

Case Report / Olgu Sunumu

A Rare Cause of Acute Abdominal Pain due to Anticoagulant Use: Spontaneous Rectus Sheath Hematoma

Antikoagülan Kullanımına Bağlı Akut Karın Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Spontan Rektus Kılıf Hematomu

Vefa ATIŞ^{1*}, Rifat PEKSÖZ¹, Sultan Tuna AKGÜL GÜR²

ABSTRACT

Although rectus sheath hematoma may be the result of bleeding into the rectus abdominis muscle or direct muscle rupture, non-traumatic spontaneous rectus muscle hematoma is a rare clinical presentation. In this case report, a case of spontaneous rectus muscle hematoma occurring in a patient who was initiated warfarin sodium for anticoagulation purposes after heart valve replacement surgery was presented. A 41-year-old female patient was admitted to our hospital with complaints of abdominal pain that started as a result of cough that had been going on for 2 days. The patient was receiving warfarin sodium treatment for anticoagulation purposes after heart valve replacement. On physical examination, there were ecchymosis, swelling and stiffness in the left lower quadrant of the abdomen. There was also defense in the bulging part. There was no history of abdominal trauma in the patient's history. Rectus sheath hematoma was detected in abdominal ultrasonography and computed tomography scan. The patient was admitted to the general surgery service with the diagnosis of spontaneous rectus muscle hematoma. Warfarin sodium was antagonized using intravenous vitamin K. On the 10th day of admission, the patient's hemoglobin level was stable and his vital signs were stable and she was discharged without any complications. It should be kept in mind that spontaneous rectus sheath hematoma may occur in patients who present to the hospital with abdominal pain, have no history of trauma, and use warfarin sodium.

Key Words: Abdominal rectus muscle, Hematomas, Abdominal pain, Warfarin sodium.

Öz

Rektus kılıf hematomu, rektus abdominis kasına kanama veya direkt kas yırtılması sonucu olabilmekle beraber, travmatik olmayan spontan rektus kas hematomu nadir görülen bir klinik tablodur. Bu olgu sunumunda, kalp kapak replasmanı cerrahisi sonrası antikoagülasyon amaçlı varfarin sodyum başlanan bir hastada meydana gelen spontan rektus kas hematomu olgusu sunulmaktadır. 41 yaşında kadın hasta 2 gündür devam eden öksürük sonucu başlayan karın ağrısı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hasta kalp kapak replasmanı sonrası antikoagülasyon amaçlı varfarin sodyum tedavisi almaktaydı. Hastanın fizik muayenesinde batin sol alt kadranda ekimoz, şişkinlik ve sertlik mevcuttu. Ayrıca şişkin kısımda defans vardı. Hastanın öyküsünde herhangi bir karın travması öyküsü yoktu. Abdominal ultrasonografide ve bilgisayarlı tomografide taramasında rektus kılıf hematomu tespit edildi. Hasta spontan rektus kas hematomu tanısı ile genel cerrahi servisine yatırıldı. Varfarin sodyum, intravenöz K vitamini kullanılarak antagonize edildi. Başvurusunun 10. gününde hemoglobin değeri stabil olan, vital bulguları stabil olan hasta komplikasyonsuz bir şekilde taburcu edildi. Hastaneye karın ağrısı ile başvuran, travma öyküsü olmayan ve varfarin sodyum kullanan hastalarda spontan rektus kılıf hematomu olabileceği akıldaki bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Abdominal rektus kası, Hematomlar, Karın ağrısı, Varfarin sodyum.

1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum, Türkiye

2. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Gönderilme Tarihi: 12/09/2023

Kabul Tarihi: 20/10/2023

Yayınlanma Tarihi: 31/10/2023

*Sorumlu Yazar

Vefa Atış

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Tel: 05452896399, E posta: vefa.atis@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-6368-4356

Cite this article: Atış V, Peksöz R, Akgül Gür ST. Antikoagülan kullanımına bağlı akut karın ağrısının nadir bir nedeni: Spontan rektus kılıf hematomu. Ağrı Med J. 2023;1(3):105-107.

Giriş

Rektus kılıf hematomu (RKH), rektus abdominis kası ve piramidalis kası lifleri arasında kan toplanması olarak tanımlanır (1, 2). RKH, sınırlı hematomdan hayatı tehdit eden kanamaya kadar değişebilen nadir bir klinik tablodur (3). RKH, akut karın ağrısı ile başvuran hastaların sadece %2'sinden daha azını oluşturmasına rağmen hastalığın tanısı ve tedavisi zordur (4, 5). RKH'nin birçok etiyolojik faktörü olmakla beraber hematom genellikle travma (6), karın ameliyatı (7), hematolojik hastalıklar (8) ve hamilelik (9) sırasında ve sonrasında meydana gelebilmektedir. Ayrıca yakın zamanda meydana gelen COVID-19 pandemisi sonrasında da gerek hastalığa bağlı öksürük atakları gerekse antikoagülan kullanımına bağlı hematom insidansında artış görülmüştür (10).

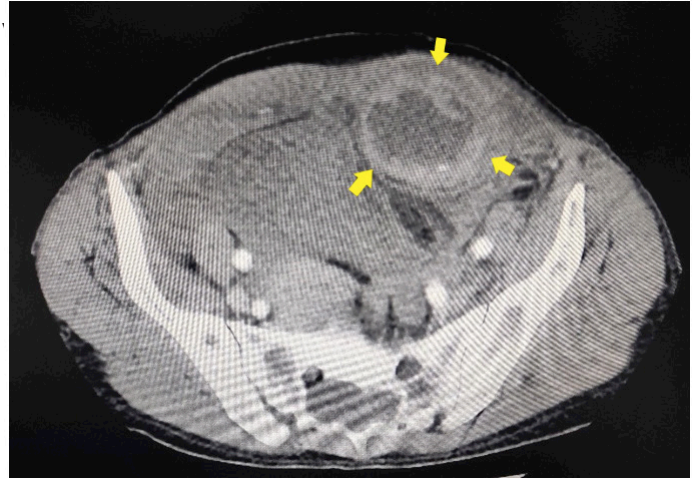
RKH, kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha yaygın görülmektedir. Kadınlar daha az kas kütlelerine sahip olmakla birlikte gebelik de RKH için predispozan bir faktör olduğu için, söz konusu oransal fazlalık açıklanamamaktadır. RKH en yaygın belirti ve semptomları, hastaların %84-97'sinde karın ağrısı, palpable karın duvarı kitlesi (%63-92), hassasiyet (%71), abdominal defans (%49), mide bulantısı (%23)'dir. Diğer belirtileri ise kusma (%15), ateş ve titreme olarak karşımıza çıkmaktadır (11). Hastanın prezantasyonu hematomun boyutuna, yerleşimine ve periton irritasyonun derecesine bağlı olarak önemli ölçüde değişebilir. Rektus karın kasının travmatik olmayan spontan hematomu kritik bir durum olarak kabul edilmez. Bununla birlikte, bazı hastalarda sürekli ve/veya sürekli kanama nedeniyle ciddi bir komplikasyon olabilir. Spontan RKH'nin en sık nedeni antikoagülasyon tedavisidir. RKH'nin doğal seyri genellikle olumlu bir sonuca yol açar ve yalnızca konservatif tedavi ile kendiliğinden sınırlanabilir. Yine de bazı hastalarda doğru ve erken medikal tedaviye rağmen sürekli kanama daha radikal bir tedaviyi gerektirmektedir.

Bu olgu sunumunda, antikoagülasyon amaçlı varfarin sodyum tedavisi alan bir hastada öksürme sonucu oluşan RKH'nin güncel literatür bilgileri eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

41 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 gündür süren ve şiddetli öksürük sonrası meydana gelen karın ağrısı sebebi ile acil servise başvurdu. Hastanın herhangi bir karın travması öyküsü olmayıp, hasta kalp kapak replasmanı sonrası antikoagülasyon amaçlı varfarin sodyum tedavisi (5 mg tablet günde 1 kez) almakta olduğu öğrenildi. Fakat hasta yaklaşık bir yıldır varfarin sodyum dozu ayarlanması için kontrole gitmemişti. Hastanın başvuru anındaki vital bulguları sırasıyla: Tansiyonu (arteriyel) 140/80 mm/Hg, nabızı 86 atım/dakika, oksijen saturasyonu (oda havasında) %96, ve solunum sayısı 14 nefes/dakika olarak ölçüldü. Hastanın fizik muayenesinde batın sol alt kadranda ekimoz, şişkinlik ve sertlik mevcuttu. Ayrıca şişkin kısımda defans vardı.

Hastanın başvuru anındaki laboratuvar incelenmesinde hemoglobin (Hb) değeri 10,7 g/dl, international normalised ratio (INR) değeri 6,2 idi. Diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Abdominal ultrasonografide (USG) ve bilgisayarlı tomografide (BT) taramasında en geniş boyutu 50 mm olan sol RKH tespit edildi (Resim 1). Hasta spontan RKH tanısı ile genel cerrahi servisine yatırıldı. Hastada daha önce kan ürünlerine karşı alerjik reaksiyon geliştiği için hastaya taze donmuş plazma (TDP) verilemedi. Varfarin sodyum etkisi, intravenöz K vitamini kullanılarak antagonize edildi. K vitamini uygulaması sonrasında hastanın INR değeri 1,6'ya geriledi. Fakat Servis takiplerinde hastanın Hb değeri 6,3 (g/dl) seviyesine kadar inmesi üzerine hasta takip için yoğun bakıma alındı. Yoğun bakım takip sürecinde toplamda 4 Ü eritrosit süpsansiyonu (ES) verildi. ES replasmanı sonrasında vital bulguları stabil olan hasta başvurusunun 8. Gününde servise alındı. Başvurusunun 10. gününde hemoglobin değeri stabil olan (11,7 g/dL), vital bulguları stabil olan (tansiyonu 130/80 mm/Hg



Resim 1. Sol RKH'nin bilgisayarlı tomografi görüntüsü (sarı oklar arasında kalan alan).

Tartışma

Rektus kılıf hematomu (RKH), rektus abdominis kası ve piramidalis kası lifleri arasında kan toplanması olarak tanımlanır (1, 2). RKH nadir olup, bazı çalışmalar hastanede yatan hastalarda görülme sıklığının %1,5 ila %2 arasında olduğunu bildirmektedir (11-13). RKH'nin birçok etiyolojik faktörü olmakla beraber hematom genellikle travma (6), karın ameliyatı (7), hematolojik hastalıklar (8) ve hamilelik (9) sırasında ve sonrasında meydana gelebilmektedir. Sunmuş olduğumuz vakada tetikleyici faktör öksürük nöbeti olmakla ve kullanılan varfarin sodyumun overdozu nedeniyle oluşan INR yüksekliği kanamaya eğilim oluşturmuş ve kanama spontan RKH şeklinde karşımıza çıkmıştır.

RKH ile acil servise başvuran hastalarda en sık şikayet karın ağrısı ve ele gelen karın duvarında kitledir (14). Karın ağrısının karakteri değişiklik gösterir ancak sıklıkla akut başlangıçlı, keskin, şiddetli, kalıcı ve aktiviteyle kötüleşen olarak tanımlanır. İlk olarak 1920'lerde tanımlanan Carnett bulgusu, karın duvarı kaslarının fleksiyonu ile ağrının şiddetlenmesi durumunda pozitifdir. Bu bulgu, ağrının kaynağının muhtemelen karın içi bir kaynaktan ziyade karın duvarı olduğunu gösterir. Diğer bir muayene bulgusu olan Fothergill belirtisi, orta hattı geçmeyen ve karın duvarı fleksiyonu ile palpe edilebilen, RKH'yi gösteren, ele gelen karın kitlesini ifade eder (15). RKH'de diğer belirti ve semptomlar daha az yaygın olup, bunlar karın duvarı ekimozu, taşikardi, hipotansiyon ve senkoptur (11). Olgumuzda hastanın ilk başvuru semptomu öksürük sonrası ani gelişen ve 2 günlük öyküsü olan karın ağrısıdır.

RKH değerlendirmesinde en değerli laboratuvar çalışmaları hemoglobin/hematokrit ve koagülasyon çalışmalarıdır. RKH olgularında, hastaların yarısından fazlasının hemoglobinde 0,4 g/dL'ye eşit veya daha büyük bir düşüş göstermesi beklenir. Diğer yandan seri hemoglobin değerlerinin trendini takip etmek hastanın seyri için bir yol belirlemeye yardımcı olabilmektedir (11). Açıklanamayan karın ağrısı olan vakaların %2'sinden RKH sorumlu olmakla birlikte abdominal USG bu hastaların tanısında yararlı bir tanı aracıdır (16). Ancak USG'nin duyarlılığı ve özgüllüğü abdominal BT'ye göre daha düşüktür. BT günümüzde RKH'nin teşhisi ve değerlendirilmesi için 'altın standart' olarak kabul edilmektedir (5). Hastamızın laboratuvar incelemesinde başvuru anında hemoglobin düşüklüğü olmamakla beraber ilk tanı USG ve BT görüntülemeleri aracılığı ile konulmuştur. Fakat hastanın servis takibinde hemoglobin değerleri yaklaşık 4,5 birim düşmüştür.

RKH klinik sunumu ve kapsamı çeşitli olmakla beraber hastaların büyük çoğunluğu konservatif olarak tedavi edilebilmektedir. Konservatif tedavi istirahat, analjezi, predispozan faktörlerin

yönetimi, hematomun kompresyonu, buz tedavisi ve gerekirse antikoagülasyonun tersine çevrilmesi, sıvı resüsitasyonu veya kan transfüzyonunu içermektedir. Hemodinamik olarak stabil olmayan, sıvı resüsitasyonuna yanıt vermeyen, genişleyen, ciddi peritoneal iritasyon veya abdominal kompartman sendromu belirtileri gösteren hastalarda RKH invazif bir şekilde kontrol altına alınmalıdır (5, 17). İnvaziv işlemler anjiyografi, embolizasyon ve cerrahi olarak kanama odağının kontrol altına alınmasıdır (14). Günümüzde açık cerrahi, tamponad etkisini ortadan kaldırdığı ve kanama kaynağının belirlenmesi zor olabileceğinden birinci basamak tedavi olarak kabul edilmemektedir (18). Sunmuş olduğumuz hastanın başvuru anında Hemodinamisi stabil olduğundan girişimsel radyoloji eşliğinde müdahaleyi erken dönemde düşünmedik. Hastaya konservatif yaklaşımda bulunmayı tercih ettik. Hastamızda eritrosit süspansiyonu ve kanamayı tersine çeviren tedaviler ile hemodinamisi invaziv girişimlere gerek kalmadan düzeltmeyi başardık.

Sonuç

Hastaneye karın ağrısı ile başvuran, travma öyküsü olmayan ve varfarin sodyum kullanan hastalarda spontan RKH olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Hemodinamisi stabil olan hastalarda konservatif tedavi, sık monitörizasyon ve hemoglobin takibi yapılmalıdır. Hipotansif, taşikardik ve hemoglobin değeri düşük olan hastalarda ön planda konservatif tedavi düşünülmeli, konservatif tedaviye yanıt vermeyen olgularda anjiyografi, embolizasyon ve cerrahi müdahale ile tedavi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kalayci T. Rectus sheath hematoma due to low molecular weight heparin in a COVID-19 patient in Turkey. *Cureus*. 2021;13(5): e14870.
2. Siu WT, Tang CN, Law BK, Chau CH, Li MK. Spontaneous rectus sheath hematoma. *Can J Surg*. 2003;46(5):390.
3. Cherry WB, Mueller PS. Rectus sheath hematoma: review of 126 cases at a single institution. *Medicine*. 2006;85(2):105-10.
4. Hatjipetrou A, Anyfantakis D, Kastanakis M. Rectus sheath hematoma: a review of the literature. *Int J Surg*. 2015;13:267-71.
5. Salemis NS, Gourgiotis S, Karalis G. Diagnostic evaluation and management of patients with rectus sheath hematoma. A retrospective study. *Int J Surg*. 2010;8(4):290-3.
6. Kalayci T. Diagnosis and treatment of medically treated rectus sheath hematoma caused by stabbing. *Arch Trauma Res*. 2022;11(4):218-21.
7. Kalayci T, Kartal M. Conservative treatment of rectus sheath hematoma after diagnostic laparoscopy. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;2(3):639-46.
8. Wegener ME, Ghani A. Rectus sheath hematomas in hematological disorders. *Am Surg*. 1994;60(6):424-6.
9. Tolcher MC, Nitsche JF, Arendt KW, Rose CH. Spontaneous rectus sheath hematoma pregnancy: case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv*. 2010;65(8):517-22.
10. Kalayci T, Kartal M, Yeni M. How has the COVID-19 pandemic changed the diagnosis of rectus sheath hematoma and its follow-up? *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2022;28(10):1468-74.
11. Allen M, Sevensma KE. Rectus sheath hematoma. *StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing*; 2022.
12. Povar M, Lasala M, Ruiz A, Povar B, editors. Rectus sheath haematoma: experience in our centre. *Anales del sistema sanitario de Navarra*; 2017.
13. Shikhman A, Tuma F. Abdominal hematoma. 2018.
14. İliklerden ÜH, Kalayci T. Treatment of rectus sheath hematomas: Eight years of single-center experience with a review of literature. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2021;27(2):222-30.
15. Yale SH, Tekiner H, Yale ES. Fothergill and Carnett signs and rectus sheath hematoma. *J Rural Med*. 2020;15(3):130-1.
16. Osinbowale O, Bartholomew JR. Rectus sheath hematoma. *Vasc Med*. 2008;13(4):275-9.
17. Jafferbhoy SF, Rustum Q, Shiwani MH. Abdominal compartment syndrome—a fatal complication from a rectus sheath haematoma. *Case Rep*. 2012;2012:bcr1220115332.
18. Dohan A, Sapoval M, Chousterman BG, Di Primio M, Guerot E, Pellerin O. Spontaneous soft-tissue hemorrhage in anticoagulated patients: safety and efficacy of embolization. *Am J Roentgenol*. 2015;204(6):1303-10.