

Hodgkin hastalığı olgusunda hayatı tehdit eden gastrointestinal sistem kanaması: ÇDBT bulguları ve literatürün gözden geçirilmesi

Erhan Akpınar, Barış Türkbey, Barbaros Erhan Çil, Murat Canyığıt, Ziya Dündar, Ferhun Balkancı

ÖZET

Akut alt gastrointestinal sistem (GİS) kanaması hayatı tehdit edebilen bir durumdur. Kanamanın meydana geldiği bölgenin hızlı tespiti ve hemostazın sağlanmasına yönelik müdahaleye en kısa zamanda başlanması son derece önemlidir. Kanama odaklarını ortaya koymak için en sık kullanılan yöntemler; kolonoskopi, radyonükleer çalışmalar ve konvansiyonel anjiyografidir. Literatürde, akut GİS kanamasında, bilgisayarlı tomografinin (BT) kullanılabilirliğini gösteren birkaç adet yayın mevcuttur. Bu bildiride akut alt GİS kanamasıyla seyreden bir Hodgkin hastalığı olgusunun çok dedektörlü BT bulgularını sunmaktayız.

Anahtar sözcükler: • gastrointestinal kanama • çok dedektörlü bilgisayarlı tomografi • anjiyografi • Hodgkin hastalığı • kemoterapi

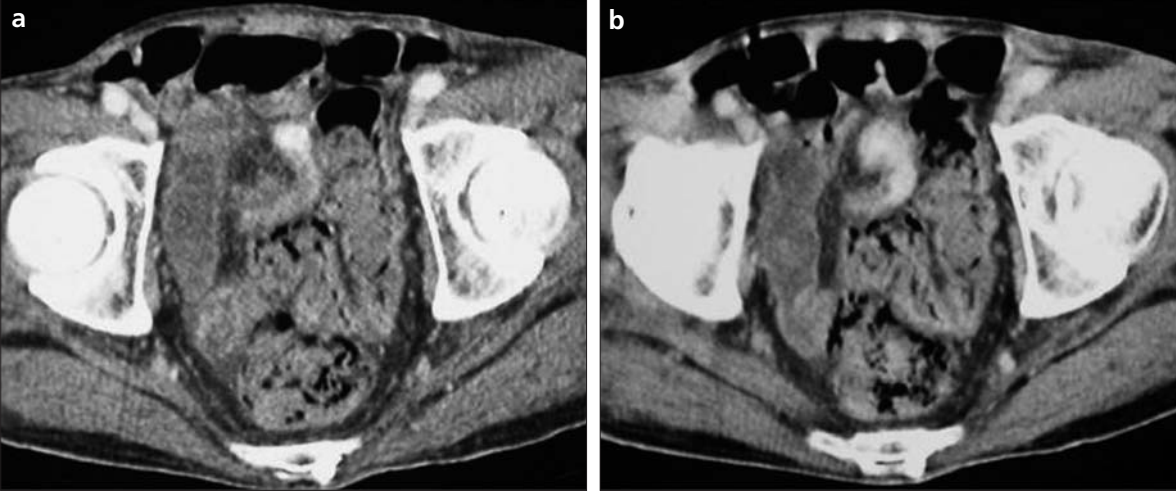
Melena ve hematokezya ile başvuran hastalarda akut alt gastrointestinal sistem (GİS) kanaması, yatarak tedavinin önemli bir nedenidir (1). Kanama odağının bir an önce bulunması zor, ancak hayat kurtarıcıdır; bu sayede hemostazı korumaya yönelik işlemler hızla gerçekleştirilebilir. Kolonoskopi bir çok olguda kanama bölgesini ortaya koyabilir, ancak kolon lümenindeki taze kan, pıhtılar ve feçes varlığı gibi teknik zorluklar işlemin başarısız olmasına neden olabilir (2). Ayrıca kolonoskopi ince bağırsaktaki kanamaları tespit edememektedir (3). Sintigrafi ve anjiyografi kanamaların kaynağını tespit etmek için kullanılan diğer yöntemlerdir (4). İlgili literatür incelendiğinde, akut alt GİS kanamasında, kanama yerinin tespiti için bilgisayarlı tomografinin (BT) kullanılabilirliğini bildiren birkaç yayına rastlanmaktadır (3-7). Bu bildiride, akut alt GİS kanamasıyla başvuran ve çok dedektörlü bilgisayarlı tomografiyle (ÇDBT) tanı alan bir Hodgkin hastalığı olgusunu sunmaktayız.

Olgu bildirisi

Altmış dokuz yaşında erkek hasta, 5 aylık Hodgkin hastalığı öyküsü ve masif hematokezya ile kliniğimize başvurdu. Başvuru tarihinden bir ay öncesinde, kendisine CHOP (siklofosamid, doksorubisin, vinkristin, prednizon) kemoterapi protokolünün uygulandığı öğrenildi. Yapılan tetkiklerinde hastanın başvurusundan sonraki 3 saat içinde hemoglobinin düzeyinin 12 g/dl’den 8.5 g/dl’ye gerilediği, trombosit konsantrasyonunun 143.000/ml olduğu, protrombin zamanının normal sınırlarda olduğu saptandı. Barsak temizliği yapılmaksızın, acil şartlarda gerçekleştirilen kolonoskopide, lümende masif kan birikimi ve pıhtılar görüldü; bu nedenle kolonun ilk 30 cm’sinden öteye ilerlemek mümkün olmadı. Hastaya, oral kontrast madde verilmeksizin ÇDBT (Somatom Emotion Duo, Siemens, Erlangen, Germany) incelemesi yapıldı. Saniyede 3.5 ml hızda olacak şekilde, 20-gauge’luk kateter kullanılarak, toplam 120 ml iyotlu kontrast madde (300 mg/ml) ön kol veninden enjekte edildi. Optimum kontrastlanmayı sağlamak için inen aortaya ROI (region of interest) yerleştirildi ve ROI’deki yoğunluk 100 HÜ’lük eşik değere ulaşır ulaşmaz hastaya nefesini tutması söylenerek 3 mm kalınlığında arteriyel fazda görüntüler elde edildi. Kontrast madde enjeksiyonunu takip eden 70. saniyede ise 5 mm kalınlığında venöz fazda görüntüler alındı. BT’de, arteriyel fazda, ileal segmentler seviyesinde kontrast madde ekstrasvazasyonu görüldü (Şekil 1a). Ek olarak, venöz faz görüntülerde aynı seviyedeki

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji (E.A., B.T. ✉ bturkbey@yahoo.com, B.E.Ç., M.C., F.B.) ve Genel Cerrahi (Z.D.) Anabilim Dalları, Ankara.

Gelişi 31 Aralık 2005; revizyon isteği 27 Şubat 2006; revizyon gelişi 27 Şubat 2006; kabulü 19 Mart 2006



Şekil 1. a, b. Arteriyel (a) ve venöz (b) fazlarda alınan ÇDBT görüntüleri. İleum ansları seviyesinde kontrast madde ekstrasvazasyonu (a) ve venöz faz görüntüsünde artmış ekstrasvazasyon (b) izlenmektedir.



Şekil 2. Superior mezenterik arter anjiyogramında, ileokolik arter dallarından aktif kanama izlenmektedir.

ekstravaze kontrast madde miktarında artış izlendi (Şekil 1b). Muhtemel embolizasyon gereksinimi düşünülerek, 5F “pig tail” kateter kullanılarak, ilk olarak abdominal aorta enjeksiyonu ile anjiyografi yapıldı. Aktif olarak kanyan odağın görüntülenememesi üzerine superior mezenterik arter (SMA), 5F diyagnostik kateterle selektif olarak kateterize edildi ve SMA enjeksiyonu iliokolik arterin dallarından kaynaklanan kanamayı ortaya koydu (Şekil 2). Daha sonra, SMA'nın dalları süperselektif olarak kateterize edilip görüntüler alındı, ancak devam eden

herhangi bir kanama odağına rastlanmadı. Vazospazma ait hiçbir bulgu olmadığından ve embolizasyon yapmak da mümkün olmadığından, kanamanın işlem sırasında kendiliğinden durduğu düşünüldü. Yoğun kan nakline rağmen hastanın hemodinamik dengesi tekrar bozuldu (ortalama arteriyel kan basıncı 2 saat içinde 35 mmHg düştü) ve hemoglobün seviyeleri 9 g/dl'den, 6.6 g/dl'ye geriledi. Bunun üzerine hasta acil olarak operasyona alındı. Laparotomi sırasında hemorajiye ait bulgular mevcuttu, ancak bağırsak segmentlerinde, eşlik eden belirgin bir patoloji-

ye rastlanmadı. Sağ hemikolektomi ve ileostomi gerçekleştirildi. Klinik seyir sorunsuz ve hemodinamik durum stabildi. Makroskopik patolojik incelemede kolon ve ileum mukozasında yaygın ödem görüldü. Histopatolojik olarak, muhtemelen kemoterapiye bağlı olduğu düşünülen, lenfatik ektazi, fibrozis, villöz atrofi ve rejeneratif değişiklikler saptandı. Hasta, postoperatif 15. günde herhangi bir GİS kanama belirtisi olmaksızın taburcu edildi.

Tartışma

Akut alt GİS kanaması hayatı tehdit edebilen bir durum olup, etyolojiye yönelik tedavinin yapılabilmesi için hızla kanama odağının tespit edilmesi gerekmektedir. Alt GİS kanamasının en sık nedenleri anjiyodisplazi, divertikülozis, polipler, intestinal tümörler, inflamatuvar hastalıklar ve radyasyon enteritleridir (3, 5-7). Yoshida hematopoetik malignitelerde GİS kanamasının olabileceğini ve patogenezinin direkt lökemik infiltrasyon, kemik iliği baskılanmasına bağlı gelişen mukozal değişiklikler, immün yetmezlik durumları, çeşitli patojenlere bağlı enfeksiyonlar ve peptik ülser gibi multifaktöryel olabileceğini bildirmiştir (8). Kolonoskopi, birçok olguda GİS kanamasının kaynağını tespit etmek için en uygun yöntemdir. Ancak lümeninde bulunan bol miktardaki taze kan, pıhtı ve feçes teknik açıdan dezavantaja neden olabilmektedir. Bağırsak temizliği uygun bir çözüm gibi görünse de, etyolo-

jiye yönelik tedavi yaklaşımlarında gecikmeye sebep olacaktır. Dahası, ince bağırsaktan kaynaklanan bir kanama odağını kolonoskopiyle tespit etmek mümkün değildir (2, 3, 7). Kolonoskopinin negative olduğu durumlarda ince bağırsaktan kaynaklanan bir kanamadan şüphelenilmeli ve her ne kadar sadece acil durumlarda uygulanabilirse de, enteroklizis ya da enteroskopiyle inceleme yapılmalıdır (3, 9). İnce bağırsaklar, alt GİS kanamalarının sık olmayan bir odağıdır ve günümüz tanı yöntemleri bu bölgedeki muhtemel bir kanamayı tespit etmekte yetersiz kalmaktadır (10).

Anjiyografi alt GİS kanamasıyla gelen hastalara uygulanabilir ancak inceleme esnasında aktif kanamanın sürmesi ve en az 0.5 ml/dak. düzeyinde bir hızda olması gerekmektedir (7, 11). Anjiyografi sadece kontrast madde ekstravazasyonunu ve vasküler anomalileri gösterebilir, ancak polip, tümör ve divertikül gibi eşlik eden patolojileri ortaya koyamaz. Ayrıca invazif bir teknik olduğundan komplikasyon riski yüksektir (3).

Kontrastlı BT, minimal invazif, hiçbir hazırlık aşaması gerektirmeyen, acil şartlarda kolaylıkla uygulanabilir bir yöntemdir (3). GİS kanamalarında kullanılan geleneksel ÇDBT tekniği, kontrastsız çekilen görüntüleri takiben kontrastlı 2-3 mm'lik kesitleri içerir (5, 6) ancak bazı serilerde kontrastsız görüntüler alınmaksızın da başarılı incelemeler yapılmıştır (7). Acil alt GİS kanamasında kontrastlı BT'nin

faydasını rapor eden az sayıda çalışma mevcuttur (3, 5-7, 12). ÇDBT'nin diğer tanı yöntemlerine göre daha kolay uygulanabilir ve hızlı olması, akut alt GİS kanamalarında avantaj yaratır. ÇDBT arteryel fazda tüm abdomeni tek bir nefes tutma süresi içinde taramaya izin verir. ÇDBT ile elde edilen aksiyel görüntülerde, aktif kanama bölgesi ayırt edilebilir. Dahası, multiplanar rekonstrüksiyon aktif kanama alanlarını hızlı ve doğru bir şekilde ortaya koyar. Tew ve arkadaşları ÇDBT'nin hem kolon hem de ince bağırsakta aktif kanamayı başarıyla gösterdiğini belirtmişlerdir (6).

Olgumuzda, aktif kanamanın tanısı, ileum lümeninde lineer, jet-benzeri, girdaplı yoğun fokal kontrast madde birikimi tespit edilerek konmuştur. Ek olarak, venöz faz görüntülerinde ek-

stravaze kontrast madde miktarı artış göstermiştir. Hasta, bir ay kadar önce Hodgkin hastalığı tanısıyla kemoterapi tedavisi görmüş ve kanamasının muhtemel sebebinin bu olduğu düşünülmüştür. Her ne kadar bazı kemoterapötiklerin mukozal iritasyona bağlı bağırsak kanamasına yol açtığı bilirse de, bilgimiz dahilinde, Hodgkin hastalığının seyri sırasında CHOP kemoterapi rejimine bağlı alt GİS kanaması rapor edilmemiştir.

Sonuç olarak, ÇDBT masif alt GİS kanamalarında, kanama odağının tespitinde, daha invazif yöntemlere potansiyel bir alternatiftir. ÇDBT aktif kanama alanını ince bağırsakta bile olsa tespit edebildiğinden, anjiyografiyi uygulayacak kişiye ya da cerraha yol göstermek için ilk basamakta düşünülmeli gereken yöntem olmalıdır.

LIFE-THREATENING GASTROINTESTINAL SYSTEM BLEEDING IN HODGKIN DISEASE: MULTIDETECTOR CT FINDINGS AND REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT

Acute lower gastrointestinal system (GIS) bleeding is a life-threatening condition. Immediate determination of the origin of the bleeding is crucial, since hemostatic management must be initiated as rapidly as possible. Colonoscopy, radionuclide studies, and conventional angiography are considered the most important methods for assessing the origin of the bleeding. There are few published reports about the feasibility of computed tomography (CT) in acute GIS bleeding. We present multidetector CT (MDCT) findings in a case of Hodgkin disease status one month post-chemotherapy (CHOP protocol; cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone) that presented with acute lower GIS bleeding.

Key words: • gastrointestinal hemorrhage • multidetector computed tomography • angiography • Hodgkin disease • chemotherapy

Diagn Interv Radiol 2007; 13:87-89

Kaynaklar

1. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:419-424.
2. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding, part I: clinical presentation and diagnosis. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 606-617.
3. Ernst O, Bulois P, Saint-Drenant S, Leroy C, Paris JC, Sergeant G. Helical CT in acute lower gastrointestinal bleeding. *Eur Radiol* 2003; 13:114-117.
4. Lefkowitz Z, Cappell MS, Kaplan M, Mitty H, Gerard P. Radiology in the diagnosis and therapy of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29:489-512.
5. Miller FH, Hwang CM. An initial experience: using helical CT imaging to detect obscure gastrointestinal bleeding. *Clin Imaging* 2004; 28:245-251.
6. Tew K, Davies RP, Jadun CK, Kew J. MDCT of acute lower gastrointestinal bleeding. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 182:427-430.
7. Rajan R, Dhar P, Praseedom RK, Sudhindran S, Moorthy S. Role of contrast CT in acute lower gastrointestinal bleeding. *Dig Surg* 2004; 21:293-296.
8. Yoshida T. Complicated gastrointestinal bleeding of neoplastic diseases of the hematopoietic system. *Nippon Rinsho* 1998; 56:2405-2410.
9. Zuccaro G Jr. Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. *American College of Gastroenterology. Practice Parameters Committee. Am J Gastroenterol* 1998; 93:1202-1208.
10. Rios A, Montoya MJ, Rodriguez JM, Parrilla P. Emergency surgery in severe lower gastrointestinal hemorrhage. *Cir Esp* 2005; 78:308-311.
11. Sos TA, Lee JG, Wixson D, Sniderman KW. Intermittent bleeding from minute to minute in acute massive gastrointestinal hemorrhage: arteriographic demonstration. *AJR Am J Roentgenol* 1978; 131:1015-1017.
12. Ettore GC, Francioso G, Garribba AP, Fracella MR, Greco A, Farchi G. Helical CT angiography in gastrointestinal bleeding of obscure origin. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 168:727-731.