

**Obr. 3.** Pohled na dorzální stranu přední břišní stěny po odklopení transverzální fascie a peritonea: vasa epigastrica inferiora (a) probíhají po dorzální straně m. rectus abdominis (b) kryté transverzální fascií a peritoneem (c), nad linea arcuata (d) je zadní list pochvy svalu tvořen již aponeurózou m. transversus abdominis (e) a částečně m. obliquus internus abdominis. Dále patrné: Retziův prostor (f), anastomóza a. epigastrica inferior a a. obturatoria zvaná 'corona mortis' (g), symphysis pubis (h), funiculus spermaticus vstupující do tříselného kanálu v anulus inguinalis profundus (i) (s laskavým svolením doc. MUDr. Ondřeje Naňky, Ph.D., Anatomický ústav 1. LF UK)

**Fig. 3.** Dorsal view of anterior abdominal wall after transversal fascia and peritoneum being removed: inferior epigastric vessels (a) running at the dorsal site of rectus abdominis muscle (b) covered only by transversal fascia and peritoneum (c), above arcuate line (d) the posterior lamina of rectus sheath is formed by transversus abdominis aponeurosis (e) and partially by obliquus internus abdominis aponeurosis. Other visible structures: Retzius' space (f), anastomosis of inferior epigastric artery and obturator artery called 'corona mortis' (g), symphysis pubis (h), spermatic cord entering the inguinal canal at deep inguinal ring (i) (with courtesy of doc. MUDr. Ondřej Naňka, Ph.D., Institute of Anatomy, First Faculty of Medicine, Charles University)



faktory jsou gravidita, chronický kašel při plicních onemocněních, břišní operace v anamnéze (živení v přímém břišním svalu může měnit průběh tahových sil) i operace recentně prodělaná (důsledky excesivní retrakce rány nebo nedostatečné hemostázy se mohou projevit s odstupem až čtyř týdnů) a vnější úder na břišní stěnu (účinek může být zesílen reflexní kontrakcí břišní stěny bezprostředně před úderem) (2). Sheth v souboru 115 pacientů hospitalizovaných pro hematom v pochvě přímého břišního svalu zjistil u 58,3 % z nich chronickou renální insuficienci třetího a vyššího stupně a u 41,7 % pozoroval některou z forem imunopresivní terapie (15).

Celková mortalita je udávána ve výši 4 %, u iatrogenních příčin stoupá k 18 % a u antikoagulovaných pacientů dosahuje 25 %. U těhotných je mortalita 13 % pro matku a až 50 % pro plod. Mortalitní data však pocházejí z dob před plošným rozšířením ultrasonografie a výpočetní tomografie,

kdy mortalita byla nejčastěji navrub špatné diagnózy, což mělo za následek zbytečné explorativní laparotomie a prodlení v přerušení antikoagulační terapie a v zajištění dostatečné hydratace s podáním transfúzí. Před plošným rozšířením zmíněných diagnostických modalit do klinické praxe byla správná diagnóza před explorativní laparotomií či před pitvou zjištěna pouze v 17 až 40 % případů (2).

Transabdominální ultrasonografie pro svou neinvazivnost a širokou rozšířenost bývá využívána v první linii diagnostiky hematomů v pochvě přímého břišního svalu a v případech kontraindikace výpočetní tomografie (dětí, těhotenství, renální insuficience), u níž senzitivita i specifita dosahuje 100 %, se může jednat o definitivní diagnostickou metodu. Role magnetické rezonance přichází na řadu po pěti dnech od vzniku hematomu, kdy výpočetní tomografie nemusí bezpečně odlišit hematom od tumoru břišní stěny. Byla popsána kazuistika, v níž byla k diagnóze hematomu s aktivním krvácením