

**ORAL ANTİKOAGULANA BAĞLI  
DUODENAL INTRAMURAL HEMATOMUN OLUŞTURDUĞU  
ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM OBSTRÜKSİYONU OLGUSU**

*A CASE OF UPPER GASTROINTESTINAL SYSTEM OBSTRUCTION  
BY DUODENAL INTRAMURAL HEMATOMA DUE TO USING  
ORAL ANTICOAGULANT DRUG*

Dr. Tayfun YÜCEL\*, Dr. Salih GÜÇLÜ\*, Dr. Atalay IŞIK\*, Dr. Erdur SERİN \*\*

*SUMMARY: Unwanted haemorrhage can be seen due to long-term oral anticoagulant use. Sometimes these may lead obstructions forming intramural haematomas. We noticed a case of duodenal obstruction due to an intramural hematoma in a patient who is on chronic oral anticoagulant therapy. In Taksim Hospital 1 st General Surgery Department in April 2000, we treated a patient who presented anaemia, jaundice, pyloric obstruction conservatively. As a result we implicated to treat such cases nonoperatively. Key words: Intramural haematoma, chronic oral anticoagulant use.*

**GİRİŞ**

Duodenal intramural hematomlar nadir olmalarına rağmen özellikle oral antikoagülanların kullanımını takiben görülebilmektedirler. Duodenal obstrüksiyona yol açarak pilor stenozu klinik tablosu oluşturmaktadırlar. Konservatif tedavi ile olumlu sonuçlar alınmaktadır (1,2,3). Kliniğimizde rastladığımız ve tedavi ettiğimiz bir olgu nedeni ile bu vakaların özelliklerini ve tedavi yöntemlerini literatür ışığı altında gözden geçirmeyi amaçladık.

**OLGU**

N.M, 50 yaşında erkek hasta ( prot.1568). Beş gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma ve sarılık yakınmaları ile acil polikliniğimize başvuran hasta tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Hastaya 5 yıl önce mitral kapak replasmanı yapılmış ve o zamandan beri 5mg/gün dozunda warfarin ile profilaksi uygulanıyordu. 1 yıl önce başka bir klinikte akut batın ön tanısıyla acilen ameliyat edilen hastaya ince barsak segmentinde mezenter tıkanması

olduğu söylenmiş; barsak rezeksiyonu ve anastomoz uygulanmıştı. Hasta, yapılan muayenesinde dehidrate ve subikterik görünümlü idi, batın muayenesinde kleopotaj mevcuttu. Sistemik muayenede, kardiyak oskültasyonda metalik kalp sesleri mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde, Hematokrit: % 28.8 Hemogloblin: 7.1gr/dl Trombosit sayısı 502000/mm<sup>3</sup>, Aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT):120sn, Protrombin zamanı (PT): 215.5sn, protrombin aktivitesi (PA): % 13, İNR:4.55 alkalen fosfataz: 215 U/L, Üre: % 78mg BUN: % 36mg, Total bilirübin: 5.80mg/dl, Direk bilirübin: 3.91mg/dl, Amilaz: 73U/L idi. Gaitası normal renkte idi. İdrarda bilirübin ve ürobilinojen pozitif. Olgu üst gastrointestinal sistem obstrüksiyonu ve ikter ön tanısı ile yatırıldı.

Nazogastrik dekompresyon uygulandı. Başlangıçta 1400cc gastrik içerik geldi. Sıvı ve elektrolit replasmanına başlandı. 4Ü taze donmuş plazma ve 1Ü taze kan replasmanı yapıldı. 2.ve 3.gün 3000cc kadar safrazsız mayı geldi. Batın ultrasonografisinde duodenum 2. kısımdan jejunum proksimaline kadar olan barsak segmenti duvarında kalınlaşma ve ekojenitesinde azalma belirlendi safra yollarında genişleme yoktu(resim 1). Kontrastlı batın tomografisinde duodenum 2. kısımdan başlayarak 7cm'lik barsak segmenti boyunca duvar kalınlaşması ve hipodens görünüm saptandı, safra yollarında genişleme yoktu.

\*Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Genel Cerrahi

\*\*Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü

Yazışma Adresi: Dr. Salih Güçlü

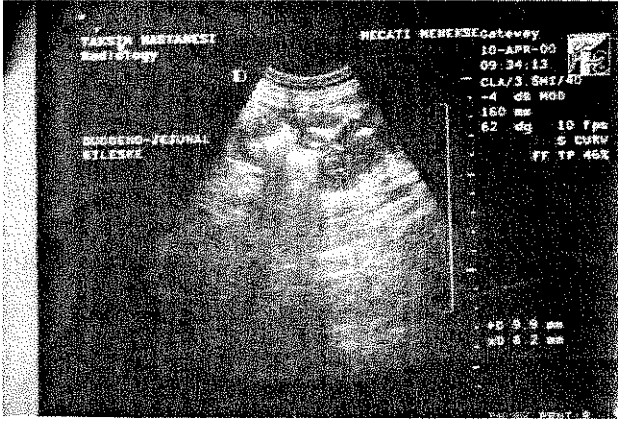
Talat Paşa Mah. Etibank Cad. Gamze Sok. Engim Apt. No:5 D: 8

Örnektepe / Kağıthane

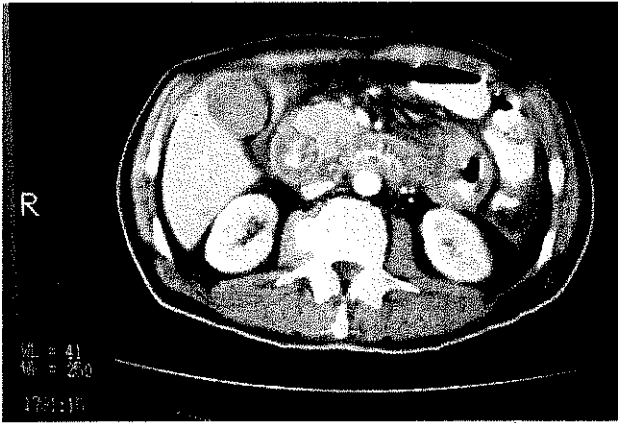
Tel: 0535 728 49 21- 0535 717 96 21 Fax: 212 222 51 08

(resim 2). Hastanın kanama diatezi olduğundan invaziv bir girişim olan gastroduodenoskopi düşünülmüdü. Batın ultrasonografisi ve kontrastlı BT ile yetinildi. Altıncı. günde kanama parametreleri normale geldi. Nazogastrikten 4. gün 1400 cc safıralı dilatasyon mayi, beşinci gün 1000cc safıralı mayi geldi, daha sonra drenaj gitgide azaldı. Sekinci gün warfarin sonda çekildi ve hasta oral beslenmeyi tolere etti. Hastaya yapılan mide duodenum grafisinde pasajın normal olduğü saptandı. Hasta 13. günde digoxin ve coumadin tedavisi altında kontrollu olarak evine yollandı.

**Resim 1.** Duodenal intramural hematomun USG görünümü.



**Resim 2.** Duodenal intramural hematomun BT görünümü.



## TARTIŞMA

Derin ven trombozu, romatizmal kalp kapakçığı hastalıkları, miyokard infarktüsü, atrial fibrilasyon gibi olgularda uzun süreli oral antikoagulan (OAK) kullanımına gereksinim vardır. OAK'ların en sık kullanılanı bir coumarin derivesi olan warfarindir. Warfarin, faktör II, VII, IX, X ile protein C ve S'nin karaciğerde sentezini inhibe eden vitamin K ile etkileşen bir antikoagülandır (4,5,6). Protein C ve S'ye de etkisi nedeni ile 5 mg. oral doz ile başlanması ve hastanın sık kontrolleri ve PT takipleri ile INR'yi 1,5-2 kat yükseltecek bir dozda kullanılması önerilmektedir (7). Kronik kullanımda K vitamini eksikliğine benzer bir tablo oluşturur. Kontrolsüz ve dozu ayarlanmamış oral

antikoagulan kullanan hastalar, kanamaya eğilimli olduklarından, spontan kanama ve hematoma riskiyle karşı karşıya kalabilmektedirler. Profilaktik dozda warfarin alan hastalarda aşırı doz olmadan bile kanama, hematoma bildirilmiştir(8). Antikoagulan ilaç kullanan hastalarda istenmeyen kanamalar vücudun her yerinde (örneğin; hematemez, melena, hematüri, menoraji, epistaksis, intraartriküler kanama vs.) oluşabilir (6,7,8). Bunlar ciddi bulgularla ortaya çıkıp, önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilirler. Bizim olgumuzda da olduğü gibi gastrointestinal intramural hematoma oluşturup duodenal veya intestinal obstrüksiyon bulguları ile de karşımıza çıkabilirler. Periton irritasyonu veya mekanik intestinal obstrüksiyon bulgularının bu duruma eşlik etmesi halinde tablonun akut karınla karışması kolaylıkla mümkündür. Literatürde spontan karın içi kanamalarla gelişen akut batın olguları bildirilmiştir (8). Böylece iyi bir sorgulama yapılmamış hastalarda gereksiz cerrahi müdahalelere gidilebilir. Bu hastalarda, bizim olgumuzdaki gibi anemi ve sarılık da önemli bir bulgudur. Hastanın ikerinin etyopatogenezi de klinik, laboratuvar ve radyolojik yöntemlerle araştırılması gerekir. Hemen hematoma rezorpsiyonu tanısı kolaylığına düşülmemesi gerekir. Direk batın grafilerinde intestinal bir obstrüksiyon halinde hava sıvı seviyeleri görülebilir veya bizim vakamızdaki gibi pilorik obstrüksiyon bulgularıyla karşımıza gelebilirler. Batın ultrasonografisi, intramural barsak hematoma yanıda, karın içine serbest kanama, ileal duplikasyon ve invajinasyon gibi kanama nedeni olabilecek lezyonları da saptayabilir. Kontrastlı BT'nin de benzer şekilde tanıya katkısı olabilir. İnce barsak hematomaında coiled spring sign gibi bulgular BT ile görülebilir (8,9,10). Oral antikoagülana bağlı hematoma tedavisinde konservatif destek tedavisi önerilmektedir(2,3,8). Bu amaçla öncelikle coumadin alımının kesilmesi uygundur. Tedavinin daha sonraki bölümü; volüm açığının kapatılması, hemorajik diatezin azaltılmasıdır. Bu amaçla taze kan, taze dondurulmuş plazma verilir. Hastalara 10mg/gün K vitamini vermek de uygun fakat zaman alıcı bir tedavi yöntemidir. (ortalama 15-18 saat) Ayrıca bu hastalarda, kanama ve pıhtılaşma zamanı ile Faktör II ve X aktiviteleri günlük ölçümlerle izlenmelidir (7). Akut gastrointestinal sistem kanamalarında ve intramural hematoma bağlı ileus tablolarında nazogastrik dekompresyon önerilmektedir (7,8). Hastanın kanama parametreleri düzeltildikten sonra etkili bir dekompresyon ve sıvı tedavisi ile olguların çoğü konservatif olarak tedavi edilebilmektedirler (2,8). Önemli olan bu tip olgularda ciddi klinik bulgularla gelen hastanın iyi sorgulanıp öz ve soygeçmişinin iyice irdelenmesidir. Gereksiz yapılacak cerrahi müdahaleler hem invazif girişimler olacaktıdır ve hem de ameliyatta ciddi problemlerle karşılaşılabilir (2,3,8).

Sonuç olarak uzun süreli kontrolsüz oral antikoagulan tedavisi gören hastalarda hemorajik diatez her zaman için bir riskdir ve buna bağlı organizmanın değişik yerlerinde spontan kanamalar ve hematoma olabilir. Bu durumda en uygun tedavi konservatif yöntemler ve taze kan ve taze

donmuş plazma replasmanıdır (3,8). Ayrıca çeşitli nedenlerle oral antikoagulan tedavi verilen hastaların sık aralıklarla takip edilerek ilaç dozunun ayarlanmasının gerekliliği de anlaşılmaktadır. Yüksek dozlarda ciddi kanama problemleriyle karşılaşırken, düşük dozlarda etkisiz bir tedavi uygulanmış olacağı da unutulmamalıdır. Bizim olgumuzun anamnezinden anlaşılan mezenter trombozu oluşması düşük doz kullanımının bir sonucu sayılabilir. Fakat sonrasında dozu artırmakta duodenal hematoma yol açabilmiştir. İlacın etkin dozu hastadan hastaya değişebilir ama klinik ve laboratuvar yakın takiplerle doz ayarlanması mümkün olabilecektir.

#### KAYNAKLAR

1. Hösl, P, Schapira, M: Spontaneous duodenal hematoma during oral anticoagulation. *The New Eng J Med.* 17: 474, 2000
2. Meier R, Wyss-Meyer H, Jubin E, Gyr K: Intramural hematoma of the duodenum as complication in anticoagulant therapy. *Diagnosis and therapy. Schweiz Rundsch Med Prax* 24:517-20, 1990
3. Gutstein DE, Rosenberg SJ: Nontraumatic intramural hematoma of the duodenum complicating warfarin therapy. *Met Sinai J Med*; 64: 339-41, 1997
4. Kayaalp O: Antitrombotik ilaçlar, *Tıbbi Farmakoloji Nüve matbaası 2. Baskı Ankara Türkiye 1982 sy:1034*
5. Laurence A. Harker Lee Goldman, J. Claude Bennett: *Antithrombotic Therapy - Cecil Textbook of Medicine, WB. Saunders Company Philadelphia-U.S.A 2000, pp:1027*
6. Shah P, Krallow W, Labin G: Unusual complication of coumadin toxicity. *Wis Med J* 93:212, 1994
7. Collins, J.A. *Surgical bleeding and hemostasis, In Polk, H.C. Gardner A, Stone H.H. Basic Surgery 4 th Edition St Louis. USA. 1993 pp:773.*
8. Hatipoğlu AR, Hoşçoşkun Z, Ahsen M: Oral antikoagulan kullanımına bağlı akut karın tablosu. *Ulusal Travma Dergisi* 3,88-90, 1997
9. Tabibian N: Acute gastrointestinal bleeding in anticoagulated patient: A prospective evaluation. *Am J Gastroenterol* 84:10 1989.
10. Staunton DA, Jacobson AF, Thorning. D, Lyneh MK: Coumadin-induced gastrointestinal hemorrhage associated with an ileal duplication. *J Clin Gastroenterol* 12:685, 1990