

# Kistik Higroma ve Romatoid Artrit Tedavileri ile İlişkili, Rektus Abdominus Yırtılması Sonucu Gelişen Bir Ölüm Olgusu

## A Death Due to Rupture of Rectus Abdominus Related to Cystic Hygroma and Medical Treatment of Rheumatoid Arthritis: Case Report

Dr. Mahmut AŞIRDİZER,<sup>a</sup>  
Dr. Mehmet Sunay YAVUZ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Adli Tıp AD,  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Manisa

Geliş Tarihi/Received: 10.07.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 27.10.2008

*Bu çalışma, III. Ulusal Adli Tıp Kongresi (17-20 Nisan 2008, Göynük-Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Mahmut AŞIRDİZER  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Adli Tıp AD, Manisa,  
TÜRKİYE/TURKEY  
masirdizer@yahoo.com

**ÖZET** Kistik higroma erişkinlerde oldukça seyrek görülmekte olup, literatürde kistik higromalı erişkin olgu sayısının 100'ü geçmediği kistik higromalar içerisinde ise toraks yerleşimli olanların oldukça nadir görüldüğü bildirilmektedir. Rektus abdominus yırtıkları da yine çok nadir rastlanılan bir durumdur. Otuz altı yaşındaki kadın olguya önce romatoid artrit tanısı konulmuş, sonra ise kistik higroma tanısı ile ameliyat önerilmişti. Ancak hastanın ameliyatı kabul etmemesi üzerine tıbbi tedavi başlanılmıştı. Tıbbi tedavi başlangıcından bir yıl sonra, öksürük sonrası yırtılma tarzında karın ağrısı ve karın bölgesinde şişlik tanısı ile götürüldüğü hastanede yapılan ameliyat sırasında, rektus kaslarında yırtılma saptanmıştı. Ameliyattan bir hafta sonra meydana gelen ölüm nedeni ile otopsi uygulanmıştı. Bu olgu, literatürde kistik higroma ve romatoid artrit tedavisinin rektus abdominis yırtığına eşlik ettiği ilk olgu olması nedeni ile sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfanjiyoma, kistik higroma; erişkin; romatoid artrit; göğüs duvarı; yırtık; rektus abdominis

**ABSTRACT** Cystic hygroma is uncommon among adults and it is reported that the number of adults with cystic hygroma is less than 100 in the literature and the cases located in the thorax are very rare among the cystic hygromas. The rupture of rectus abdominis muscle is a very rare situation, too. The 36 years old female case presented in this article was diagnosed as rheumatoid arthritis first, later surgery was proposed for cystic hygroma. But, medical treatment was applied to her because she did not accept the surgical operation. One year after the beginning of the medical therapy, the rupture of the rectus muscles were determined during the operation in the hospital where she was transported because of the abdominal pain as a rupture and swelling on the epigastrium following a coughing. Medico-legal autopsy was performed on her body because of the death of the patient one week after the hospitalization. This case was presented because of being the first case in the literature, treatment of cystic hygroma and rheumatoid arthritis accompanied the rupture of rectus abdominis.

**Key Words:** Lymphangioma, cystic; adult; arthritis, rheumatoid; thoracic wall; rupture; rektus abdominis

**Türkiye Klinikleri J Foren Med 2008;5(3):109-17**

**K**istik higromalar, lenfanjiyomların en sık görülen formunu oluşturur.<sup>1</sup> Özellikle arka ve yan kesimlerinde olmak üzere, en sık boyun bölgesinde (%75), %20 oranında aksiller bölgede, %5 oranında ise toraks, mediastinum, abdomen, retroperitoneal bölge, kemikler ve erkeklerde skrotum gibi bölgelerde görülebilmektedir.<sup>1-3</sup> Kistik higromalı olguların %50-60'ı doğum sırasında, %90'ı iki yaşına kadar ve %95'i ergenlik dönemine ulaşana kadar tanı almakta ve literatürde kistik higromalı erişkin olgu sayısı 100'ü geçmemektedir.<sup>4,5</sup>

Ardenghy ve ark., 1996 yılı itibariyle dünya üzerinde göğüs duvarına yayılmış kistik higromalı olgu sayısının 15 olduğunu belirtmiş; Beyroiti ve ark., abdominal yerleşimli 11 olgudan altısında mesenter, birinde epiploon, üçünde retroperitoneal, 1'inde periton altı yerleşim tanımlamış; Prabhakaran ve ark., mezenterik kistik higromanın oldukça nadir görüldüğünü ve akut batını taklit eden atipik bir karın ağrısı ile karakterize olduğunu bildirmişlerdir.<sup>6-8</sup>

Abdominal rektus kılıfı hematomu, abdominal ağrı, palpasyonla bu bölgede lokalize hassasiyet ve abdominal kitle ile karakterize ve yaygın olmayan bir tablodur.<sup>9-11</sup> Görülme oranı kadınlarda, özellikle 50-60 yaş grubunda erkeklere göre iki-üç kat fazladır.<sup>12</sup> Abdominal rektus kasının zorlanması, yırtık oluşması veya inferior epigastrik arterin rüptürü olayı başlatmaktadır.<sup>13,14</sup> Öncelikle inferior epigastrik arter dallarının yırtılmasıyla başlayan kanama, rektus yaprakları arasında hapis olmakla birlikte, sonra aşağıya doğru yayılıp bir pelvik hematoma olarak preperitoneal boşluğa yerleşebilmekte, daha sonra ise retroperitoneal boşluğa yayılarak periton rüptürüne olabilmektedir.<sup>12,14</sup> Sportif travmalar, künt batın travmaları, emniyet kemeri ile oluşmuş travmatik rektus abdominus yırtıklarının yanı sıra, spontan olarak meydana gelen rektus abdominus hematoma ve yırtıkları da tanımlanmıştır.<sup>10,15,16</sup> Dejeneratif kas hastalıkları, obezite, kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, kalp yetersizliği), geçirilmiş abdominal cerrahi operasyonlar, damarsal patolojiler, Cushing hastalığı, siroz, rektus yapraklarının endometriti gibi kollajen doku hastalıkları ve kan diskrazileri predispozan faktörler olarak tanımlanmakta olup; rektus tabakaları arası hematoma oluşumuna, sıklıkla düşük moleküler ağırlıklı heparinler, kumadin ve antiplatelet ilaçlarla antikoagulan terapi, koagülasyon bozuklukları ve şiddetli öksürük, hapsirik, doğum, sportif aktivite gibi kas gerilmeleri eşlik etmektedir.<sup>13,17-21</sup> Oral antikoagulan kullanan hastalarda abdominal kitle ve anemik sendromun varlığında, özellikle ciddi öksürük atağının arkasından başlayan karın ağrısının, rektus abdominus kılıfları arasında hematoma için bir alarm niteliği taşıdığı bildirilmektedir.<sup>21,22</sup> Topaloğlu ve ark., enoksapa-

rin kullanımına bağlı bir rektus kılıfı hematomu olgusu tanımlamışlardır.<sup>23</sup>

Literatürde romatoid artrite, kistik higroma ve tedavisinin rektus abdominis yırtığına eşlik ettiği bir olgu tanımlanmamış olup; bu makalede sunulan olgu bir ilk niteliği taşımaktadır.

## OLGU SUNUMU

Otuz iki yaşındaki kadın hasta, 2002 yılında sezaryen ameliyatı ile doğum yapmış ve guatr tedavisi görmüştü.

2005 yılının ilk yarısından itibaren başlayan, önce sağ koltuk altında, daha sonra da 15 gün içinde boyun kökünün sağ tarafında ağrı ve kızarıklık ile birlikte olan şişlikler, ellerinde fleksiyon kontraktürü, sertleşme, sabah tutukluğu, yüz derisinde gerginlik şikâyetleri ile başvurduğu devlet hastanesinde konulan "romatoid artrite" teşhisi dolayısıyla, metil-prednizolon tablet (16 mg 1 x 1), kalsiyum karbonat (600 mg) ile vitamin D efervesan tb (1 x 1), sülfasalazin tablet (500 mg, 2 x 2), naproksen tablet (500 mg, 1 x 1) preparatlarından oluşan tedaviye başlanılmış; 2005 yılı Haziran ayında aksiller bölgede bulunan lenfadenopati nedeni ile uygulanan biyopsi sonucunda "nonspesifik reaktif hiperplazi gösteren lenf nodları" tanısı konulmuştu.

Biyopsi sonrasında, boynunun sağındaki şişliğin her iki skapula üzerine yayılması sonucu Temmuz ayında müracaat ettiği bir üniversite hastanesinde, solunumla ve öksürükle artan bu şişliklerin biyopsiye sekonder "hava bülleri" olabileceği düşünülmüştü.

Şikâyetlerinin artması üzerine Ekim 2005 tarihinde müracaat ettiği Manisa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan kan tetkiklerinde; monosit %10.5 (n [normal]: 2.0-10.0); Monosit sayısı 1.1 10<sup>3</sup>/mL (n: 0.1-1.0); MCV 71.8 fL (n: 80.0-100.0); MCH 23.5 pg (n: 26.0-34.0); Trombosit 464 10<sup>3</sup>/mL (n: 150-400); diğer kan değerleri normal sınırlar içerisinde bulunmuş; Elisa Testinde, anti-hepatit C virüsü (HCV), anti-hepatit C virüsü (HCV), HBsAg sonuçları negatif olarak kaydedilmiş; tiroid ultrasonografi (USG)'sinde tiroid bezi diffüz hiperplazik olup, no-

dül izlenmemiş; toraks bilgisayarlı tomografi (BT) incelenmesinde, solda supraklavikular bölgede, aksiller bölgede, retromamarial bölge ve toraks duvarı boyunca uzanım gösteren, multilokule görünümde, dansitesi + 13 HÜ, -16 HÜ arasında değişen, hipodens görünümde kitle lezyonları izlendiği; solda toraks duvarı anteriorunda, lateralde ve retromamarial bölgede, aynı özellikte, hipodens kitle görünümü olduğu; yukarıda tanımlanan görünümün USG bakışında, yer yer septasyonlar içeren, koleksiyon şeklinde izlendiği; düşük dansiteli ve multilokulasyon gösteren lezyonların öncelikle "kistik higroma" lehine değerlendirilebileceği; kesit alanına giren abdominal organların normal izlendiği ve toraks USG incelemeleri sonucu bu lezyonların "kistik higroma" olarak değerlendirildiği belirtilmiş; sol skapular bölgedeki kitleden enjektörle materyal alınmış, patoloji raporunda, yaymalarda hemorajik zeminde makrofaj, lenfosit ve nötrofil lökosit izlendiği; sitolojik bulguların "kistik higroma" yı düşündürdüğü kaydedilmiş; salisilat kullanımı nedeni ile 10 gün sonra müracaat ederek ameliyat olması önerilmiş; ancak hasta ameliyat olmayı kabul etmemiştir.

Hastanın aynı ay içerisinde müracaat ettiği bir başka üniversite hastanesinde sintigrafik olarak osteopeni tanısı konulmuş ve anemiye işaret eden kan değerleri saptanmış; hastaya sağlık kurulu raporu ile bir yıl süreyle kullanmak üzere metilprednizolon tablet (4 mg 2 x 1), kalsiyum karbonat (600 mg) ile vitamin D efervesan tablet (1 x 1), sülfasalazin tablet (500 mg, 2 x 2), metotreksat tablet (2.5 mg, haftada 1), risedronat sodyum tablet (35 mg, haftada bir), esomeprazol tablet (40 mg, 1 x 1) preparatlarından oluşan tedavi düzenlenmiştir. Hasta bu arada kontrollere gitmiş, yapılan kontrollerinde, kan değerlerinin anemik düzeyde olduğu belirtilmiştir.

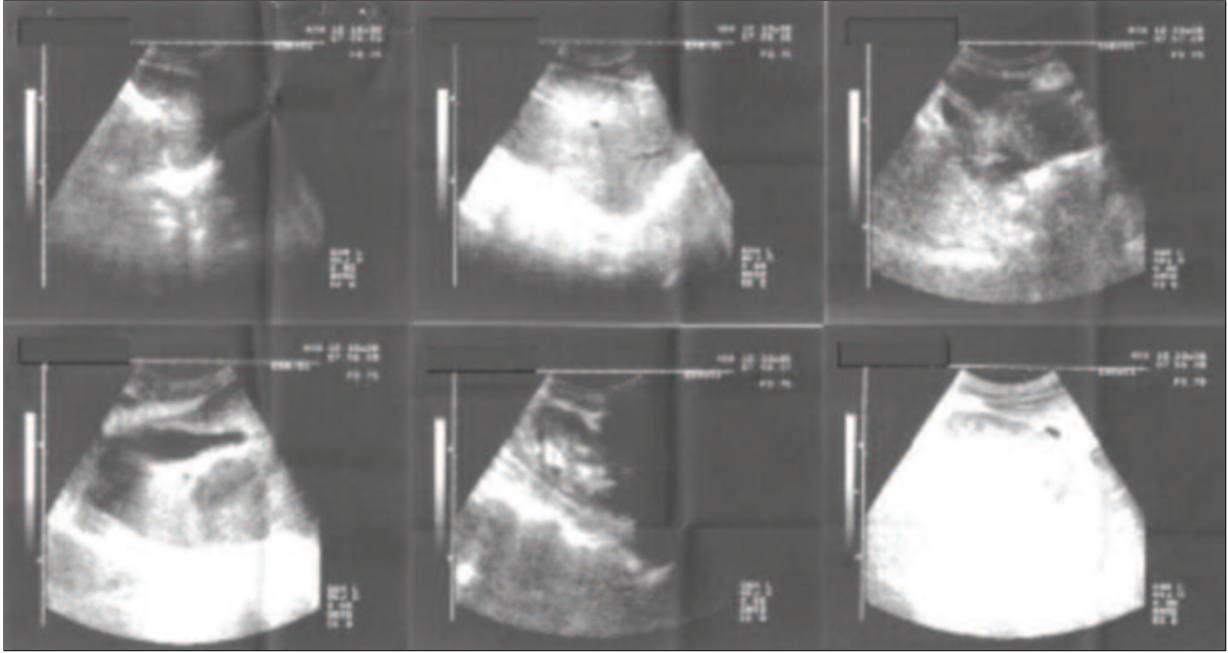
Yakınlarının ifadelerine göre, vücudunun çeşitli yerlerinde dokunma ile bile ekimozlar oluşmaya başlayan, elini yüzünün altına koyup yattığında veya kazağını giyiyip çıkarırken gözünün üzerinde ekimoz oluşabilen hastanın, 2006 yılı Ekim ayında öksürüğün ardından ayaklarını karnına doğru çekmesi şeklindeki eylemi sonrasında başlayan yanma tarzında karın ağrısı şikâyeti nedeni ile götürüldü-

ğü hastanede yapılan ilk muayenesinde sol gözde morluk görülmüş; arteriyel kan basıncı 130/70 mmHg, nabızı 105/dakika olarak kaydedilmiş romatoid artrit nedeni ile steroid tedavi alan hastanın semptomlarının atipik, ani ve yaygın olarak başlaması nedeni ile romatoid artritteki cerrahi dışı akut batın tablosuna bağlı olabileceği düşünülmüş; ilk hemogramında; WBC:  $22.17 \times 10^3/\mu\text{L}$  (n:5.2-12.4); RBC:  $2.88 \times 10^3/\mu\text{L}$  (n:4.2-6.1); HGB: 6.5 g/dL (n:12-18); HCT: % 22.2 (n:37-52); MCV: 76.9 fL (n:80-99); MCHC: 29.5 g/dL (n:33-37); CHCM: 30.5 g/dL (n:33-37); RDW: %23.8 (n:11.5-14.5); PLT:  $807 \times 10^3/\mu\text{L}$  (n:130-400); MPV: 5.9 fL (n:7.2-11.1); %LYMPH: %18.6 (n:19-48); %MONO: %1.5 (n:3.4-9); Nötrofil sayısı:  $16.41 \times 10^3/\mu\text{L}$  (n:1.9-8); LUC:  $0.82 \times 10^3/\mu\text{L}$  (n:0-0.4); ANISO: +++; MICRO: +++; HYPO: +++; BLASTS: ++; diğer değerlerin normal sınırlar içinde; biyokimya analizinde; glikoz: 256 mg/dL (n:74-106); kreatinin: 0.59 mg/dL (n:0.66-1.44) olduğunun belirlenmesi üzerine, başlangıçtaki hematokrit düşüklüğünün kronik anemiye bağlı olabileceği düşünülmüştü.

Çekilen batın USG' sinde, karaciğerin normalden minimal büyük olduğu, içerisinde solid ve kistik kitle olmadığı, safra kesesi, dalak ve pankreasın normal olduğu; her iki böbrekte enfeksiyona bağlı değişiklikler görüldüğü; batın içinde ileri derecede sıvı olduğu; pelvik USG'de, uterus ve overlerde solid veya kistik kitle olmadığı saptanmıştı (Resim 1).

Yatışından üç saat sonra ikinci laboratuvar incelemelerinde; pH: 6.899 (n: 7.350-7.450); PCO<sub>2</sub>: 21.2 mmHg (n: 35.0-45.0); PO<sub>2</sub>: 380.6 mmHg (n: 80.0-100.0); CHCO<sub>3</sub>: 4.0 mmol/L; tHb: 4.4 g/dL (n: 11.5-17.4); Hct: %14.3 (n: 35.0-50.0); SO<sub>2</sub>: %99.6 (n: 75.0-99.0); Ca<sup>2+</sup>: 2.50 mg/dL (n: 4.49-5.29); HHb: %0.4 (n: 1.0-5.0); glukoz: 419 mg/dL (n: 60-110); P50: 55.6 mmHg; BE -26.1 mmol/L; AG: 36.5 mmol/L; Hct/c: %13.3; Osm: 303 mOsm/kg; bilirubin normal sınırların altında; laktat normal sınırların üzerinde olarak belirlenmiş; Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, O<sub>2</sub>Hb, COHb, MetHb, üre normal sınırlar içerisinde bulunmuştu.

Hastanenin yoğun bakım ünitesi (YBÜ) nde takip edilen hasta, hastaneye yatışının beşinci saatinin sonlarına doğru, arteriyel tansiyonunun 0'a inmesi ve



**RESİM 1:** Ultrasonografik incelemede batın içi mayi ve rektus abdominus yaprakları arası kanama.

kardiyovasküler arrest gelişmesi üzerine; entübe edilerek kardiyak masaj ve adrenalin uygulanmış; 45 dakika resüsite edilen hastada spontan kardiyak ritm geri dönmüş; 2 ünite (U) kan transfüzyonu uygulanmış; arteriyel tansiyonu 10/? mmHg'ya (hastane evrakında minimal tansiyon tanımlanmamış) yükselen hasta, “batın içi kanama” tanısıyla ameliyata alınmıştır.

Yapılan operasyonda, batın içinde 3 U kadar kanama ve pıhtı görülmüştü. Epigastriumdaki şişliğin hematom olduğu, her iki rektus kasının çıkış ve yapışma yerlerinden, özellikle inferior yapışma yerinden kopmuş ve retzius boşluğunun açığa çıkmış, lateralde ise her iki tarafta rektus lateralinden periton ve lateral retzius fasiya ve kasın peritonla beraber koparak laterale çekilmiş, pelvisteki yapışmış pıhtının pelvisteki vasküler yapıları ve mesaneyi görünmez hale getirmiş olduğu, “bağırsak mezosunda yaygın mikronodüller” bulunduğu izlenmiş; romatoid artrit veya granülomatöz yangı düşünülmüş; hematom boşaltılıp, hemostaz sağlanarak, laterale kaçan periton ve fasiyal yapıları mediale çekilip, batın duvarına sütüre edilmiş; postoperatif YBÜ'ye alınmak üzere, hasta Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesine sevk edilmiştir.

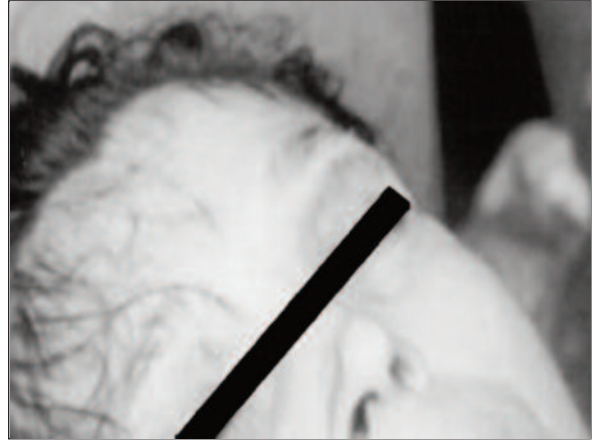
Sevk edildiği hastanede genel vücut travması tanısı ile yatırılan hastada; bilateral periorbital ekimoz, sol gluteal bölgede 5 x 4 cm'lik, solda spina iliak anterior süperior düzeyinde 10 x 8 cm'lik, sol femur arka taraf 1/3 alt kısmında 10 x 4 cm'lik, her iki aksiller bölgede 5 x 5 cm'lik ekimozlar görülmüş (Resim 2); plevral efüzyon gelişmiş, yapılan tedavilere rağmen hasta, yatışından yedi gün sonra solunum sıkıntısı sonucu ölmüştü.

Ölü muayenesinde, batında ameliyat insizyonunun yanı sıra, sol göz kapağında, sol gluteal bölgede, sol uyluk arkasında, sol spina iliaka anterior süperiorda, her iki aksiller hat üzerinde ekimozu andıran lezyonlar tanımlanmıştır.

Adli tıp uzmanları tarafından gerçekleştirilen otopside, dış muayenede; sol kaş alt kısmında 2 x 0,5 cm ebadında kırmızı renkte ekimoz (Resim 3); göğüs ön duvarında orta hatta, 4. kot hizasında, 3 cm çapında, iki adet mor renkte ekimoz (Resim 4); sol uyluk arka kısmında, geniş çaplı mor renkte ekimoz, batında orta hatta 33 cm uzunluğunda sütüre edilmiş ameliyat insizyonu, batın sol alt kadranda 2 cm uzunluğunda dren kesisi, batında dört kadranda da rektus kası düzeltme operasyonuna bağlı değişiklikler tanımlanmış (Resim 5); sol to-



RESİM 2: Sağ koltuk altı bölgesinde ekimoz.



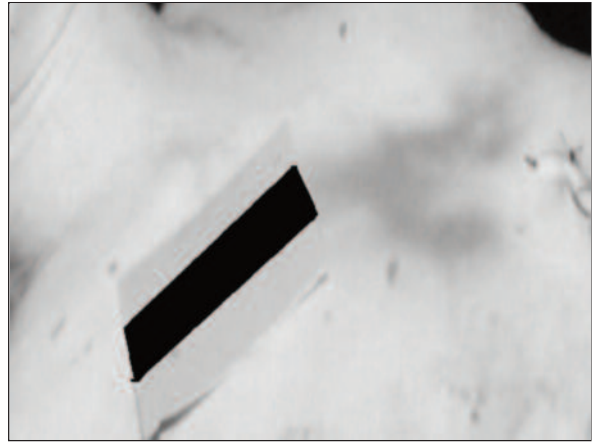
RESİM 3: Sol kaş altında ekimoz.

pukta staz ülseri ve el sırtlarında pikür izleri gözlenmiş, göğüs cildi kaldırıldığında dış muayenede tanımlanan ekimoz dışında özellik görülmemiş, sol göğüs boşluğundan 1000 cc, sağ göğüs boşluğundan 300 cc seröz sıvı boşaltılmış; makroskobik olarak akciğerler, karaciğer, böbreklerde konjesyon ve ödem mikroskobik olarak, böbreklerde vasküler konjesyon ve kronik piyelonefrit bulguları tanımlanmış; rektus adalesi ve bağırsak mezosuna ilişkin makroskobik ve mikroskobik incelemelere otopsi raporunda yer verilmemişti. Gerek göğüs, gerekse batın organlarında kontüzyon ve doku içi kanama bulguları tanımlanmamıştı.

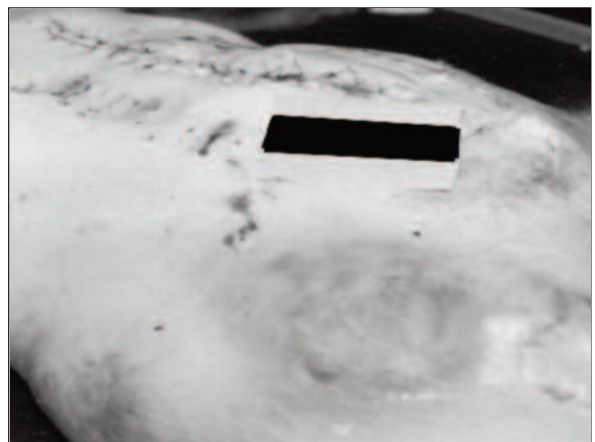
Ölüm nedeninin tespiti için otopsi raporu, adli ve tıbbi dosya bir üst merkeze gönderilmiş; bu merkez tarafından ölüm sebebi “künt batın travmasına bağlı batın içi kanama ve gelişen komplikasyonlar” olarak tanımlanmıştı.

Gönderilen merkez tarafından verilen ölüm nedeni, adli merciler tarafından tanık ifadeleri ve olayın gelişimi ile uyumlu bulunmaması üzerine, kişiye ait dosya, üzerinde inceleme yapmak üzere bilirkişi olarak incelememize sunuldu.

Dosyanın ilk incelenmesi sonucunda, “şahsın ölümünden önce tedavi gördüğü bildirilen üniversite hastanesinden ve göğüs hastalıkları hastanesinden temin edilecek tüm tıbbi tedavileri, tetkikleri, tahlilleri, grafileri içeren tıbbi dosyasının; şahsın karın ağrısı şikâyeti ile ilk müracaat et-



RESİM 4: Göğüs sol tarafında ekimoz



RESİM 5: Otopsi raporunda “batın bölgesinde ameliyata bağlı değişimler” olarak tanımlanan suture edilmiş ameliyat insizyonu, ekimoz alanları ve üzeri kabuklanmış suture edilmiş dren insizyonları

tiği devlet hastanesinde görevli hekim tarafından düzenlenmiş müşahade ve epikriz formları ile kanama-pıhtılaşma zamanına yönelik bir tetkik yapıp yapılmadığı ve ameliyat sırasında herhangi bir biyopsi alınıp alınmadığı ve varsa sonuçlarının; bu hastanede çekilmiş olan USG inceleme çıktılarının asıllarının; çekilmiş ise batın BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonuçlarının asıllarının; şahsın ameliyat sonrası tedavi gördüğü eğitim ve araştırma hastanesine ait tüm tıbbi tedavileri, tetkikleri, grafileri, USG ve varsa batın BT ve MRG'leri içeren tıbbi dosyasının; ailesinden şahsın öksürük nöbetlerinin karın ağrısından ne kadar süre önce başladığı, bununla ilgili bir tedavi görüp görmediği, karın ağrısı başlamadan önce kullandığı ilaçların neler olduğu, doğumunu normal doğum olarak mı, yoksa sezaryen ile mi yaptığı hakkında alınacak bilgiler ile birlikte, varsa evde bulunan grafilerinin ve varsa kişinin sağlık karnesinin; otopsi işlemi sırasında çekildiği bildirilen "otopsi fotoğraflarının" gönderilmesi istenildi.

Eksiklikler tamamlanarak dosyanın incelenmesi sonucunda; BBT, USG ve patolojik bulgular ile teyit edilen "kistik higroma hastalığı"nın, ameliyatta tanımlanan mezenterik multinodüller de göz önüne alındığında, her ne kadar histopatolojik olarak teyit edilmemiş ise de, mezenterik kadar yayılmış olduğu veya bu bölgede bu nodüllere neden olacak romatoid artrit gibi başka bir hastalığın yer aldığı; mezenterik tutulumun, batın duvarında yer alan peritonun yapısında da dejenerasyonlara neden olmasının beklenebileceği;

Tıbbi dosyada her ne kadar kanama-pıhtılaşma zamanına ilişkin bir veri yer almamış ise de, şüpheli ve tanıkların "hafif temaslarla vücudunun çeşitli yerlerinde morarmalar olduğu" şeklindeki ifadeleri, kullanılan ilaçların literatürdeki etkileri ve şahsın süregelen kan değeri değişimleri dikkate alındığında, bir koagülasyon bozukluğunun bulunduğu ve bunun şahısta kolay ekimoz oluşumuna neden olacağı; şahsın ameliyat sonrası sevk edildiği hastane, ölü muayenesi ve otopsi işlemi sırasında tanımlanan ekimozlardan, yalnızca sol kaş altında yer alan ekimozun ilk hastane müracaatında tanımlanmış olduğu; göğüs üzerinde, uylukta,

sol spina iliak anterior süperior bölgesinde, koltuk altlarında tanımlanan lezyonların ilk hastane müracaatında tarif edilmediği üzere; kanama eğilimi artmış olan kişide, hastaneye ilk müracaatından sonraki süreç içerisinde, göğüs üzerindeki hastaya kardiyak masaj uygulanması, diğerlerinin ise hastanın ameliyat masasına alınması veya taşınması gibi işlemler sırasında meydana gelmiş olabileceği; sol kaş altındaki ekimozun ise, lokalizasyonu ve şekli itibarıyla, direkt bir travmadan ziyade, şüpheli ve tanık ifadelerinde de belirtildiği üzere; kazığın çıkartılması sırasında oluşmasının mümkün olacağı;

Olguda ölüm sürecini başlatan karın ağrısının başlangıcının öksürük sonrası karında yanma şeklinde olması; ağrıdan hemen sonra, karnına dokunulduğunda karnında şişlik hissedildiğinin belirtilmesi; bir koagülasyon bozukluğunun olduğunun anlaşılması, hastaneye müracaatında arteriyel tansiyonun 130/70 mmHg, nabzın 105/dakika, ilk hemogramında HGB'nin 6.5 g/dL, HCT'nin %22.2 olmasına karşın, üç saat sonra yapılan ikinci hemogramında HGB'nin 4.4 g/dL, HCT'nin %14.32 olarak belirlenmiş olması, ilerleyen saatlerde çekildiği anlaşılan USG'de batın içi kanamaya işaret eden bulgular tanımlanması, arteriyel tansiyonun 0'a düşerek kardiyak arreste girmesi, ameliyat bülteninde epigastriumdaki şişliğin hematoma olarak tanımlanması gibi klinik bulgular bir arada değerlendirildiğinde; başlangıçta rektus adalesi içerisinde sınırlanmış olan kanın, yapısında bozulma ihtimali de olan peritonu patlatarak batın içerisine açılmış olduğu;

Şahsın ölümünün; kendisinde mevcut hastalıklar nedeni ile uygulanan tedavilere bağlı olarak kanama eğiliminin artmış olması gibi unsurlar sonucunda, öksürük nedeni ile gerilen karın kasının yırtılması, burada toplanan kanın, olgunun hastalıkları nedeni ile yapısı bozulmuş olma ihtimali olan peritonu yırtarak karın içine açılması sonucu gelişen iç kanama ve bunu izleyen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu; daha önceki mütalaada ölüm sebebi "künt batın travmasına bağlı batın içi kanama ve gelişen komplikasyonlar" olarak belirtilmiş ise de, ameliyat raporunda karın

kaslarının tüm yapışma yerlerinden kopmuş olduğunun tanımlanmasına karşın; bu kasları koparacak şiddette bir künt travmanın, batin içi organlarda da, kontüzyon, laserasyon gibi travmatik lezyonlar oluşturması beklenirken, gerek ameliyat bülteninde, gerekse otopsi raporunda (makroskopik ve mikroskopik olarak) böyle bir lezyon tanımlanmaması nedeni ile; şahsın künt travmaya maruz kalmış olduğu şeklindeki görüşün kabul edilemeyeceği kanaatine varılarak, düzenlenen rapor ilgili adli mercilere gönderildi.

Adli merciler tarafından kabul edilen bu görüş çerçevesinde adli tahkikat sonlandırıldı.

## TARTIŞMA

Kistik higromalar, sıklıkla lenfatik ve vasküler malformasyonlarla birlikte ve daha ziyade venöz anevrizmalarla birlikte görülen, ince duvarlı multiloküler özellikte kistik lezyonlar olup; lenfanjiomaların tiplerinden birini oluşturmakta, özellikle boyun arka üçgeninde görülmekle birlikte, aksilla, göğüs duvarı, omuz, mediastinum, karın duvarı, uyluk, perine, skrotum, kemik gibi bölgelerde de rastlanılmaktadır.<sup>1-4,24</sup> Olgumuzda, öncelikle boynun sağında ağrı ve şişlik olarak tanımlanan lezyon üzerine, "romatoid artrit" tanısı konularak, antiromatizmal tedaviye başlanılmış; daha sonra şişliklerin aksiller bölgelerde görülmesi üzerine yapılan ilk biyopsilerinde, "nonspesifik reaktif hiperplazi gösteren lenf nodları" tanısı konulmuş; ancak şişliklerin skapular bölgelere yayılması üzerine bu şişliklerin biyopsiye sekonder "hava bülleri" olabileceği düşünülmüş; yapılan patolojik tetkikler, toraks BT ve USG incelemeleri sonucunda hastaya "kistik higroma" tanısı konulmuştur. Bu aşamada konulan romantoid artrit tanısı ile ilgili hangi markerlere bakıldığına ilişkin bir bilgiye hasta dosyasında ulaşılamadığından, kistik higromanın biyopsi sonrası iyatrojenik olarak mı geliştiği, yoksa ilk tanının yanlış mı konulduğu hususunda kesin bir yorum yapabilmek mümkün görülmemektedir. Keza literatürde iyatrojenik kaynaklı erişkin tip kistik higromanın ortaya çıkabileceği belirtilirken; Öztürk ve ark. tarafından ise, olguların %60-93'ünde kistik higroma tanısının atlandığı bildirilmiştir.<sup>2,5,25</sup>

Abdominal kistik higromalar yaygın olmayıp, %2-8 oranında ve tesadüfen rastlanılan; omentum, mezenter ve retroperitoneal bölgede yerleşerek sessiz seyreden bir lenfanjiyoma tipidir.<sup>26-28</sup> Peritonu tutan kistik yapıların periton duvarını inceleyeceği; romantoid artrit ise eklemlerin, konnektif dokuların, kan damarlarının yanı sıra, plevra, perikard, periton gibi seröz membranlarda da inflamasyona yol açabileceği ve dolayısıyla peritonu zayıflatabileceği bildirilmektedir.<sup>29,30</sup> Ameliyat sırasında tanımlanan multinodüler yapıların kistik higroma ile ilişkili olabileceği romantoid artrit lezyonları gibi başka bir batin içi patolojiye eşlik edebileceği düşünülmüş; ancak gerek ameliyat gerekse otopsi sırasında bu bölgeden patolojik inceleme için örnek alınmamış olması ve batin BT'nin çekilmemiş olması nedeniyle kesin bir tanıya ulaşabilmek mümkün olamamıştır.

Hastanın cerrahi tedaviyi kabul etmemesi üzerine; metilprednizolon, kalsiyum karbonat ile vitamin D, sülfasalazin, metotreksat, risedronat sodyum, esomeprazol preparatlarından oluşan bir yıllık tedavi süreci düzenlenmiş; hastada anemik bulgular gelişmiş ve her ne kadar kanama-pıhtılaşma zamanı tayini ile araştırılmamış ise de, kan değerleri azalması ve klinik olarak çabuk ekimoz oluşumuyla karakterize kanama eğiliminde artış gözlenmiştir. Literatürde de; hastanın tedavisinde kullanılan ilaçlarla ilgili olarak, steroid yapıdaki metilprednizolonun uzun süre kullanımında, ekimoz ve purpura oluşumuna neden olabileceği belirtilmiş; prednizolon tedavilerinde %17 oranında ekimoz görüldüğü kaydedilmiştir.<sup>31,32</sup> Ayrıca, sülfasalazin tedavisi sırasında, açıklanamayan kanama, ekimoz ve purpuraların görülebileceği;<sup>31</sup> antimetabolitlerden biri olan metotreksatın, romantoid artrit tedavisinde antiinflamatuvar ve immünsüpressif etkisinden sık faydalanılan bir ajan olduğu, düşük doz metotreksata bağlı gelişen pansitopeninin nadir ve yaşamı tehdit edici bir komplikasyon olarak tanımlandığı ve hastaların %1.4'ünde bu komplikasyonun ortaya çıktığı; esomeprazol preparatlarının bir proton pompası inhibitörü olup, proton pompası inhibitörlerinin lökopeni, lökositoz, pansitopeni ve trombositopeni gibi yan etkilere yol açabileceği bildirilmektedir.<sup>30,33</sup>

Rektus abdominus yırtıkları, MRG bulgularına göre üç evreye ayrılmakta olup; 1. evrede, kas liflerinin küçük bir bölümünün etkilendiği, kas konturlarının düzenli olduğu, fasiyada yırtık bulunmadığı; 2. evrede, kas liflerinin büyük bölümünde hemoraji-ödem ile uyumlu değişiklikler izlendiği, kas konturunda fasiya yırtığı ile uyumlu düzensizliklerin dikkat çektiği, fasiyalar arasında hemoraji ve ödem izlendiği ve bu değişikliklerin kas-tendon bileşkesinde belirgin olduğu; yırtık bölgesinde kanama ve retraksiyona bağlı kitle görüntüsü oluşabileceği; 3. evrede, kas liflerinin tamamının bütünlüğü bozulmuş olup, kasın iki ucunun retraksiyon gösterdiği; yırtık segmentler arasında sıklıkla hematoma izlendiği bildirilmektedir.<sup>10</sup>

Sunulan olguda, ameliyat sırasında batın içersinde tespit edilen mikronodüllere neden olabilecek kistik higroma yayılımının periton duvarını inceltmesinin ya da romatoid artrit gibi başka bir hastalığa bağlı inflamatuvar ya da dejeneratif değişimlerin periton direncini azaltabilmesinin

de muhtemel olduğu, hastalığa yönelik tedavinin kanama eğilimini artırdığı, sezaryen ile doğum yapması nedeni ile daha önceden karın duvarının zedelenmiş olması gibi kolaylaştırıcı unsurlar zemininde öksürük nöbetinin eklenmesi ile rektus içersinde kanamaya neden olduğu; klinik bulgulara göre, hastaneye ilk ulaştığında, rektus yaprakları arasında sınırlı olan kanamanın, periton içine yayılması sonucu ameliyata alındığı; ancak ileri dönemde eklenen komplikasyonlar sonucu hastanın kurtarılamadığı anlaşılmaktaydı.

## SONUÇ

Rektus abdominis yırtıkları ile ilgili yazılan makalelerde, bugüne kadar kistik higromanın ve romatoid artrit tedavisinin eşlik ettiği bir olgu tanımlanmamış olması; erişkin tipi ve toraksa yayılmış kistik higroma olgularının nadirliği; adli tıbbi değerlendirmede ortaya çıkan görüş farklılıkları gibi boyutları ile bu olgunun literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

## KAYNAKLAR

- Onur MR, Özel K, Demir F, Özdemir H. Dev kistik higroma: US ve MRG özellikleri. F.Ü. Sağ. Bil. Derg. 2007;21(3):141-4.
- Öztürk A, Sırmatel Ö, Gültekin E, Bitiren M. Dev kistik higroma: Prenatal tanı ve bulgular. Diagn Interv Radiol 2002;8:407-9.
- Kıbar AE, Çakır BÇ, Tiryaki T, Peltek N, Yılmaz H, Atayurt H, et al. Göğüs duvarında kistik higroma: Nadir bir yerleşim yeri. Türk Ped Arş 2005;40:241-3.
- Kargın S, İslam A, Oğuz H, Arslan N, Şafak MA, Demirci M. 24 yıllık bir dev kistik higroma olgusu ışığında tanı ve tedavi yaklaşımı. KBB ve BBC Derg 2005;13(2-3):88-91.
- Sherman BE, Kendall K. A unique case of the rapid onset of a large cystic hygroma in the adult. Am J Otolaryngol 2001;22(3):206-10.
- Ardenghy M, Miura Y, Kovach R, Hochberg J. Cystic hygroma of the chest wall: a rare condition. Ann Plast Surg 1996;37(2):211-3.
- Beyroui MI, Kharrat M, Beyroui R, Frikha F, Dhieb N, Ben Amar M, et al. Cystic lymphangioma of the abdominal cavity. Report of 11 cases. Tunis Med 2007;85(3):201-4.
- Prabhakaran K, Patankar JZ, Loh DL, Ahamed Faiz Ali MA. Cystic lymphangioma of the mesentery causing intestinal obstruction. Singapore Med J 2007;48(10):e265-7.
- Cherry WB, Mueller PS. Rectus sheath hematoma: review of 126 cases at a single institution. Medicine 2006;85(2):105-10.
- Yanık T, Yanık B, Yörubulut M. Rektus abdominis kası rüptürü: atipik bir karın ağrısı nedeni. Romatizma 2006;21:111-3.
- Deb S, Hoo P, Chilaka V. Rectus sheath haematoma in pregnancy: a clinical challenge. J Obstet Gynaecol 2006;26(8):822-3.
- Costello J, Wright J. Rectus sheath haematoma: a diagnostic dilemma? Emerg Med J 2005;22:523-4.
- Rajagopal AS, Shinkfield M, Voight S, Hamdan K. Massive rectus sheath hematoma. Am J Surg 2006;191:126-7.
- Akdeniz B, Türker S, Aslan Ö, Güneri S. Düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılması sonrası gelişen abdominal rektus kılıfı hematoma: üç olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. Türk Kardiyol Dern Arş. 2002;30: 313-7.
- Metzdorff MT, Miller SH, Smiley P, Klabacha ME. Blunt traumatic rupture of the abdominal wall musculature. Ann Plast Surg 1984;13(1): 63-6.
- Brun P, Diermag Y, Fournier F, Cheilan F, Lenriot JP. Rupture of the abdominal wall in highway accident victims wearing seat - belts. J Chir 1982;119:717-8.
- Di Bisceglie AM, Richart JM. Spontaneous retroperitoneal and rectus muscle hemorrhage as a potentially lethal complication of cirrhosis. Liver Int 2006;26(10):1291-3.
- Linhares MM, Lopes Filho GJ, Bruna PC, Ricca AB, 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(3):251-7.
- Dineen RA, Lewis NR, Altaf N. Small bowel infarction complicating rectus sheath haematoma in an anticoagulated patient. Med Sci Monit 2005;11(10):CS57-9.
- Moreno Gallego A, Aguayo JL, Flores B, Soria T, Hernández Q, Ortiz S, et al. Ultrasonography and computed tomography reduce unnecessary surgery in abdominal rectus sheath haematoma. Br J Surg 1997;84: 1295-7.
- 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;25:230-4.



22. Varol E, Özyayın M. Rectus sheath hematoma due to cough attacks in an elderly patient on oral anticoagulant therapy. *Anadolu Kardiyol Derg* 2007;7:235-6.
23. Topaloğlu S, Aras D, Kaya V, Çağlı K, Özcan F, Korkmaz Ş. Enoksaparine bağlı rektus kılıfı hematomu. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 2006;18(1):94-96.
24. Balkanlı K. Mediastende yer kaplayan kitlelere yaklaşım. In: Koçar IH, Erikçi S, Baykal Y, eds. *İç Hastalıklarında Karar Verme*. 1st Ed. Ankara: GATA Basımevi; 2002. p.161-82.
25. Michail O, Michail P, Kyriaki D, Kolindou A, Klonaris C, Griniatsos J. Rapid development of an axillary mass in an adult: a case of cystic hygroma. *South Med J* 2007;100(8):845-9.
26. Fernández Hurtado I, Bregante J, Mulet Ferragut JF, Morón Canis JM. *Cir Pediatr* 1998;11(4):171-3.
27. Treska V, Cechura M, Hes O. Cystic abdominal lymphangioma in adults. *Zentralbl Chir* 2003;128(10):862-5.
28. Guinier D, Denué PO, Manton GA. Intra-abdominal cystic lymphangioma. *Am J Surg* 2006;191(5):706-7.
29. Sawh RN, Malpica A, Deavers MT, Liu J, Silva EG. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum: a clinicopathologic study of 17 cases and immunohistochemical analysis of estrogen and progesterone receptor status. *Hum Pathol* 2003;34(4):369-74.
30. Güyen N, Uysal H. Romatoid artritli kadın hastalarda solunum fonksiyon testleri. *Genel Tıp Derg* 2002;12(4):143-6.
31. Kayalp O. TİK-5, Türkiye İlaç Klavuzu 2007 Formülleri, Turgut Yayıncılık ve Ticaret AŞ, 2007: 51, 363.
32. Yang YX, Lichtenstein GR. Corticosteroids in Crohn's Disease. *Am J Gastroenterol* 2002;97(4):803-23.
33. Ohosone Y, Okano Y, Kameda H, Hama N, Matsumura M, Nojima T, et al. Toxicity of low-dose methotrexate in rheumatoid arthritis –clinical characteristics in patients with MTX-induced pancytopenia and interstitial pneumonitis. *Ryumachi* 1997;37(1):16-23.