



Programlı Hemodiyaliz Hastasında Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin Kullanımına Bağlı Nadir Bir Komplikasyon: Abdominal Rektus Kılıfı Hematomu

A Rare Complication in Hemodialysis Patients Due To Use of Low Molecular Weight Heparin; Abdominal Rectus Sheath Hematoma

Ebru Gök Oğuz, Mesudiye Bulut, Müge Erek, Nihal Özkayar, Serhan Pişkinpaşa, Ezgi Yenigün, Didem Turgut, Fatih Dede

Özet / Abstract

Abdominal rektus kılıfı hematomu nadir görülmekle birlikte; fatal seyir gösterebilen bir klinikle karşımıza çıkabilir. En önemli predispozan faktörlerden birisi antikoagülan tedavidir. Antikoagülasyon tedavisi, programlı hemodiyaliz prosedürlerinin sürdürülmesinin önemli bir parçası olup; son yıllarda düşük molekül ağırlıklı heparinin bu amaçlı kullanımı artmıştır. Düşük molekül ağırlıklı heparine bağlı rektus kılıfı hematomu, akut koroner sendrom ve derin ven tromboz olgularında bildirilmiştir. Düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi alırken karında ani gelişen kitle, karın ağrısı ve hızla derinleşen anemisi olan hastalarda, rektus kılıfı hematomu ayırıcı tanıda düşünülmelidir

Anahtar Kelimeler: Düşük molekül ağırlıklı heparin, hemodiyaliz, rektus kılıfı hematomu

Abdominal rectus sheath hematoma is a rare illness, however it can be fatal. One of the most important predisposing factors is anticoagulant treatment. Anticoagulation treatment is an important part of the maintaining chronic hemodialysis procedures and the use of low molecular weight heparin has increased for this purpose in recent years. The rectus sheath hematoma induced by LMWH has been reported in acute coronary syndrome and deep vein thrombosis (DVT) cases. In the process of LMWH treatment, if the sudden onset of abdominal mass, abdominal pain and rapidly intensifying anemia occurs in the patients, rectus sheath hematoma should be considered in the differential diagnosis.

Key Words: Low molecular weight heparin, hemodialysis, rectus sheath hematoma

Giriş

Abdominal rektus kılıfı hematomu nadir gelişen ancak fatal seyir gösterebilen bir tablo olup; yaşlı ve kadınlarda daha sık görülmektedir. En önemli predispozan faktörlerden birisi antikoagülan tedavidir (1). Hemodiyaliz tedavisinde düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) kullanımı son yıllarda artmıştır. Düşük molekül ağırlıklı heparine bağlı rektus kılıfı hematomu olguları, akut koroner sendromlu ve derin ven trombozlu (DVT) olgularda bildirilmiştir (2).

Rektus kılıfı hematomunun klinik önemi akut inflamatuvar karın ağrıları ve intraabdominal tümör ayırıcı tanısında yer almasından kaynaklanmaktadır. Ayırıcı tanıda düşünülüp, yeterli incelemeler yapılarak tanı konulmazsa; gereksiz invaziv işlem sıklığında artış ve tanısız gecikmelere bağlı komplikasyonlar kaçınılmaz olacaktır (3). Genellikle travma, abdominal ameliyatlara, cilt altı enjeksiyonları, antikoagülan tedavi, hematolojik hastalıklar, şiddetli öksürük, fiziksel egzersiz ve hamilelik gibi altta yatan bir nedene eşlik edebilmekle birlikte; nadiren kendiliğinden de oluşabilir (4).

Olgu Sunumu

Acil servise karın ağrısı ile başvuran 48 yaşındaki kadın hastanın özgeçmişinde 10 yıldır hipertansiyon ve membranöz glomerulonefrit tanısı olduğu, son bir aydır hemodiyaliz programında izlendiği, hemodiyalizde kullandığı ilaçların (eritropoetin, fosfor bağlayıcı, D vitamini ve demir preparatları) dışında, düzenli olarak perindopril 10 mg 1x1 po aldığı öğrenildi. Soy geçmişinde özellik saptanmadı. Sistem sorgusunda şiddetli 1 haftadır artan, sol alt kadranda ağrı tarif ediyordu. Fizik muayenede, genel durumu orta ve şuuru açık olan hasta huzursuz ve soluk görünümde olup; kan basıncı 100/80 mmHg, nabız:78/dk, solunum sayısı:12/dk, sol alt kadranda inguinal ligament komşuluğunda yaklaşık 5-7 cm çaplı kitle ve bilateral akciğer bazallerde inspiratuvar raller saptandı. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin:8 gr/dL, beyaz küre:8000/mm³, trombosit:220000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı:30 mm/saat, CRP:30 mg/l (N:0-5), BUN:200 mg/dL, kreatinin:7.9 mg/dL, AST:45 U/L, ALT:23 U/L ve INR:0.9 tespit edildi. Görüntüleme yöntemlerinden abdominal ultrasonografide (US), solda rektus kılıfı içerisinde yaklaşık 100x95x65mm boyutlarda heterojen yoğun içerikli mikst karakterde hematomla uyumlu lezyon rapor edildi. Abdomen bilgisayarlı tomografide (BT) sol rektus kılıfı, simetrigine nazaran kalın saptandı. Renal düzeyden pelvik düzeye kadar devam eden, yaklaşık 100x62x195 mm boyutlarda, heterojen içyapıda, içerisinde hiperdens alanlar bulunan, hipodens tip 2 rektus kılıfı hematomu izlendi (Şekil 1). Anamnez derinleştirildiğinde, haftada 3 kez hemodiyaliz sı-

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi

Address for Correspondence:

Ebru Gök Oğuz, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, 06530 Samanpazarı, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 506 314 84 06
E-posta: ebrugokoguz@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received Date:
27.07.2012

Kabul Tarihi/Accepted Date:
23.08.2012

© Copyright 2013 by Available online at
www.istanbultipdergisi.org

© Telif Hakkı 2013 Makale metnine
www.istanbultipdergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografide sol rektus kılıfında hematoma

rasında DMAH kullandığı ve bunun dışında, rektus hematoma neden olabilecek başta travma olmak risk faktörü saptanmadı. Trombosit sayı ve fonksiyonları ile hemostaz parametrelerinin hemodiyaliz tedavisi aldığı dönemde ve yatığı dönemde normal sınırlarda olduğu tespit edildi. Takiplerde hastaya hemoglobin düşüşü (6.7 gr/dL) nedeniyle 2 ünite eritrosit süpsansiyonu verildi. Hastanın izleminde hemoglobinin stabil seyretmesi, fizik muayene ve seri US takibinde hematoma boyutunda artma olmaması nedeniyle operasyon planlanmadı. Programlı hemodiyaliz esnasında kullanılan DMAH'ye bağlı rektus kılıfı hematoma tanısı konulan hastanın, hemodiyaliz tedavisi heparinsiz olarak uygulandı ve tanınının 10. gününde, US incelemesinde hematoma boyutunda gerileme izlendi (92x50x180 mm). Ateşi olan, eş zamanlı tüm kültüründe üreme olmayan ve ateş spontan gerileyen hastanın ateşi, hematoma rezorbsiyonuna bağlı düşünülüyor ve hasta ayaktan izleme alındı.

Tartışma

Abdominal rektus kılıfı hematoma akut karın ağrısının nadir ama ölümcül nedenlerinden biridir (5). Rektus kılıfı arka sınırı boyunca superior ve inferior epigastrik venler bulunmaktadır. Bu damarların yırtılması ile rektus kılıf hematoma oluşmaktadır (6). Yaşlı kişilerde epigastrik venlerin ateromatöz cidar değişiklikleri ile elastisiteleri azaldığından spontan kılıf hematoma bildirilmiştir. Kadınlarda da gebeliğe bağlı daha sık görülmektedir. (7). Risk faktörleri travma, hızlı ve ani pozisyon değişiklikleri, antikoagülan tedavi, yeni geçirilmiş cerrahi operasyon, astım-KOAH alevlenmesi ile öksürük atakları, enjeksiyonlar ve gebeliktir (8). Bizim olgumuzda hastanın diyaliz sırasında haftada 3 kez DMAH kullanması dışında ek risk faktörü saptanmadı.

Rektus kılıfı hematoma tanısında, klinikle birlikte batın USG ve BT önemli yer tutar (9). Bilgisayarlı tomografi, hematoma yayılımı ve sınıflandırılması açısından USG'den daha üstündür. Rektus kas hematoma BT'de görünümüne göre 3 tipe ayrılır. Tip 1 hematoma kanama sadece kas içindedir. Tip 2'de kanama fasya transversalis ve kas arasındaki boşluğa yayılır. Tip 3'de kanama ciddi olup periton ve mesanenin önünde yer alır. Bizim olgumuzda tip 2 hematoma gözlemlendi (10). Klinikte en belirgin yakınma, ani başlayan, rektus abdominis kası etrafında yerleşen ve öksürme ve nefes alma ile artan ağrıdır. Abdominal kas kontraksiyonu ile kitle oluşabilir ve hematoma yaklaşık 3-4 gün sonra ekimoz saptanabilir (14). Rek-

tus kılıfı hematoma çoğunlukla kendini sınırlar, bu nedenle tedavi konservatiftir. Hemodinamik olarak stabil hastalarda konservatif tedavi tercih edilir. Tedavide antikoagülan ilaçların kesilmesi, kan ürünlerinin replasmanı ile koagülasyon parametrelerinin normal sınırlara çekilmesi ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması önerilmektedir (11). Ancak hemodinamik instabilite veya geniş komplike olmuş hematoma cerrahi tedavi gerekebilir (12). Olgumuz, tanı anından itibaren heparinsiz diyalizle izlendi. Etkeni uzaklaştırdığımızda hematoma küçüldüğünü tespit ederek, konservatif izleme olumlu sonuç aldık.

Günümüzde antikoagülan tedaviye bağlı spontan rektus kılıfı hematoma sayısının özellikle kardiyojloji kliniklerinde artmıştır. Düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı, son zamanlarda fraksiyone olmayan heparine göre artmıştır. Biyoyararlanımının yüksek olması ve kullanım kolaylığının olması avantajlarındandır. Derin ven trombozu tedavisinde DMAH'lerin etkinliğinin araştırıldığı 247 olgulu çok merkezli bir çalışmada, major kanama 5 vakada saptanmış ve bu hastaların ikisinde rektus kılıfı hematoma bildirilmiştir (13). Hemodiyalizde de son zamanlarda antikoagülan tedavi olarak DMAH kullanımı artmıştır. Diyalizde antikoagülan tedavi sırasında bazı koruyucu önlemler alınabilir. Thomas ve ark.; subkutan antikoagülan enjeksiyonun 90 derece açı ile yapıldığında özellikle zayıf kişilerde, iğne ucunun rektus abdominis kasına ulaşabileceğini bu nedenle enjeksiyonun cilt yüzeyine 30-45 derece açı ile yapılmasının daha güvenli olabileceğini belirtmişlerdir (14). Bir diğer önlemden hematoma yatkın kişilerde subkutan enjeksiyonun uyluktan yapılmasıdır (15).

Sonuç

Hemodiyalizde kullanılan DMAH, rektus kılıfı hematoma gelişimi için akıldan tutulması gereken risk faktörleri arasındadır. Hemodiyalizde karın ağrısı, karında ani gelişen kitle ve hızla derinleşen anemisi gelişen olgularda, nadir gözlenmekle birlikte, mortalitesi yüksek olan spontan rektus kılıfı hematoma akıldan tutulmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

- Ozucelik DN, Yücel N, Emet M, Coşkun S. Spontaneous rectus sheath hematoma presenting with abdominal pain: a case series and review of the literature. *Ann Saudi Med* 2005; 25: 250-4.
- Denard PJ, Fetter JC, Zacharski LR. Rectus sheath hematoma associated with low molecular weight heparin therapy. *Int J Lab Hematol* 2007; 29: 190-4. [CrossRef]
- Linhares MM, Lopes Filho GJ, Bruna PC, Ricca NY, Sato NY, Sacalabrini M. Spontaneous hematoma of the rectus abdominis sheath: a review of 177 cases with report of 7 personal cases. *Int Surg* 1999; 84: 251-7.
- Dubinsky I L. Hematoma of rectus abdominis: case report and review of the literature. *J Emerg Med* 1997; 15:165-7. [CrossRef]
- Siu WT, Tang CN, Law BK, Chau CH, Li MK. Spontaneous rectus sheath hematoma. *Can J Surg* 2003; 46: 390.
- Verhagen HJM, Tolenaar PL, Sybrandt R. Hematoma of the rectus abdominis muscle. *Eur J Surg* 1993; 159: 335-8.
- Varol E, Ozyayın M. Rectus sheath hematoma due to cough attacks in an elderly patient on oral anticoagulant therapy. *Anadol Kardiyol Derg* 2007; 7: 235-6.
- Hildreth DH. Rectus Sheath hematoma Hildreth DH. Anticoagulant therapy and rectus sheath hematoma. *Am J Surg* 1972; 124: 80-6. [CrossRef]

9. Costello J, Wright J. Rectus sheath haematoma: A diagnostic dilemma? *Emerg Med J* 2005; 22: 523-4. [\[CrossRef\]](#)
10. Berna JD, Garcia- Medina V, Guirao J, Garcia Medina J. Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. *Abdom Imaging* 1996; 21: 62-4. [\[CrossRef\]](#)
11. Vanpee D, Gillet JP: Rectus sheath hematoma. *Ann Emerg Med* 2000;36:1:78
12. Zengin K, Carkman S, Kiliç I, Beken E, Eyüboğlu E. Treatment approaches to rectus sheath hematoma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2007; 13: 55-9.
13. Levine M, Gent M, Hirsh J, Leclerc J, Anderson D, Weitz J, et al. A comparison of low molecular weight heparin administered primarily at home with unfractionated heparin administered in the hospital for proximal deep-vein thrombosis. *N Eng J Med* 1996; 334: 677-82. [\[CrossRef\]](#)
14. Adeonigbagbe O, Khademi A, Karowe M, Gualtieri N, Robilotti J. Spontaneous rectus sheath hematoma and an anterior pelvic hematoma as a complication of anticoagulation. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 314-5. [\[CrossRef\]](#)
15. Ducatman BS, Ludwig J, Hurt RD. Fatal rectus sheath hematoma. *JAMA* 1983; 249: 924-5. [\[CrossRef\]](#)