



Konjenital Pelvik Arteriovenöz Malformasyona Bağlı Spontan Masif Hematüri

Binhan Kağan Aktaş¹, Cüneyt Özden¹, Mehmet Murat Baykam¹, Remzi Salar¹, Mehmet Karabakan¹, Doğan Dede², Ali Memiş¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara
²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Özet

Konjenital pelvik arteriovenöz malformasyon nadir görülen bir hastalık olup genellikle asemptomatiktir. Pelvik arteriovenöz malformasyonlar sıklıkla tümörlere, pelvik travmaya veya cerrahi işlemlere sekonder akkiz lezyonlardır. Bu makalede konjenital pelvik arteriovenöz malformasyon nedeniyle spontan masif hematüri gelişen 72 yaşındaki bir bayan hastayı sunuyoruz. Başvuru anında hastanın hemoglobin ve hematokrit değerleri sırasıyla 7.2 g/dL ve %22'ye kadar düşmüştü. Öncelikle hastaya kan replasmanı yapıldı ve mesanedeki hematoma boşaltılıp sistoskopik değerlendirilmeye gidildi. Sistoskopide mesane tabanında yer yer eritemli alanlar ve pulsasyon şeklinde bir hareketlilik gözlemlendi. Bunun ardından çekilen bilgisayarlı tomografide pelvik kavitede vasküler malformasyonlar halinde lezyonlar tespit edilen hastanın kesin tanı ve tedavisi anjiyografik olarak yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Arteriovenöz Malformasyonlar; Hematüri; Mesane.

Spontaneous Massive Hematuria Due To Congenital Pelvic Arteriovenous Malformation

Abstract

Congenital pelvic arteriovenous malformation is a rare disease that is usually asymptomatic. Pelvic arteriovenous malformations are often acquired lesions secondary to neoplasms, pelvic trauma or surgical procedures. In this paper, we present a case of spontaneous massive hematuria due to congenital pelvic arteriovenous malformation in a 72-year-old woman. At the time of admission, the patient's hemoglobin and hematocrit values had fallen to 7.2 g/dL and 22%, respectively. First, blood transfusion was done and cystoscopic evaluation was performed after hematoma in bladder was drained. At the cystoscopy, a pulsatile movement and erythematous areas were observed in the base of the bladder. Subsequently, vascular lesions in the pelvic cavity were detected by computed tomography and angiography was performed for definitive diagnosis and treatment of the patient.

Key Words: Arteriovenous Malformations; Hematuria; Urinary Bladder.

GİRİŞ

Konjenital pelvik arteriovenöz malformasyon (AVM) sık görülmeyen bir hastalıktır ve hayatın geç dönemlerine kadar asemptomatiktir (1). Bu lezyonlar semptomatik hale geldiğinde hastalar genellikle uzun süredir devam eden pelvik rahatsızlıktan şikâyetçi olurlar (2). Pelvik bölgedeki AVM'ler sıklıkla neoplazm, travma veya cerrahi girişimlere sekonder olarak meydana gelen kazanılmış (akkiz) lezyonlardır. (3,4). Bu olgu sunumunda konjenital pelvik AVM'ye bağlı spontan masif hematüri gelişen bir olgu değerlendirilmiştir.

OLGU SUNUMU

Yetmiş iki yaşında kadın hasta, Şubat 2013 tarihinde ani başlayan masif hematüri ve sonrasında gelişen suprapubik ağrı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde glob vezikale mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde rutin biyokimya ve hemostaz değerleri normaldi. Tam kan sayımında hemoglobin (7.2 g/dL) ve hematokrit (%22) değerleri düşük olarak tespit edildi.

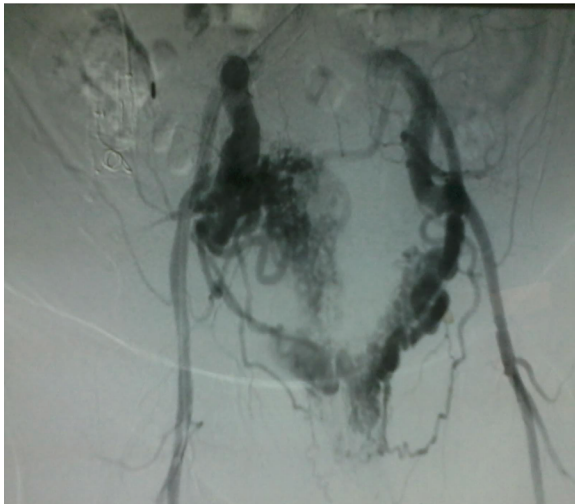
Akciğer ve direkt üriner sistem grafilerinde patolojik bulgu yoktu. Ultrasonografide üst üriner sistem normal olarak izlenirken, mesanede 10 cm boyutunda hematoma mevcuttu. Hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu verilerek hemoglobin değeri 10.4 g/dL'ye yükseltildi. Mesanedeki hematoma 3 yollu üretral foley sondadan serum fizyolojik irrigasyonu yapılarak boşaltılmaya çalışıldı. Ancak bu işlem başarılı olmadı ve hastanın sondası sık sık tıkanmaya başladı. Bu arada hastanın hemogram değeri de 8.7 g/dL'ye kadar düştü. Bunun üzerine hastaya genel anestezi ile sistoskopi yapıldı. Mesanede izlenen geniş hematoma boşaltıldıktan sonra yapılan sistoskopik değerlendirmede, üreter orifislerinden hematüri jetine ya da mesane içerisinde herhangi bir belirgin aktif kanama odağına rastlanmadı. Mesane tabanında yer yer eritemli alanlar ve pulsasyon şeklinde bir hareketlilik gözlemlendi. Postoperatif dönemde hastaya 3 ünite eritrosit süspansiyonu daha verilerek hemoglobin değeri 10.8 g/dL'ye yükseltildi. İzlemde üç yollu üretral foley sonda ile sürekli serum fizyolojik irrigasyonuna rağmen hastanın hematürisi tekrarladı. Bunun üzerine hastanın abdominopelvik bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT'de bilateral böbrekler ve üreterler normal, pelvik kavitede mesane tabanına

karşılık gelen lokalizasyonda vasküler malformasyonlar halinde lezyonlar tespit edildi (Resim 1).



Resim 1. Pelviste mesane tabanına karşılık gelen lokalizasyonda geniş arteriovenöz malformasyon.

Bu sırada hematürisi aniden masifleşen hastanın hemogramı 6.4 g/dL'ye, tansiyonu 70/40 mmHg'ya düştü. Dört ünite eritrosit süspansiyonu ve yeterli sıvı replasmanına rağmen genel durumu kötüleşen ve solunumu yüzeyleşen hasta entübe edildi ve ardından girişimsel radyoloji tarafından acil anjiyografiye alındı. Anjiyografide bilateral internal iliak arter ve dallarından beslenen pelvik AVM tespit edildi ve mikrokatereteryardımla mekanik ve ayrılabilir koiller, N-bütül 2-siyanoakrilat ve polivinil alkol partikülleri ile selektif embolizasyon işlemi gerçekleştirildi (Resim 2).



Resim 2. Anjiyografide bilateral internal iliak arter ve dallarından beslenen pelvik arteriovenöz malformasyon.

İşlem sonrası yoğun bakım servisinde takip edilen hasta, hematürisinin kesilmesi ve hemodinamisinin stabilize olmasına rağmen ekstübe edilemedi. Yoğun bakım

servisinde 26 gün entübe vaziyette takip edilen hasta üst solunum yolu enfeksiyonuna bağlı sepsis nedeniyle eksitus oldu.

TARTIŞMA

Arteriovenöz malformasyonlar sık rastlanmayan vasküler lezyonlar olup arteriyel ve venöz sistem arasındaki olağan kapiller ağdan farklı olarak multipl anormal bağlantılar şeklindedir. Bu lezyonların etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Cerrahi veya travma sonrası oluşabilirken genelde konjenital olduğu düşünülmektedir (3,4). AVM'lere sıklıkla ekstremiteler ile baş ve boyun bölgelerinde rastlanır ancak vücudun diğer farklı bölgelerinde de görülebilirler. Pelvik lokalizasyondaki AVM'ler sıklıkla travma veya cerrahiye sekonder olup edinselidir (2). Bu lezyonlar semptomatik olmadan önce uzun bir zaman periyoduna ihtiyaç duyarlar. Bununla birlikte hormonal etki (örneğin puberte) veya travmaya bağlı hızlı büyümeye de rastlanabilir (3-5). Pelvik AVM abdominal veya pelvik rahatsızlık hissi ve ağrı, rektal ağrı, tenezm, hidronefroz, hemospermi, erektil disfonksiyon, orşit ve nadiren bel ve siyatik ağrısı yaparak semptom verebilir. Büyük AVM'de konjestif kalp yetmezliği gelişebilir (6). Bizim vakamızda olduğu gibi, pelvik AVM nadiren hayatı tehdit eden masif hematüriye neden olabilir.

Tanı için yapılacak parmakla rektal muayenede pulsatil rektal kitle palpe edilebilir. Pelvik oskültasyonda hırıltı şeklinde patolojik sesler duyulabilir. Ultrasonografide nonspesifik hipoekoik lezyon şeklinde izlenir. Abdominopelvik BT ve manyetik rezonans görüntüleme, vasküler yapıların büyüklüğünün ve komşu doku ve organlarla ilişkisinin belirlenmesinde önemlidir. Kesin tanı anjiyografi ile konur. Ayrıca bu işlem sırasında lezyonun embolizasyonu da gerçekleştirilebilir (7,8).

Asemptomatik veya orta semptomatik hastalar tedavi yerine takip de edilebilirler (5,7). Takip protokolündeki hastaların 6 ayda bir yapılacak fizik muayene, ultrasonografi ve BT ile değerlendirilmesi önerilmektedir (5). Hastalığın cerrahi veya radyolojik endovasküler yöntemlerle tedavisi mümkündür. Cerrahi olarak besleyici vasküler yapılar bağlanıp lezyonun eksizyonu yapılmaktadır. Tek başına cerrahi tedavi ancak düzgün sınırlı ve küçük lezyonlara uygulanabilmektedir. İntra-arteriyel embolizasyonda metal koiller, polivinil alkol partikülleri, silikon, lipiol ve N-bütül 2-siyanoakrilat kombinasyonu kullanılmaktadır. Hastalığın nüks etmesi durumunda intra-arteriyel embolizasyon tekrarlanabilmektedir (9). Ayrıca intraoperatif kanamayı azaltmak amacıyla preoperatif embolizasyon da tercih edilebilmektedir.

Bizim olgumuzdakine yakın boyutlardaki AVM'lere bağlı kanamaların oldukça zor kontrol edildiği ve hatta mortaliteye dahi sebep olduğu literatürde gösterilmiştir (2).

Konjenital pelvik AVM, her ne kadar nadir görülen bir hastalık olsa da spontan masif hematüri hastalarının ayırıcı tanısında akıldan bulundurulması gereken bir patolojidir.

Pelvik AVM şüphesi bulunan hastalara kısa süre içerisinde anjiyografi yapılması teşhis ve tedavi açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Kushtagi P, Rao K, Ramkumar V. Congenital pelvic arteriovenous malformation with massive vaginal bleeding. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;52:71-2.
2. Game X, Berlizot P, Hassan T, Joffre F, Chokairi S, Houlgatte A, et al. Congenital pelvic arteriovenous malformation in male patients: a rare cause of urological symptoms and role of embolization. *Eur Urol* 2002;42:407-12.
3. Ashley RA, Patterson DE, Bower TC, Stanson AW. Large congenital pelvic arteriovenous malformation and management options. *Urology* 2006;68:203.
4. Park JM, Park YK, Chang SG. Arteriovenous malformation of the urinary bladder: Treated by transurethral resection. *Int J Urol* 2005;12:409-11.
5. Calligaro KD, Sedlacek TV, Savarese RP, Carneval P, DeLaurentis DA. Congenital pelvic arteriovenous malformations: long-term follow-up in two cases and a review of the literature. *J Vasc Surg* 1992;16:100-8.
6. Chikamatsu E, Nagashima T, Mizukami Y, Ikuta K, Sakurai T. Pelvic arteriovenous malformation with iliac vein thrombosis. A case report. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 2001;42:115-8.
7. Fakhri A, Fishman EK, Mitchell SE, Siegelman SS, White RI. The role of CT in the management of pelvic arteriovenous malformations. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1987;10:96-9.
8. Rak KM, Yakes WF, Ray RL, Dreisbach JN, Parker SH, Luethke JM, et al. MR imaging of symptomatic peripheral vascular malformations. *AJR Am J Roentgenol* 1992;159:107-12.
9. Jacobowitz GR, Rosen RJ, Rockman CB, Nalbandian M, Hofstee DJ, Fiiole B, et al. Transcatheter embolization of complex pelvic vascular malformations: results and long-term follow-up. *J Vasc Surg* 2001;33:51-5.

Received/Başvuru: 26.06.2013, Accepted/Kabul: 11.09.2013

Correspondence/İletişim

Binhan Kağan AKTAŞ
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji
Kliniği, ANKARA
E-mail: kaanaktas73@hotmail.com

For citing/Atıf için

Aktas BK, Ozden C, Baykam MM, Salar R, Karabakan M, Dede D, Memis A. Spontaneous massive hematuria due to congenital pelvic arteriovenous malformation. *J Turgut Ozal Med Cent* 2014;21:74-6 DOI: 10.7247/jtomc.2013.1126