

Olgu Sunumu

KONTROLSÜZ ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN SPONTAN REKTUS KILIFI HEMATOMU

Tuba ATAK¹, Tunç EREN¹, Ali ÖZEMİR¹, Süleyman ORMAN¹, Haydar YALMAN¹, Rafet YİĞİTBAŞI¹, Orhan ALİMOĞLU¹

ÖZET

Rektus kılıfı hematomu, nadir görülen ancak akut karın ile karıştırılabilen klinik bir durumdur. İyi bir anamnezi takiben yapılacak dikkatli bir fizik muayene ve uygun görüntüleme yöntemleri ile doğru tanı konulması gereksiz laparotomilerin önlenmesinde önemlidir. Bu yazıda atrial fibrilasyon nedeniyle 3 ay önce oral antikoagülan tedavi başlanan ve rektus kılıfı hematomu gelişen 80 yaşında bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Rektus kılıf hematomu; antikoagülan tedavi

SPONTANEUS RECTUS SHEATH HEMATOMA DUE TO UNCONTROLLED ORAL ANTICOAGULANT THERAPY: REPORT OF A CASE SUMMARY

Rectus sheath hematoma is a rare entity often misdiagnosed as acute abdomen. Prompt history with careful physical examination and appropriate imaging studies are helpful for achieving the correct diagnosis, which is important for avoiding unnecessary laparotomies. In this article, we report a 80-year-old female patient on oral anticoagulant therapy due to atrial fibrillation who developed rectus sheath hematoma.

Key words: Rectus sheath hematoma; anticoagulant therapy

GİRİŞ

Rektus kası kılıfı hematomları (RKH); anterior rektus abdominis kılıfının içindeki epigastik damarların rüptürü veya rektus kası liflerinin yırtılması sonucu kanın rektus kılıfı içinde toplanması ile oluşmaktadır. Travma, cerrahi girişimler, hematolojik hastalıklar, cilt altı ilaç enjeksiyonları, antiagregan - antikoagülan tedavi, öksürük, fiziksel egzersiz, gebelik gibi karın içi basıncı artıran durumlar nedeniyle veya nadiren spontan olarak ortaya çıkabilmektedir. En sık infraumbilikal bölgede ve yaşlı kadınlarda görülmektedir. Akut karın kliniği ile karışabilen bir durum olup doğru tanı ile gereksiz laparotomiler önlenabilmektedir¹⁻³. Bu yazıda, uygunsuz oral antikoagülan kullanımına bağlı ortaya çıkan rektus kılıfı hematomu olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Seksen yaşında kadın hasta iki gün önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile kliniğimiz acil servisine başvurdu. Ağrısı ani başlangıçlı, devamlı ve göbek altında lokalize idi. Öz geçmişi konjestif kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon hastalığı, di-

1. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

goksin, indapamid, propiltiourasil ve son 3 aydır warfarin kullanımı öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede kan basıncı:110/70 mmHg, nabız:76/dk ateş:36.5°C, solunum sayısı:20/dk olarak bulundu. İncelemede umbilikus altından başlayan sol lomber bölgeye doğru uzanım gösteren geniş ekimoz alanı mevcuttu (Resim 1). Dinlemekle



Resim 1. Umbilikus altında yaygın ekimoz

bağırsak sesleri azalmıştı. Palpasyonda, umbilikus altında sol alt kadranda yaklaşık 10x12 cm boyutunda kitle ve hassasiyet saptandı. Supin pozisyonunda baş yukarı kaldırıldığında ağrılı palpabl kitle sebat etmekteydi. Laboratuvar incelemesinde Lökosit:15.400/mm³, Hemoglobin:6.7 g/dL, Hematokrit:%21.7, Trombosit:153.000/İL, aPTT:62.4sn, PT:20.4sn, INR:7.07 idi. Bilgisayarlı tomografide sol rektus kası içerisinde 9x10 cm boyutlarında yüksek dansiteli hematom tespit edildi (Resim 2). Bu bulgularla hasta, oral antikoagülan kullanımına bağlı gelişmiş rektus kılıfı hematomu tanısı ile interne edildi. Oral antikoagülan tedavi kesilerek düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) başlandı. Yatak istirahati, hidrasyon ve ağrı kontrolü sağlandı. Yatışının ikinci gününde ekimozun vulvaya, bilateral lomber bölgelere, karın sağ alt kadrana ve her iki gluteal alana yayıldığı gözlemlendi (Resim3). Toplam 7 ünite eritrosit süspansiyonu ve 5 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Kontrol laboratuvar incelemede Lökosit:10.1, Hemoglobin: 13.2 g/dL, Hematokrit: %39.5, Trombosit:161.000/İL, aPTT: 29.7 sn, PT:14.5 sn, INR:1.27 idi. Takiplerinde karın ağrısı ve muayene bulguları gerileyen hasta, yatışının 8. gününde sorunsuz taburcu edildi.

TARTIŞMA

Rektus abdominis kasları yukarıda 5-7. kostal kırıklardan başlayıp aşağıya doğru vertikal olarak seyrederek, simfiz pubiste sonlanmaktadır. Rektus kılıfı arkuat çizginin üstünde, önde internal ve eksternal oblik kasların aponevrozları ile, arkada ise transversus abdominis ve internal oblik kasların aponevrozları ile sarılıdır. Arkuat çizginin altında ise arka kılıfla periton arasında sadece transvers fasya vardır⁴. Bu bölgede gelişen herhangi bir enfeksiyon ya da kanama gözeli dokular arasından ilerleyerek pelvise kadar inebilmektedir. Antikoagülan tedavinin en önemli komplikasyonu kanama olup rektus kılıfı hematomu (RKH) da bunlardan biridir. Özellikle 60 – 70 yaş arasında daha sık görülmektedir. Yaşlı hastaların hemostatik rezervlerinin düşük olması, mevcut yandaş hastalıkları nedeniyle birden fazla ilaç kullanması, inaktivite nedeniyle rektus kaslarında zayıflama ve yaşlanma sebebiyle epigastrik venlerin ateromatöz cidar değişiklikleri ile elastisitelerinin azalması bunda etkili olmaktadır. Kadınlarda daha sık görülmesi doğum nedeniyle rektus kasında oluşan deformasyona bağlı olabileceği bildirilmektedir⁵.

RKH patofizyolojisinde rektus kas kılıfında kan birikimi, epigastrik damar yırtılması veya rektus kas liflerinin direkt yırtılması yer almaktadır. RKH sıklıkla ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma ve ateş ile ilişkilidir. Hastalar çoğunlukla akut karın ön tanısıyla acil operasyona alınabilmektedir. Cerrahi akut karın hastalarından farklı olarak genel durumun fazla bozulmaması ayırıcı tanıda önemli bir göstergedir⁶. Supin pozisyonundaki



Resim 2. Hastanın BT'sinde rektus kılıfı hematomunun görünümü



Resim 3. Grey-Turner belirtisi

hastanın başı yukarı kaldırılarak karın ön kompartmandaki kasların kontraksiyonu ile ağırlı palpabl kitlenin sebat etmesi Fothergill tarafından RKH için tariflenmiştir³. Bizim olgumuzda da klasik Fothergill belirtisi pozitif idi. Karın duvarında ekimoz, ateş, bulantı, kusma, karında şişkinlik, defans, rebound, bağırsak seslerinde azalma görülebilmektedir. Böğür ve göbek çevresinde oluşan ekimozlar (Grey Turner ve Cullen belirtisi) ortaya çıkabilmektedir⁷ (Resim 1, Resim 3).

Laboratuvar değerlerinde hemoglobin düşüklüğü olabilirken uzun süre antikoagülan kullananlarda trombositoz ve lökositoz da görülebilmektedir. Oral antikoagülan kullanan hastalar mutlaka yakın INR takibi altında olmalıdır. Yapılan çalışmalarda INR değeri 3'ün üzerindeki (INR>3) hastalarda hemorajik komplikasyon riskinin 5 kat arttığı gösterilmiştir³. Buna ek olarak hipertansiyon, renal ve serebrovasküler hastalıklar kanama riskini önemli ölçüde artırmaktadır.

Acar A. ve ark, warfarin doz aşımına bağlı oluşan kanamaları değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdikleri 36 hastalık retrospektif çalışmada, antikoagülan kullanan hastalarda en sık başvuru şeklinin hematüri, hematemez ve melena olduğu saptanmış olup rektus kılıfı hematomu başvuru nedenleri arasında beşinci sırayı almaktadır⁸. Bu çalışmada da warfarin kullanan hastalarda INR monitorizasyonunun dikkatli bir şekilde yapılması gerektiği ve hastalara potansiyel komplikas-

yonlar ve INR takibinin önemi açısından yeterli bilgilerin mutlaka verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Yine bu çalışmada oral antikoagülan tedavi komplikasyonları nedeniyle başvuran hastalarda ortalama ilaç kullanımı süresinin 37.2 ± 49.7 ay olup, ortanca değerinin 24 ay olduğu hesaplanmıştır⁸. Olgu sunumumuzdaki hasta acil servisimize başvurduğunda son 3 aydır warfarin tedavisi kullanmakta idi ve anamnez derinleştirildiğinde INR takiplerini düzenli olarak yaptırmadığı öğrenildi. Biz de antikoagülan tedavi başlanan hastalara INR takiplerinin önemi hakkında etraflı bilgi verilmesinin hayati önem arz ettiği görüşündeyiz.

Tanıda hem US hem de BT yararlıdır. BT, hematomun yerleşimini göstermede, boyutunu ve yayılımını saptamada US'den daha üstündür (9). US sensitivitesi %70-90 iken BT'nin sensitivitesi %100'dür. Karın içi patolojileri (mezenter iskemi, abdominal aort anevrizması rüptürü gibi) ayırt etmek ve gereksiz laparotomileri azaltmak için BT altın standart yöntemdir.

Tedavide öncelikle konservatif yaklaşım tercih edilmelidir. Yatak istirahati, analjezik, i.v. sıvı replasmanı, kompresyon, buz uygulaması, koagülopatinin düzeltilmesi ve gerektiğinde kan transfüzyonu yapılabilir. Bizim olgumuzda da öncelikle konservatif yaklaşımla hastanın stabilizasyonu sağlandı. Tromboemboli riski yüksek olan hastalarda kanama kontrol altına alındığında INR takibi ile oral antikoagülan veya düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisi başlanmalıdır. INR istenilen düzeye ulaştığında ise heparin kesilmelidir. Konservatif tedavinin başarısız olduğu, hemodinamik stabilitenin sağlanamadığı durumlarda veya apse gelişen olgularda cerrahi girişim düşünülmelidir. Yüksek riskli hastalarda cerrahi girişimden farklı bir seçenek de coil embolizasyondur¹⁰. Aktif kanama tespit edilen hastalarda arteriyel embolizasyon, radyoloji eşliğinde drenaj veya laparotomi ile damar ligasyonu ve hematoma boşaltılması uygulanabilmektedir. Cerrahi özellikle yüksek riskli hastalarda mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır. Antikoagülan tedavi ile ilişkili büyük rektus kılıfı hematoma olan, cerrahi tedavi uygulanan olgularda hastanede kalış süresi ve analjezik ihtiyacı daha az olmasına rağmen abdominal kompartman sendromuna kadar ilerleyebilecek abdominal hipertansiyon gelişebilmekte, mortalite ve morbidite de

artış görülebilmektedir. Bu yüzden büyük hematolarda bile ilk planda konservatif tedavi düşünlümlidir.

RKH; enfeksiyon, akut böbrek yetersizliği, myokard infarktüsü, hipovolemik şok, abdominal kompartman sendromu, miyonekroz ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Mortalite oranı; antikoagülan kullananlarda %25, iyatrojeniklerde %18, hamilelerde %13 oranında olup genel mortalite oranı %4 olarak rapor edilmiştir¹⁰. Hematom rezorpsiyonu için üç aydan fazla bir süre gerekmektedir¹¹.

Sonuç olarak RKH; anemi, abdominal kitle veya akut karın bulgularıyla gelen antikoagülan kullanım öyküsü olan özellikle yaşlı kadın hastalarda akılda tutulmalıdır. Tanıda BT tercih edilmelidir. Erken tanı gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınmada, mortalite ve morbiditeyi azaltmada son derece önemlidir. Tedavide ilk planda konservatif yaklaşım uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Fukuda T, Sakamoto I, Kohzaki S, Uetani M, Mori M, Fujimo-

to T, et al. Spontaneous rectus sheath hematomas:clinical and radiological features. *Abdom Imaging* 1996;21:58-61.

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. Dağ A, Özcan T, Türkmenoğlu Ö, Çolak T, Karaca K, Canbaz H, Dirlik M, Sarıbayı R. Spontaneous rectus sheath hematoma in patients on anticoagulation therapy. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17 (3):210-214.

4. Karabulut Z, Abci I, Lakadamyali H, Gebdek O. A case of rectus sheath hematoma. *Ulus Travma Derg* 2006;12:76-8.

5. Brotzman G: Rektus sheath hematoma in an anticoagulated patient. *J Fam Prac* 1991;151:597-9.

6. Rajagopal AS, Shinkfield M, Voight S, Hamdan K. Massive rectus sheath hematoma. *Am J Surg* 2006;191:126-7.

7. Edlow JA, Juang P, Margulies S, Burstein J. Rectus sheath hematoma. *Ann Emerg Med* 1999;34:671-5.

8. Acar A, Hasbahçeci M, Başak F, Canbak T, Çalışkan M, Ali-moğlu O. Warfarin doz aşımına bağlı oluşan kanamalar. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011;39(2):375-380.

9. Zack JR, Ferral H, Postoak D, Wholey M. Coil embolization of rectus sheath hemorrhage. *J Trauma* 2001;51:793-5.

10. Luhmann A, Williams EV. Rectus sheath hematoma: a series of unfortunate events. *World J Surg* 2006;30:2050-5.

11. Nozue M, Maruyama T, Enomoto T, Tomizawa T. A severe type of rectus sheath hematoma requiring surgery: report of a case. *Int Surg* 2001;86:135-7.