

Akutte lyskesmerter og ischias anterior hos warfarinbehandlet pasient

Warfarin (Marevan) er et vanlig brukt antikoagulasjonsmiddel. Den hyppigste og alvorligste bivirkningen er blødning.

Vi omtaler en 43 år gammel warfarinbehandlet mann som ble innlagt med ensidige lyskesmerter og nevrologiske utfallsfenomener svarende til ryggmargsegmentene L1–4.

CT bekken viste et hematoma i og bak iliopsoasmuskelen, med utbredelse til under ingvinalligamentet. Hematomet var forårsaket av en warfarinfremkalt koagulasjonsdefekt (INR 7,0), som ble reversert med vitamin K.

I litteraturen er det ingen konsensus om behandling av denne tilstanden. Alternativene er konservativ behandling og kirurgisk evakuering av hematomet. Vår pasient ble behandlet konservativt med godt resultat.

Warfarin (Marevan) er det legemidlet i Norge som hyppigst gir alvorlige og fatale bivirkninger. I gjennomsnitt meldes 70 blødninger til Legemiddelverket hvert år, om lag 40 av disse er fatale. 40 000–45 000 pasienter brukte warfarin i Norge i 2000 (1). Vi omtaler en pasient med iliopsoashematoma forårsaket av warfarin.

Pasienten. Mann, født i 1959, som i 1999 fikk fjernet en lagdelt trombe fra hjertets venstre ventrikel. Tromben ble påvist i forbindelse med utredning av nyreinfarkt og mistenkt arteriell emboli til venstre overekstremitet. Prøver på genetiske koagulopatier var negative. Man fant ingen sikker årsak til tromben. Subendokardialt infarkt ble vurdert, ettersom EKG viste T-negativisering, men koronar angiografi var negativ. Han ble etter operasjonen gitt fast medisiner med warfarin (Marevan).

Pasienten ble så innlagt i sykehus juni 2001 med spørsmål om dyp venetrombose. Han hadde våknet med sterke stikkende smerter i høyre lyske, som ble forverret ved ekstensjon av hoften. Han ble gradvis mer nummen på forsiden av høyre lår. Pasienten var afebril og hadde regelmessig puls på 53. Blodtrykk var 134/67 mm Hg, huden var tørr og varm og han var hemodynamisk stabil. Det ble funnet nedsatt sensibilitet for berøring, først foran på høyre lår, etter hvert utbredelse lateralt og medialt. Patellarrefleksen var nedsatt på høyre side. Etter hvert fikk han nedsatt kraft for fleksjon i høyre hofte, samt for ekstensjon i høyre kne. Ved rektal eksplorasjon var funnene normale. Det var god lyskepuls bilateralt. Tilsyn ved nevrolog viste utfall svarende til deler av L1–4-dermatomene. Pasienten var om over lyskeregionen, og hyperekstensjon i hoften fremprovoserte sterk smerte. Lasègues prøve var ne-

Ebbe Billmann Thorgersen*

e.b.thorgersen@studmed.uio.no

Medisinsk avdeling

Sykehuset i Vestfold Tønsberg

3103 Tønsberg

Anne Merete Øfsti*

Medisinsk avdeling

Thomas Nyheim

Kirurgisk avdeling

Sadollah Abedini

Medisinsk avdeling

Sykehuset i Vestfold Tønsberg

3103 Tønsberg

* Nåværende adresser:

E.B. Thorgersen, Bentsegaten 15

0465 Oslo

A.M. Øfsti, Medisinsk avdeling

Vest-Agder Sykehus Kristiansand

4604 Kristiansand

Thorgersen EB, Øfsti AM, Nyheim T, Abedini S.

Acute groin pain and femoral nerve deficit in a warfarinized patient.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2360–1

Warfarin is frequently used as an anticoagulant. The most common and serious complication is bleeding.

We present a 43-year-old warfarinized patient who was admitted with unilateral groin pain and a neurological deficit of the lumbar nerve root L1–4.

A CT scan showed a haematoma in and behind the ilio-psoas muscle extending to below the inguinal ligament, due to a warfarin induced coagulation deficit (INR 7.0) which was reversed on admission with vitamin K.

There is no conclusive evidence in the literature supporting either conservative or surgical treatment modalities. Our patient was successfully treated conservatively.

gativ. Leie med fleksjon i høyre hofte og kne gav maksimal smertelindring.

Blodprøvesvar viste Hb 13,7 g/100 ml (referanseområde 12,5–17,0 g/100 ml), INR (International Normalized Ratio) 7,0 (terapeutisk område 2,0–4,0), cefotest 50 sekunder (referanseområde < 35 sekunder) og D-dimer 0,2 mg/l (referanseområde < 0,3 mg/l). Det ble ikke funnet noe i anamnesen som kunne forklare hans høye INR-verdi. Ultralydundersøkelse av høyre lyske viste en cystelignende struktur over lyskebåndet. CT bekken ble utført og viste oppfylling i og under iliopsoasmuskelen, med lavtette områder sentralt som tegn på blødning eller nekrose (fig 1).

Pasienten fikk 5 mg vitamin K ved innkomst, det ble ikke vurdert å gi plasma. INR-verdien sank til 2,6 senere på dagen. Pasienten ble overflyttet til kirurgisk avdeling for videre vurdering. Etter konsultasjon med nevrokirurg ble det anbefalt videre utredning med MR av lumbalcolumna for å utelukke intraspinal blødning, noe man ikke fant tegn til.

Under observasjonsperioden bedret pasientens tilstand seg og han ble mobilisert i avdelingen. INR-verdiene lå på 1,2–1,3. En forbigående CK-stigning ble observert (maksimal verdi 572 U/l) (referanseområde < 175 U/l), som falt raskt igjen. Etter å ha konferert med kirurgene som utførte hjerteoperasjonen, vurderte man at det ikke lenger var indikasjon for fortsatt warfarinbehandling. Det ble startet behandling med acetylsalisylsyre (Albyl-E) 75 mg × 1 daglig som sekundær profylakse, da han sannsynligvis hadde gjennomgått et hjerteinfarkt. Da han klinisk ble bedre under oppholdet, ble det ikke utført noen CT-kontroll. Hb-verdiene holdt seg stabilt på 13,0–14,0 g/100 ml (referanseområde 12,5–17,0 g/100 ml), uten blodtransfusjoner. Pasienten ble utskrevet etter åtte dager.

Ved kontroll etter seks uker kom han gående uten hjelp. Kraften var nærmest restituert, med minimal nummenhet og hyperestesi på forsiden, lateralt og medialt på høyre lår.

Diskusjon

Hematoma i eller ved m. iliopsoas er beskrevet ved behandling med warfarin (2–4), med heparin (5, 6), en kombinasjon av disse to (7, 8) og hos blødere (9, 10). Interaksjon med andre medikamenter øker risikoen for at en slik blødning skal oppstå. Marco & Guy har beskrevet en warfarinbehandlet pasient som fikk INR-verdi på 24 (terapeutisk område 2,0–4,0) og iliopsoashematoma etter å ha brukt soppmidlet mikonazol i to dager (11).

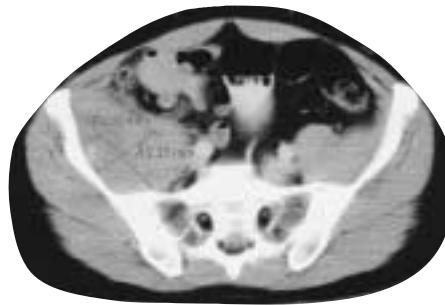
Symptomene ved iliopsoashematoma er akutt innsettende hofte- eller lyskesmerter, smerter ved palpasjon i lysken, nedsatt kraft i mm. iliopsoas og quadriceps, patellar hyporeflesi og nummenhet anteromedialt på låret (innervasjonsområdet til n. femoralis) (2–8).

Det er fremsatt flere teorier om årsaken til disse utfallene. Tallroth, som beskrev to tilfeller av iliopsoashematoma hos blødere, foreslo at skademekanismen var mekanisk trykk fra hematomet på n. femoralis i den lukkede iliopsoaslosjen (9, 10). Eksperimenter på kadavere der man injiserte væske i musklene, viste at iliacusfascien var tykk og uelastisk, psoasfascien derimot var tynn og elastisk. Det ble funnet at væsken injisert i iliacus raskt komprimerte femoralisnerven. Forfatterne mente at kun hematoma i iliacus og ikke psoas kunne gi slike symptomer (12). Merrick og medarbeidere konkluderte med at nerven kommer i klemme mot liga-

mentum inguinale pga. hematometts størrelse og utbredelse i den retningen (6). Mastroianni og medarbeidere mente dette var forklaringen på at kun femoralisnerven var affisert hos deres pasient. N. obturatorius ble ikke skadet da den ikke passerer under lyskebåndet (3). Hos vår pasient lå hematomet mellom os ileum og musculus psoas, med hevelse av muskulaturen nedenfor lyskebåndet i området foran caput femoris.

Det er ingen konsensus i litteraturen hva gjelder behandling av iliopsoashematomet. Noen forfattere mener rask kirurgisk intervensjon med evakuering av hematomet og eventuelt fasciotomi kan forsøkes (3, 4, 7, 8). Merrick og medarbeidere foreslår å prøve ultralydveiledet perkutan drenasje før man eventuelt opererer (6). Andre anbefaler konservativ behandling med seponering av antikoagulantia, vitamin K ved warfarinbehandling, plasma, eventuelt blodtransfusjoner ved anemi og gradvis mobilisering (2, 5). Merrick og medarbeidere gikk gjennom 61 rapporterte tilfeller og fant ingen signifikante forskjeller i resultater mellom konservativ behandling og kirurgisk intervensjon. I begge gruppene var det 50 % av pasientene som kom seg uten restsymptomer, 40 % hadde små sekveler og 10 % hadde ingen bedring i sine nevrologiske symptomer. Det er imidlertid rapportert langt flere som er blitt konservativt behandlet (51 versus ti) (6). Graden av blødning, kvantitering av symptomer og oppfølgingstid er dårlig dokumentert, slik at det er vanskelig å konkludere ut fra dette.

Diagnosen ble stilt ved CT bekken, som



Figur 1 Et hematomet i og under høyre m. iliopsoas, med største diameter 77,0 × 45,0 mm

blir anbefalt som viktigste diagnostiske prosedyrer (3, 7). Differensialdiagnoser i vid forstand hos vår pasient var dyp venetrombose, inkarserert hernie, abscess, tumor, lumbalt skiveprolaps, intraspinal blødning, intraabdominale lidelser som appendisitt, divertikulitt og peritonitt.

Iliopsoashematomet bør vurderes ved lyskesmerter hos pasienter behandlet med antikoagulantia generelt og pasienter behandlet med warfarin (Marevan) spesielt. Klinisk bilde og CT bekken gir diagnosen. Vår pasient ble behandlet konservativt med tilfredsstillende resultat, men kirurgisk evakuering må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Litteratur

1. Harg P, Lislevand H, Madsen S. Fokus på bivirkninger – innsamling av data. *Nytt om legemidler* 2002; nr. 3: 3–4.
2. Reinstein L, Alevizatos AC, Twardzik FG,

DeMarco SJ. Femoral nerve dysfunction after retroperitoneal hemorrhage: pathophysiology revealed by computed tomography. *Arch Phys Med Rehabil* 1984; 65: 37–40.

3. Mastroianni PP, Roberts MP. Femoral neuropathy and retroperitoneal hemorrhage. *Neurosurgery* 1983; 13: 44–7.

4. Al-Zamil A, Christenson JT. Psoas muscle hematoma – an acute compartment syndrome. *VASA* 1988; 17: 141–3.

5. Sasson Z, Mangat I, Peckham K. Spontaneous iliopsoas hematoma in patients with unstable coronary syndromes receiving intravenous heparin in therapeutic doses. *Can J Cardiol* 1996; 12: 490–4.

6. Merrick HW, Zeiss J, Woldenberg LS. Percutaneous decompression for femoral neuropathy secondary to heparin-induced retroperitoneal hematoma: case report and review of the literature. *Am Surg* 1991; 57: 706–11.

7. Ahuja R, Venkatesh P. Femoral neuropathy following anticoagulant therapy: a case report and discussion. *Conn Med* 1999; 63: 69–71.

8. Jamjoom ZAB, Al-Bakry A, Al-Momen A, Malabary T, Tahan AR, Yacub B. Bilateral femoral nerve compression by iliacus hematomas complicating anticoagulant therapy. *Jpn J Surg* 1993; 23: 535–40.

9. Tallroth A. Hemophilia with spontaneous hemorrhage in iliopsoas muscle followed by injury to the femoral nerve: report of case. *Acta Chir Scand* 1939; 82: 1–9.

10. Tallroth A. Hemorrhage in iliopsoas muscle causing injury to femoral nerve: report of second case. *Acta Chir Scand* 1941; 84: 124–8.

11. Marco M, Guy A. Retroperitoneal hematoma and small bowel intramural hematoma caused by warfarin and miconazole interaction. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997; 27: 485.

12. Goodfellow J, Fearn CBD, Matthews JM. Iliacus hematoma: common complication of hemophilia. *J Bone Joint Surg* 1967; 49: 748–56.

○