

Mekik Çekmeye Bağlı Oluşan Rektus Kılıf Rüptürü ve Hematomu

Rectus Sheath Rupture and Hematoma Due to Taking the Shuttle

Emine AKINCI¹, Mustafa Önder GÖNEN¹

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Geliş Tarihi: 21.01.2013, Kabul Tarihi: 03.04.2013

Özet

Akut karın ağrısı acil servis başvuruların sık nedenlerinden biridir. Rektus kılıf hematomu (RKH) akut karın ağrısında, nispeten nadir görülen bir durumdur. RKH tanınması zor, fakat iyi belgelenmiş klinik bir durumdur. Travma, antikoagülan ilaçlar, cilt altı ilaç enjeksiyonları, hematolojik ve kanama bozukluğu hastalıkları, ıkınma ile karın içi basınç artması, gebelik ve hipertansiyon gibi çeşitli nedenlere bağlı oluşabilir. En sık predispozan faktör antikoagülan tedavisidir. Biz minör travma (mekik çekme) sonrası RKH ve rektus kılıf rüptürü gelişen pediyatrik bir vaka sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Rektus, hematoma, mekik

Abstract

Acute abdominal pain is one of the common causes of visiting emergency departments. Rectus sheath hematoma (RSH) is a relatively uncommon condition that causes acute abdominal pain. RSH is a well-documented clinical condition that is difficult to recognize. The predisposing factors of RSH include anticoagulant therapy, hematological disorders, trauma, physical exercise, coughing, sneezing, pregnancy and hypertension. The most common predisposing factor is anticoagulant therapy. Here, we present a pediatric case with RSH and rectus sheath rupture after minor trauma (taking the shuttle).

Key Words: Rectus, hematoma, shuttle

Giriş

Akut karın ağrısı acil servise başvuruların sık nedenlerinden biridir.¹ Rektus kılıf hematomu (RKH), epigastrik arterler ve/veya rektus kasının hasar görmesine bağlı meydana gelir. RKH akut karın ağrısında, nispeten nadir görülen bir durumdur.^{2,3} Travma, anti koagülan ilaçlar, ilaç enjeksiyonu, hematolojik ve kanama bozukluğu hastalıkları, ıkınma ile karın içi basıncın artması, gebelik ve hipertansiyon gibi çeşitli nedenlere bağlı oluşabilir.^{2,4} En sık predispozan faktör anti koagülan tedavidir. Biz predispozan faktörlerin eşlik etmediği, minör travma (mekik çekme) sonrasında

RKH ve rektus kılıf rüptürü gelişen pediyatrik bir vaka sunuyoruz.

Olgu sunumu

On beş yaşında erkek hasta karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Anamnezinde, iki gündür tüm karnında sürekli vasıfta olan, yaygın karın ağrısı olduğu öğrenildi. Bulantı, kusma, ishal veya kabızlık tariflemiyordu. Özgeçmişinde hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde genel durum iyi, oryante, koopere, vital bulgular stabildi. (TA:110/70 mmHg, Nabız:88/dk, Solunum sayısı:14/dk, Ateş:36,7 C), batın muayenesinde, batın inspeksiyonu

normal olan hastanın, palpasyonla tüm batında yaygın hassasiyet, istemli defans mevcuttu, rebound, hepatosplenomegali yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:7080 K/uL, Hb:14.2 gr/dl, AST:217, U/L ALT: 117U/L, ALP:284 U/L, GGT: 16 U/L, üre:27mg/dl, Cre:0,65mg/dl, LDH: 1294 U/L, CK: 4480 U/L CKMb: 128 U/L, geldi. Hastanın aPTT, INR, PTZ değerleri normal olarak geldi. Bunun üzerine çekilen tüm batın ultrasonografisinde; Batın içi organlar normal olup, bilateral rektus kaslarında belirgin ödem ve sıvı değerleri, rektus kılıf rüptürü ve hematoma izlendi. Anamnez derinleştirildiğinde, hastanın bir haftadır günde otuz mekik çektiği öğrenildi. Servise yatırılan hastaya sıvı ve analjezik tedavisi başlandı. Genel cerrahi konsültasyonu istenen hastaya cerrahi girişim düşünülmüdü. Kanama açısından takibe alınan hastanın hemog-ram değerlerinde düşüş olmadı, hemodinamisi sta-bil kaldı. Takiplerinde CK, CKMB değerleri normal sınırlara geriledi. Hastanın ağrısı olmadı. Dört gün sonra yapılan ultrasonografide rektus kaslarındaki ödem ve hematomda belirgin azalma görüldü. Poliklinik kontrol önerisiyle hasta taburcu edildi.

Tartışma

RKH tanınması zor, fakat iyi belgelenmiş klinik bir durumdur. Kliniğe gelişi, geçmiş tedavi öyküsü ve önceki ilaç kullanımı iyi sorgulanmalıdır. Kadın erkek oranı 3:1 şeklindedir ve 5. dekatta en sık görülür.⁵ Hastalar en sık, batın orta hattı geçmeyen, alt karın bölgesine lokalize, genelde yavaş başlayan karın ağrısı ile acil servise başvururlar.⁶ RKH' u açıklanamayan karın ağrılarınin %2'sini oluşturmaktadır. Sıklıkla sağ alt kadranda görülür. Ancak bizim hastamızda karın ağrısı tüm batında idi. Bu durum hem rektus kasları arasında oluşan kanamaya ve mekik çekmeye bağlı tüm karın duvarında oluşan travmaya bağlı olabilir. Künt batın travması dışında RKH antikoagülan kullanımı, fibrinolitik tedavilere bağlı veya hemofili ve Von Willebrand hastalığı gibi hastalıkların seyrinde spontan olarak da ortaya çıkabilir.⁷ Bizim hastamızda yukarıda belirtilen risk faktörleri bulunmamaktadır. Hastamızda kanama testleri normal sınırlarda olup, anamnezinde ve fizik muayenesinde kanama diatezi düşündürecek bir bulguya saptamadık. Yine literatürde bizim hastamızla benzer şekilde, genç yaşta ve risk faktörü olmadan RKH gelişen olgu bulamadık. RKH da erken tanı ve konservatif tedavi ile hematomun büyümesi ve cerrahi girişim önlenir. Erken tanı gereksiz cerrahi müdahaleleri önlemek için elzemdir. Tanıda ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Ultrasonografi kolay ve çabuk ulaşılabilir olması, yüksek

duyarlılık oranları nedeniyle tanıda ilk seçenek olsa da bazen intraabdominal lezyonları, ekstraabdominal lezyonlardan ayırmak zor olabilmektedir. Bilgisayarlı tomografi ise hematomun yerleşimi, yayılımı ve boyutlarının değerlendirilmesinde çok daha üstün bir görüntüleme yöntemidir. Tomografik görüntüleme ile hematomların sınıflandırılması mümkündür.⁸ Hastamızın genç olması, vital bulgularının stabil olması, takiplerinde hemoglobün düşüşü olmaması nedeniyle biz hastamıza tomografi çekimi yapmadık. Kendini sınırlayan RKH tedavisinde analjezi ve anti koagülan ajana yönelik tedavi yeterlidir. Hemofili A hastalarında heparin veya faktör 7 replasmanı yapılanlarda K vitamini, Taze Donmuş Plazma ve protamin sülfat ile kanama profili düzeltilir.⁹ Hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda cerrahi önem kazanır. Aktif kanaması bulunan hastalarda cerrahi tedavi ile hematom boşaltılır ve kanayan damarlar bağlanır veya girişimsel radyoloji ile kateter embolizasyonu uygulanır. Biz vakamızı konservatif tedavi ve analjezi ile tedavi ettik ve herhangi bir komplikasyona rastlamadık. Birçok vakada kanama kendini sınırlandırmaktadır. RKH nadir de olsa enfeksiyon, akut böbrek yetmezliği, myokard infarktı, hipovolemik şok, mezenter iskemi gibi komplikasyonlara neden olabilir. %4 oranında mortalite bildirilmiştir.⁶

Sonuç

RKH nadiren minör travma sonrasında sağlıklı gençlerde ortaya çıkabilir. Karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda travma hikayesi iyi sorgulanmalı ve rektus kılıf hematoma ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

Kaynaklar

1. Ozucelik D.N, Yücel N, Emet M, Coskun S. Spontaneous rectus sheath hematoma presenting with abdominal pain: a case series and review of the literature. Ann Saudi Med 2005;25(3):250-254.
2. Zainea GG, Jordan F. Rectus sheath hematomas: their pathogenesis, diagnosis, and management. Am Surg 1988;54(10):630-3.
3. Cherry WB, Mueller PS. Rectus sheath hematoma: review of 126 cases at a single institution. Medicine (Baltimore) 2006;85(2):105-10.
4. Berná JD, Zuazu I, Madrigal M, García-Medina V, Fernández C, Guirado F. Conservative treatment of large rectus sheath hematoma in patients undergoing anticoagulant therapy. Abdom Imaging 2000;25(3):230-4.
5. Osinbowale O, Bartholomew JR. Rectus sheath hematoma. Vasc Med 2008;13:275-9.

6. Dağ A, Ozcan T, Türkmenoğlu O, Colak T, Karaca K, Canbaz H, ve ark. Spontaneous rectus sheath hematoma in patients on anticoagulation therapy. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2011;17(3):210-4.
7. Luhmann A, Williams EV. Rectus sheath hematoma: a series of unfortunate events. *World J Surg* 2006;30(11):2050-5.
8. 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(1):58-61.
9. Özerdem G, Özdemir Ö, Yazıcı GE, Kaya B. Oral antikoagülan tedavisi alan yaşlı bir hastada abdominal rektus kılıfı hematomu: Bir olgu sunumu *Türk Gogus Kalp Dama* 2012;20(1):146-48

Bu çalışma 7.th EUSEM (European Congress on Emergency Medicine) 3-6 Ekim, 2012 Antalya, Türkiye’de poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi / Correspondence:

Emine AKINCI, Uzman Doktor
Acil Tıp Konya Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Acil Tıp Kliniği
Selçuklu Mahallesi, Tekke caddesi 51/C,
42090, Selçuklu/Konya, Türkiye
e-posta: emineakinci@yahoo.com