

# Otopsi ile tanısı konulan yaygın mezenter ven trombozu ve siroz

Dr. İlhami Kömür, Dr. Rifat Özgür Özdemirel, Dr. Bünyamin Başpınar,  
Dr. Bülent Şam, Dr. Ferah Anık Karayel

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul

## ÖZET

Mezenter ven trombozu nadir görülen fakat mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır. Klinik belirtilerinin semptomsuz olması nedeniyle tanı koymak güçtür. Tanı çoğunlukla laparotomi veya otopsi ile konur. Mezenter ven trombozu etiyojisinde birçok faktör sayılmaktadır. Olgumuzda otopsi ve histopatolojik inceleme ile tespit ettiğimiz karaciğer sirozu ve kronik piyelonefrit bu nedenler arasında sayılmaktadır. Bu çalışmada, V. lienalis, V. pankreatika ve süperior mezenterik ven dallarına kadar uzanan portal ven trombozuna bağlı tama yakın ince bağırsak nekrozu gelişmiş olan olgu sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Karaciğer sirozu; mezenter ven trombozu; otopsi.

## GİRİŞ

Mezenterik ven trombozu (MVT) nadir görülen fakat mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır. Belirti ve bulguların değişkenlik göstermesi nedeni ile tanı koymak güçtür. Tanı koymada klinik şüphe önemlidir.<sup>[1-3]</sup> Mezenterik ven trombozu genellikle hiperkoagülasyon bozuklukları ile birlikte görülür. Tüm tromboz olaylarının yaklaşık %40'ında kalıtsal trombofililer sorumlu tutulmaktadır.<sup>[4]</sup> Kalıtsal trombofililer olarak faktör V-Leiden mutasyonu, protrombin dismorfizmi, aktive protein C (APC) rezistansı ile antitrombin III, protein S ve protein C eksikliği sayılabilir.<sup>[5]</sup> Hastalığın ortaya çıkmasında birden çok faktörün ortak etkisinin yer aldığı düşünülmektedir.<sup>[6]</sup> Karaciğer sirozu, sepsis, karın cerrahisi, morbit obezite, karın içi enfeksiyonlar, karaciğer tümörleri MVT'nin diğer önemli nedenleridir.<sup>[7,8]</sup>

Mezenterik arteriyel patolojilere bağlı intestinal iskemilerin aksine venöz patolojiler oldukça nadir görülmektedir. Mezenter ven trombozunda semptomsuz olgular olabileceği gibi bağırsak infarktı ve şok gelişen olgularla klinikte karşılaşılmaktadır.

Nonspesifik klinik belirtilerin varlığı ve klinik şüphenin çok az olmasından dolayı sıklıkla tanıda gecikilmektedir. Erken tanı konulup hemen antikoagülan tedavi başlanması hastalığın seyri açısından çok önemlidir.<sup>[9]</sup> Bütün akut mezenter iskemilerinin yaklaşık %10'unu MVT oluşturmasına rağmen yüksek mortalite oranına sahiptir. Mezenterik ven trombozu tanısı çoğunlukla laparotomi veya otopsi ile konulur.<sup>[10-12]</sup>

Portal ven trombozu (PVT) genel popülasyonda yaşam boyu %1 oranında görülme riskine sahiptir. Portal ven trombozu portal venin herhangi bir yerinde trombüs gelişmesi ile karakterize bir hastalıktır. Trombüs splenik vene, superior mezenterik vene (SMV) hatta intrahepatik portal dallara kadar ilerleyebilir.<sup>[13]</sup> Trombüs SMV'yi ve mezenterik dalları içeriyorsa intestinal iske mi ve ileus gelişebilir. Bu durumda hasta karın ağrısı ya da dispeptik şikayetlere doktora başvurur.<sup>[14,15]</sup>

## OLGU SUNUMU

Olgu 51 yaşında, 77 kg ağırlığında erkektir. Ölen şahsın eşi ölü muayenesi tutanağında; kocasının ölümünden iki gün önce karın ağrısı şikayetleri ile hastaneye gittiğini, midesini üşüttüğü söylenerek ilaç tedavisi başlandığını ve evine gönderildiğini, verilen ilaçları kullanmaya başlamasına rağmen şikayetlerinin geçmediğini ve nefes alışverişinde artış, terleme ile birlikte kusmaya başlaması üzerine ambulans çağırdığını, ambulans ekibi tarafından ilk müdahalenin yapılarak hastaneye götürüldüğünü fakat kocasının kurtarılamayarak hayatını kaybettiğini ifade etmektedir.

Olgumuz, kesin ölüm nedeninin tespit edilmesi için otopsi yapılmak üzere savcılık tarafından Adli Tıp Kurumu'na gönderilmiştir. Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan

İletişim adresi: Dr. İlhami Kömür,

Yenibosna Çobançeşme Mah., Sanayi Caddesi, Kımız Sokak, No: 1,  
Bahçelievler, İstanbul

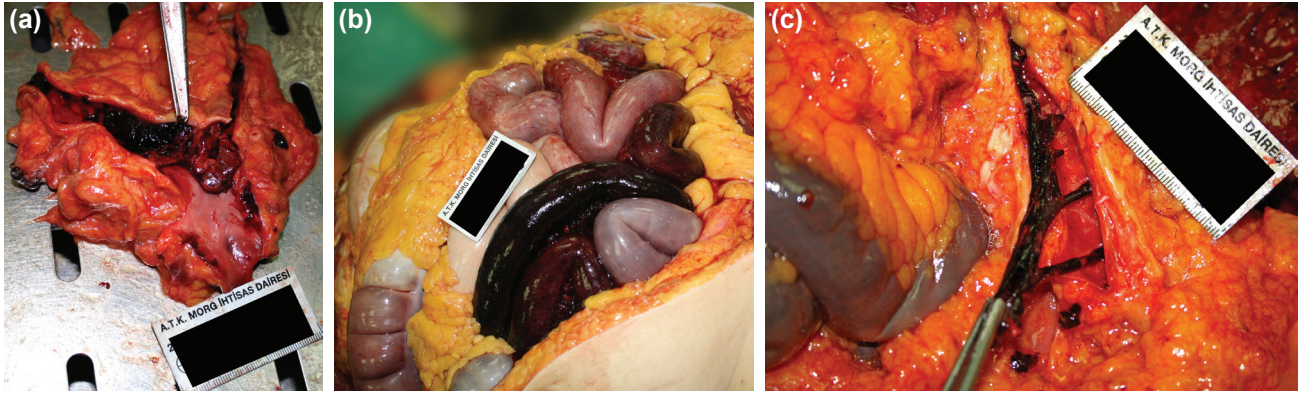
Tel: +90 212 – 454 15 00 E-mail: komurilhami@yahoo.com

Quick Response Code



Ulus Travma Acil Cerrahi Derg  
2015;21(5):414-417  
doi: 10.5505/tjtes.2015.47037

Telif hakkı 2015 TJTES



**Şekil 1. (a)** Trombüs ile tıkalı V. lienalis ve V. pankreatika. **(b)** Nekroza uğramış ince bağırsak segmenti. **(c)** Trombüs ile tıkalı mezenter ven dalları.

otopside, karın açıldığında; 1000 cc serohemorajik sıvı olduğu görüldü. V. lienaliste ve V. pankreatikada ven boyunca lümeni genişletmiş ve tama yakın dolduran pıhtı bulundu. Pıhtı üzerinde yer yer muhtemel Zahn çizgileri ve kesitlerinde Zahn çizgilerine benzer görünüm izlendi. İnce bağırsaklarda yer yer segmente alanlar olduğu, nekroze alanlarda bağırsak lümeni siyah renkte olup kan içerdiği, nekrotik bölgeleri besleyen mezenter arter ve venleri açıldığında nekroze bölgeleri besleyen tüm venlerin V. lienalis ve V. pankreatikalarda olduğu gibi pıhtıyla tıkalı oldukları, bu pıhtılarında diğerleri gibi damar duvarına yapışık ve yer yer Zahn çizgilerinin olduğu görüldü (Şekil 1a-c).

Karaciğerin yüzeyleri çöküntülü, nodüler, sarı kahverengi renkte sirotik görünüm mevcut olup, kesitlerinde hindistan cevizi görünümü izlendi. Derin baldır venleri dissekte edildiğinde damar lümenlerinin açık olduğu görüldü.

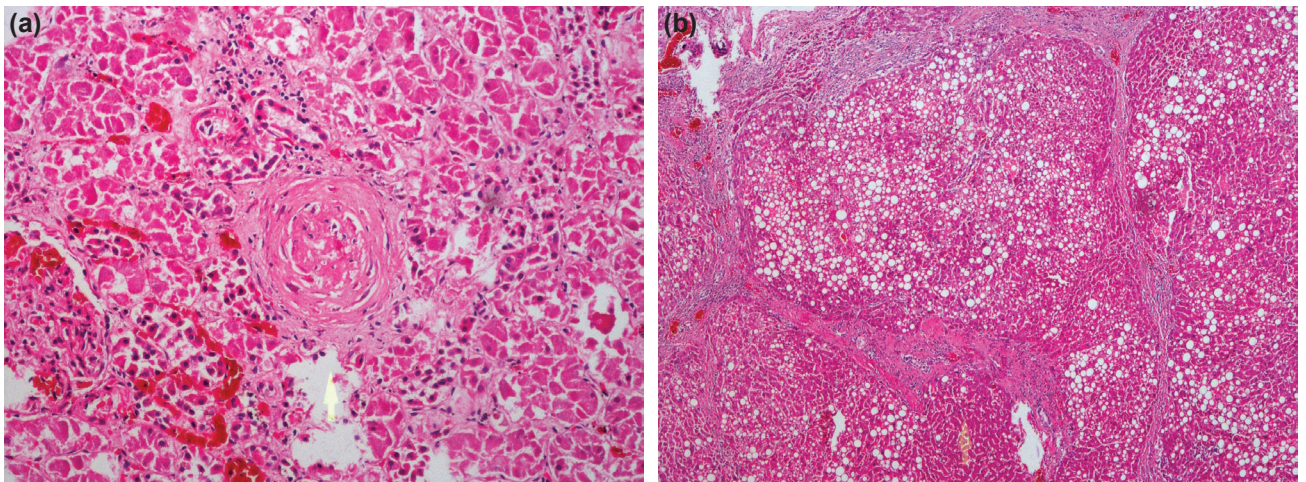
Yapılan histopatolojik incelemede, miyokartta; hipertrofi, perivasküler-interstisyel ve endokardial fibrozis, karaciğerde; siroz, böbreklerde; kronik piyelonefrit odakları ve hiperemi, bağırsak kesitlerinde; transmural hemorajik nekroz ve serozada kanama, mezenter venlerde ise; damar lümeninde trombüs varlığı tespit edildi (Şekil 2a, b).

Yapılan toksikolojik analizlerde; kanda alkol (etanol, metanol) bulunmadı. Kanda ve mesane yıkama sıvısında aranan uyutucu ve uyuşturucu maddeler tespit edilmedi. İç organlar ve midede yapılan sistematik toksikolojik analiz sonucunda aranan maddeler bulunmadı.

Tarafımızca verilen raporda; kişinin ölümünün, dalak ve pankreas venleri ile mezenterik venlerin trombozuna bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu belirtilmiştir.

## TARTIŞMA

Portal ven trombozu ne kadar yaygın ise semptomlar o kadar şiddetlidir. Portal ven trombozunun semptomlu hale gelmesi için genellikle SMV veya dallarına trombozun ilerlemesi gerekmektedir. superior mezenterik ven trombozunda bağırsak iskemisine bağlı olarak karın ağrısı ve dispeptik şikayetler ön planda olur.<sup>[15]</sup> Bizim olgumuz da ölümünden iki gün önce karın ağrısı şikayeti ile hastaneye gitmiş, midesini üşüttüğü söylenerek evine gönderilmiştir. Otopside ise V. lienalis ve V. pankreatikalar dahil olmak üzere mezenterik venlerin trombüs ile tama yakın tıkalı olduğu görüldü.



**Şekil 2. (a)** Karaciğerde sirotik görünüm (HEX10). **(b)** Böbrekte pyelonefritik odak (HEX20).

Portal ven trombozu etiyolojisinde kalıtsal protrombotik hastalıklar, trombofilik bozukluklar, lokal ya da sepsis gibi sistemik enflamatuvar süreçlerin gözlemlendiği klinik tablolar, iyatrojenik ya da travmaya bağlı portal ven yaralanmaları dik-kati çekmektedir. Budd-Chiari sendromu, karaciğer sirozu, hepatik ve pankreatik maligniteler, konjestif kalp yetersizliği, kronik böbrek yetersizliği, viral ve bakteriyel enfeksiyonlar PVT'den sorumlu tutulan risk faktörleri arasında yer almaktadır. Ortalama %20 civarında ise idiyopatik olarak gelişebileceği belirtilmiştir.<sup>[7,8,16]</sup> Portal ven trombozu kompanse sirozların %0.6–16'sında ve dekompanse sirozuların ise %35'inde saptanabilir. Amitrano ve ark.nın yaptığı çalışmada hastanede yatan 701 sirozlu hastanın 79'unda (%11) rutin ultrasonografi yapıldığında PVT saptanmıştır. Bunların 34'ü (%43) semptomsuzken, 45'inde (%57) portal hipertansif kanama, karın ağrısı ve mezenterik ven tutulumuna bağlı intestinal infarkt saptanmıştır.<sup>[17]</sup> Karaciğerden sentezlenen ve K vitaminine bağımlı bir antikoagülan olan protein C'nin eksikliği, MVT oluşumu için önemli bir risk faktörüdür.<sup>[18]</sup> Olgumuzda otopsi bulguları ve histopatolojik incelemelerde; karaciğer sirozu ve kronik pyelonefrit tespit edilmiştir. Olgumuzda PVT nedenleri arasında sayılan birden çok faktör bir arada bulunmaktadır. Bunların en önemlisi karaciğer sirozu ve kronik piyelonefrite bağlı batın içinde kronik bir enfeksiyon odağının bulunmasıdır. Karaciğer sirozu olan olgumuzda, protein C eksikliğine bağlı koagülasyon bozukluğunun MVT oluşumunu başlattığı, böbreklerdeki kronik enfeksiyonun ise trombüsün oluşumuna ve yaygınlaşmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Portal ven trombozu dört grup halinde sınıflandırılır. Tip I'de trombüs portal vende sınırlı kalmıştır. Tip II'de ise trombüs SMV'ye kadar uzanmıştır. Tip III'de splanknik venöz sistemde yaygın tutulumla birlikte geniş kollateraller gözlenir. Tip IV'de ince kollateraller vardır.<sup>[15]</sup> Yaygın ince bağırsak enfarktüsü bu hastalarda mortalitenin önemli nedenlerindedir.<sup>[16]</sup> Bizim olgumuzda da otopside; bağırsaklarda segmenter tutulum gösteren yaygın nekrotik alanlar görüldü. V. lienalis, V. pankreatika ve mezenterik venlerde lümeni tama yakın dolduran pıhtı bulundu. Bu bulgularla olgumuzun Tip IV PVT olduğu düşünüldü.

Mezenterik trombosizde portal venöz fazda çekilmiş kontrastlı tomografi (BT) ve portal venöz trombosizde abdominal Doppler ultrasonografi doğru tanı koyma ve hasta takibinde değerli yöntemlerdir.<sup>[19]</sup> Mezenter ven trombozunda klinik semptomların atipik olması ve altta yatan hastalıkların farklılık göstermesi nedeniyle tanı koymada zorluklar yaşanmaktadır. Cerrahi müdahalenin gecikmesi mortalitenin yüksek olmasına neden olmaktadır. Olgumuzun, hastaneye gittiğinde mezenter ven trombozundan şüphelenilerek gerekli görüntüleme yöntemlerinin kullanılması halinde tanısı konularak tedavi edilebileceği düşünüldü. Klinik şüphe ile uygun görüntüleme yön-

temlerinin kullanılmadığı olgularda, olgumuzda olduğu gibi tanı otopsi ile konulmaktadır.

**Çıkar örtüşmesi:** Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Acosta S, Alhadad A, Svensson P, Ekberg O. Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis. *Br J Surg* 2008;95:1245–51. [CrossRef](#)
2. Abdu RA, Zakhour BJ, Dallis DJ. Mesenteric venous thrombosis-1911 to 1984. *Surgery* 1987;101:383–8.
3. Rhee RY, Glociczki P, Mendonca CT, Petterson TM, Serry RD, Sarr MG, et al. Mesenteric venous thrombosis: still a lethal disease in the 1990s. *J Vasc Surg* 1994;20:688–97. [CrossRef](#)
4. Bick RL. Hereditary and acquired thrombophilia. Part I. Preface. *Semin Thromb Hemost* 1999;25:251–3. [CrossRef](#)
5. Konstantinides S, Kasper W. Pulmonary embolism. In: Crawford MH, DiMarco JP, editors. *Cardiology*. 1st ed: London, Mosby 2001;5:1–10.
6. Rosendaal FR. Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet* 1999;353:1167–73. [CrossRef](#)
7. Ozkan U, Oğuzkurt L, Tercan F, Tokmak N. Percutaneous transhepatic thrombolysis in the treatment of acute portal venous thrombosis. *Diagn Interv Radiol* 2006;12:105–7.
8. Byard RW. Acute mesenteric ischaemia and unexpected death. *J Forensic Leg Med* 2012;19:185–90. [CrossRef](#)
9. Özcan C, Anadol E. Mesenteric Venous Thrombosis. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 2008;1:102–6.
10. Zhang J, Duan ZQ, Song QB, Luo YW, Xin SJ, Zhang Q. Acute mesenteric venous thrombosis: a better outcome achieved through improved imaging techniques and a changed policy of clinical management. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004;28:329–34. [CrossRef](#)
11. Kumar S, Sarr MG, Kamath PS. Mesenteric venous thrombosis. *N Engl J Med* 2001;345:1683–8. [CrossRef](#)
12. Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, Edmonds HJ, Burger CD. Acute mesenteric ischemia: a clinical review. *Arch Intern Med* 2004;164:1054–62. [CrossRef](#)
13. Ogren M, Bergqvist D, Björck M, Acosta S, Eriksson H, Sternby NH. Portal vein thrombosis: prevalence, patient characteristics and lifetime risk: a population study based on 23,796 consecutive autopsies. *World J Gastroenterol* 2006;12:2115–9.
14. Hall TC, Garcea G, Metcalfe M, Bilku D, Dennison AR. Management of acute non-cirrhotic and non-malignant portal vein thrombosis: a systematic review. *World J Surg* 2011;35:2510–20. [CrossRef](#)
15. Chawla Y, Duseja A, Dhiman RK. Review article: the modern management of portal vein thrombosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:881–94. [CrossRef](#)
16. Jamieson NV. Changing perspectives in portal vein thrombosis and liver transplantation. *Transplantation* 2000;69:1772–4. [CrossRef](#)
17. Amitrano L, Guardascione MA, Brancaccio V, Margaglione M, Manguso F, Iannaccone L, et al. Risk factors and clinical presentation of portal vein thrombosis in patients with liver cirrhosis. *J Hepatol* 2004;40:736–41.
18. Schafer AI. Hypercoagulable states: molecular genetics to clinical practice. *Lancet* 1994;344:1739–42. [CrossRef](#)
19. Sacerdoti D, Serianni G, Gaiani S, Bolognesi M, Bombonato G, Gatta A. Thrombosis of the portal venous system. *J Ultrasound* 2007;10:12–21.

CASE REPORT - ABSTRACT

## Widespread mesenteric venous thrombosis and cirrhosis diagnosed with autopsy

İlhami Kömür, M.D., Rifat Özgür Özdemirel, M.D., Bünyamin Başpınar, M.D., Bülent Şam, M.D., Ferah Anık Karayel, M.D.

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

Mesenteric venous thrombosis is a rare disorder with a high mortality rate. Since patients remain asymptomatic, diagnosis of the disease is difficult. Diagnosis can be mainly made with either laparotomy or autopsy. Many factors are considered in the etiology of mesenteric venous thrombosis. Liver cirrhosis and chronic pyelonephritis, which we detected in the autopsy and histologic examination of our case, are considered as two of the factors. In our study, it was aimed to present a case with near-total intestinal necrosis caused by portal vein thrombosis which spread to the lineal vein, pancreatic vein and to the branches of superior mesenteric veins.

Keywords: Liver cirrhosis; mesenteric venous thrombosis; autopsy.

Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2015;21(5):414–417 doi: 10.5505/tjtes.2015.47037