

SPONTAN PERİRENAL HEMORAJİ : 3 OLGU NEDENİYLE

Atilla SEMERCİÖZ, M. Kemal ATİKELER, Selami SERHATLIOĞLU, 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 tartışılarak tedavi yaklaşımları 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), antikoagulan kullanımı, fibrinolitik ajan kullanımı ve kan diskrazileridir.(1)

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

Değişik oranlarda benign adipoz doku, kan damarları ve düz adele içeren bir tümördür. %60 ı kadınlarda 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 palpe edilebilir. Batın distandü 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 anlaşılammakla 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 gençtir.(1)

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

Olgu 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.

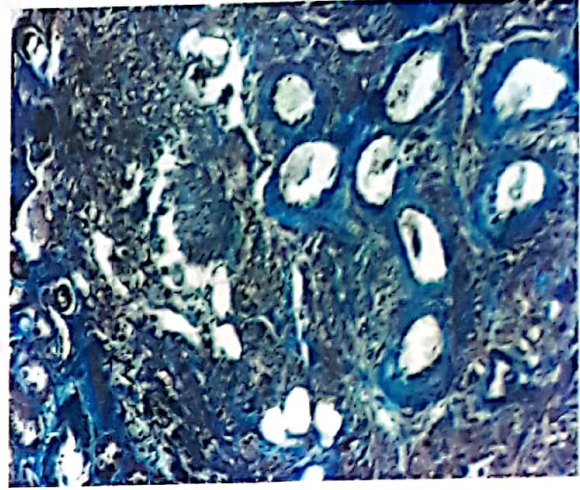
Hb: 6,6gr. Hct:%20 KK: 2.800.000 olarak tespit edildi. Üre ve kreatinin değerleri normal sınırlarda idi. Hastaya 3 ünite kan transfüzyonu yapıldı. BT'de sağ böbrekte ileri derecede deformasyon, multipl odaklı ve heterojen dansiteli kitle tespit edildi. Kitle içinde eski kanama alanları, yağ dansitesi veren alanlar, kontrastla boyanan vasküler yapılar mevcuttu. Sol böbrekte hipoplazi ve birkaç odakta AML görünümü tespit edildi. Beyin BT'sinde Tuberoz Skleroz'a 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 fragil 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 tetkikte kalın duvarlı damar kesitleri, kas lifi grupları, adipoz doku alanları görüldü, tanı 'anjiomyolipoma' olarak rapor edildi.(Resim 1.) Hasta halen yaşantısını sürdürmektedir.

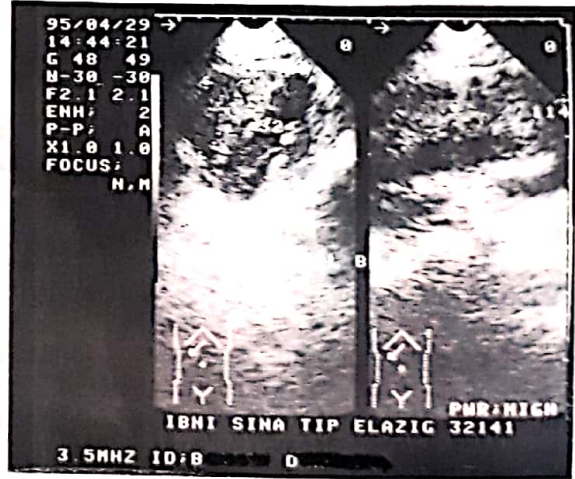
Olgu 2.

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 hematoma veya apse düşünüldü.(Resim 2.)



Şekil 2. Sol böbrekte hiperekojen kitle "perirenal hematoma"

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

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 görülmesi 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, siklofosamid ve antihipertansif ilaçlar verilir. Arteriel embolizasyon hemorajinin kontrol edilmesi için cerrahiye bir alternatiftir.(9) Kırkalkı ve arkadaşları olguların % 65-80'inde bilateral böbrek tutulumu ve hastalığın sistemik yapısı nedeniyle primer nefrektominin ağırsif bir yaklaşım olacağını ve mümkün olduğunca konservatif kalınması gerektiğini bildirmişlerdir.(5)Üçüncü olgumuzda, eksplorasyon esnasında tespit edilen kontüzyonun hasta tarafından gizlenen travma sonucu olduğu düşünüldü. Hemostaz sağlanarak konservatif davranıldı.

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

teşhisi konulduğu, medikal tedavi uygulandığı öğrenildi.

Sonuç olarak; SPH'li hastalara yaklaşım öncelikle hızlı bir şekilde tanıya yönelik olmalıdır. Kesin tanı konulana kadar mümkün olduğunca 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 anlaşılamiyorsa selektif anjiyografi yapılmalıdır. Yine sonuç alınamiyorsa hematoma rezorbe olduktan sonra küçük bir tümörün hematoma tarafından saklanabileceği düşünülüp ince kesitler alınarak BT tekrar edilmelidir.(1,13)

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

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. Kırkalkı Z, Finci R, Eryiğit M, et al. Spontaneous kidney repute 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.