

Tip III Rektus Kılıf Hematomu: Bir Olgu Sunumu

Type III Rectus Sheath Hematoma: A Case Report

Yalçın GÖLCÜK,¹ Deniz ORAY,¹ Ender BADEMKIRAN²

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Acil Tıp Kliniği, ²3. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

ÖZET

Rektus kılıf hematomu, epigastrik arterlerin veya rektus kas liflerinin yırtılması nedeni ile kanın rektus kılıfı içinde toplanması sonrası gelişen karın ağrılarının nadir bir nedenidir. Rektus kılıf hematomunun uygun tedavi seçimi ve hastanın hastaneye yatırılma kararı hemodinamik bozulmanın derecesi, koagülasyon durumu ve abdominopelvik bilgisayarlı tomografideki hematomun yaygınlığına dayanır. Bu yazıda, acil servise ani başlangıçlı karın ağrısı ile başvuran, sonrasında varfarin doz aşımına bağlı spontan rektus kılıf hematomu tanısı alan 78 yaşındaki kadın sunuldu; ayrıca acil servislerde rektus kılıf hematomlarının tanınması ve uygun şekilde yönetilmesi de tartışıldı.

Anahtar sözcükler: Bilgisayarlı tomografi; rektus kılıf hematomu; varfarin doz aşımı.

SUMMARY

A rectus sheath hematoma occurs an accumulation of blood in the sheath of the rectus abdominis, secondary to rupture of an epigastric arteries or their branches or rectus muscle tear. The choice of effective treatment of rectus sheath hematoma and the decision to admit the patient to hospital depends on the degree of haemodynamic compromise, coagulation status as well as the type of the hematoma on abdominopelvic computerized tomography scans. In this article, we report a case of spontaneous rectus sheath hematoma presenting with acute abdominal pain associated with a palpable abdominal wall mass. Furthermore, diagnosis, classification, and management of rectus sheath hematoma in the emergency room are discussed.

Key words: Computerized tomography; rectus sheet hematoma; warfarin overdose.

Giriş

Rektus kılıf hematomu, epigastrik damarların ya da rektus kasının yırtılması sonrasında gelişen akut karın ağrısı nedenlerinden birisidir. Nadir görülmesi, akut karın ağrısı tanısında akla kolayca gelmemesine yol açabilir, ancak kanama bozukluğuna sahip hastalarda öncelikli olarak düşünülmesi gereklidir. Hasta yönetimi rektus kılıf hematomunun tipine göre değişkenlik gösterir.^[1] Kanama bozukluğuna bağlı gelişen ve girişim gerektirmeyen rektus kılıf hematomları genellikle yakın takip, istirahat ve kanama bozukluğunun düzeltilmesi ile kendini sınırlar.^[2] Bu yazıda, ani başlangıçlı karın ağrısı ile acil servisimize başvuran, sonrasında varfarin doz aşımına bağlı spontan tip III rektus kılıf hematomu tanısı alan hastayı sunmayı amaçladık.

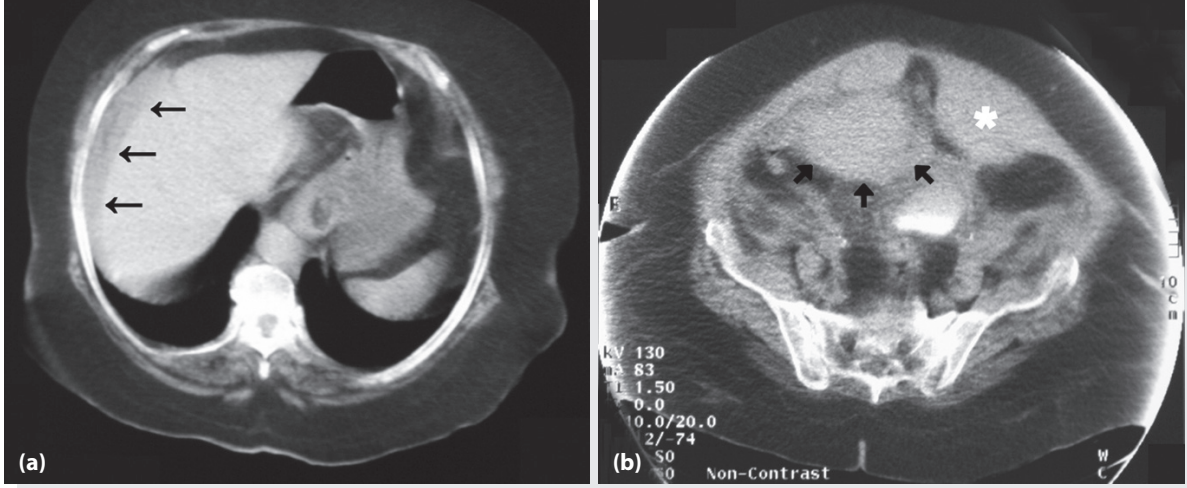
Olgu Sunumu

Yetmiş sekiz yaşında kadın, acil servise travma ile ilişkisiz, ani başlangıçlı, bir gündür devam eden karın ağrısı ve bulantı şikayetiyle başvurdu. Hastanın atrial fibrilasyon ve intraatrial trombus nedeniyle 5 mg/gün dozunda oral varfarin sodyum (Coumadin®) tedavisi altında olduğu, ancak ilacını düzensiz kullandığı öğrenildi. Başvuru anında kan basıncı 90/60 mmHg, nabız 143 atım/dakika, solunum sayısı 18 soluk/dakika, oda havasında oksijen satürasyonu %95 ve vücut sıcaklığı 36.5°C olarak kaydedildi. Muayenede bağırsak sesleri normoaktif olan olguda her iki alt kadranda hassasiyet ve sağ alt kadranda ele gelen kitle tespit edildi. Batın duvarı üzerinde ekimoz yoktu. EKG'de hızlı ventrikül yanıtı atriyal fibrilasyon saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde (paranetiz içindeki değerler normal aralığı göstermektedir) lökosit

Geliş tarihi (Submitted): 21.07.2010 **Kabul tarihi (Accepted):** 26.09.2010

İletişim (Correspondence): Dr. Yalçın Gölcük, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İzmir, Turkey

e-posta (e-mail): dryalcingolcuk@gmail.com



Şekil 1. (a) Kontrastsız bilgisayarlı tomografide perihepatik boşlukta siyah okla işaretli serbest sıvı görüntüsü. (b) Kontrastsız bilgisayarlı tomografide siyah okla işaretli sağ rektus kılıf hematomun pelvis içinde prevesikal boşluğa kadar ilerlediği görüntü (*: sol rektus kılıf hematomu).

11 K/ul (4.0-11.0), trombosit 150 K/ul (150.0-450.0), hemoglobin 8.3 gr/dL (12.0-16.0), hematokrit %25.1 (35.0-45.0), aktive parsiyel tromboplastin zamanı 86.9 sn (22.6-35), protrombin zamanı 102.8 sn (11.4-15.5), uluslararası normallenmiş oran 14.22 (0.8-1.2) bulundu. Arka-ön akciğer ve ayakta direk batın grafisinde anormal bulgu saptanmayan olgunun abdominopelvik ultrasonografisinde infraumbilikal bölgede sağ ve sol rektus kılıf içinde hematoma ile uyumlu hipoekoik kitle saptandı. Kontrastsız bilgisayarlı abdominopelvik tomografide ise iki taraflı rektus kılıf hematomu tespit edildi. Sağ rektus kılıf hematomunun batın içinde perihepatik boşluğa (Şekil 1), pelvis içinde ise prevesikal alana kadar ilerlediği görüldü (Şekil 2) ve spontan Tip III rektus kılıf hematomu tanısı kondu. Bir litre %9'luk NaCl intravenöz sıvı resüsitasyonu, 2 ünite eritrosit süspansiyonu ve 2 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu ile birlikte intravenöz 20 mg vitamin K (Libavit-K®) yapılarak acil serviste tedavi başlandı. Hasta cerrahi servisiyle konsülte edildikten sonra yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yedi gün yoğun bakım ünitesinde ve 2 gün cerrahi servisinde takip edilen hastaya, izlem boyunca yatak istirahati ile birlikte toplam 6 ünite eritrosit süspansiyonu ve 5 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Karın ağrısı gerileyen, hemoglobin düzeyi 12.4 gr/dL'ye yükseltelen, koagülasyon değerleri normal düzeyine getirilen (INR: 1.05) hasta başvurusundan sonraki 9. günde taburcu edildi.

Tartışma

Rektus kılıf hematomu çoğunlukla benign karakter gösterip konservatif tedaviyle kendisini sınırlayan, bazen hızlı progresyonla hayati tehlikeye neden olabilen akut karın ağrısının nadir bir nedenidir.^[2] Daha çok alt kadranda (%80) ve sağ tarafta (%60) görülür. Bir çalışmada rektus kılıf hematomunun akut karın ağrısı nedeniyle hastaneye başvuran ve tanı için ultra-

sonografiye yönlendirilen hastaların %1.8'inde tespit edildiği gösterilmiştir.^[3] Daha çok 6. dekadta ve daha az rektus kas kütlelerine sahip olma eğilimi gösterdiğinden kadınlarda yaklaşık 2 kat daha sık görülür.^[4] Rektus kılıf hematomunun mortalitesi %1.6-25 arasında olduğu gösterilmiştir.^[4-6] Son yıllarda antiagregan ve antikoagülan tedavilerin kullanımının giderek artması rektus kılıf hematomlarının görülme sıklığının artmasına yol açmıştır. Nadir görülmesi, özgün olmayan bulguları ve karın duvarı patolojilerinin akla sık getirilmemesi tanı koymayı güçleştirebilir, literatürde bu nedenlerle geç tanı alan olgular bildirilmiştir.^[7,8] Rektus kılıf hematomuna neden olan birçok tetikleyici faktör vardır. Çoğu antikoagülan kullanımına ikincil gelişen spontan kanamalardır.^[9] Özellikle astım bronşiale, pnömoni gibi akciğer hastalıklarında intraabdominal basıncı arttıran şiddetli öksürük en sık travma dışı mekanizmadır.^[10] Diğer risk faktörleri arasında künt travma, ileri yaş, batın cerrahisi ve gebelik bulunur.^[11] Çoğu hastada, bizim olgumuzda olduğu gibi ani başlayan şiddetli karın ağrısı (%84), fizik muayenede ise karın duvarında kitle (%63) tespit edilir.^[4] Rektus kılıf hematomu şüphesinde ilk tanı aracı olarak kullanılan ultrasonografinin duyarlılığı %80-90'dır. Ultrasonografi kitlenin boyutu ve lokalizasyonu hakkında genellikle doğru bilgiler verir.^[12,13] Altın standart olan bilgisayarlı batın tomografisi ise (a) ilk tanı aracı olarak, (b) tanısız olmayan ultrasonografi bulgularında, (c) diğer karın içi patolojilerin dışlanmasında ve (d) rektus kılıf hematomunun tiplendirilmesinde kullanılır. Duyarlılığı ve özgünlüğü %100'dür.^[2,5,14]

Rektus kılıf hematomları boyut ve lokalizasyonuna göre 3 tipe ayrılır.^[1] Bu sınıflandırma acil tıp hekiminin konsültasyon istemini ve tedavi seçimini belirler (Tablo 1). Tip I hematoma rektus kasi içindedir ve sadece kasın boyutunda artışa neden olur. Hematom tek taraflıdır ve fasiyal plana yayılım olmaz. Hastalar ayaktan takip edilebilir. Evde yapılan yatak istirahati ve ağrı

Tablo 1. Rektus kılıf hematomlarının tiplendirmesi

Tip	Anatomik yayılım	Bulgular	Yönetim
I	Kas içi, tek taraflı, fasiyal plana yayılım yok.	Hemoglobin değerinde düşüş yok.	Konservatif, ayaktan takip.
II	Tek veya iki taraflı, fasiyal plana yayılım var, prevesikal alana yayılım yok.	Hemoglobin değerinde düşüş olabilir.	Kısa dönem hastanede yatış, transfüzyon ihtiyacı olabilir.
III	İki taraflı, fasiyal plana, periton içine ve prevesikal alana yayılım var.	Hemoglobin değerinde ciddi düşüş ve hemodinamik bozulma olabilir.	Uzun dönem hastanede yatış, kan ve kan ürünleri ile transfüzyon, cerrahi müdahale gerekebilir.

kontrolü ile hematoma kendini sınırlar ve genellikle 1 ay içinde komplikasyonsuz geriler. Tip II hematoma tek taraflı veya iki taraflı olabilir. Kas içi hematoma tip I'ı taklit eder fakat farklı olarak kas ile transvers fasiya arasında kanama vardır. Hematomun büyüme ihtimali yüzünden yakın takip gerektirir. Hastanede yapılan yatak istirahati ve analjeziklerin yeterli olduğu bu tipte hastalar birkaç gün içinde taburcu edilebilir. Hematom sıklıkla 2-4 ayda geriler. Tip III hematoma ise kanama kas ile transvers fasiya arasında, peritonda ve prevesikal alanda görülür. Hastalar yatırılarak yakın takip altında tedavi edilir. Sıvı resüsitasyonu, gerekli olgularda kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu gerekebilir. Kontrol altına alınamayan ve boyutu ilerleyen hematoma cerrahi müdahale gerekebilir.^[1,2,15] Bu hastalar 1 haftalık takipten sonra taburcu edilebilir ve hematoma genellikle 3 aydan fazla sürede geriler. Rektus kılıf hematoma genellikle tekrarlamaz ve uzun dönemde sekel bırakmaz. Antikoagülan tedavi alanlarda, hematoma boyutları büyük olanlarda, ileri yaşta kişilerde ve ciddi eş hastalıkları olanlarda morbidite ve mortalite oranı daha yüksektir.^[16,17] Antikoagülan tedavi alanlarda, koagülopatinin hızla düzeltilmesi ve kan transfüzyonu tedavinin köşe taşlarıdır. Bizim olgumuz toplam 6 ünite eritrosit süspansiyonu ve 5 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu ile başarılı şekilde tedavi edildi.

Sonuç

Acil tıp hekimleri antikoagülan tedavi alan hastalarda ani başlangıçlı karın ağrısı ile gelen ve hematokrit değeri düşük olan hastalarda rektus kılıf hematoma düşünmelidir. Konsültasyon, yatış endikasyonu ve tedavi seçiminde hematoma bilgisayarlı batın tomografisi ile tiplendirilmesi yol göstericidir.

Kaynaklar

- Berná JD, Garcia-Medina V, Guirao J, Garcia-Medina J. Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. *Abdom Imaging* 1996;21:62-4.
- Fitzgerald JE, Fitzgerald LA, Anderson FE, Acheson AG. The changing nature of rectus sheath haematoma: case series and literature review. *Int J Surg* 2009;7:150-4.
- Klingler PJ, Wetscher G, Glaser K, Tschmelitsch J, Schmid T, Hinder RA. The use of ultrasound to differentiate rectus

- sheath hematoma from other acute abdominal disorders. *Surg Endosc* 1999;13:129-34.
- Cherry WB, Mueller PS. Rectus sheath hematoma: review of 126 cases at a single institution. *Medicine (Baltimore)* 2006;85:105-10.
 - Chang WT, Knight WA IV, Werdehoff SG, et al. Rectus sheath hematoma. *emedicine from WebMD* (updated: Jul 1, 2009; accessed: mar 9, 2010). Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/776871-overview>.
 - TESKE JM. Hematoma of the rectus abdominis muscle; report of a case and analysis of 100 cases from the literature. *Am J Surg* 1946;71:689-95.
 - Alla VM, Karnam SM, Kaushik M, Porter J. Spontaneous rectus sheath hematoma. *West J Emerg Med* 2010;11:76-9.
 - Salemis NS, Gourgiotis S, Karalis G. Diagnostic evaluation and management of patients with rectus sheath hematoma. A retrospective study. *Int J Surg* 2010;8:290-3.
 - Linhares MM, Lopes Filho GJ, Bruna PC, Ricca AB, Sato NY, Sacalabrini M. Spontaneous hematoma of the rectus abdominis sheath: a review of 177 cases with report of 7 personal cases. *Int Surg* 1999;84:251-7.
 - Titone C, Lipsius M, Krakauer JS. "Spontaneous" hematoma of the rectus abdominis muscle: critical review of 50 cases with emphasis on early diagnosis and treatment. *Surgery* 1972;72:568-72.
 - Ozucelik DN, Neslihan Y, Emet M, Coskun S. Spontaneous rectus sheath hematoma presenting with acute abdominal pain: a case series and review of the literature. *Ann Saudi Med* 2005;25:250-4.
 - Moreno Gallego A, Aguayo JL, Flores B, Soria T, Hernández Q, Ortiz S, et al. Ultrasonography and computed tomography reduce unnecessary surgery in abdominal rectus sheath haematoma. *Br J Surg* 1997;84:1295-7.
 - Fukuda T, Sakamoto I, Kohzaki S, Uetani M, Mori M, Fujimoto T, et al. Spontaneous rectus sheath hematomas: clinical and radiological features. *Abdom Imaging* 1996;21:58-61.
 - Luhmann A, Williams EV. Rectus sheath hematoma: a series of unfortunate events. *World J Surg* 2006;30:2050-5.
 - Zengin K, Carkman S, Kiliç I, Beken E, Eyüboğlu E. Treatment approaches to rectus sheath hematoma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2007;13:55-9.
 - Ducatman BS, Ludwig J, Hurt RD. Fatal rectus sheath hematoma. *JAMA* 1983;249:924-5.
 - Dineen RA, Lewis NR, Altaf N. Small bowel infarction complicating rectus sheath haematoma in an anticoagulated patient. *Med Sci Monit* 2005;11:CS57-9.