile başvuran hastada kanama pıhtılaşma testlerinde bozulma ve antikoagülan kullanım öyküsü varsa, erken tanı için abdomen BT tetkiki akılda tutulmalıdır.



Şekil 1. IVKM sonrası elde olunan ardışık aksiyel BT kesitlerinde safra kesesinde hidropi (siyah ok, A) ve midede dilatasyon dikkati çekmektedir. Mide antrum (kalın beyaz ok, B) ve duodenumu içine alan belirgin difüz duvar kalınlaşması (küçük beyaz oklar, B-D), ödem ve çevre mezenterik yağ dokuda dansite artışları görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hou SW, Chen CC, Chen KC, et al. Sonographic diagnosis of spontaneous intramural small bowel hematoma in a case of warfarin overdose. J Clin Ultrasound. 2008;36:374-6.
2. Altıkaya N, Parlakgümüş A, Demir Ş, Alkan Ö, Yıldırım T Small bowel obstruction caused by intramural hematoma secondary to warfarin therapy: a report of two cases. Turk J Gastroenterology. 2011;22:199-202.
3. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. AJR Am J Roentgenol. 2002;179:1389-94.
4. Liu Y, Yang S, Tong Q. Spontaneous intramural hematoma of colon. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011;10:38.
5. Shimodaira M, Nakajima Y, Akiyama T, Koyama S. Spontaneous intramural haematoma of the oesophagus. Intern Med J. 2011; 41:577-8.
6. Uzun MA, Koksall N, Gunerhan Y, et al. Intestinal obstruction due to spontaneous intramural hematoma of the small intestine during warfarin use: a report of two cases. Eur J Emerg Med. 2007;14:272-3.
7. Yoldaş T, Erol V, Çalışkan C, Akgün E, Korkut M. Spontan intestinal intramural hematom: Yapılması ve yapılmaması gerekenler. Ulusal Cer Derg. 2013;29:72-5.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Gökçen Çoban
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyoloji Anabilim Dalı
KONYA
Email: drgokcencoban@gmail.com

Geliş tarihi/Received on: 20.02.2014

Kabul tarihi/Accepted on:25.03.2014