

Editöre Mektup - I

İlgili yayın: Zengin K ve ark. Rektus kılıf hematomu olgularına yaklaşımımız. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2007;13:55-59.

Sayın Editör,

Rektus kılıfı hematomlarında tedavi yaklaşımlarını belirlemede İngilizce literatürde varolan tek sınıflama Berna ve arkadaşlarının^[1] 1996'da yayınladıkları bilgisayarlı tomografiye dayalı sistemdir. Buna göre tomografik olarak rektus kılıfı hematomları üç alt gruba ayrılmıştır. Tip I hematomlar kas boyutunda artışla karakterlidir ve kas içi kanamaya işaret eden yaygın yoğunluk artışı veya hipodens ovoid bir alan olarak tanımlanır. Tip II hematomlar da kas içinde yer almakla beraber alttaki transvers fasya ile kas arasında kana ait dansite görülmesiyle tip I hematomlardan ayrılırlar. Tip III hematomlar ise ilk iki tipten oldukça farklıdır ve kastaki yoğunluk değişimine bakılmaksızın kas ile transvers fasya arasındaki planda, peritonda ve prevesikal alanda kan varlığı söz konusudur.

Daha sonra 2000 yılında yayınladıkları 12 olguluk seride bu sisteme göre uyguladıkları konservatif tedavi prensiplerini belirlemişlerdir. Tip I hematomlarda ayaktan tedavi olası iken, tip II ve tip III hematomların tedavi ve takibi hastanede yapılmalıdır. Tip III hematomlarda çoğu zaman kan transfüzyonu gerektirecek hematokrit düşüşleriyle karşılaşılabilceği akılda tutulmalı ve kanamayı kontrol altına alabilmek ve hastayı stabilize etmek için embolizasyon veya cerrahi ligasyon gibi invaziv girişimlere hazırlıklı olunmalıdır.^[1,2]

Derginizde yayınlanan yazıda hastaların tomografik özellikleriyle ilgili detaylı ve yeterli bilgi olmadığından, bildirilen %40'lık mortalite oranını literatürdeki %1.6-25'lik oranlarla karşılaştırmak olası değildir.^[3,4] Her ne kadar fizik inceleme verilerine dayanarak 4 olgunun tip I hematomu olduğu düşünülse de, nadir görülen bu klinik tablo konusunda azımsanmayacak sayıda olgunun sunulduğu bu çalışmanın literatür bilgilerine katkı sağlaması açısından tomografik sınıflamanın da eklenmesi uygun olacaktır.

Ayrıca, özellikle ayaktan takip edilmesi planlanan hastalarda, konservatif tedavinin en önemli noktasına yayında vurgu yapılmamıştır. Bu hastalarda akut karın

tablosunu taklit edecek düzeyde şiddetli karın ağrısı önde gelen yakınma olduğundan, rektus kılıfı hematomu tanısı kesinleştirildikten sonra, kullanılıyorsa anti-koagülan tedavinin kesilmesiyle eş zamanlı olarak düşünülmesi gerekli ilk tedavi analjezik uygulamasıdır. Bu noktada da akılda tutulması gereken, antiagregan etkilerinden dolayı steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlardan kaçınılması, asetaminofen veya düşük potansiyelli narkotiklerin tercih edilmesidir. Hematom bölgesine baskı yapılması ve soğuk uygulama semptomatik iyiliğin sağlanmasında yararlı olabilir.^[4]

Vurgulanması gereken bir diğer nokta da oral antikoagülan kullanan hastalarda, bu ilacın etkisinin geriye döndürülmesi için kullanılan K-vitamininin uygulanma şeklidir. Oral uygulamanın kanaması devam eden bir hastada hiç bir etkisi yoktur. Subkutan uygulama sonrası ise tedaviye yanıt kestirilemez olup arzu edilen etkinliğin sağlanması şüphelidir. Söz konusu klinik durum gibi oral antikoagülanın etkisinin hızla geriye çevrilmesinin hayati önem taşıdığı durumlarda K-vitamininin tercih edilecek uygulama şekli, anafaksi riskini de göze alarak, yavaş infüzyon şeklinde intravenöz yol olmalıdır.^[4,5]

Saygılarımla,

Dr. Hikmet Erhan Güven

Etimesgut Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

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.
4. Rectus sheath hematoma. William A. Knight IV. Available at: <http://www.emedicine.com/emerg/topic943.htm>, last accessed on April, 7th, 2007.
5. Vitamin K to reverse excessive anticoagulation: a review of the literature. Charles T. Taylor, Pharm. D. *Pharmacotherapy* 19(12):1415-25, 1999. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/418081>, last accessed on April, 7th, 2007.