

Rektus kılıf hematomu olgularına yaklaşımımız

Treatment approaches to rectus sheath hematoma

Kağan ZENGİN, Sinan ÇARKMAN, İlkur KILIÇ, Evrim BEKEN, Erhun EYÜBOĞLU

AMAÇ

Rektus kılıf hematomu (RKH) akut karın ağrısının nadir görülen nedenlerinden birisidir. Sıklıkla gözden kaçır ve gereksiz cerrahi girişimlere neden olur. Bunun önlenmesi amacıyla tanı ve tedavide dikkat edilmesi gerekli noktalar incelendi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Aralık 2000-Temmuz 2005 yılları arasında acil cerrahi polikliniğinde RKH tanısı alan beş hasta (5 kadın; ort. yaş 67,4; dağılım 53-74 yaş) retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik özellikleri, özgeçmişleri ve yakınmaları, tanıya götüren fiziksel inceleme, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerindeki bulgular ve tedavi yöntemleri araştırıldı.

BULGULAR

Tüm olguların yakınması karında kitle ve karın ağrısı idi. Dört olgu antikoagülan tedavisi almaktaydı. Fiziksel incelemede palpabl ağrılı kitle bulundu. Anemi saptanan olgularda tanı, birinde yalnızca bilgisayarlı tomografi (BT), üçünde ultrasonografi (USG) ve BT yardımıyla ve bir olgudaysa akut karın düşünülerek yapılan cerrahi eksplorasyon sırasında konuldu. Tedavi olarak olguların tümünde tam kan ve dört olguda antikoagülan tedavisi kesilip, K vitamini ve taze donmuş plazma verildi. Bir olguda kanama kontrolü ameliyat sırasında yapıldı. Hastaların üçü ortalama 13,6 gün yatış süresi sonrası şifa ile taburcu edilirken, iki olgu ameliyat sonrası iki olgu beşinci ve yedinci günlerde kaybedildi.

SONUÇ

Akut karın ağrısı, göbek altı kitlesi ve anemisi olup antikoagülan kullanan ileri yaşlı hastalarda RKH'den şüphe edilmelidir. Klinik şüphe halinde USG veya BT yapılmalıdır. Erken ve doğru tanı konservatif tedavinin başarılı olmasını ve gereksiz cerrahi girişimi önler.

Anahtar Sözcükler: Antikoagülan/yan etki/terapötik kullanım; hematoma/tanı/tedavi; rektus abdominis/radyografi/ultrasonografi; K vitamini.

BACKGROUND

Rectus sheath hematoma (RSH) is one of the rare causes of acute abdominal pain. This clinical entity is frequently misdiagnosed and leads to unnecessary surgical intervention. We investigated the critical points of the diagnosis and therapy in preventing these mistakes.

METHODS

Five patients (5 females; mean age 67.4; range 53 to 74 years) admitted to the emergency surgery unit and diagnosed as RSH between December 2000 and July 2005 were reviewed retrospectively. Demographic characteristics, medical history complaints and physical examination, laboratory and imaging studies findings were investigated.

RESULTS

Four patients had been receiving anticoagulant therapy. All of the cases were complaining of abdominal mass and abdominal pain. In the physical examination painful mass was palpated. In cases anemia determined, the diagnosis was done only by computed tomography (CT) in one case, by ultrasonography (USG) and CT in three cases, and during surgical exploration for acute abdomen in one case. Blood transfusion was administered in all of the cases. In four patients anticoagulant therapies were discontinued and intravenous vitamin K and fresh frozen plasma were administered. In one case bleeding control was done during the operation. While three cases were discharged uneventfully following mean hospital stay of 13.6 days, two cases died on the fifth and seventh days.

CONCLUSION

In elderly patients with acute abdominal pain, infraumbilical mass, anemia and history of anticoagulation therapy, RSH should be taken into consideration and USG and CT should be performed. Early and accurate diagnosis helps for a successful medical treatment and prevents unnecessary surgical intervention.

Key Words: Anticoagulant/adverse effects/therapeutic use; hematoma/diagnosis/therapy; rectus abdominis/radiography/ultrasonography; vitamin K.

Rektus kılıf hematomu (RKH) nadir görülen bir durum olup, anterior rektus abdominis kılıfının içindeki epigastrik damarların rüptürü ve/veya rektus kas liflerinin yırtılması nedeni ile kanın rektus kılıfı içinde toplanması sonucu oluşur. Genellikle göbek altında olmakla birlikte üst karında da oluşabilir.^[1-8] Kadınlarda (K/E=2,5/1) ve 5./6. dekad üstü yaş grubunda daha sık görülür.^[1] Tanı klinik, laboratuvar ve radyolojik verilerle konulur.^[1,4,9] Tanı konulan olguların çoğunun konservatif yöntemle tedavi edilmesi gerekir.^[1] En önemli predispozan faktör antikoagülan tedavi olup, günümüzde bu tedaviyi kullanan hasta sayısının artmasıyla birlikte spontan hematomların sayısında da artış olmuştur.^[4,9-11] Spontan hematomların en sık görülenleri, rektus kılıf ve psoas kas hematomlarıdır.^[4,9,10,12,13] Antikoagülan tedavi alanlarda hayatı tehdit eden bir durumdur. Semptomları nonspesifik olup, spesifik klinik tablo yoktur.^[1,3,9-11]

Bu retrospektif çalışmada RKH tanısıyla tedavi edilen olgular literatür bilgileri eşliğinde sunuldu.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2000-Temmuz 2005 yılları arasında RKH tanısıyla acil cerrahi servisine yatırılan beş hastanın (5 kadın; ortalama yaş 67,4; dağılım 53-74 yaş) dosyası retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş ve cins gibi demografik özellikleri ortaya kondu, özgeçmişlerindeki bulgular ve hastalığa ait yakınmaları saptandı. Tanıya götüren fiziksel inceleme bulguları belirlendi. Tanıya yardımcı olan laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerindeki bulgular araştırıldı. Hastalığa yönelik medikal ve cerrahi tedavi yöntemleri ortaya konarak sonuçları tartışıldı. Hastaların erken dönemdeki morbidite ve mortalite oranları araştırıldı.

BULGULAR

Yakınma: Olguların tümü karın ağrısı ve karında kitle yakınması ile acil polikliniğe başvurdu.

Özgeçmiş: Olguların özgeçmişlerinde; bir tanesinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı anamnezi mevcut iken diğer dördünde kardiyak nedenlerle

Tablo 1. Olgulardaki bulguların özeti

No	Yaş / Cinsiyet	Fiziksel inceleme	Laboratuvar	Antikoagülan kullanımı	Görüntüleme
1	74 / Kadın	Sağ orta ve alt kadranda palpabl kitle	Lökosit: 12100/µL Hematokrit: %24 Trombosit: 160000/µL APTT: 30,0 Sn, PT:14,5 Sn Aktivite: %64, INR: 1,81	Warfarin	Yok
2	53 / Kadın	Sağ alt kadranda kitle	Lökosit: 11600/µL Hematokrit: %23 Trombosit: 180000/µL APTT: 36,0 Sn, PT: 13,7 Sn Aktivite: %76, INR: 1,11	Yok	BT
3	65 / Kadın	Sol alt kadranda kitle	Lökosit: 11000/µL Hematokrit: %27,8 Trombosit: 140000/µL APTT: 28,0 Sn, PT: 18,7 Sn Aktivite: %84, INR: 1,48	Warfarin	USG + BT
4	72 / Kadın	Göbekten heriki alt kadrana uzanan kitle	Lökosit: 12500/µL Hematokrit: %25,3 Trombosit: 239000/µL APTT: 49,6 Sn, PT: 16,8 Sn Aktivite: %53, INR: 2,34	Warfarin	USG + BT
5	73 / Kadın	Göbekten sağ alt kadrana uzanan kitle	Lökosit: 12700/µL Hematokrit: %21 Trombosit: 183000/µL APTT: 58,5 Sn, PT: 22,3 Sn Aktivite: %40, INR: 1,96	Warfarin	USG + BT

(atriyal fibrilasyon, akut koroner sendrom, mitral valv replasmanı) Warfarin (Coumadin, Eczacıbaşı, İstanbul, Türkiye) kullanımı vardı.

Fiziksel inceleme: Olguların tümünde karın alt kadrantlarında ağrılı palpabl kitle vardı (Tablo 1).

Görüntüleme yöntemleri: Olguların üçünde önce ultrasonografi (USG) daha sonra karın bilgisayarlı tomografi'si (BT) çekilirken, birinde yalnızca BT, birinde ise yalnızca fizik muayene yapıldı. Olgularımıza yapılan USG ve BT incelemeleri ile lezyonlar hematoma olarak tanımlandı (Şekil 1a, b).

Laboratuvar analiz: Tüm olgularda anemi, %21 ile %27,8 arasında hematokrit değerleri ve lökositoz saptandı (Tablo 1).

Tedavi: Olguların dördü konservatif takip edilirken hiçbir görüntüleme yöntemi kullanılmayan hastada cerrahi girişim yapılarak tanı konduktan sonra eş zamanlı olarak kanama kontrolü sağlandı.

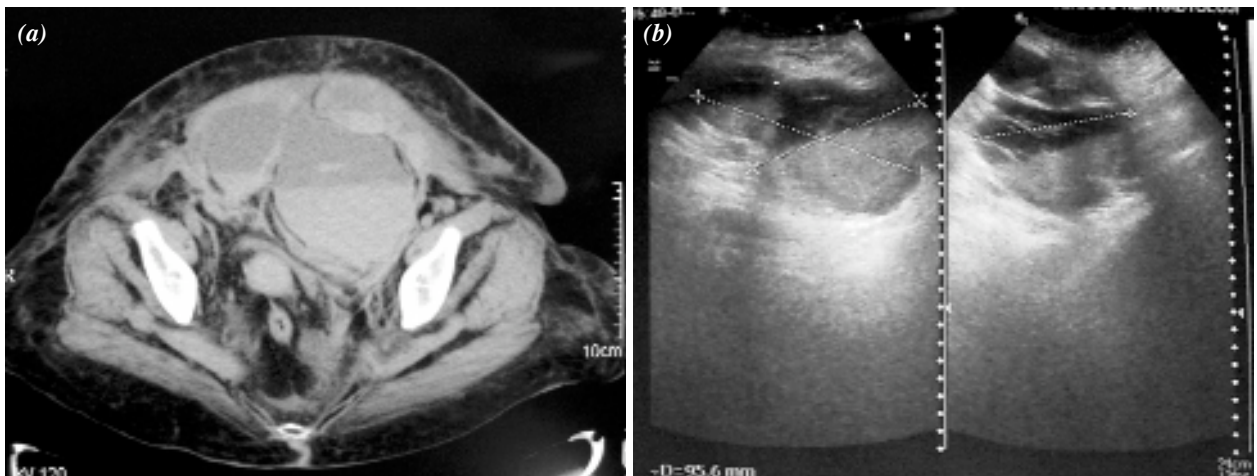
Görüntüleme yöntemleri kullanılmayan bu olguda tanı ameliyatla konuldu. Ameliyat sırasında yapılan incelemede rektus abdominis orta lateral bölümünden başlayıp arkada spinal kaslara uzanan hematoma ve yırtılmış kaslardan kaynaklanan kanama saptanarak, kanama kontrolü yapıldı. Diğer dört hastada görüntüleme yöntemleri ile kesin tanı konduktan sonra Warfarin tedavisi kesilerek medikal tedavileri düzenlendi. Hastaların tümüne tam kan (4-11 Ünite) ve taze donmuş plazma transfüzyonu (8-15 Ünite) ve K vitamini yapılarak hematomun büyümesi kontrole alındı. Hematom boyutundaki değişiklikler üç hastada USG ile takip edildi.

Sonuç: Cerrahi girişim yapılan hasta ile yandaş pnömonisi olan hasta yoğun bakım ünitesinde takipleri sürerken beşinci ve yedinci günlerde kaybedildi. Konservatif olarak tedavi edilen üç olgu ortalama 13,6 (3-21) gün sonra iyileşerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Rektus kılıf hematoma sıklıkla ani başlayan karın ağrısı olarak karşımıza çıkar ve genellikle akut karını taklit eder.^[4] RKH acil serviste akut karın ağrısının farklı nedenleri araştırılırken sıklıkla gözden kaçır ve gereksiz cerrahi girişimlere neden olabilir. Spontan meydana gelebileceği gibi epigastrik damarların ve/veya rektusun kas liflerinin yırtılması nedeniyle oluşabilir ve nadiren bilateraldir.^[9] Bizim olgularımızın başvuru yakınmaları da önceki bilgileri doğrulayacak şekilde ani ve şiddetli ağrıya birlikte karında kitle oluşumu şeklindeydi. Bulgularımıza göre karın alt kadrantlarında kitlenin yerleşimi çeşitlilik göstermekteydi (3 sağ, 1 sol lateral ve 1 bilateral).

Olgularımızın dördünde kardiyovasküler düzensizlikler nedeniyle antikoagülan (Warfarin) kullanımının gösterdiği şekilde en önemli predispozan faktörü antitrombotik, antikoagülan tedavi teşkil etmektedir. Arteriyel HT, esansiyel trombositoz, Öksürme, ani ıkınma, direkt karın travması, hamilelik, ilerlemiş yaş, paroksistik öksürük ve ani karın duvar kontraksiyonu diğer predispozan faktörlerdir.^[1,4,9,14,15] Bir olguda ise kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve buna eklenmiş pnömoniye bağlı şiddet-



Şekil 1. Rektus kılıf hematoma'nun (a) bilgisayarlı tomografi ve (b) ultrasonografi görüntüsü.

li öksürük antikoagülan tedavi olmaksızın rektus kılıf hematoma neden olmuştur.

Ameliyat öncesi görüntüleme yöntemleriyle tanı konulduğunda ameliyat olasılığı düşer.^[1] USG bize RKH'nin boyutu, lokalizasyonu ve fiziksel özellikleri konusunda bilgi verir. Genellikle görüntüler sonolüsendir. Taze veya pıhtılaşmış kanın varlığına göre heterojen de olabilir.^[16,17] BT'de ise karakteristik görüntü rektus abdominis kasındaki hiperdens görüntüdür.^[16-18] Nitekim bizim çalışmamızda da görüntüleme yöntemi kullanılmayan bir hasta ameliyat edilirken, diğer dört hastaya USG ve BT ile tanı konarak ameliyata gerek kalmadan hastalar konservatif olarak takip edilmiştir.

Rektus kılıfı hematomunun geleneksel tedavisi cerrahi olsa da son zamanlarda konservatif yaklaşım tercih edilmektedir.^[4] Hemodinamik bozuklukla birlikte olan geniş hematomlarda, apse formasyonu gelişiminde veya tanı konulamayan olgularda cerrahi tedavi önerilir.^[1] Bizim çalışmamızda konservatif tedavi uygulanan olgularda olduğu gibi antikoagülan tedavinin kesilmesini izleyen medikal önlemlerle hematomun klinik seyri kontrol altına alınabilir. Konservatif tedavide ilk yapılacak şey antikoagülan tedavinin hemen kesilmesidir. Hemodinamik durum değerlendirmesi yapılır yatak istirahati ve intravenöz sıvı tedavisi uygulanır.^[4] Kırmızı kan hücreleri gerekirse verilir. Antikoagülan etkinin nötralizasyonu için K vitamini ve taze donmuş plazma (15 ml/kg) uygulanabilir.

Radyolojik görüntüleme yapılmadan ameliyata alınan olgumuzda tanı konduktan sonra hemostaz cerrahi yöntemle sağlanmış olmasına rağmen RKH'nin cerrahi girişim endikasyonları sınırlıdır. Cerrahi girişim hemodinamik durumu kontrol altına alınamayan büyük hematomlu hastalarda hematomun boşaltılması ve epigastrik damarların bağlanması şeklinde önerilir.^[4,9,19] Arteriyel embolizasyon transfemoral kateterizasyon yoluyla ana kaynağın bulunması ve embolizasyonuyla başarılı bir şekilde yapılabilir.^[9,19]

İki olgumuzun hayatını kaybetmesine karşın RKH'ye bağlı mortalite nadirdir. Yetersiz tanı, RKH'nin tedavisinde gereksiz cerrahi girişime neden olur ve artan mortalite nedenidir.^[19,20]

Akut karın ağrısında, göbek altında kitlesi ve anemisi olan antikoagülan kullanan, risk grubundaki, ileri yaşlı hastalarda rektus kılıf hematoma akla

gelmelidir. Klinik şüphe halinde tanıda USG ve/veya BT gibi görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Hematomun erken ve doğru tanısı konservatif tedavinin başarılı olmasını ve cerrahi girişimden kaçınılmasını sağlar.

KAYNAKLAR

1. Moreno Gallego A, Aguayo JL, Flores B, Soria T, Hernandez Q, Ortiz S, et al. Ultrasonography and computed tomography reduce unnecessary surgery in abdominal rectus sheath haematoma. *Br J Surg* 1997;84:1295-7.
2. Lorente L, Aller MA, Duran MC, Arias J. Hematoma of the anterior rectus abdominis muscle associated with anticoagulant therapy. [Article in Spanish] *Rev Esp Enferm Dig* 1993;84:343-4. [Abstract]
3. Martinez Jabaloyas JM, Planells Roig MV, Garcia Espinosa R, Pous Serrano S, Moya Fernandez A, Rodero Rodero D. Hematoma of the sheath of the anterior rectus muscle of the abdomen. [Article in Spanish] *Rev Esp Enferm Dig* 1993;83:213-4. [Abstract]
4. 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.
5. Blum A, Bui P, Boccaccini H, Bresler L, Claudon M, Boissel P, et al. Imaging of severe forms of hematoma in the rectus abdominis under anticoagulants. [Article in French] *J Radiol* 1995;76:267-73. [Abstract]
6. Berna JD, Garcia-Medina V, Guirao J, Garcia-Medina J. Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. *Abdom Imaging* 1996;21:62-4.
7. Tarim A, Yildirim S, Nursal TZ, Noyan T. Intraabdominal and intramural hemorrhage due to warfarin therapy. [Article in Turkish] *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2003;9:50-3.
8. Tuncer S, Sökmen G, Güven A, Köleoğlu M, Öncel H, Süner A. Akut koroner sendromla izlenen bir olguda akut batını taklit eden musculus rektus abdominis içerisinde kanama. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2004;4:372-3.
9. Basile A, Medina JG, Mundo E, Medina VG, Leal R. Transcatheter arterial embolization of concurrent spontaneous hematomas of the rectus sheath and psoas muscle in patients undergoing anticoagulation. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2004;27:659-62.
10. Edlow JA, Juang P, Margulies S, Burstein J. Rectus sheath hematoma. *Ann Emerg Med* 1999;34:671-5.
11. The Columbus Investigators. Low-molecular-weight heparin in the treatment of patients with venous thromboembolism. *N Engl J Med* 1997;337:657-62.
12. Marquardt G, Barduzal Angles S, Leheta F, Seifert V. Spontaneous haematoma of the iliac psoas muscle: a case report and review of the literature. *Arch Orthop Trauma Surg* 2002;122:109-11.
13. Ray CE Jr, Wilbur AC. CT diagnosis of concurrent hematomas of the psoas muscle and rectus sheath: case reports and review of anatomy, pathogenesis, and imag-

- ing. Clin Imaging 1993;17:22-6.
14. Berna-Serna JD, Sanchez-Garre J, Madrigal M, Zuazu I, Berna-Mestre JD. Ultrasound therapy in rectus sheath hematoma. Phys Ther 2005;85:352-7.
 15. Holmes SJ, Yale SH, Mazza JJ. Rectus sheath hematoma as a cause of acute abdominal pain. Am Fam Physician 2001;64:1681-2.
 16. 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.
 17. Berna JD, Garcia-Medina V, Guirao J, Garcia-Medina J. Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. Abdom Imaging 1996;21:62-4.
 18. Khan MI, Medhat O, Popescu O, Rastogi A, Thompson T. Rectus sheath haematoma (RSH) mimicking acute intra-abdominal pathology. N Z Med J 2005;118:U1523.
 19. Luyx C, Vanpee D, Douala C, Gillet JB. Acute dyspnea in a woman with swelling of the left leg treated with low molecular weight heparine. Am J Emerg Med 2001;19:223-4.
 20. Barry TL, Butt J, Awad ZT. Spontaneous rectus sheath hematoma and an anterior pelvic hematoma as a complication of anticoagulation. Am J Gastroenterol 2000;95:3327-8.