

Akut Superior Mezenterik Ven Trombozu: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Acute Superior Mesenteric Venous Thrombosis: A Case Report and Review of the Literature

Barış BAYRAKTAR,^a
Yaşar ÇOLAK,^b
Tunç EREN,^a
Salih BÖLÜK,^a
Zeynep ÖZKAN,^a
Yahya ÇELİK,^a
Sümevra YILDIRIM,^a
Mehmet Gökçe YILMABAŞAR^c

^aGenel Cerrahi Kliniği,
^bGastroenteroloji Kliniği,
^cRadyoloji Kliniği,
S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 26.08.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 14.03.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Tunç EREN
S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
drtunceren@yahoo.com

ÖZET Mezenterik ven trombozu (MVT) nadir görülen bir akut batın nedeni olup, tüm akut mezenter iskemisi olgularının %5-15'inden sorumludur. Altta yatan predispozan faktörün bulunamadığı primer MVT ve etiyojinin saptanabildiği sekonder MVT olarak ikiye ayrılır. Hastalık genellikle nonspesifik abdominal ağrı ile başlar ve takiben progresif olarak artan ağrıya, bulantı, kusma, kanlı diyare ve daha ileri olgularda septik tablo eşlik eder. Ancak hastalar ilk başvuruda genellikle nonspesifik semptomlara sahip olduklarından, tanı güç olabilmekte ve tedavi gecikebilmektedir. Hastalığa yönelik gelişen ileri tanısal tekniklere rağmen halen mortalite %15-40 oranındadır. Burada kliniğimize karın ağrısı ile başvuran, superior MVT tanısı alan, cerrahi rezeksiyon ve tromboembolektomi uygulanan 60 yaşında bir erkek olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Mezenterik venler; venöz tromboz

ABSTRACT Mesenteric venous thrombosis (MVT) is a rare cause of acute abdomen and accounts for 5-15% of all acute mesenteric ischemia cases. It is divided into two groups as primary MVT in which an underlying predisposing factor cannot be found and secondary MVT in which the etiology can be detected. Disease usually begins with nonspecific abdominal pain and afterwards emesis, vomiting, bloody diarrhea and in advanced cases sepsis accompany with progressively increasing pain. However making a diagnosis can be difficult and treatment can be delayed as the patients usually have nonspecific symptoms on the first admission. Mortality rate is still about 15-40% despite advanced diagnostic techniques for the disease. Herein, a 60-year-old male patient who presented to our clinic with abdominal pain, who was diagnosed with superior MVT and underwent surgical resection and thromboembolectomy is presented.

Key Words: Mesenteric veins; venous thrombosis

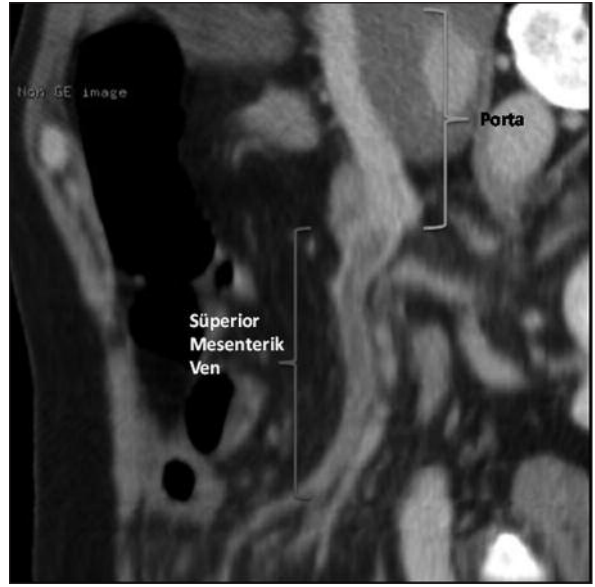
Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(5):1405-9

Mezenterik ven trombozu (MVT) nadir görülen bir akut batın nedeni olup, tüm akut mezenter iskemisi olgularının %5-15'ini oluşturmaktadır.¹ Altta yatan predispozan faktörün bulunamadığı primer MVT ve etiyojinin saptanabildiği sekonder MVT olarak ikiye ayrılır. Sekonder nedenler arasında, hiperkoagülabilitate yaratan, geçirilmiş abdominal cerrahi, malignite varlığı, miyeloproliferatif hastalıklar, oral kontraseptif gibi bazı ilaçların kullanımı, protein S ve C eksiklikleri, antitrombin 3 eksikliği, protrombin ve faktör V Leiden mutasyonu gibi sebepler sayılabilir. Hastalık genellikle nonspesifik abdominal ağrı ile başlar ve takiben progresif olarak artan ağrıya, bulantı, kusma, kanlı diyare ve daha

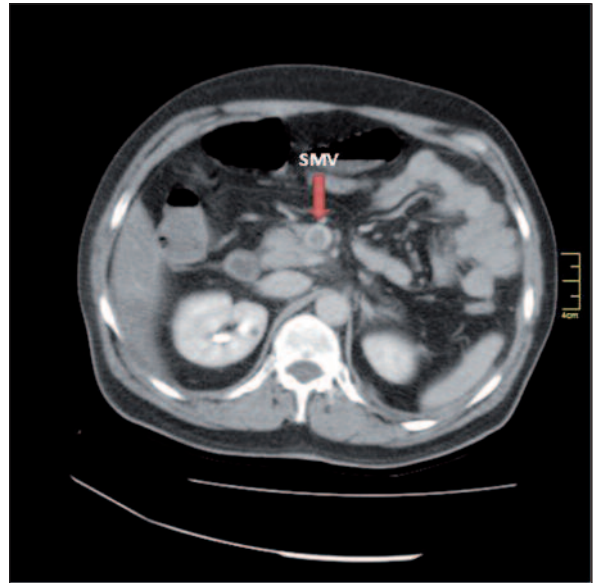
ileri olgularda septik tablo eşlik eder. Mevcut tanısal tetkiklere rağmen tanısı güç olan bu durum, erken tanı ve tedavi yapılmadığı takdirde yüksek mortaliteye sahiptir. Burada, kliniğimize karın ağrısı ile başvuran, superior MVT tanısı alan, cerrahi rezeksiyon ve tromboembektomi uygulanan olgumuz sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Altmış yaşında erkek hasta, son on gündür devam eden karın ağrısı nedeni ile acil polikliniğimize başvurdu. Bilinen bir hastalığı ve herhangi bir ilaç kullanımını olmayan olgumuzun, on gün önce başlayan, giderek artan, göbek çevresinde, son iki gündür ara ara ateşin de eşlik ettiği karın ağrısı şikâyeti bulunmaktaydı. Son iki gündür gaz ve gaita çıkışının da olmadığını ifade etmekteydi. Fizik muayenede ateş 37,2°C, bağırsak sesleri hipoaktif, batında yaygın hassasiyet, defans ve rebound varlığı saptandı. Başvuru sırasındaki biyokimyasal tetkiklerinde lökosit değeri 12 000/mm³ (nötrofil %80), sedimantasyon hızı 48 mm/saat, CRP 12 mg/dL saptanan olgumuzun takiplerinde lökosit değeri 16 500/mm³ değerine yükseldi. Diğer biyokimyasal tetkiklerinde özellik saptanmadı. Batın ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemelerinde batın içi yaygın serbest sıvı, ince bağırsaklarda aralarında salim segmentlerin bulunduğu ödemli ince bağırsak ansları ve superior mezenterik venede visseral dallardan splenik ven bileşkesine kadar trombus ile uyumlu olabilecek dolmuş defektli izlenmesi üzerine tanısal laparoskopi kararı alındı (Resim 1, 2). Laparoskopik eksplorasyonda ince bağırsak anslarının ödemli ve yer yer iskemik gözlenmesi üzerine laparotomi kararı alındı. Laparotomi eksploratriste Treitz ligamanından sonra yaklaşık 230. cm'den itibaren yaklaşık 140 cm'lik ince bağırsak segmentinde iskemi, ödem, hiperemi ve nekroz bulguları ile superior mezenterik ven trombozu ve buna bağlı mezenter iskemi saptandı. Superior mezenter ven köküne yapılan venotomi ile tromboembektomi gerçekleştirildi. Sonrasında nekroze olduğu izlenen ince bağırsak segmentlerine rezeksiyon uygulandı (Resim 3, 4). Tromboembektomi ve rezeksiyonu takiben geride kalan ve şüpheli olan ince bağırsak anslarında da viabilitenin yeterliliğinin kontrol

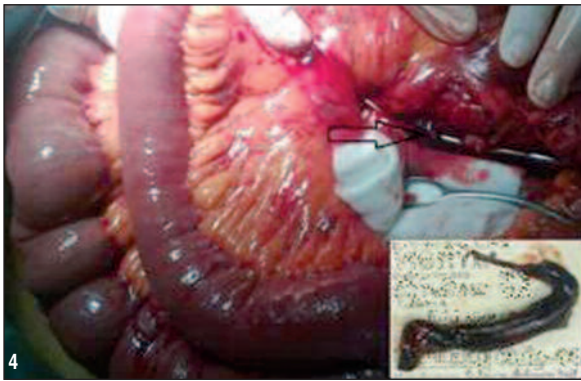
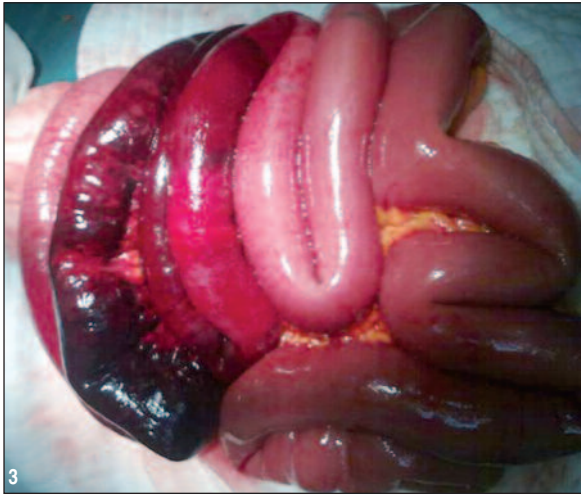


RESİM 1: Batın bilgisayarlı tomografi incelemesi sagittal kesitlerinde superior mezenterik ven içerisindeki trombusun görüntüsü.



RESİM 2: Venöz fazda kontrastlı aksiyel batın bilgisayarlı tomografi kesitlerinde superior mezenterik ven içerisindeki trombus görüntüsü. (Renkli hal için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)

edilmesini takiben uç uca anastomoz uygulandı. Erken postoperatif dönemde klasik i.v. heparin infüzyonu başlandı. Ameliyat sonrası ikinci gününde gaz-gaita deşarjı başlayan, karın ağrısı gerileyen ve oral beslenme başlanan hasta ameliyat sonrası on birinci gününde sorunsuz olarak taburcu edildi. Olası hiperkoagülabilité yönünden istenen tetkik-



RESİM 3, 4: İnce bağırsak iskemisi ve bağırsak nekrozu (solda), superior mezenterik ven içerisinde çıkarılan emboli materyali (sağda).
(Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)

lerinde (Faktör V Leiden ve protrombin 20 210 gen mutasyonu, protein C ve S, homosistein, antikardiyolipin antikorlar, lupus antikoagulanı, ekokardiyografi, bacak venöz doppler incelemeleri) özellik saptanmadı. Beş günlük heparin infüzyonu sonrası kademeli olarak düşük molekül ağırlıklı heparin ve oral warfarin tedavisine geçilen hasta halen warfarin tedavisine devam etmekte ve polikliniğimiz tarafından takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Akut MVT mezenterik venlerde tromboz ve buna eşlik eden bağırsak iskemisiyle seyreden klinik bir tablodur. İlk olarak 1935 yılında bağırsak iskemisi nedeni ile cerrahi rezeksiyon uygulanan bir hastada tarif edilmiştir.¹ Altta yatan bir nedenin bulunmadığı primer (idiyopatik) MVT ve yandaş bir durum veya predispozan bir nedenin bulunduğu

sekonder MVT olmak üzere ikiye ayrılır. Akut mezenter iskemisinin yaklaşık %5-15'inden sorumlu olan bu durum arteriyel oklüzyonlara göre daha iyi seyirlidir.² Hastalık ile sıklıkla ilişkili olan durumlar arasında, geçirilmiş abdominal cerrahi, travma, gebelik, pankreatit, kronik böbrek yetersizliği, miyeloproliferatif hastalık varlığı veya hiperkoagülabilitate yaratan protein S ve C eksiklikleri, antitrombin III eksikliği, protrombin ve faktör V Leiden mutasyonu ve oral kontraseptif kullanımı gibi nedenler sayılabilir.

Hastalığın tanısı için öncelikle dikkatli bir anamnez ve klinik şüphe gereklidir. Fizik muayene ve laboratuvar bulgularının nonspesifik olması nedeni ile tanısı zor olan bir hastalıktır. Sıklıkla ilk semptomlar abdominal ağrı ve huzursuzluktur. Ağrı tipik olarak progresif şekilde artar. Ağrı başlangıcından tanı konulmasına kadar geçen süre ortalama 6,8 gün olarak bildirilmiştir.³ Diğer semptomlar arasında bulantı ve kusma (%45), ateş (%37), hematokezya (%23), hematemez (%18), gaz-gaita çıkışının olmaması (%19) ve diyare (%16) bulunmaktadır. Fizik muayenede, abdominal hassasiyet (%80), peritonit bulguları (%10), rektal tuşede kan varlığı (%23) saptanabilir.³ Laboratuvar bulguları arasında lökositoz, metabolik asidoz ve laktat değerlerinde artış, D-dimer yüksekliği sayılabilir. Günümüzdeki tanısal yöntemlere rağmen, literatürde %15-40 oranında bildirilen mortalitenin nedeni sıklıkla tanısal gecikmedir.⁴⁻⁷

Abdominal görüntüleme yöntemleri tanıda önemli yer alır. Sıklıkla ilk başvurulacak yöntem kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) olmakla birlikte, MVT tanısında en duyarlı yöntem BT anjiyografidir.⁸ Abdominal BT, hem diğer akut batın nedenlerinin dışlanmasına, hem de MVT'nin radyolojik bulguları olan bağırsak duvarlarında ödem, pnömatozis intestinalis, portal vende gaz imajı, assit, lenf nodu varlığı ve trombüsün gösterilmesine olanak sağlar. BT'nin akut MVT tanısında sensitivitesi %100, kronik MVT'de ise %93 olarak bildirilmiştir.⁹ Diğer görüntüleme yöntemleri arasında abdominal doppler USG ve manyetik rezonans bulunmakla birlikte, bunların BT'ye üstünlüğü bulunmamaktadır.

Erken tedavi başlanmadığında mortalitesi oldukça yüksek olan bu hastalık için tedavi seçenekleri, antikoagülan tedavi, hidrasyon, antibiyoterapi, trombolitik tedavi, cerrahi trombektomi ve bağırsak rezeksiyonudur. Heparinizasyon ana tedavi seçeneği olup, erken heparinizasyonun hastalık progresyonunu ve rekürrensini anlamlı derecede geriletmişti gösterilmiştir.¹⁰ Ancak antitrombin III eksikliği olan olgularda heparin direncinin olacağı ve bu nedenle yüksek dozlara ihtiyaç duyulacağı hatırlanmalıdır. Antikoagülan tedavide sıklıkla klasik heparin infüzyonu başlanması ve sonrasında düşük molekül ağırlıklı heparin veya warfarin ile devam edilmesi tercih edilmekte olup, tedavi süresi en az 6 aydır.¹¹ Ancak altta yatan trombofili yaratabilecek genetik bir faktör varlığında ömür boyu antikoagülan tedavi gerekmektedir.¹² Antikoagülan tedavinin yanı sıra trombolitik tedavi de [streptokinaz, ürokinaz ve doku plazminojen aktivatörü (t-PA)] seçenekler arasında bulunmaktadır. Trombolitik tedavi özellikle erken dönemde tanı konulan ve semptomatik olan olgular için tedavide düşünülmelidir. Ayrıca trombolitik tedavi öncesi kontraendikasyon yaratacak durumlar (kanama diyatezi, yakın dönemde majör cerrahi, travma, gastrointestinal kanama, kontrolsüz hipertansiyon, yakın dönemde intrakraniyal olay öyküsü ve gebelik) mutlaka sorulmalıdır. Bağırsak iskemisi nedeniyle mukozal bütünlüğün bozulması, bakteriyel translokasyona yol açmaktadır. Bu nedenle özellikle gram negatif ve anaerobik etkinliği olan geniş spektrumlu intrave-

nöz antibiyoterapi kullanımı gerekmektedir; yapılan deneysel çalışmalarda bu yaklaşımın mortalitede azalma sağladığı gösterilmiştir.¹³⁻¹⁵

Klinik olarak peritonit bulguları olan, görüntülemelerde bağırsak infarktı veya perforasyon lehine bulgular saptanan olgular için cerrahi yaklaşım gereklidir. Cerrahi seçenekler arasında trombektomi, primer anastomoz ile birlikte bağırsak rezeksiyonu, geçici stoma uygulanması veya bunların kombinasyonu sayılabilir.^{2,16} Cerrahi modalitelerle bağlı olası komplikasyonlar, kısa bağırsak sendromu, yara yeri enfeksiyonu, sepsis, pulmoner emboli ve gastrointestinal kanamadır. Rezeksiyon uygulanan hastaların yaklaşık %14'ünde, 6 hafta içinde MVT'nin tekrarlayabileceği bildirilmiştir.¹⁷

SONUÇ

Mezenterik ven trombozu, mezenter iskeminin nadir nedenlerinden biridir. Tanı için öncelikle dikkatli bir anamnez ve klinik şüphe gereklidir. Hem klinik hem de laboratuvar tetkiklerinin nonspesifik olması nedeniyle tanı konulması sıklıkla gecikmekte ve buna bağlı mortalite oranı halen yüksek seyretmektedir. Hastalık primer (idiyopatik) ve predispozan bir faktörün bulunabildiği sekonder MVT olmak üzere ikiye ayrılır. Tedaviyi hidrasyon, antikoagülan tedavi, antibiyoterapi, trombolitik tedavi, cerrahi tedavi ve bunların kombinasyonu oluşturmaktadır. Hastalığın hızla tanısının konulması ve erken tedavi hayat kurtarıcıdır.

KAYNAKLAR

- Warren S, Eberhardt Tp. Mesenteric venous thrombosis. *Surg Gynecol Obstet* 1935;61(1): 102-20.
- Kumar S, Sarr MG, Kamath PS. Mesenteric venous thrombosis. *N Engl J Med* 2001; 345(23):1683-8.
- Al Salamah SM, Mirza SM. Acute mesenteric venous thrombosis: management controversies. *JK-Practitioner* 2004;11(4):242-7.
- Clavien PA, Dürig M, Harder F. Venous mesenteric infarction: a particular entity. *Br J Surg* 1988;75(3):252-5.
- Choudhary AM, Grayer D, Nelson A, Roberts I. Mesenteric venous thrombosis: a diagnosis not to be missed! *J Clin Gastroenterol* 2000;31(2):179-82.
- Özcan C, Anadol E. [Mesenteric venous thrombosis]. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics* 2008;1(1):102-6.
- Rhee RY, Gloviczki P. Mesenteric venous thrombosis. *Surg Clin North Am* 1997;77(2): 327-38.
- Eastwood KA, Vaughan A, McCune KH. Mesenteric vein thrombosis associated with anti-thrombin III deficiency. *Ulster Med J* 2009; 78(1):53-5.
- Rhee RY, Gloviczki P, Mendonca CT, Peterson TM, Serry RD, Sarr MG, et al. Mesenteric venous thrombosis: still a lethal disease in the 1990s. *J Vasc Surg* 1994;20(5):688-97.
- Hrstic I, Kalauz M, Cukovic-Cavka S, Ostojic R, Banfic L, Vucelic B. Treatment of extensive subacute portal, mesenteric and ileocolic vein thrombosis with recombinant tissue plasminogen activator. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2007;18(6):581-3.
- Hatoum OA, Spinelli KS, Abu-Hajir M, Attila T, Franco J, Otterson MF, et al. Mesenteric venous thrombosis in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol* 2005;39(1):27-31.

12. Smithline AE, Brandt LJ. Drug therapies for mesenteric vascular disease. In: Frishman WH, ed. Cardiovascular Pharmacotherapeutics. 1st ed. New York: McGraw-Hill; 1997. p.1211-9.
13. Bennion RS, Wilson SE, Williams RA. Early portal anaerobic bacteremia in mesenteric ischemia. Arch Surg 1984;119(2):151-5.
14. Jamieson WG, Pliagus G, Marchuk S, DeRose G, Moffat D, Stafford L, et al. Effect of antibiotic and fluid resuscitation upon survival time in experimental intestinal ischemia. Surg Gynecol Obstet 1988;167(2):103-8.
15. Plonka AJ, Schentag JJ, Messinger S, Adelman MH, Francis KL, Williams JS. Effects of enteral and intravenous antimicrobial treatment on survival following intestinal ischemia in rats. J Surg Res 1989;46(3):216-20.
16. Menon NJ, Amin AM, Mohammed A, Hamilton G. Acute mesenteric ischaemia. Acta Chir Belg 2005;105(4):344-54.
17. Goldberg MF, Kim HS. Treatment of acute superior mesenteric vein thrombosis with percutaneous techniques. Am J Roentgenol 2003;181(5):1305-7.