

## Editöre Mektup - I (Yanıt)

Sayın Editör,

Öncelikle değerli meslektaşımızın eleştirilerine, yazımızda karanlık kalan, anlaşılamayan ya da yetersiz vurgulanan noktaları aydınlatma imkanı sağladığı için teşekkür ediyoruz.

Berna JD ve arkadaşlarının yayını<sup>[1,2]</sup> bir radyoloji dergisinde yayınlanmasına rağmen olguların bilgisayarlı tomografi (BT) yorumları bizim olgularımızdan daha ayrıntılı olarak verilmemiştir. Şunu belirtmeliyiz ki bizim olgularımızın tümü tip III hematomdur. Berna ve arkadaşlarının bu sınıflamayı yaptıkları yazıda da belirtildiği gibi tip I hematomu olan olgular zaten ayaktan takip edilebilen olgulardır dolayısıyla bizim olgularımızın bu gruba girmediği açıktır.<sup>[1]</sup> Yine aynı yazıda tip III hematomu olan olguların akut karına benzer ağrı yakınmasıyla başvurdukları belirtilmiştir ki bizim yazımızın “amaç” bölümünün ilk cümlesi bunun altını çizmektedir.<sup>[1]</sup> Nitekim bir olgumuzda uygulanan laparotominin nedeni akut karın bulgularının varlığıdır. Olgularımızda varolan hematomlar pelvise kadar uzanmakta olup, uterus, rektum ve mesaneye ileri derecede bası yapmalarından kaynaklanan ciddi semptomları vardı. Yayında verilen BT kesitinde bunu görmek mümkündür.

Yüz yirmi altı olguluk, içinde tip I, II, III değişik olguların bulunduğu bir seriden elde edilen mortalite oranı ile tip III 5 olgunun mortalite oranını karşılaştırdığımızda uyumlu sonuçların çıkmaması doğal olup, %1,6 mortalite oranı olan yayındaki mortaliteler (2 olgu) doğrudan rektus kılıf hematomu kanamasına bağlıdır, bizim olgularımızın hepsinin başvuru anında hematomları dışında çok ciddi kalp ve akciğer kaynaklı sorunları mevcuttu.<sup>[3]</sup>

Olgularımızın tümüne narkotik analjeziklerle ağrı tedavisi uygulanmakla beraber steroid dışı anti-enflamatuarlar ve diğer kanama eğilimini artırabilecek ilaçlardan kaçınılmıştır ki bu hastaların çoğu-

nun yandaş süregen rahatsızlıkları nedeniyle kullanageldikleri, antiagregan, antitrombotik ilaçlar mevcuttur. Bu da bu hastalarda mortaliteyi arttıran bir ikilem olarak en önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır.

Daha önce belirttiğimiz gibi bu hastaların hematomları rektus kasının küçük bir bölümünü kaplayan soğuk uygulama ve basınç yapılabilecek boyutta olmayıp çok daha büyük ve yaygındır. Aynı zamanda ciddi bası semptomları mevcuttur. Bu nedenle uygulanacak baskı hastaların şiddetli ağrı yakınmalarını daha da arttıracaktır, kaldı ki pelvise kadar uzanan bir hematoma dışarıdan yapılacak baskının başarı şansı tartışmalıdır. Kanımızca soğuk uygulama ve baskı ancak ayaktan tedavi edilebilecek tip I olgularda yeri olan tedavi uygulamalarıdır.

K vitamini bizim olgularımızda da intravenöz olarak uygulandı ancak vurguladığımız gibi bunu yayında belirtmemişiz.

Eleştirileriniz için teşekkür ederiz.

Dr. Kağan Zengin

Dr. Sinan Çarkman

Dr. İlknur Kılıç

Dr. Evrim Beken

Dr. Erhun Eyüboğlu

Kaynaklar

1. Berna JD, Garcia-Medina V, Guirao J, Garcia-Medina J. Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. *Abdom Imaging* 1996;21:62-4.
2. Berna JD, Zuazu I, Madrigal M, Garcia-Medina V, Fernandez C, Guirado F. Conservative treatment of large rectus sheath hematoma in patients undergoing anticoagulant therapy. *Abdom Imaging* 2000;25:230-4.
3. Cherry WB, Mueller PS. Rectus sheath hematoma: review of 126 cases at a single institution. *Medicine (Baltimore)* 2006;85:105-10.