

SPONTAN PERIRENAL HEMORAJİ : 3 OLGU NEDENİYLE

Atilla SEMERCİÖZ, M. Kemal ATİKELER, Selami SERHATLİOĞLU, Fatih R. YALÇINKAYA
Hayrettin YEKELER, Can BAYDİNÇ

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Elazığ / TÜRKİYE

Spontaneous Perirenal Hemorrhage; Presentation of Three Cases

SUMMARY

Spontaneous perirenal hemorrhage is a rare clinical case induced by various local and systemic factors. In this report, 3 cases one with angiomyolipoma which is a benign kidney tumor, and one with polyarteritis nodosa which is a systemic vasculitis were presented. Recent literature and treatment regimens were reviewed.

Key Words: Perirenal hemorrhage, angiomyolipoma, polyarteritis nodosa

ÖZET

Spontan perirenal hemoraji çeşitli lokal ve sistemik nedenlerle ortaya çıkan nadir bir klinik durumdur. 3 olgu nedeniyle, benign böbrek tümörü olan anjiomyolipoma ve sistemik bir vaskulit olan poliarteritis nodoza literatür ışığında tartışılara tedavi yaklaşımı gözden geçirildi.

Anahtar Kelimeler: Perirenal hemoraji, anjiomyolipoma, poliarteritis nodoza

GİRİŞ

Spontan Perirenal Hemoraji (SPH) nadir olarak görülen klinik bir durumdur. Literatürdeki vaka sayısı sınırlıdır.

SPH lokal veya sistemik sebeplerle ortaya çıkabilir. Lokal sebepler arasında anjiomyolipom, renal hücreli kanser, böbreğin vasküler lezyonlarından renal arter anevrizması, konjenital arterio-venöz malformasyonlar, infarkt, renal ven trombozu, adrenal kökenli hastalıklardan feokromositoma, malign adrenal tümörleri, kistler sayılabilir. Sistemik sebepler ise poliarteritis nodosa (PAN), antikuagulan kullanımı, fibrinolitik ajan kullanımı ve kan diskrazileridir.(1)

Özellikle renal anjiomyolipomlar (AML), yüksek vaskülariteleri nedeniyle SPH'ya neden olurlar.

Değişik oranlarda benign adipoz doku, kan damarları ve düz adele içeren bir tümördür. %60 kadınlarında görülür.(2,3) Mouded ve ark.ları AML'da %15, Oesterling ve ark.ları 4 cm.'den büyük AML'da %51 oranında SPH tespit etmişlerdir.(2,4)

SPH'lı bazı vakalarda semptomlar yavaş gelişir, bazen de akut dramatik tablolar oluşturur. Genellikle şiddetli yan ağrısı veya abdominal ağrı, bulantı ve kusma vardır. Batında kitle palp edilebilir. Batın distandı veya lokal defans bulunabilir.(1)

SPH'nın sistemik sebepleri arasında en sık görülen poliarteritis nodosa'da (PAN) küçük arterlerin media tabakasında hasar oluşur. Etiyolojisi pek anlaşılamamakla beraber arterin media tabakasında immun kompleks çökmesine ve küçük anevrizmaların rüptürüne bağlı olduğu gösterilmiştir. (1,5)

PAN nedeniyle gelişen hemorajilerde hipertansiyon, artalji, miyalji, gastro intestinal semptomlar, hafif ateş, kilo kaybı gibi belirtiler önceden bulunabilir ve hastalar çoğunlukla gençlerdir.(1)

Son 3 yıl içinde kliniğimizde SPH nedeniyle takip edilen 3 olgu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgı 1.

61 yaşında erkek hasta (M.Ç.), 40 gün kadar önce şiddetli sağ yan ağrısı, bulantı-kusma şikayetleriyle başka bir kuruma müracaat etmiş. Yapılan tetkikler sonucunda anemi tespit edilerek 4 ünite kan transfüzyonu yapılmış. Ultrasonografide (US) bilateral renal kitle, bilgisayarlı tomografide (BT) böbrekte bilateral anjiomyolipom'a (AML) uyan görünüm tespit edilerek sevk edilmiş. Hasta 4 hafta sonra acil polikliniğimize şok tablosu içinde getirildi.

Fizik muayenede; sağ kostovertebral açı perküsyonla hassastı, batın sağ tarafı palpasyonla hassas bulundu, istemli defansı vardı, kitle palpe edilemedi.

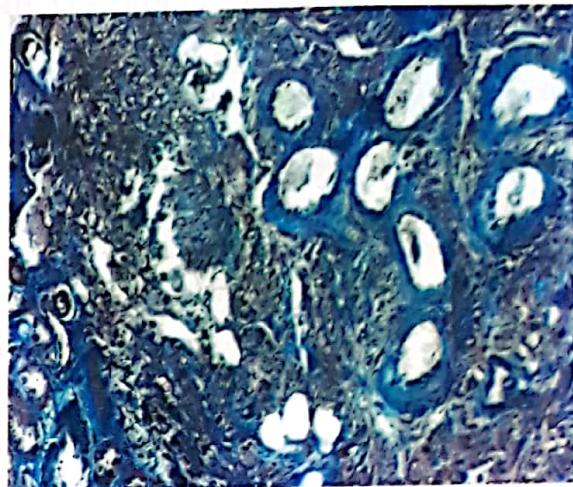
Hb: 6,6gr. Hct:%20 KK: 2.800.000 olarak tespit edildi. Üre ve kreatinin değerleri normal sınırlarda idi. Hastaya 3 ünite kan transfüzyonu yapıldı. BT'de sağ böbrekte ileri derecede deformasyon, multipl odaklı ve heterojen dansiteli kitle tespit edildi. Kitle içinde eski kanama alanları, yağ dansitesi veren alanlar, kontrasla boyanan vasküler yapılar mevcuttu. Sol böbrekte hipoplazi ve birkaç odakta AML görünümü tespit edildi. Beyin BT'sinde Tuberoz Skleroz ait serebellar ve subependimal kalsifiye tuberler görüldü.

Hasta operasyon için hazırlanırken ateş yükselmesi ve hipertansiyon atağı gelişti, tıbbi tedavi ile kontrol altına alındı. Batın hassasiyeti nedeniyle eksplorasyon yapıldı. Sağ retroperitoneal alandaki büyük hematoma temizlendi. Sağ böbreğin büyük ve frijil olduğu, kanamanın sağ böbrekten kaynaklandığı görüldü. Sol böbreğinde hipoplazik ve AML ile atake olması nedeniyle nefrektomiden vazgeçildi. Hemostaz sağlandı, sağ böbrekten biopsi alındı. Peroperatif 3 ünite kan transfüzyonu yapıldı.

Histopatolojik tetkikde kalın duvarlı damar kesitleri, kas lifi gurupları, adipoz doku alanları görüldü, tanı 'anjiomyolipoma' olarak rapor edildi. (Resim 1.) Hasta halen yaşantisını sürdürmektedir.

Olgı 2.

38 yaşındaki kadın hastada (B.D.), sol yan ağrısı ve 2 yıldan beri hipertansiyon yakınması mevcuttu. Fizik muayenede; sol kostovertebral açı perküsyonla hassas bulundu. Batın serbestti.



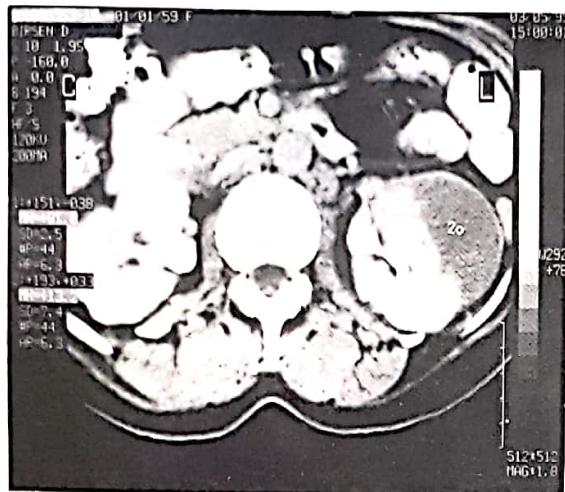
Şekil 1. Mavi boyalı alanlarda damar kesitleri, kırmızı boyalı alanlarda damarlar çevresindeki kas lifi demetleri, solda böbrek tubulusları "Anjiomyolipoma" Masson Trikrom X 100

Hb: 11,7gr. Hct:34,3 BK:10.400 Sedimentasyon:75mm/h bulundu. Diğer biyokimyasal tetkikler normal sınırlardaydı. Batın US'de sol böbrek antero-lateralinde nonhomojen, hiperekojen kitle mevcuttu, perirenal hematom veya apse düşündürüldü. (Resim 2.)



Şekil 2. Sol böbrekte hiperekojen kitle "perirenal hematomb"

BT'de sol böbrekte orta poldeki 6x4x10 cm ebatlı heterodens alan AML zemininde gelişen hematoma alanı olarak değerlendirildi. (Resim 3.)



Şekil 3. BT'de sol böbrek orta polde "anjiomyolipom zemininde hematom"

Yapılan renal eksplorasyonda; böbreğin orta polden tutulması, hastanın hipertansif olması nedeniyle konservatif kalındığında tablonun ilerleyebileceğinin düşünülderek total nefrektomi uygulandı.

Histopatolojik tetkikde adipoz doku, düz kas hücre demetleri ve kalın duvarlı damar yapıları görüldü. Tam 'anjiomyolipom' olarak rapor edildi. Hilusta yerleşmiş iki adet lenf nodu reaktif olarak değerlendirildi. Postoperatif dönemde hastanın tansiyonu normal olarak seyretti.

Olgu 3.

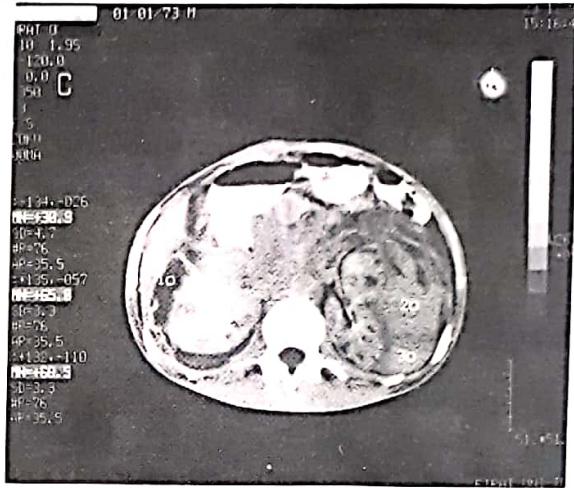
20 yaşındaki erkek hastada (M.O.), bir hafta önce sağ yan ağrısı başlamış. Ateş ve kusma gelişmiş. Fizik muayenede; sağ kostovertebral açı perküsyonla hassas bulundu. Batında sağda belirgin olmak üzere yaygın hassasiyet vardı, batın sağ üst kısmında kitle palpe edildi. Rebound pozitifi.

Hb:8,7gr. Hct:%24 BK:17.000 Sedimentasyon:138mm/h bulundu. İdrarda mikroskopik hematuri tespit edildi. Üre kreatinin normal sınırlarda idi. Batın US'de sağ böbreği iten perirenal hematoma ve batın içi serbest sıvı tespit edildi. Sol böbrek normal olarak bulundu.

Hastaya batın eksplorasyonu yapıldı, serbest hemorajik sıvı dışında patoloji tespit edilemedi. Sağ retroperitoneondaki organize hematoma boşaltıldı. Sağ böbrek alt polde 1,5 cm.lük laserasyon ve kontüzyon alanları görüldü, vaka hasta tarafından gizlenen travma lehine değerlendirerek parankim sütüre edildi. Preoperatif ve postoperatif 4 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Hastanın postoperatif 8.gün sol yan ağrısı gelişti, genel durumu bozuldu. Yapılan batın US'de sol böbrekte perirenal hematoma, BT'de ise sol böbreği mediale iten, böbrekten ayırt edilemeyen hematoma kitesi tespit edildi. (Resim 4.) Hastaya renal anjiografi planlandı.

Hasta yakınlarının isteği üzerine Ankara'ya gönderildi. Yapılan tetkikler sonucu 'poliarteritis

nodoza' teşhisi konduğu, medikal tedavi uygulandığı öğrenildi. Hasta sağlıklı olarak yaşıtlısını sürdürmektedir.



Şekil 4. Sol böbreği mediale iten "hematom" kitlesi

TARTIŞMA

Spontan perirenal hemorajilerin lokal nedenleri arasında benign böbrek tümörlerinden anjiomyolipom önemli bir yer tutar.(2,4) Bu yüzden AML'lu hastalara daha dikkatli bir yaklaşım gereklidir. AML'da tanı amacıyla renal US ve BT'nin %55 oranında kesin tanı koydurabileceğini bildirenler yanında Mayo Klinike yapılan bir çalışmada bu oran %75 olarak bulunmuştur.(6,7) BT'deki tanı kriteri, yağ dokusunun gösterilmesidir. Bazı adenokarsinomlar da bir miktar yağ dokusu içerirlerse AML'da bu oran %80'leri bulur.(6,7) Bazı çalışmalar, renal AML tanısında ince igne aspirasyon biopsisi önermişler ve igne biopsisinin en önemli komplikasyonu olan kanama ve enfeksiyon oranını %0,24 olarak bildirmiştir.(8)

AML'un tedavisinde son yıllarda kabul edilen görüşe göre; 4 cm.den küçük kitleler asemptomatik olması nedeniyle US ve BT ile takip edilmeli, 4 cm.den büyük olanlara ise enükleasyon, parsiyel nefrektomi, total nefrektomi veya selektif arteriyel embolizasyon yapılmalıdır.(6)

Bizim SPH'li 2 olgumuzda yapılan US'de böbrekte hiperekojen kitle ve BT'de yağ dokusundan zengin ve kanama alanları içeren AML ile uyumlu kitle görülverek AML tanısı konulmuştur. Bilateral AML bulunan ilk olguda, yapılan beyin BT'sinde tuberler görülverek tanı desteklenmiştir. İlk olguda patolojinin bilateral olması ve sol böbreğin hipoplazik bulunması nedeniyle konservatif davranışılmıştır. İkinci olguda nefrektomi uygulanmıştır.

SPH'ye neden olan sistemik hastalıklardan biriside poliarteritis nodoza'dır. PAN, küçük ve orta boy damarları etkileyen sistemik, inflamatuvar bir hastaliktır. Literatürde renal anevrizma rüptürüne bağlı perirenal hemorajili PAN olgusu

50'den fazla değildir. Novicki, PAN'a bağlı hemorajiyi %4 oranında, McDougal ise %13 oranında bildirmiştir.(9)

PAN'da BT ile tanı koymak çok nadirdir, çünkü PAN'daki intrarenal arteriel anevrizmaların çoğu 2-10 mm. çapındadır.(10) Günümüzde en yüksek tanı değeri olan yöntem, arteriografik incelemedir. Mikroanevrizmaların görülmemesi kesin tanı koydurucudur. (11)

SPH gelişmiş PAN'lı bir hastada tedavi yaklaşımı, hem hemorajiyi kontrol altına alabilmek için cerrahi, hemde vaskulitin tedavisi için medikal olmalıdır. Medikal tedavide kortikosteroid, siklofosfamid ve antihipertansif ilaçlar verilir. Arteriel embolizasyon hemorajinin kontrol edilmesi için cerrahiye bir alternatifdir.(9) Kirkalı ve arkadaşları ogluların % 65-80'inde bilateral böbrek tutulumu ve hastalığın sistemik yapısı nedeniyle primer nefrektomisin agressif bir yaklaşım olacağını ve mümkün olduğunda konservatif kalınması gerektiğini bildirmiştirlerdir.(5) Üçüncü olgumuzda, eksplorasyon esnasında tespit edilen kontüzyonun hasta tarafından gizlenen travma sonucu olduğu düşünüldü. Hemostaz sağlanarak konservatif davranıştı.

Postoperatif sekizinci gün gelişen klinik tablo nedeniyle ana nedeni tespit edebilmek için renal anjiografi planlandı. Ancak yakınlarının isteği ile hasta sevkedildi. Daha sonra hastaya PAN

KAYNAKLAR

1. Pode D, Caine M. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. J Urol. 1992; 147:311-318.
2. Oesterling J E, Fishman E K, Goldman S M, et al. The management of renal angiomyolipoma. J Urol. 1986; 135: 1121-1123.
3. Blute M L, Malek R S, Segura J W. Angiomyolipoma: clinical metamorphosis and concepts for management. J Urol. 1988; 139: 20-22.
4. Mouded I M, Tolia B M, Bernie J E, et al. Symptomatic renal angiomyolipoma: report of 8 cases, 2 with spontaneous rupture. J Urol. 1978; 119:864-866.
5. Kirkalı Z, Finci R, Eryiğit M, et al. Spontaneous kidney rupture in Polyarteritis nodosa. Eur Urol. 1988; 15: 153-155.
6. Kennelly M Y, Grossman H B, Cho K J. Outcome analysis of 42 cases of renal angiomyolipoma. J Urol. 1994; 152:1988-1991.
7. Sant G R, Heaney J A, Ucci A A, et al. Computed tomographic findings in renal angiomyolipoma : an histologic correlation. Urology 1984 ; 24:293-296.
8. Sant G R, Ayers D K, Bankoff M S, et al. Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of renal angiomyolipoma. J Urol. 1990;143:999-1001.
9. Smith D L, Wernick R. Spontaneous rupture of a renal artery aneurysm in Polyarteritis Nodosa: Critical review of the literature and report of a case. Am J Med. 1989; 87:464-467.
10. Hekali P, Kivisaari L, Standertskjöld - Nordenstam C G, et al. Renal complications of Polyarteritis nodosa: CT findings. J Comput Assist Tomogr. 1985;9:333-338.
11. Smailowitz Z, Kaneti J, Sober I. Spontaneous perirenal hematoma: a complication of polyarteritis nodosa. J Urol. 1979; 121:82-83.
12. Zagoria R J, Dyer R B, Assimos D G, et al. Spontaneous perinephric hemorrhage: imaging and management. J Urol. 1991; 145:468-471.
13. Takahashi K, Honda M, Okubo R S, et al. CT pixel mapping in the diagnosis of small angiomyolipomas of the kidneys. J Comput Assist Tomogr. 1993; 17:98-100.
14. Pollack H M, Popky G L. Roentgenographic manifestations of spontaneous renal hemorrhage. Radiology. 1974; 110:1-3.
15. Howalt J S, Squires J W. Spontaneous rupture of the kidney. A case of a traumatic retroperitoneal bleeding. Amer J Surg. 1972; 123:484-486.

teşhisini konulduğu, medikal tedavi uygulandığı öğrenildi.

Sonuç olarak; SPH'li hastalara yaklaşım öncelikle hızlı bir şekilde tanıya yönelik olmalıdır. Kesin tanı konulana kadar mümkün olduğunda konservatif kalınmalı ve hastayı medikal olarak stabilize etmeye çalışılmalıdır. Stabil bir maligniteli hastanın nefrektomi olurken girdiği risk, akut dönemdeki SPH'li bir hastanın eksplorasyonundan daha düşüktür.(12) Son yıllarda retroperitoneal olayları çözmede en etkin tetkik BT olarak kabul edilmektedir. Eğer hasta stabil ise ve BT ile hemorajinin nedeni anlaşılamıyorsa selektif anjiografi yapılmalıdır. Yine sonuç alınamıyorsa hematom rezorbe olduktan sonra küçük bir tümörün hematom tarafından saklanabileceği düşünüldüğünde ince kesitler alınarak BT tekrar edilmelidir.(1,13)

SPH'da esas sorun, etiyolojisi tespit edilemeyecek hastalarda ne yapılacağıdır. Pollack sebebi açıklanamayan perirenal hemorajilerde çok dikkatli eksplorasyon tavsiye ederken (14), Howalt belirgin etiyoloji yoksa konservatif yaklaşılmasını uygun görmektedir.(15) Zagoria öncelikle akut fazdaki hastayı stabilize etmemeyi, nefrektomiyi ertelemeyi, tetkikleri derinleştirmeyi tavsiye etmektedir.(12) Bu yaklaşım kabul görürse sağlam böbreğin çıkarılması riski önlenecektir.(1)