

Krwawienie do mięśnia prostego brzucha u 88-letniej chorej leczonej warfaryną

An 88-year-old patient with rectus sheath hematoma during warfarin treatment

Sylwia Plusa¹, Katarzyna Mądra-Gackowska², Agnieszka Gryckiewicz²,
Ewa Żekanowska¹, Kornelia Kędziora-Kornatowska²

¹ Katedra Patofizjologii, Zakład Zaburzeń Hemostazy w Bydgoszczy

² Katedra i Klinika Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 w Bydgoszczy

Streszczenie

Przedstawiono przypadek 88-letniej chorej, u której doszło do krwawienia do mięśnia prostego brzucha w trakcie terapii warfaryną. Znalezienie optymalnego leczenia antykoagulacyjnego u pacjentów w podeszłym wieku nadal stanowi poważne wyzwanie, z uwagi na wysokie ryzyko zatorowo-zakrzepowe, jak i jednocześnie wysokie ryzyko krwawień. Prezentowany przypadek przedstawia typową dla pacjentów geriatrycznych wielochorobowość oraz towarzyszące jej problemy diagnostyczne i lecznicze. (*Gerontol Pol* 2017; 25; 208-211)

Słowa kluczowe: warfaryna, leczenie antykoagulacyjne, krwiak mięśnia prostego brzucha

Abstract

Authors presented a case report of an 88-year old female patient with rectus sheath hematoma during warfarin treatment. Management of anticoagulation in elderly patients represents a particularly challenging issue. Indeed, these patients' population is at high thromboembolic risk, but also at high hemorrhagic risk. This case demonstrates that multidisease and diagnostic and clinical difficulties are typical in geriatric population. (*Gerontol Pol* 2017; 25; 208-211)

Key words: warfarin, anticoagulation treatment, rectus sheath hematoma

Wstęp

We współczesnej medycynie leczenie przeciwwzakrzepowe jest jedną z najczęściej stosowanych form farmakoterapii [1]. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj migotanie przedsionków, które należy do najczęstszych arytmii i może dotyczyć nawet 1-2% populacji, a wśród pacjentów geriatrycznych około 80. roku życia odsetek ten wynosi aż 9%, a w grupie powyżej 85 lat liczba ta wzrasta do 17,8% [2,3].

Wśród wielu niebezpiecznych powikłań migotania przedsionków na pierwszy plan wysuwa się udar mózgu, ze swoimi skutkami medycznymi, społecznymi i ekonomicznymi. Z tej perspektywy niezmiernie ważne jest poszukiwanie bezpiecznych i skutecznych metod zapobiegania tym incydentom. Jeszcze kilka lat temu lekami z wyboru były dobrze przebadane i znane od ponad 70

lat doustne antykoagulanty z grupy antagonistów witaminy K (VKA). Jednakże stosowanie tych leków wiąże się z występowaniem wielu problemów. Nawet jedna trzecia, a wśród pacjentów z migotaniem przedsionków z wysokim ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych aż połowa pacjentów, przerywa zaleconą farmakoterapię [3]. Kolejny aspekt to przestrzeganie diety, czyli unikanie produktów żywnościowych z nadmierną ilością witaminy K oraz utrzymanie międzynarodowego wskaźnika znormalizowanego (INR) w zakresie terapeutycznym, co udaje się zwykle w 50-70%. Zbyt niskie wartości INR < 2 zwiększają ryzyko udaru, a zbyt wysokie > 3 dwukrotnie podnoszą ryzyko krwawienia, ponadto skomplikowanie dawkowanie utrudnia dostosowanie się pacjenta do zaleceń terapeutycznych, czyli adherence. Ostatnie lata obfitują w badania dotyczące nowych doustnych antykoagulantów, które ze względu

Adres do korespondencji: ✉ Sylwia Plusa; Katedra i Klinika Geriatrii; ul Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz ☎ (+48 52) 585 49 00; ✉ sylwia.plusa@gmail.com

na mniejszą ilość interakcji, brak konieczności ciągłego monitorowania parametrów krzepnięcia oraz modyfikacji diety, a przede wszystkim komfortowe dawkowanie, stanowią obiecującą alternatywę dla VKA [3]. Rozpoczynając farmakoterapię, czy to antagonistami witaminy K, czy też nowymi lekami przeciwzakrzepowymi, obok oczywistych korzyści, trzeba mieć świadomość, że żadne z leków przeciwkrzepliwych nie są pozbawione wad. Do powikłań wynikających z leczenia antykoagulantami zalicza się groźne dla życia i zdrowia krwawienia śródczaszkowe oraz inne krwawienia ze strony układu pokarmowego, moczowo-płciowego oraz tkanek, mogące wymagać interwencji chirurgicznych i hospitalizacji [4]. Ryzyko pojawienia się krwawień u pacjentów leczonych przewlekle doustnym antykoagulantem jest realne i mieści się w przedziale 0,1% do 6,5% w ciągu roku, a powiązane z tym ryzyko zgonu wynosi 0,1-1% rocznie [5].

Opis przypadku

Chora osiemdziesięcioośmioletnia z przewlekłą niewydolnością serca w wywiadzie, została przyjęta do Kliniki Geriatrii z powodu kolejnego zaostrzenia tej choroby. Przy przyjęciu chora była przytomna, stan ogólny opisywano jako średni, RR 150/90, CSNM około 80/min, 16 oddechów/min., poruszała się samodzielnie, choć z trudnością, bez widocznych obrzęków obwodowych, z osłuchowo stwierdzanymi trzeszczeniami u podstawy płuc. Zgłaszała duszność spoczynkową od około 5 dni ograniczającą wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego, kaszel z odpluwaniem wydzieliny, bez domieszki krwi, negowała bóle o charakterze stenokardialnym. W rtg przeglądowym potwierdzono cechy zastoiny w krążeniu małym.

W wywiadzie u chorej ponadto opisywano: napadowe migotanie przedsionków, umiarkowaną niedomykalność zastawki dwudzielnej, ciężką niedomykalność zastawki trójdziałnej, nadciśnienie tętnicze, przewlekłą chorobę nerek, wole guzowate tarczycy, niedokrwistość normocytarną oraz nadpłytkowość, splenomegalię, kamicę pęcherzyka żółciowego, zmiany zwyrodnieniowe i skoliozę odcinka piersiowego kręgosłupa.

Z dokumentacji szpitalnej wiadomo również, że chora 10 miesięcy wcześniej była hospitalizowana w Klinice Kardiologii z powodu obrzęku płuc oraz ostrej niewydolności oddechowej. Następnie z powodu objawowej bradykardii, około 45/min., prawdopodobnie polekowej oraz niedokrwistości ze stężeniem Hgb 9,0 g/dl była hospitalizowana w Klinice Nefrologii i Nadciśnienia tętniczego. Wypisana do domu w stanie ogólnym dość dobrym, stabilnym.

Podczas obecnej hospitalizacji stosowano leczenie objawowe zaostrzenia niewydolności serca oraz leczenie przewlekłe chorób towarzyszących. Z powodu napadowego migotania przedsionków w wywiadzie chora przyjmowała przewlekle Warfin w dawce modyfikowanej wg INR.

W pierwszej dobie hospitalizacji uzyskano wyraźne zmniejszenie nasilenia opisywanych przy przyjęciu dolegliwości. Ustąpiła duszność spoczynkowa, chora poruszała się bez większych dolegliwości w obrębie swojego pokoju, samopoczucie opisywała jako dość dobre.

W drugiej dobie hospitalizacji w godzinach okołopołudniowych chora zgłosiła nagły ból brzucha zlokalizowany w prawym podbrzuszu, niepromieniujący. Stan ogólny chorej był dość dobry, ból nie uniemożliwiał samodzielnego poruszania się, palpacyjnie brzuch był miękki, nieco wzdęty, objawy otrzewnowe nieobecne, perystaltyka słyszalna, ale leniwa, bez towarzyszących nudności, wymiotów, bez gorączki. W rtg przeglądowym jamy brzusznej, opisywano liczne poziomy płynów w nieposzerzonych pętlach jelitowych, bez objawów perforacji. W USG oraz TK jamy brzusznej wykluczono inne podejrzewane patologie, nie wykazano płynu w jamie otrzewnej. W badaniach laboratoryjnych również nie wykazano nieprawidłowości tłumaczących obserwowane objawy. Konsultujący chorą chirurg zdecydował o braku wskazań do pilnej interwencji zabiegowej. Po kilku godzinach ból ustąpił i chora zaczęła poruszać się swobodnie, nie zgłaszała dolegliwości przez kolejne dwie doby.

W piątej dobie w godzinach wieczornych, chora ponownie zgłosiła nagły ból brzucha o podobnym charakterze jak poprzednio, podobnie zlokalizowanym. W badaniu palpacyjnym brzuch był bolesny na całej powierzchni, ale najbardziej w prawym podbrzuszu. Uwagę zwrócił wyczuwalny opór patologiczny (nieobecny wcześniej podczas badania przedmiotowego) o średnicy ok. 15cm, bez objawów otrzewnowych, z leniwą perystaltyką, ale słyszalną w każdym kwadrancie, w badaniu *per rectum* bez cech świeżego krwawienia. Wykonano szereg badań obrazowych (rtg przeglądowe, USG oraz TK jamy brzusznej). Uwagę zwracał wolny płyn w jamie otrzewnej (nieopisywany poprzednio) oraz zbiornik płynowy mogący odpowiadać krwiakowi w pochewce mięśnia prostego brzucha, z niewielkimi przestrzeniami świeżo wynaczynionej krwi o wymiarach 134x44x143 mm.

W poszukiwaniu źródła krwawienia wykonano angię-KT jamy brzusznej i miednicy. Opisano dużą ilość płynu w jamie brzusznej i miednicy. Po stronie prawej w obrębie mięśnia prostego i skośnego wewnętrznego brzucha, poniżej poziomu pępka opisano krwiaka. Po-

dając kontrast w obrębie tych mięśni uwidoczniło drobne naczynia, a w dalszej fazie wynaczyniony kontrast. Obraz odpowiadał wysnutemu, na podstawie dotychczasowych badań, podejrzeniu krwawienia domięśniowego.

Stan chorej stopniowo pogarszał się. W badaniach laboratoryjnych obserwowano cechy krwawienia zagrażającego życiu. Stężenie hemoglobiny spadło z 9,2 do 5,0g/dl. W trakcie oczekiwania na zabieg operacyjny, stosowano intensywne leczenie objawowe, przetaczanie KKCz, FFP, płynoterapię *i.v.*, witaminę K *i.v.* Mimo wdrożonej terapii nastąpiło zatrzymanie oddechu, chorą zaintubowaną i przekazano do Kliniki Chirurgii.

Według opisu zabiegu po otwarciu pochewki mięśnia prostego brzucha ewakuowano olbrzymi krwiak z destrukcją mięśnia w podbrzuszu. Krwiak przebił się przez otrzewną do jamy brzusznej. Z jamy brzusznej ewakuowano około 1500ml płynnej krwi, po obfitym wypłukaniu jamy otrzewnej nie stwierdzono innego źródła krwawienia z jamy otrzewnej.

Po zabiegu chora w stanie ogólnym ciężkim pozostawała w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pomimo działań mających na celu stabilizację stanu ogólnego chorej, jej stan stale pogarszał się. W pierwszej dobie pooperacyjnej wykonano relaparotomię. Ewakuowano ponownie powstałego krwiaka pochewki mięśnia prostego brzucha oraz jamy otrzewnej, zaopatrzone dalsze krwawienie z mięśnia prostego po stronie prawej, założono drenaż. W kolejnej dobie podczas laparotomii zwiadowczej stwierdzono rozległe niedokrwienie trzewi, z nieodwracalnymi zmianami martwiczymi, bez możliwości wyleczenia chorej. Wkrótce po tym doszło do nagłego zatrzymania krążenia chorej w mechanizmie asystolii.

Dyskusja

Przedstawiony przypadek opisuje sytuację, która należałoby zakwalifikować do rzadko spotykanych w praktyce klinicznej. Pacjentka trafia do oddziału geriatrycznego z pozornie niebudzącego większego niepokoju powodu, jakim jest kolejne w życiu zaostrzenie niewydolności serca z zaznaczonymi zmianami osłuchowymi w postaci trzeszczeń przypodstawnych obustronnych, a także potwierdzonym radiologicznie zastojem w krążeniu małym. Większego niepokoju nie budzi również stopień kontroli leczenia antykoagulacyjnego warfaryna – w trakcie hospitalizacji wartości INR wahają się w granicach 4,51-2,12. Pomimo przekroczenia zakresu terapeutycznego podobne wartości zdarzają się powszechnie w trakcie leczenia i nie są zwykle powodem

do pilnej hospitalizacji chorego, o ile nie towarzyszą im cechy krwawienia.

U opisywanej pacjentki dolegliwości pojawiły się w drugiej dobie hospitalizacji (INR 3,29). Chora była leczona warfaryną przewlekłe i w trakcie terapii wielokrotnie uzyskiwała wyższe wartości wskaźnika INR, bez istotnych implikacji klinicznych.

Samo rozpoznanie krwiaka w mięśniu prostym brzucha, jako głównej przyczyny dolegliwości bólowych brzucha, stanowi istotny casus w praktyce klinicznej, z uwagi na niewielką częstość jego występowania. Producent leku w Charakterystyce Produktu Leczniczego (Warfin 3 mg) deklaruje, że ogólny odsetek krwawień w czasie leczenia wynosi około 8% na rok dla wszystkich krwawień, składających się z mniej ciężkich krwawień (6% rocznie), ciężkich krwawień (1% rocznie) oraz krwawień śmiertelnych (0,25% rocznie), przy czym w grupie ciężkich krwawień wymieniane są w pierwszej kolejności krwawienia wewnątrzczaszkowe [6].

Incydenty spontanicznych krwawień do mięśnia prostego brzucha zdarzają się częściej w grupie chorych w podeszłym wieku leczonych doustnymi antykoagulantami i/lub lekami przeciwplatekowymi [7]. Krwawienie do mięśnia prostego brzucha może często imitować inne, powszechnie występujące schorzenia jamy brzusznej i opóźnić postawienie prawidłowej diagnozy oraz włączenie odpowiedniego leczenia. W przypadku bólów brzucha o braku uchwytnej przyczyny, u chorego leczonego antykoagulacyjnie rozsądne wydaje się rozważenie krwawienie do mięśnia prostego brzucha, jako potencjalnej przyczyny dolegliwości, nawet jeśli wykluczono uraz jamy brzusznej lub wcześniejsze naderwanie mięśnia. Postępowanie takie może uchronić chorego przed wykonywaniem niepotrzebnych badań diagnostycznych, a także zmniejszyć ryzyko powikłań związanych z rozwojem choroby w czasie.

Przypadek ten potwierdza również fakt, jak istotna jest decyzja o włączeniu leczenia antykoagulacyjnego w praktyce geriatrycznej, z uwzględnieniem spodziewanych korzyści, ale również możliwych powikłań takiego leczenia, które nie zawsze przebiegają w sposób typowy i spodziewany.

Źródła finansowania/Financial sources

Własne/Own

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Windyga J. Powikłania Leczenia Przeciwwkrzepliwego. *Hematologia*. 2010;2:142-50.
2. Lomper K, Chudiak A, Jankowska-Polańska B. Leczenie doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi wśród pacjentów w wieku podeszłym z migotaniem przedsionków. *Geriatrics*. 2015;257-66.
3. Pruszczyk P, Stępińska J, Banasiak W, et al. Zastosowanie nowych doustnych leków przeciwkrzepliwych w prewencji powikłań zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków. Stanowisko Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Grupy Ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów I Transfuzjologów. *Kardiologia Polska*. 2012;70(9):979-88.
4. Stępińska J. Współpraca z pacjentem leczonym przeciwzakrzepowo. *Med Dypł.* 2008; (wyd. Spec)(3):4-6.
5. Levine MN, Raskob G, Beyth RJ, et al. Hemorrhagic Complications of anticoagulant treatment: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy Hemorrhagic Complications of Anticoagulant Treatment the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic. 2005.
6. Charakterystyka Produktu Leczniczego Warfin 3 mg.
7. Cherry WB, Mueller PS. Rectus sheath hematoma. Review of 126 cases at a single institution. *Medicine*. 2006;85:105-10.