

**ORAL ANTİKOAGULAN (WARFARIN SODIUM) KULLANIMINA
BAĞLI AKUT KARIN TABLOSU****THE ACUTE ABDOMEN DUE TO USE OF ORAL ANTICOAGULANTS:****Spontaneous Intraabdominal Hemorrhage (A Case Report)****Dr.Ahmet Rahmi HATİPOĞLU Dr.Zeki HOŞCOŞKUN Dr.Mustafa AHSEN**

ÖZET: Uzun süreli profilaksi veya tedavi amacıyla oral antikoagulan kullanımı kanama eğilimini artırır ve spontan kanamalara sebep olabilir. Spontan kanamalar sıklıkla hematemez, melena, epistaksis, meno-metroraji v.b. şeklinde görülmekle beraber nadiren karın içi boşluğa kanama şeklinde de karşımıza çıkabilir. Bu tür bir kanama akut karın tablosu oluşturarak yanıltıcı olabilir. Bu yazıda, oral antikoagulan kullanıma bağlı karın içi serbest kanama ve buna bağlı akut karın tablosuyla acil servise başvuran bir olgu, literatürde nadir rastlanması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akut Karın, Kumadin, Karın İçi Kanama.

SUMMARY: Long term oral use of anticoagulant at prophylactic doses increase the tendency towards bleeding and can cause spontaneous bleedings. Although spontaneous bleedings often occur as hematemesis, melena, epistaxis and menorrhagia, they can rarely manifest as intraabdominal bleedings. This kind of bleeding can be misleading since it can be diagnosed as an acute abdominal syndrome. A rare emergency case of acute abdominal syndrome due to intraabdominal free blood is presented.

Key Words: Acute Abdomen, Coumadin, Intraabdominal Hemorrhage.

Kalp hastaları, kapak replasmanı geçiren, pulmoner emboli ve periferik vasküler patolojisi olan hastalarda bazen uzun süresi profilaksi veya tedavi amacıyla oral antikoagulan kullanımı gerekebilir (1,2). Böyle olgularda, laboratuvar incelemelerine dayanan sürekli izlemeyle kanama riski azaltılabilir. Çünkü kronik oral antikoagulan kullanımı veya dozaşımı halinde minör bir travma ile kanamalar oluşabilir. Kanama çok değişik yerlere olabilirse de daha çok hematemez, melena, hematüri, epistaksis, intraartiküler kanama ve meno-metroraji şeklinde görülür (1,2,3,4). 1990 yılından günümüze kadar olan literatür taramamızda (Silver-Platter, Medline) karın içi serbest kanamaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu yazıda kronik oral antikoagulan (Warfarin Sodium-Coumadin) kullanımına bağlı yavaş gelişen bir karın içi kanama ve bunun sonucu ortaya çıkan akut karın tablosu sunulmuştur.

OLGU

36 yaşında kadın hasta, S.S (Prot. No: 3867) on yıldır ekşime ve yanma yakınmaları olduğunu belirtiyor. Acil

servisimize başvurmadan bir gün önce karının üst bölgesinde, aniden, bıçak saplanır tarzda, çok şiddetli karın ağrısı başladığını, başladıktan üç dört saat sonra ağrının tüm karna yayıldığını, bazen hafifleyip sonra tekrar şiddetlendiğini bulantı ve kusma olmadığını; iştahsızlık, solukluk ve halsizlik uzun süredir bulunmakla birlikte, son bir ayda artma gösterdiğini söylüyor ve herhangi bir travma tanımlamıyor.

Özgeçmişinde; çocukluğunda akut romatizmal ateş geçirdiğini, iki yıl önce aort ve mitral kapak hastalığı nedeniyle ameliyat edilerek, sentetik kapak replasmanı uygulandığını belirtiyor. Replasman ameliyatından 4 saat sonra sağ hemiparezi ve afazi geliştiğini ve beyin tomografisinde sağ oksipital ve sol frontoparietal bölgede infarkt ve küçük kanama odakları saptandığını, verilen tedavi ile şikayetlerinin düzeldiğini ifade ediyor. Ameliyattan sonra; Coumadin tb. 10mg/gün, Digoxin tb. 0.25mg/gün, Asetil Salisilik Asit 80mg/gün ve ayda bir kez 1.200.000 Ünite Benzatil Penisilin kullanmaya başladığını ve 2 yıldır sürekli kullandığını, ayda bir kez düzenli olarak PT ve PTT tayini yaptırdığını ve bu ilaçlarla birlikte menstürasyon süresinde ve günlük kanama miktarında aşırı artma olduğunu belirtiyor.

Soygeçmişinde; babasının hipertansif beyin kanaması

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.
Yazışma Adresi: Dr. A.Rahmi HATİPOĞLU
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, 22030,
Edirne.

sonucu öldüğünü ve annesinin de hipertansif beyin kanaması nedeniyle bir yıldır sağ hemiplejik olduğunu belirten hastada ailesel bir kanama diatezi düşündürülecek neden bulunmamaktadır.

Fizik muayenede; hastanın aşırı soluk görünümünde olduğu, karın ağrısı nedeniyle sırt üstü düz yatmadığı, karının solunuma katılımının azaldığı ve yaygın defans ve rebound bulunduğu gözlemlendi. Barsak sesleri normoaktif olarak bulundu. Rektal tuşe yapıldığında; rektumun sağ duvarında hassasiyet olduğu tespit edildi. kardiyovasküler sistemin osküstasyonunda metalik kapak sesleri alınan hastada diğer sistemler olağan olarak değerlendirildi.

Direk karın grafilerinde ve akciğer grafisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Elektrokardiyografi normal olarak değerlendirildi. Karın ultrasonografisinde, karın içinde yaygın sıvı tespit edildi.

Rutin hemogram tetkikinde; Hb: 5.4gr/dl, Lökosit 14200/mm³, Trombosit 277000/mm³, Htc %19 olarak bulundu. PT 40sn (N. 10,9-14), aktivite %10 (N.%50-150)'un altındaydı. Diğer rutin biyokimyasal tetkikler ise olağan olarak değerlendirildi.

Bu bulgularla hastada peptik ülser perforasyonuna bağlı akut karın tablosu olduğu düşünülerek acilen ameliyata alındı. Yapılan ameliyatta; karın içinde yaklaşık 2000cc serbest hemorajik sıvı tespit edildi. Explorasyonda, çıkan kolonda çekumun 20cc distalinde subserozal hematoma tespit edildi. Douglas boşluğunda bol miktarda pıhtılaşmış kan olduğu gözlemlendi. Karın içi, kan ve hematomlardan temizlendikten sonra explorasyona devam edildiğinde aktif bir kanama odağı olmadığı görüldü. Mide ve duodenumda, ülser yada perforasyon olmadığı, gastrokolik ligament açıldığında da bir patoloji olmadığı tespit edildi. Karaciğer ve dalak dahil tüm karın içi organların normal olduğu görüldü. Çıkan kolondaki hematoma barsak lümenini daraltmadığı görüldü ve ameliyat öncesi 2 ünite, ameliyat sırasında 2 ünite ve ameliyat sonrası 2 ünite, toplam 6 ünite kan verildi.

Ameliyat sonrası dönemde hastada herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Coumadin, 4 gün süre ile verilmedi. Günlük PT, aktivite tayinleri yapıldı ve buna göre ameliyat sonrası 4. günden itibaren tekrar 5mg/gün coumadin verilmeye başlandı. Ameliyat sonrası; PT 13sn, aktivitesi %93 olarak bulundu. Hasta aynı gün cilt dikişleri daha sonra alınmak üzere şifa ile taburecu edildi. Bir hafta sonra kontrole gelen hastada herhangi bir patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA

Travmaya bağlı karın içi kanamalarının aksine, nont-

ravmatik karın içi kanama oldukça nadir görülen bir durumdur. Koagülasyon defekti olan veya antikoagulan tedavi gören hastalar, kanamaya eğilimli olduklarından, spontan kanama riskiyle daha fazla karşı karşıya kalırlar. Profilaktik Coumadin alan hastalarda, dozaşımı olmadan bile kanama görülebildiği bildirilmiştir (1,2,3,5,6). Antikoagulan ilaç kullanan hastalar karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile hastaneye başvurdıklarında intraabdominal, intestinal-intramural alan gibi alışılmamış bölgelere olabilecek kanamalar akla getirilmelidir (1,3,4). Coumadin kullanımına bağlı kanaması olan hastaların %50'si asemptomatik olmakla birlikte, yukarıda sayılan karın ağrısı, bulantı ve kusma en sık karşılaşılan bulgulardır (1,3,4,6). Karın ağrısı, kanamanın olduğu alanda daha belirgindir (1,3,4). Bazen tüm karında yaygın şekilde bulunabilir. Yaygın defans ve reboundun bu duruma eşlik etmesi halinde tablonun akut karın ile karışması kolaylıkla mümkün olabilir. Akut karına sebep olan diğer nedenlerden ayırıcı fizik bulgu, karın içi kanamada barsak seslerinin normal olabilmesidir (1). Ancak spontan karın içi kanamanın çok sık rastlanan bir durum olmaması nedeniyle hastayı muayene eden hekim barsak seslerinin varlığının anlamını yeterince yorumlamayabilir. Olgumuzda da, bu nedenle ameliyat öncesi kanama düşünülmemiştir.

Akut tablo ile başvuran karın içi kanamalı hastalarda anemi (düşük Hb. düzeyi) tanıda önemli bir bulgudur ve Coumadin toksisitesine bağlı kanamalarda Htc düzeyi %23 oranında bulunur (1). Ancak bu tür hastalarda anemiye açıklayabilecek diğer kanamaların (menoraji, metroraji, epistaksis, intraartiküler kanama, hematemez melena vb.) varlığı tanıda karışıklığa neden olabilir. Olgumuzda da görülen anemi (Hb. 5.4g/dl) benzer şekilde menometrorajiye bağlanmıştır.

Direk karın grafileri karın içi kanamaların teşhisinde doğrudan bir bulgu vermemekle birlikte diğer akut karın nedenlerini ekarte etmek bakımından önemlidir. Peptik ülser perforasyonunda, vakaların %80'inde subdiaframatik serbest hava görülmesi ayırıcı tanıda büyük kolaylık sağlar. Aynı şekilde direk karın grafisinde intramural ince barsak hematoma neden olduğu hava-sıvı seviyeleri gösteren barsak tıkanması vakaları da bildirilmiştir (1,6).

Karın ultrasonografisi; karın içine serbest kanamanın yanında intramural barsak hematoma, ileal duplikasyon ve invajinasyon gibi kanama nedeni olabilecek lezyonları da saptayabilir. CT'nin de benzer şekilde tanıya katkısı olabilir. İnce barsak hematoma "coiled spring sign" ve "pseudo kidney sign" CT ile saptanabilir (1,7).

Coumadin toksisitesine bağlı kanamaların tedavisinde

konservatif destek tedavisi önerilmektedir (1,2,3,4,5). Bu amaçla öncelikle Coumadin alımı kesilmelidir. Coumadin kesildikten sonra emboli riskini oluşturan patolojilerin tekrarlanmadığı bildirilmektedir (2). Tedavinin daha sonraki bölümü; volüm açığının kapatılması, Hemorajik diyatezin kısa yoldan azaltılmasıdır. Bu amaçla taze kan, taze dondurulmuş plazma verilebilir (1,2,3,4).

Coumadin, Faktör II, VII, IX ve X ile antikoagulan protein C ve S'nin karboksilasyonu yoluyla hepatik Vitamin K ile etkileşen bir Kumarin antikoagulanıdır. Kronik kullanımda K vitamini eksikliğine benzer bir tablo oluşturur (1,8). Bu nedenle hastalara 10mg/gün K vitamini vermek uygun bir tedavidir (1,4). Ayrıca bu hastalarda, kanama ve pıhtılaşma zamanı ile PT, PTT ve Faktör II ve X aktiviteleri günlük ölçümlerle izlenmelidir. Akut gastrointestinal sistem kanamalarında ve intramural hematoma bağlı ileus tablolarında nazogastrik dekompresyon önerilmektedir (1).

Olgumuzda; daha önceden mide şikayetlerinin olması, ağrının başlama şekli ve gelişimi, fizik muayene bulguları öncelikle peptik ülser perforasyonuna bağlı akut karın tablosunu düşündürdü. Anemi olmasına rağmen bunun nedeni olarak meno-metroraji düşünüldüğünden PT, PTT uzamış ve aktivitesi azalmış olmasına rağmen hasta acilen ameliyat edilmiştir.

Sonuç olarak uzun süreli oral antikoagulan tedavisi gören hastalarda hemorajik diyatez her zaman için bir risktir ve buna bağlı olarak organizmanın değişik yerlerinde spontan kanamalar olabilir (hematemez, melena, hematüri, menoraji, metroraji, epistaksis, intraartiküler kanama vb.). Bu durumda en uygun tedavi konservatif önlemlerdir. Bu tedavi ile kanama kontrol altına alınabilir (1,2,3,4). Ancak olgumuzda literatürde rastlanmayan spontan karın içi kanama

görülmüştür. Sık rastlanmadığından ameliyat öncesi doğru tanı konulamamıştır. Bu nedenle hastaya konservatif tedavi uygulanmamıştır. Bu yazının asıl amacı da terapötik dozlarda bile antikoagulan tedavisi altındaki hastalarda sap-tanan akut karın tablolarında antikoagulanla bağlı spontan karın içi kanamaların da etyolojik faktör olarak düşünülmesi, buna yönelik ultrasonografi ve CT ile tanının doğrulanmasından sonra öncelikle konservatif tedavinin yapılmasını vurgulamaktır.

KAYNAKLAR

1. Shah P, Krallow W, Labm G: Unusual complication of coumadin toxicity. *Wis Med J* 93 (5): 212, 1994.
2. Tabibian N: Acute gastrointestinal bleeding in anticoagulated patients: A prospective evaluation. *Am J Gastroenterol* 84: 10, 1989.
3. Staunton DA, Jacobson AF, Thorning D, Lyneh MK: Coumadin-induced gastrointestinal hemorrhage associated with an ileal duplication. *J Clin Gastroenterol* 12 (6): 685, 1990.
4. Souid AK, Korins K, Keith D, Dubansky S, Sadowitz D: Unexplained menorrhagia and hematuria: a case report of Munchausen's Syndrome by proxy. *Ped Hem Onc* 10: 245, 1993.
5. Coon WW, Willis PW: Hemorrhagic complications of anticoagulant therapy. *Arch Int Med* 133: 386, 1994.
6. Lewine MN, Raskob G, Hirsh J: Risk of hemorrhage associated with long-term anticoagulant therapy. *Drugs* 30: 444, 1985.
7. Lewin J, Patterson E: CT recognition of spontaneous intraperitoneal hemorrhage complicating anticoagulant therapy. *A J R* 134: 1271, 1980.
8. O'Reilly R: Vitamin K and other oral anticoagulant drugs. *Annu Rev Med* 27: 245, 1976.