

Spontan umblikal ven rüptürüne bağlı hemoperitoneum

Hemoperitoneum due to spontaneous rupture of the umbilical vein

Mehmet BEKTAŞ, Selim KARAYALÇIN

Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Assitli hastalarda terapötik, tanısal yöntemler sonrası ve/veya travmaya bağlı spontan hemoperitoneum görülebilir. Portal hipertansiyonun bir komplikasyonu olarak intraabdominal varislerin spontan rüptürü nadir olup, mortalitesi yüksektir. Biz burada spontan umblikal ven rüptürüne sekonder hemoperitoneum gelişen bir erkek hastayı sunduk.

Anahtar sözcükler: Hemoperitoneum, umblikal ven rüptürü, siroz

Patients with ascites can develop spontaneous hemoperitoneum after injury or as a complication of diagnostic or therapeutic techniques. Spontaneous rupture of intra-abdominal varices is a rare complication of portal hypertension and an infrequent cause of hemoperitoneum and carries high mortality. We present a case of spontaneous hemoperitoneum secondary to umbilical vein rupture in a male patient.

Key words: Hemoperitoneum, umbilical vein rupture, cirrhosis

GİRİŞ

Hemoperitoneum; karın içine herhangi bir nedenle olan kanamaya denir. %90 oranında neden, travma veya non-malign jinekolojik hadiselerdir (1, 2). Hemoperitoneum sirozlu hastalarda spontan veya herhangi bir travma sonrası %5 oranında oluşabilmektedir. Spontan kanamalar hepatosellüler kanserin, intra-ektopik veya retroperitoneal varislerin rüptürü sonucu da meydana gelebilmektedir. Buna karşın hastaların yaklaşık 1/3'ünde spesifik bir neden bulunamamaktadır. Bu hastalarda kanamanın küçük damarlardan veya hepatik lenfatiklerdeki sızıntıdan olabileceği düşünülmektedir (3). Yaklaşık %25 vakada umblikal ve/veya paraumblikal ektopik varislerin rüptürü sonucu hemoperitoneum oluşmaktadır (4-9).

Çoğu sirozlu hastada spontan hemoperitoneum bulguları tesadüfidir. Kanama sırasında karın ağrısı, assit miktarında ve karın şişliğinde ani artış olabileceği gibi; hiçbir klinik bulgu da olmayabilir. Yapılan parasentezde assit sıvısındaki hematokrit düzeyi %5 üzerindedir. Hasta hemodinamik olarak stabil olsa bile hemoperitoneum varlığı kötü prognoza işaret eder. Bu kişilerde hepatorenal sendrom ve hepatik ensefalopati gelişme riski de artmaktadır (3).

OLGU

38 yaşında, erkek hasta karında şişkinlik ve halsizlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta, iki yıldan beri kriptojenik siroz tanısıyla başka bir merkezde takip edilirken medikal tedaviye rağmen assitte gerileme olmaması üzerine refrakter assit ön tanısıyla TİPS yapılmak üzere kliniğimize gönderilmişti. Sistem sorgulamasında halsizlik, iştahsızlık, nefes darlığı ve karında şişkinlik şikayetleri mevcuttu. Öz geçmişinde alkol, madde bağımlılığı, kan transfüzyonu ve dış çekimi mevcut değildi. Soy geçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde kan basıncı: 110/80 mmHg, nabız: 76/dak, solunum sayısı: 16/dak, ateş 36.5°C, sol akciğer bazalinde ince raller ve perküsyonda sol sinüste kapalılık, kalpde 1/6. dereceden sistolik üfürüm, abdomende masif assit vardı ve trube kapalıydı. Laboratuvar incelemelerinde serum albümin 2.2 gr/dl, BUN: 20 mg/dl, kreatinin 0.8 mg/dl, AST: 23, ALT: 32, protrombin zamanı 15.4 saniye, yapılan tüm viral markerleri negatifti. Posteriör anterior akciğer grafisinde sol kosto-frenik sinüs kapalıydı, abdominal ultrasonografide karaciğer parankim ekosunda artış saptandı, portal ven açıktı, hepatik venler görüntülenemedi, minimal splenomegali ve masif assit

mevcuttu. Endoskopik incelemede 2/6. dereceden özafagus varisleri ve portal gastropati ile uyumlu görünüm saptandı. Portal venöz sistem dopler incelemesinde hepatik venlerde trombus saptandı, portal ven açıldı.

Hastanın assitinin diüretik tedavisi ve "large volume" parasentezle kontrol altına alınamaması üzerine TİPS işlemi planlandı. İşlem sırasında vena kava inferiyorda (VCI) web saptandı, darlık 15 mm'lik balonla dilate edildi ve dilatasyon sonrası darlık altındaki basınç 40 cm H₂O'dan 25 cm H₂O'ya düştü. Hepatik venlerin bulunamaması üzerine işleme son verildi. Takiplerde hastanın asiti kayboldu. Hastada 10 gün sonra ani başlayan karın ağrısı ve genel durum bozukluğu sonrası kan basıncı 60/30 mm/Hg, nabız 120/dakika, ciltte solukluk, nemlilik, karında gerginlik, rebound ve defans saptandı. Yapılan abdominal parasentezde assit mayi hemorajik görünümdeydi ve asitten yapılan ölçümde hematokrit %15 bulundu. Abdomen bilgisayarlı tomografi görüntülenmesinde karın içine serbest kanama rapor edildi. Genel cerrahi ile konsülte edilen hastaya acil laparotomi önerildi. Operasyon sırasında hastanın umblikal veninde rüptür saptandı ve umblikal ven bağlandı. Postoperatif takiplerde kanamanın tekrarlamaması ve assit miktarında progresyon olmaması üzerine hasta taburcu edildi. Hastanın taburcu olduktan altı ay sonra hastanedeki tabloya benzer şekilde ani başlayan karın ağrısı ve senkop geliştiği ve hastaneye götürülürken öldüğü öğrenildi.

TARTIŞMA

Assitli hastalarda karın içi kanama hızlı ya da yavaş olarak gelişmektedir. Küçük peritoneal damarlardan ve artan lenfatik drenaj sonucu dilate olan lenfatik damarlardan kanama olabilmektedir (10). Lenfatiklerden kaynaklanan kanamalar yavaş gelişir. Periton içindeki hematokrit konsantrasyonu %5'in altında ve hastaların hemodinamik tablosu daha stabildir. Haftalar veya aylar içinde bu kanamalar kendiliğinden rezorbe ol-

maktadır (3). Karaciğer lenfatiklerinden olan kanamalarda assit sıvısında beyaz küre sayısı daha fazladır ve mononükleer hücreler hakimdir.

Varislerin rüptürüne bağlı kanama ise yoğun, hızlı ve hastanın hayatını tehdit etmektedir. Bu vakalarda, tanı klinik ve yapılacak parasentez ile hemen konulabilmektedir (11). Hastaların kliniği; ani başlangıçlı şiddetli abdominal ağrı, defans, rijidite, hipotansiyon ve şok tablosudur. Bizim hastamızın ilk yakınması ani başlayan şiddetli karın ağrısıydı. Daha sonra assit miktarında artış, karında distansiyon ve takiben hipotansiyon ve şok tablosu gelişti.

Assit sıvısındaki hematokrit değeri %5 üzerindedir, bazen periferik kandan bile yüksek olabilmektedir (4). Varislerin rüptürüne bağlı hemoperitoneum daha çok 50 yaş altı kişilerde görülmektedir (4, 12, 7). Hepatosellüler kansere bağlı gelişen hemoperitoneum ise daha çok 6. dekat sonrası gelişmektedir (13). Hemoperitoneum gelişen bu tür hastalarda özafagus varis kanaması öyküsü olmayabilir. Hastamız 50 yaş altındaydı, parasentez sıvısı hemorajik görünümdeydi, parasentez sıvısında hematokrit %15 ölçülmüştü ve öyküsünde varis kanaması mevcut değildi. Bu hastalarda anjiyografik inceleme ile ancak 1/3'ünde kanamanın yeri saptanabilir (13). Kanama odağı çoğu zaman laparotomi ile belirlenir (2). Tablonun gece gelişmesi üzerine olgumuza anjiyografi yapılamadı. Ancak yapılan abdominal tomografide karın içinde dansitesi yoğun olan sıvı içeriği kanama olarak rapor edildi. Bunun üzerine hasta operasyona alındı. Laparotomi sırasında kanamanın umblikal venin rüptürüne bağlı olduğu görüldü ve umblikal ven bağlandı. Literatürde bu tür vakalarda tedavi olarak rüptüre olan varislerin bulunup bağlanması önerilmektedir.

Sonuç olarak assitli hastalarda hemoperitoneum gelişmesi kötü prognoz kriteridir. Sirozlu bir hastada ani başlayan karın ağrısı, karındaki şişlikte artma, şok durumlarında intraabdominal varislerin rüptürü akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ellis H, Griffiths PW, McIntyre A. Haemoperitoneum: A record of 129 consecutive patients with notes on some unusual cases. *Br J Surg* 1958; 45: 606-10.
2. Fox L, Crane SA, Bidari C, et al. Intra-abdominal hemorrhage from ruptured varices. *Arc Surg* 1982; 953-6.
3. DeSitter L, Rector WG. The significance of bloody ascites in patients with cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 136-8.
4. Lyon DT, Mantia AG, Schubert TT. Hemoperitoneum from a ruptured varix in cirrhosis: case report and literature review. *Am J Gastroenterol* 1979; 71: 611-6.
5. Moncure AC, Waltman AC, Vandersalm TL, et al. Gastrointestinal hemorrhage from adhesion-related mesenteric varices. *Ann Surg* 1976; 183: 24-9.

6. Ragupathi K, Bloom A, Pai N. Hemoperitoneum from ruptured omental varices. *J Clin Gastroenterol* 1985; 7: 537-8.
7. Goldstein AM, Gorlick N, Gibbis D, et al. Hemoperitoneum due to spontaneous rupture of the umbilical vein. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 315-7.
8. Vallalta Morales M, Cano B, Morata Aldea C, Calabuig Alborch JR. Hemoperitoneum secondary to spontaneous rupture of umbilical vein. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27: 414-6.
9. Leaute F, Frampas E, Mathon G, et al. Massive hemoperitoneum from rupture of an intra-peritoneal varix. *J Radiol* 2002; 83: 1775-7.
10. Dumont AG, Mulholland JH. Flow rate and composition of thoracic duct lymph in patients with cirrhosis. *N Engl J Med* 1960; 263: 471-5.
11. Runyon BA. Paracentesis of ascitic fluid: a safe procedure. *Arch Intern Med* 1986; 146: 2259-61.
12. Shapero TF, Bourne RH, Goodall RG: Intra- abdominal beeding from variceal vessels in cirrhosis. *Gastroenterology* 1978; 74: 128-9.
13. Akriviadis AE. Hemoperitoneum in patients with ascites. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 567-75.