

Warfarin Tedavisinde Geç Dönemde Oluşan İliopsoas Hematomuna Bağlı Femoral Nöropati Olgusu

A Case of Femoral Neuropathy due to Iliopsoas Hematoma Occurred in the Late Period of Warfarin Treatment

Sami Küçükşen, İlnur Albayrak Gezer, Havva Turaç Cingöz, Ali Sallı

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZET

Antikoagülan ilaç kullanımının artması ile birlikte iliopsoas kası içine kanamaya bağlı femoral nöropati sık karşılaşılan bir klinik problem olmuştur. Antikoagülan tedavi sonrası femoral sinir paralizi iyi bilinmektedir fakat geç dönemde oluşması nadirdir. Bu yazıda warfarin tedavisine başlanmasından 3 ay sonra ilerleyici uyluk ağrısı, uyuşma ve kas gücü kaybı gelişen 66 yaşındaki bir erkek hastayı sunduk. Hasta konservatif olarak tedavi edildi fakat 3 ay takibin sonunda sinir fonksiyonunda düzelme gözlenmedi. Antikoagülan tedavi almakta olan bir hasta, kasık veya uyluk ağrısı ile müracaat ettiğinde iliopsoas hematomundan şüphelenmeli ve kalıcı sinir hasarına engel olmak için uygun tedavi hemen başlanmalıdır. (*FTR Bil Der 2012;15: 53-6*)

Anahtar kelimeler: Femoral nöropati, sinir sıkışma sendromları, warfarin, hematoma, rehabilitasyon

ABSTRACT

With increasing usage of anticoagulant agents, femoral neuropathy subsequent to hemorrhage within the iliopsoas muscles has become a frequent clinical problem. Femoral nerve palsy after anticoagulant therapy is well known, but delayed palsy is rare. We describe a 66-year-old man who had progressive thigh pain, weakness, and numbness developing 3 months after onset of warfarin treatment. The patient treated conservatively but, nerve recovery wasn't observed even after 3 months. Iliopsoas hematoma should be suspected when a patient receiving anticoagulant therapy presents with pain in the groin or thigh and an appropriate treatment should be started immediately to prevent permanent nerve damage. (*J PMR Sci 2012;15: 53-6*)

Keywords: Femoral neuropathy, warfarin, nerve compression syndromes, hematoma, rehabilitation

Yazışma Adresi Corresponding Author

Sami Küçükşen
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim
Dalı, Konya, Türkiye

Tel.: +90 332 223 71 50

E-posta: samikucuksen@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 26.11.2012

Kabul Tarihi/Accepted: 20.07.2012

Giriş

Femoral sinir nöropatisi sık karşılaşılan bir durum değildir. Diyabet, neoplastik hastalıklar, lomber spondiloz, radyoterapi, femoral arter kateterizasyonu, litotomi pozisyonunda uzun süre kalma, majör abdomino-pelvik operasyonlar, alt ekstremitelere yönelik cerrahi girişimlerde pnömotik turnike kullanımı (1) gibi

sebeplerle femoral sinir nöropatisi gelişebilir. Başta romatoid artrit olmak üzere romatolojik hastalıklarda vasa vasorumların vaskülitine bağlı olarak da femoral sinir nöropatisi görülebilir (2). Ayrıca hemofili gibi kanama diskrazileri, travma ya da antikoagülasyon tedavilere bağlı gelişen pelvik hematoma nedeniyle de femoral sinir anatomik seyri boyunca basıya uğrayabilir (3-5). Oral antikoagülan tedavi endikasyonu ve kullanan

hasta sayısı arttıkça buna bağlı hemorajik komplikasyonlar da artmaktadır.

Femoral sinire baskıya da yol açan retroperitoneal kanamalarda klinik durum hafif kasık ağrısından şok ve ölüme kadar geniş bir spektrum gösterebilir. Erken tanı konup tedavi edilmezse sinir hasarı kalıcı olabilmekte ve ciddi sakatlığa neden olabilmektedir. Bu nedenle erken dönemde tanı ve tedavi oldukça önemlidir.

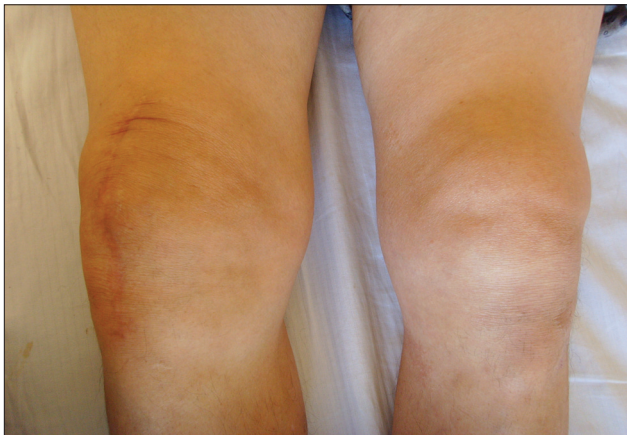
Bu yazıda warfarin kullanan bir hastada tedavinin 3. ayında gelişen ve tedavinin kesilmesi ile çabuk rezorbe olan fakat hasta geç müraعات ettiği için sinir hasarının düzelmediği bir iliopsoas hematomuna bağlı femoral nöropati olgusunu bildiriyor ve literatür eşliğinde patogeneze ve tedavi yaklaşımlarını gözden geçiriyoruz.

Olgu

66 yaşında erkek hasta polikliniğimize sol kasık ve uyluk ön yüzünde ağrı, uyuşma ve yürüyüşünde bozukluk şikayetiyle başvurdu. Şikayeti 3 hafta önce başlamıştı, herhangi bir travma öyküsü yoktu. Hasta başlangıçta şikayetlerini sol dizindeki kireçlenmeye bağlamış fakat zamanla artınca polikliniğimize müraعات etmişti.

Hastaya 6 yıl önce osteoartrit nedeniyle sağ diz artroplastisi, 4 ay önce de mitral kapak replasmanı yapılmıştı. Mitral kapak operasyonundan sonra 2,5 mg/gün warfarin sodyum başlanan hasta, uzun süredir hipertansiyon nedeniyle olmesartan medoksomil 20 mg/gün ve diz ağrıları için düzensiz olarak ibuprofen 400 mg kullanıyordu.

Hastanın muayenesinde lomber omurga hareketleri açık ve ağrısız, sol kalça ekstansiyonu ağrılı ve hafif kısıtlı idi. Karın sol alt kadranda palpasyonla hassasiyet tespit edildi. Sol tarafta 3 cm çap farkı olmak üzere her iki kuadriseps kasında atrofi (resim 1) ve her iki dizde ileri derecede osteoartrit mevcut idi. Sol uyluk anteromedial kısımda hipoestezi tespit edildi, solda patella refleksi alınamadı. Sol kalça fleksör kas gücü 2/5, sol diz ekstansör kas gücü 3/5 idi. Her iki üst ekstremitte ve sağ alt ekstremitte nörolojik muayenesi normaldi. Tibialis posterior, dorsalis pedis ve femoral arter nabızları normal idi. Yürüyüş muayenesinde sol tarafta basma fazının kısaldığı, tek ayak üzerinde durma döneminde dizini kilitlemek için belini hafif fleksiyona getirdiği gözlemlendi.



Resim 1. Hastanın sol kuadriseps kasında daha belirgin bilateral atrofi olacak

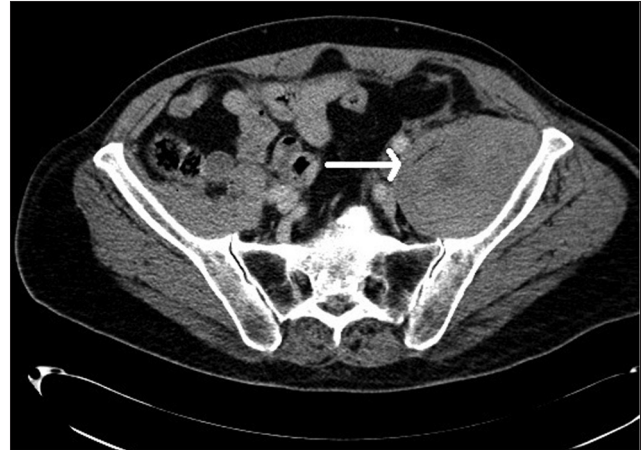
Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 10.4 g/dl (N: 12,1-17,2), trombosit 389.000 (N:150.000-400000), protrombin zamanı uluslararası normalize edilmiş oranı (INR) 4.98, aktive edilmiş parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) 53.8 sn. (normal: 25-40 sn.), serum glukoz, kalsiyum, TSH ve vitamin B12 düzeyleri normal idi.

Pelvik ultrasonografide sol psoas kasında 69x51 mm ebadında, sol iliak kasta 3x2 cm ve 3,3x2,8 cm büyüklüğünde iki ayrı hematom izlendi.

Hasta servismize warfarin tedavisi sırasında oluşan iliopsoas hematomuna bağlı sol femoral nöropati ön tanısıyla yatırıldı. INR düzeyi yüksek olan hastanın kardiyoloji konsültanı önerisiyle warfarin tedavisine ara verildi.

Kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol iliak fossada iliakus kasından net olarak ayırlamayan patolojik iç yapıda psoas kasını anterior ve mediale doğru deplase eden inguinal alana uzanan organize hematom saptandı (Resim 2).

Üç gün sonra yapılan lomber manyetik rezonans görüntüleme (MR)'de omurgaya ait patolojik bir bulgu yoktu yalnız kesit alanı içerisinde solda iliakus kası içinde 3x4 cm ebadında T2 ağırlıklı sekansta hiperintens olarak izlenen kitle görüldü (Resim 3).



Resim 2. Kontrastlı tüm abdomen BT' de sol iliakus kasından net olarak ayırlamayan patolojik iç yapıda psoas kasını anterior ve mediale doğru deplase eden organize hematom



Resim 3. Lomber MR' da solda iliakus kası içinde 3x4 cm ebadında T2 ağırlıklı sekansta hiperintens olarak izlenen hematom

Nihon Kohden Neuropack (MEB-7102K) cihazı ile, Medtronic 901350401 elektrotları kullanılarak, 25°C oda sıcaklığında yapılan elektrofizyolojik incelemede; sağ femoral sinirin distal latansı 5.2 ms, amplitüdü 7.4 mV, sol femoral sinirin distal latansı 11.4 ms ve amplitüdü ise 1.3 mV olarak ölçüldü. İğne EMG'de ise sol rektus femoris ve vastus medialis kaslarında pozitif keskin dalga ve fibrilasyon potansiyelleri görüldü. Posterior tibial ve peroneal sinir motor iletimleri ile sural sinir duysal iletimleri normal sınırlarda tespit edildi, lomber paraspinal kas incelemesi ise normal olarak değerlendirildi.

Dördüncü gün yapılan laboratuvar tetkiklerinde INR 2.71, hemoglobin 11,6 g/dl, trombosit sayısı 434.000 idi. Cerrahi dekompresyon düşünülmeyen hasta rehabilitasyon programına alındı. Sol kuadriseps kasına kesikli galvanik akımla elektrik stimülasyonu, izometrik güçlendirme ve yürüme eğitimine başlandı. Tedavinin 15. günü yapılan muayenesinde sol kalça kuşağı kas gücünün düzeldiği (5/5), ancak uyluk anteromedialindeki hipoestezi, patella refleksi kaybı ve sol kuadriseps kas gücü kaybı (3/5)'nin değişmediği gözlemlendi. Hastanın 3 ay sonra yapılan kontrolünde ağrısının geçtiği, yürümesinin kısmen düzeldiği fakat nörolojik muayene bulgularında değişiklik olmadığı saptandı. Hastanın kontrol ENMG önerimizi kabul etmemesi nedeniyle kontrol ENMG yapılmadı.

Tartışma

Femoral sinir L2-L4 ventral primer ramusların dorsal bölümlerinden oluşur. Psoas majör kasının inferolateral sınırı boyunca aşağıya ilerleyerek iliakus fasyasının içinde psoas ve iliakus kasları arasındaki oluktan ilerleyerek inguinal ligamentin altından uyluğa ulaşır. Ana duysal dalları; uyluğun anteromedial kısmını innerve eden anterior femoral kütanöz ve bacağıın medial tarafını innerve eden safenöz sinirlerdir. Motor dalları ise kuadriseps femoris ve sartorius kaslarını besler. Femoral sinir herhangi bir nedenle basıya uğradığında uyluk ön yüzünde ağrı, uyuşukluk ve diz ekstansör kaslarında güçsüzlüğe yol açar.

Femoral sinir bası nedenlerinden biri de antikoagülan ilaç kullanımına bağlı retroperitoneal kanamalardır. Oral antikoagülan kullanan hasta sayısı arttıkça buna bağlı hemorajik komplikasyonlar da artmaktadır.

İliopsoas hematomunun basısıyla ortaya çıkan femoral nöropati oldukça önemli klinik bir problemdir. Hastalar hafif kasık ağrısından masif kanama ve şoka kadar değişen geniş bir semptom aralığına sahip olabilirler. Başlangıçta hastalarda kasıkta şiddetli ağrı ile birlikte iliak fossada hassas, globuler bir şişlik belirlenebilir. Hastalar tipik olarak kalça eklemine fleksiyon, abduksiyon ve eksternal rotasyonda tutarlar. Daha sonra kuadriseps kasında zayıflık ve atrofi, patella refleksinde azalma veya kayıp ve uyluğun iç ön yüzünde duyu kusuru ile karakterize femoral nöropati bulguları ortaya çıkar. İliak kasın injurisi veya denervasyonu sonucu kalça fleksörlerinde de kuvvet kaybı gelişebilir. Oral antikoagülan alan hastalarda düzenli INR takibinin yapılmaması kanama riskini beraberinde getirir. Bu hasta gruplarında ekstrakraniyal kanama riski en sık tedavi başlangıcının ilk bir ayında görülür, ilerleyen aylarda ise giderek azalır, sıklığı yılda yaklaşık %2,1'dir. Yapılan çalışmalarda kanama riskinin INR

düzeniyle direkt ilişkili olduğu ve INR düzeyinin 3.0 ve üstü olmasının kanama riskini belirgin artırdığı saptanmıştır (6,7). Nitekim bizim olgumuzda da hematom tespit edildiği sırada ölçülen INR düzeyi 4.98 olarak bulunmuştur

Retroperitoneal hematomun tanısı ultrasonografi, BT veya MR görüntüleme gibi yöntemlerle konabilir. İliopsoas kompartmanının tomografik incelemesi spesifik değildir fakat lezyonun lokalizasyonunu, büyüklüğünü ve intraabdominal diğer yapılarla ilişkisini tespit edebilir. Özellikle kontrastlı BT ile kanama lokalizasyonu daha iyi yapılır. MR, hematom ile diğer lezyonları ayırtedebilir. Ayrıca retroperitoneal hematomun takibinde MR, diğer görüntüleme yöntemlerine göre daha üstündür.

EMG, femoral sinir nöropatisinde tanı ve ayırıcı tanı açısından oldukça önemlidir. Bilateral olarak femoral sinir motor ve safenöz sinir duyu iletimi ölçülür. Uyarı hem inguinal ligament altından, hem de üstünden verilir. Ayrıca iğne EMG yapılır. Bu şekilde femoral nöropatinin lomber radikülopati ve diğer nöropatilerden ayırıcı tanısı yapılmış olur. Ayrıca EMG ile femoral sinir tutulum şiddeti ve iyileşme dönemindeki rejenerasyon durumu da saptanabilir. Bizim olgumuzda hasta kontrol ENMG önerimizi kabul etmediği için rejenerasyon değerlendirilememiştir.

İliakus hematomuna bağlı femoral nöropatinin tedavisi tartışmalıdır. Bazı yayınlar (8,9) nörolojik kaybı minimize etmek için cerrahi dekompresyonu önerirken, bazı yazarlar (10) konservatif tedaviyi önermektedir. Hematomun küçük olduğu ve nöropati bulgularının hafif seyrettiği hastalarda konservatif tedavi yeterli olabilir. Hastaya yatak istirahati, analjezik tedavi önerilir, antikoagülan tedavinin doz ayarlaması yapılır. Ancak konservatif tedaviyle femoral sinirin iyileşmesi yavaştır ve tamamen normale dönmeyebilir. Butterfield ve ark. (11) konservatif olarak tedavi edilen on hastadan yalnızca ikisinde sinir fonksiyonunda tam geriye dönüş olduğunu bildirmişlerdir.

Erken dönemde cerrahi dekompresyon iyileşme sürecini hızlandırabilir (12). Hematom hacminin arttığı ve femoral nöropatinin ilerlediği hastalarda cerrahi dekompresyon için geç kalınırsa hastalar yerleşmiş iskemi nedeniyle cerrahiden fayda görme şansını yitirebilirler. Açık cerrahi yerine hematomun perkütan drenajı da etkili bir dekompresyon sağlayabilir. Bununla birlikte bazı çalışmalarda konservatif ve cerrahi tedavi arasında prognoz açısından belirgin fark saptanmamıştır (13).

Femoral nöropatili hastalarda hematom için cerrahi tedavi yapılın ya da yapılmaması erken dönemde rehabilitasyon oldukça önemlidir. Düzenli egzersiz programı ve kuadriseps kasına elektrik stimülasyonu ile atrofi önlenir.

Bizim olgumuzda hastanın düşük doz (2.5 mg/gün) warfarin kullanmasına ve ilaca başladıktan sonra 3 ay geçmesine rağmen hemoraji gelişmiştir. Yapılan çalışmalarda her ne kadar warfarin kullanımının ilk dönemlerinde kanama riskinin daha fazla olduğu bildirilse de bizim vakamızda olduğu gibi geç dönemlerde de hemoraji görülebilir.

Bu nedenle antikoagülan kullanan hastalarda kanama riski her zaman akılda tutulmalı ve INR takibi düzenli olarak yapılmalıdır. Ciddi anemi veya nörolojik defisit varlığında aktif kanamayı tespit edebilmek için pelvik bölgenin tomografik incelemesi yapılmalıdır.

Olgumuzda tanı konar konulur konmaz warfarin dozu kesilmiş ve rehabilitasyon programına başlanmış fakat sinir fonksiyonunda geriye dönüş sağlanamamıştır. Bunun sebebi hastanın şikayetlerini sol dizindeki osteoartrite bağlayarak hekime başvurmakta gecikmesi olabilir. Uzun süren basılardan sonra bası ortadan kalksa bile sinir fonksiyonu geri dönmeyebilir.

Sonuçta oral antikoagülan kullanan hastalarda hemoraji riski her zaman akılda tutulmalıdır. Özellikle hematoma veya başka bir nedenle oluşan sinir hasarı durumlarında kas kitlesini ve hastanın fonksiyonelliğini korumak için erken rehabilitasyon programına başlanması oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. Şahin N, Salbaş E, Uğurlu H. Turnike kullanımı sonrası femoral sinir hasarı. Genel Tıp Derg 2011;2:79-82.
2. Genc H, Balaban O, Karagoz A, Erdem H R. Femoral Neuropathy in a Patient with Rheumatoid Arthritis. Yonsei Med J. 2007 October 31;5:891-3).
3. Padua L, Caliandro P, Bertolini C, Calistri A, Aprile I, Pazzaglia C, et al. Post traumatic femoral mononeuropathy: prognosis of 7 cases. J Neurol 2006;253:655-6.
4. Wada Y, Yanagihara C, Nishimura Y. Bilateral iliopsoas hematomas complicating anticoagulant therapy. Internal Medicine 2005;44:641-3.
5. Bektaş F, Söyüncü S. Warfarin Induced Iliopsoas Hematoma Detected by Bedside Emergency Ultrasonography Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi (AKATOS) 2012;3:24-6.
6. Levine MN, Raskob G, Landefeld CS, Kearon C. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment. Chest 2001;119:108-21.
7. Oake N, Jennings A, Forster AJ, Fergusson D, Doucette S, Walraven CV. Anticoagulation intensity and outcomes among patients prescribed oral anticoagulant therapy: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2008; 179:235-44.
8. Pirouzmand F, Midha R. Subacute femoral compressive neuropathy from iliacus compartment hematoma. Can J Neurol Sci 2001;28:155-8.
9. A Gogus, Ç Ozturk, M Sirvanci, M Aydogan, A Hamzaoglu. Femoral nerve palsy due to iliacus hematoma occurred after primary total hip arthroplasty. Arch Orthop Trauma Surg 2008,128:657-60.
10. Fealy S, Paletta GA Jr. Femoral nerve palsy secondary to traumatic iliacus muscle hematoma: course after nonoperative management. J Trauma 1999; 47:1150-2.
11. WC Butterfield, RJ Neviasser, MP Roberts. Femoral neuropathy and anticoagulants. Ann Surg 1972;176:58-61.
12. Parmer SS, Carpenter JP, Fairman RM, Velazquez OC, Mitchell ME. Femoral neuropathy following retroperitoneal hemorrhage: case series and review of the literature. Ann Vasc Surg 2006;20:536-40.
13. Merrick H, Zeis J, Woldenberg L. Percutaneous decompression for femoral neuropathy secondary to heparin induced retroperitoneal hematoma: Case report and review of literature. Am Surg 1991;57:706-11.