

Kumadine bağlı olarak gelişen intramural özofagus hematomu: Olgu sunumu

Intramural esophageal hematoma related to coumadin: Case report

Mehmet Hadi YAŞA¹, Songül ÇILDAĞ¹, Fisun TAŞKIN², Serdar ŞEN³, Vahit YÜKSELEN¹, Can KARAMAN²,
Ali Önder KARAOĞLU¹

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı¹, Radyoloji Anabilim Dalı², Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı³, Aydın

İntramural özofagus hematomu, özofagusun nadir görülen hastalıklarından birisidir. Odinofaji veya disfaji ile birlikte hematemez görülmesi tipiktir ancak her vakada görülmez. Semptomlar bazen nonspesifiktir. Genellikle özofagogastroskopi ve tomografi ile tanı konulur. Bu çalışmada, kumadine bağlı olarak intramural özofagus hematomu gelişen ve konservatif tedavi ile düzelen 63 yaşında bir erkek hasta sunularak bu konudaki literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar sözcükler: İntramural özofagus hematomu, kumadin

Intramural esophageal hematoma is a rare form of esophageal disease. The typical features, chest pain with odynophagia or dysphagia and hematemesis, are usually present but not always elicited at presentation. Sometimes the presenting symptoms are nonspecific. Esophagogastros-copy and computed tomography scan are usually needed to establish the diagnosis of intramural esophageal hematoma. In this study, we report the case of a 63-year-old man who developed an intramural esophageal hematoma related with coumadin and who was successfully treated with conservative measures, and we review the available literature.

Key words: Intramural esophageal hematoma, coumadin

GİRİŞ VE AMAÇ

İntramural özofageal hematomu, disfaji ve odinofajinin eşlik ettiği göğüs ağrısı ve hematemez ile seyreden nadir görülen bir klinik durumdur. Spontan olarak ya da travma nedeniyle gelişebilir (1). Spontan gelişen intramural özofageal hematomlarda etyolojik faktörlerden biri de antikoagülan kullanımınıdır. Endoskopi ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ve özellikle tomografi ile tanı konulur. Konservatif tedavi ile tamamen düzelme sağlanır. Bu makalede kumadine bağlı olarak intramural özofageal hematoma gelişip, endoskopi ve bilgisayarlı tomografi ile tanı konulan ve konservatif tedavi ile tam düzelme sağlanan bir olgu sunularak konu hakkındaki literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU

63 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 saat önce ani gelişen halsizlik, öğürme ve kanlı kusma nedeniyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Hasta, anamnezinde herhangi bir dispeptik yakınma, peptik ülser, geçirilmiş gastrointestinal sistem kanaması, ameliyat veya travma tanımlamıyor-

du. Ancak hasta sorgulanınca 3 hafta önce çarpıntı nedeniyle başvurduğu başka bir sağlık merkezinde kronik atrial fibrilasyon tanısı aldığı ve kumadin 2,5 mg / gün başlandığı öğrenildi. Hasta üst gastrointestinal kanama nedeniyle, tanı ve tedavisi için hastanemiz dahiliye yoğun bakımına yatırıldı.

Fizik muayenede; periferik nabız: 150/dakika, düzensiz, arteriyel kan basıncı: 135/80 mmHg, ateş: 36.8°, konjonktivalar ve cilt ise soluktu. Karın muayenesinde epigastrik hassasiyet vardı. Rektal tuşede melena bulaşığı saptandı. Laboratuvar testlerinde; hemoglobin: 7.9 gr/dl, hematokrit: %28.3, trombosit sayısı: 274.000 /mm³, lökosit sayısı: 9.700 mm³/dl, protrombin zamanı: 36.7 saniye (normal: 10.70-13.60), INR; 5,47 (normal: 0.90-1.10) idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile tümör markerları (CEA, Ca-19-9) normal olan hastanın elektrokardiogramda kronik atrial fibrilasyon bulguları mevcuttu.

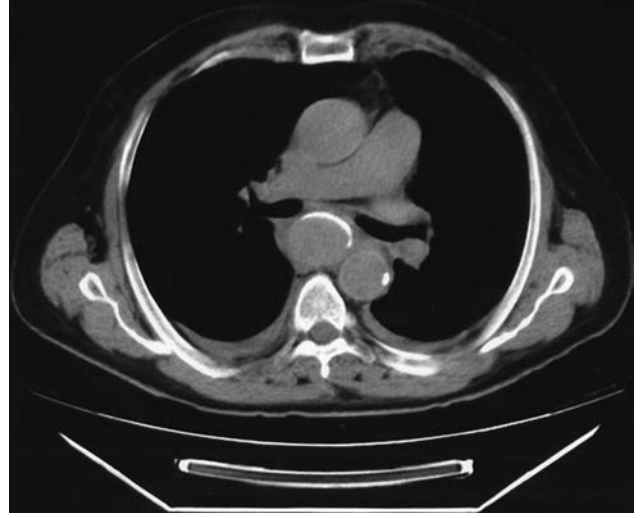
Yoğun bakıma yatırılan hastanın oral alımı kesildi, intravenöz sıvı replasmanı, taze donmuş plazma (10 ml/kg/gün) ve 2 ünite eritrosit süspansiyonu infüzyonuna başlandı. Kumadin (warfarin

sodium) ise kesildi. Ayrıca parenteral omeprazol 2x40 mg/gün başlandı. Ancak ertesi gün yoğun bakımda yatan hastada yine öğürmeleri takiben yaklaşık 300-400 ml kadar taze kan kusma görüldü. Bunun üzerine hastaya önce 10 mg metoklopramide IV puşe edildi ve ardından metoklopramide infüzyonuna (40 mg/gün infüzyon) başlanarak hastanın öğürmeleri önledi. Hastanın genel durumunun stabil hale geldiği 2. günde yapılan üst gastrointestinal endoskopide; özofagusta 27. santimden başlayıp arka duvarı tamamen kaplayan, lümeni yaklaşık %80-%90 oranında daraltan, aşağı doğru longitudinal olarak uzanan, üzerinde pıhtılar bulunan mor renkli yumuşak kıvamda kitle görüldü (Resim 1). Kitle çok furajildi. Kanama riski nedeniyle distale geçilmedi. Aynı gün yapılan kontrastlı Bilgisayarlı Tomografi (BT) incelemesinde, proksimal özofagus arka duvarında 2,5 cm'lik bir segment boyunca çift lümen görünümü vardı. Lümen yanmay şeklindeydi ve hemen bu kesimin distalinden gastro-özofageal bileşkeye kadar lümeni tamamen dolduran, kontrast tutmayan düşük dansiteli oluşum saptandı. Diğer mediastinal yapılarda patoloji izlenmedi (Resim 2).

Bu bulgularla hastaya warfarin tedavisine bağlı olarak gelişen intramural özofageal hematoma tanısı konuldu ve konservatif tedaviye devam edildi. Hastaya 6 ünite eritrosit süspansiyonu ile İNR

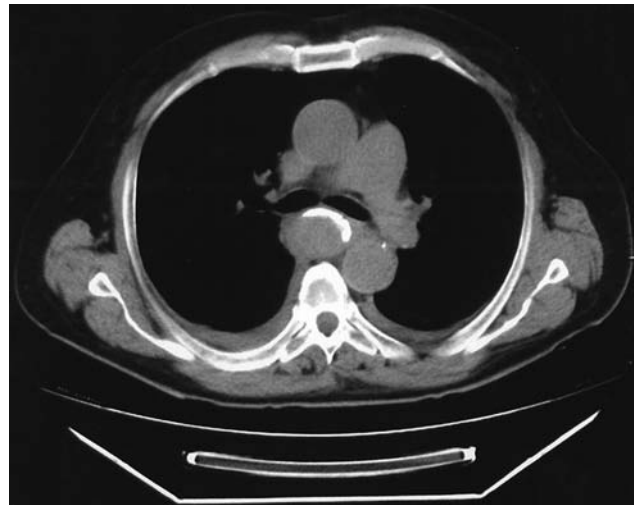


Resim 1. Özofagusta görülen yumuşak kitlenin tedavi öncesindeki endoskopik görünümü



Resim 2. Özofagustaki kitlenin tedavi öncesi kontrastlı tomografideki görünümü

ve protrombin zamanı normal seviyeye gelinceye kadar toplam 23 ünite taze donmuş plazma (10 ml/kg/gün) verildi. Halsizliği azalan hastanın genel durumu düzelmeye başladı. Bir hafta sonra yapılan kontrol endoskopisinde hematomun büyük oranda rezorbe olmaya başladığı ve lümendeki daralmanın yaklaşık %50 oranında gerilediği gözlemlendi. Kanaması tekrarlamayan hastanın kliniğinde büyük oranda düzelmeye gözlemlendi. Kan tablosu da düzeldi. Hb değeri; 11.4 gr/dl'a, hematokrit değeri ise %34.3'e çıktı. 3 hafta sonra yapılan kontrol tomografisinde de lümenin büyük oranda açıldığı ve kitlenin rezorbe olduğu saptandı. (Resim 3). Tekrarlanan üçüncü



Resim 3. Tedavi sonrası çekilen bilgisayarlı tomografide özofagustaki kitlenin görünümü



Resim 4. Özofagustaki hematomun tedavi sonrasındaki endoskopik görünümü

endoskopisinde de hematomun tamamen rezorbe olduğu, ön duvarda 2 mm çaplı, mukozadan çökük ve distale doğru 7-8 cm kadar uzanım gösteren, iyileşmekte olan, etrafı hiperemik laserasyon (mukozal yırtık) izi gözlemlendi (Resim 4). Özofago-gastroskopi sırasında lezyonun distaline de geçildi. Ancak mide ve duodenumda herhangi bir ek patoloji izlenmedi. Bunun üzerine hastada oral sulu gıdaya başlandı. Daha sonra normal gıda başlanan hasta 4. haftada şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Intramural özofageal hematoma, özofagusun müsküler tabakasının mukozadan ayrılması ile oluşan nadir bir klinik durumdur. İlk defa 1957 yılında Williams tarafından tanımlanmıştır (2). İnsidansı yaşla birlikte artış göstermektedir. 60 yaşın üzerinde sıklığı artar. Kadınlarda daha sık görülmektedir (1).

Intramural özofageal hematomlar; intra-özofageal basınçta ani artışa neden olan öksürük ve zorlu kusma gibi durumlarda, kanama diyatezine neden olan hastalıklarda (hemodiyaliz, siroz, hematolojik nedenler vb.), ilaç kullanımına (antikoagülanlar, antiplateletler vb.) bağlı olarak veya endoskopik biyopsi, dilatasyon, skleroterapi, transözofageal ultrasonografi ya da yabancı

cisim gibi travmatik sebeplerle meydana gelebilir (3-7). Hastalarda retrosternal göğüs ağrısı (%83), hematemez (%71), odinofaji (%41), disfaji (%32) gibi semptomlar görülür (8). Bazen semptomlar nonspesifiktir.

Mallory Weiss Sendromu, Boerhaave Sendromu, torasik aort diseksiyonu ve akut myokard enfarktüsü ile ayırıcı tanının yapılabilmesi için dikkatli bir anamnez alınması gerekir (7).

Tanı yöntemleri olarak endoskopik görüntüleme, kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılabilir (1, 7).

Endoskopik görüntüleme, güvenilir ve tanısal olmasından dolayı hematemezi olan vakalarda ilk tercihtir (9-14). Büyük hematomlarda endoskopik görünüm tipiktir.

Endoskopik incelemede özofagus uzun aksına paralel, büyük, koyu kırmızı veya mavi-mor renkte, lümeneye doğru ilerlemiş, yüzeysel, düzgün, kabark yumuşak ve furajil kitle görülmesi tipiktir (5, 7). Bizim vakamızda da lümeni büyük oranda doldurup longitudinal olarak aşağı doğru uzanan mor renkli lezyon gözlemlendi. Sık görülen bir durum olmadığı için mide veya duodenumdan kaynaklanan hematoma veya özofageal tümörlerle karışabilir. Hematomun çabuk rezorbe olması nedeniyle, endoskopinin erken yapılmadığı durumlarda tanı konulmasında güçlükler yaşanabilir. Tam rezorbsiyon sonrası endoskopide mukozal yırtık izi tespit edilir (7, 15).

Özofageal kanamanın devam etmesi nedeniyle endoskopinin yapılamadığı ya da işlem sırasındaki akut kanama nedeniyle endoskopinin başarısız kaldığı durumlar ile aort diseksiyonu ve diğer hastalıkların dışlanması gerektiği durumlarda kontrastlı BT inceleme oldukça yararlıdır. Kontrastlı BT de özofageal hematoma, kontrastlanmayan, su veya kan dansitesinde, mediastinel kanama olmadan, özofageal lümeninde sınırlı, longitudinal kitle şeklinde görülür. Oysa özofagus diseksiyonu ve buna bağlı olarak gelişen intramural özofagus hematomunda özofagus duvarında kontrastlanmayan duvar kalınlaşması ve gerçek lümenin yarım ay şeklini alması tipiktir (7, 15). Bizim vakamızda da BT’de lümeni dolduran hematoma nedeniyle lümen yarım ay şeklinde gözlemlenmiştir.

Intramural özofageal hematoma acil bir klinik durumdur. Dramatik kan kusmaları görülmesine rağmen erken tanı konulduğunda, bizim hastamızda da olduğu gibi konservatif tedavi ile mükkemmel klinik düzelme gözlenir. Ana tedavi

prensibi konservatif ve destekleyici tedavidir. Oral alım kesilir, intravenöz sıvı replasmanı ve gerekirse kan ve/veya taze donmuş plazma transfüzyonu yapılır. Proton pompa inhibitörlerinin yararlı olduğu gösterilmiştir. Etiyolojik neden biliniyorsa mutlaka ortadan kaldırılmalıdır. Hematomun boyutuna göre tedaviden ortalama 2-3 hafta sonra tam bir rezorpsiyon gözlenir (1, 7, 15, 16).

Antikoagülanlara bağlı intramural özofagus hematomu ise nadir görülen bir klinik durumdur. Ancak özellikle abondan ve nedeni bilinmeyen

üst gastrointestinal kanamalarında nadir de olsa antikoagülan kullanımına bağlı spontan hematoma gelişebileceği unutulmamalıdır (1).

İntramural özofagus hematomlarında vakaların sadece %15'inde cerrahi tedaviye gerek duyulur (9, 17, 18).

Sonuç olarak warfarin gibi herhangi bir antikoagülan kullanan ve hematemezle hastahaneye başvuran hastalarda diğer etiyolojik faktörlerin yanı sıra intramural özofageal hematoma da akıldan bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Freeman ALL, Dickinson RJ. Spontaneous intramural oesophageal haematoma. *Clin Radiol* 1988; 39: 628-34.
2. Williams B. Case report. Oesophageal laceration following remote trauma. *Br J Radiol*. 1997; 30: 666-8.
3. Hulyakkar AR, Ayd JD. Low risk of gastroesophageal injury associated with transesophageal echocardiography during cardiac surgery. *J Cardiothor Vasc Anesth* 1993; 7: 175-7.
4. Joffe N, Millan VG. Postemetic dissecting intramural hematoma of the esophagus. *Radiology* 1970; 95: 379-80.
5. Mossiman F, Bronnimann B. Intramural haematoma of the oesophagus complicating sclerotherapy for varices. *Gut* 1994; 35: 130-1.
6. Jones DB, Frost RA, Goodaere R. Intramural hematoma of the esophagus: a complication of endoscopic injection sclerotherapy. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 239-40.
7. Biagi G, Capelli G, Propersi L, et al. Spontaneous intramural oesophageal haematoma of the oesophagus. *Thorax* 1993; 3: 394-5.
8. Hanson JM, Neilson D, Pettit SH. Intramural esophageal dissection. *Thorax* 1991; 46: 525-7.
9. Sen A, Lea RE. Spontaneous oesophageal haematoma: A review of the difficult diagnosis. *Ann R Coll Surg Engl* 1993; 75: 293-5.
10. Spiller RC, Catto JV, Kane SP. Spontaneous dissecting intramural haematoma of the esophagus: a rare cause of haematemesis and dysphagia. *Endoscopy* 1981; 13: 128-30.
11. Murata N, Kuroda T, Fujino S, et al. Submucosal dissection of the oesophagus: a case report. *Endoscopy* 1991; 23: 95-7.
12. Ackert JJ, Sherman A, Lustbader IJ, et al. Spontaneous intramural rupture of the esophagus. *Gut* 1990; 31: 345-9.
13. Herbetko J, Brunton FJ. Oesophageal haematoma : report of three cases. *Clin Radiol* 1988; 39: 462-3.
14. Clark W, Cook IJ. Spontaneous intramural haematoma of the oesophagus : radiologic recognition. *Australas Radiol* 1996; 40: 269-72.
15. Hiller N, Zagal I, Hadas-Halpern I. Spontaneous intramural hematoma of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2282-4.
16. Hsu CC, Changehien CS. Endoscopic and radiological features of intramural esophageal dissection. *Endoscopy* 2001; 33: 379-81.
17. Flippini CD, Schoch O, et al. Intramural rupture and intramural hematoma of the esophagus: 3 case reports and literature review. *Schweiz Med Wochenschr* 1992; 122: 416-23.
18. Shay SS, Berendson RA, Johnson LF. Esophageal hematoma: four new cases, a review and proposed etiology. *Dig Dis Sci* 1981; 26: 1019-24.