

Karın Ağrısının Ayırıcı Tanısında Renal Arter Trombozu: Olgu Sunumu

Renal Artery Thrombosis in The Differential Diagnosis of Abdominal Pain: A Case Report

Halil İbrahim Çıkrıklar, Yasemin Yıldız Kirazaldı, Murat Yücel, Yusuf Yürümez

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Öz

Renal Arter Trombozu (RAT) nadir görülen fakat böbrek parankim kaybına neden olabilen ciddi bir klinik durumdur. RAT olgularında sıklıkla atrial fibrilasyon ve travma öyküsü vardır. Nadir görülmesi, başvuru şikâyetlerinin ve laboratuvar bulgularının nonspesifik olması nedeniyle tanısı sıklıkla gecikir. Tanıdaki gecikme ise böbrek parankim kaybıyla sonuçlanır. Bu olgu sunumu ile acil servise yaygın karın ağrısı ve bulantı gibi nonspesifik yakınmalarla gelen, EKG'si normal olan ve travma öyküsü olmayan 50 yaşındaki bir erkek hastada teşhis edilen RAT tanısına dikkat çekilmesi amaçlandı. (**Sakarya Tıp Dergisi 2016, 6(2):106-109**)

Anahtar Kelimeler Renal arter trombozu, karın ağrısı

Abstract

*Renal Artery Thrombosis (RAT) is a rare and serious clinical condition that can cause renal parenchymal loss. There is often a history of atrial fibrillation and trauma in RAT cases. The diagnosis is often delayed due to the rarity, nonspecific complaints and laboratory findings of RAT. Delay in diagnosis will result in the loss of renal parenchyma. This case report intended to draw attention to RAT which diagnosed in the emergency room of a 50-year-old male patient with non-specific symptoms such as diffuse abdominal pain and nausea, normal ECG, no history of trauma. (**Sakarya Med J 2016, 6(2):106-109**)*

Keywords: Renal artery thrombosis, abdominal pain

GİRİŞ

Renal Arter Trombozu (RAT) nadir görülen fakat böbrek parankim kaybına neden olabilen ciddi bir klinik durumdur¹. RAT, genellikle kalp kapak hastalıkları ve atrial fibrilasyona sekonder olarak gelişir^{2,3}. RAT, nadiren de postravmatik olarak görülebilmektedir⁴. RAT olgularında böbrek fonksiyon bozukluğu gelişmesinde tıkanıklığın derecesi, tanı anına kadar geçen süre ve etkilenen böbrek kollateral dolaşım seviyesi etkilidir. Nadir görülmesi, hastanın başvuru yakınmaları nonspesifik olması ve laboratuvar verilerinin özgün olmaması nedeniyle çoğu kez tanısı atlanan bir tablodur¹.

Bu yazıda yaygın karın ağrısı ve bulantı gibi nonspesifik yakınmalarla gelen, EKG'si normal olan ve travma öyküsü olmayan, sol renal arterde tromboz saptanan 50 yaşındaki bir erkek hastanın acil serviste tanı ve tedavi sürecinin sunulması ve konuya dikkat çekilmesi amaçlandı.

OLGU SUNUMU:

50 yaşındaki erkek hasta, yaygın karın ağrısı ve bulantı şikâyeti ile acilimize başvurdu. Hasta, acil başvurusundan yaklaşık 3-4 saat önce aniden uykudan uyandıran, şiddetli ve yaygın karın ağrısının başladığını ifade etti. Hastanın özgeçmişinde ara sıra alevlenen peptik ülseri dışında bilinen kronik bir hastalığının ve ilaç kullanım öyküsünün olmadığı, soy geçmişi ise babasının da kronik böbrek yetmezliği olduğu öğrenildi.

Genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopere olan hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 150/90 mmHg, solunum sayısı 20/dakika, ateş 36.3°C olarak ölçüldü. Hastanın batin muayenesinde defans ve rebound yoktu. Sadece sol kosta altında ve sol yana doğru da yansıyan bir hassasiyeti vardı. EKG, normal sinüs ritminde olup kalp hızı yaklaşık 90 atım/dakikaydı. Hemogramında hafif lökositozu (WBC: 15.7 K/uL) mevcuttu. Tam idrar tahlilinde özellik yoktu. Kan biyokimyasında LDH: 251 U/L olup normal değerlerden yüksekti. Kan biyokimyasındaki diğer sonuçlar normaldi. Hastanın yapılan tüm batin USG'sinde özellik yoktu.

Hastaya renal kolik ön tanısı ile semptomatik tedavi olarak NSAİİ başlandı ve hasta acil servisimizde takibe alındı. Hastanın ağrısının tedaviye yanıt vermemesi üzerine, kontrastsız tüm batin BT çekildi, bir patoloji saptanmadı. Üroloji konsül-

tasyonu istendi. Hastanın klinik durumunda düzelme olmaması üzerine vasküler patolojileri ekarte etmek için hastaya kontrastlı tüm batin bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmesine karar verildi. Hastaya çekilen BT'de sağ böbrek normal olarak değerlendirilirken sol böbrekte perfüzyon oluşmadığı ve sol renal arterde tromboz olduğu görüldü (Resim 1). Üroloji konsültasyonu istendi ve hasta girişimsel radyoloji için uygun bir merkeze sevk edildi.



Resim 1. Hastaya çekilen BT'de sağ böbrek normal olarak değerlendirilirken sol böbrekte perfüzyon oluşmadığı ve sol renal arterde tromboz olduğu görüldü.

TARTIŞMA:

RAT olguları bulantı ve kusmanın eşlik ettiği ani başlayan şiddetli yan ağrısı şikâyeti ile gelir. Bu klinik tablo nonspesifik olup nefrolitiazis, lumbalji, akut kolesistit, pyelonefrit ve miyokard infarktüsü gibi hastalıklarla benzer olması tanıda gecikmelere neden olabilmektedir. RAT olgularında sadece klinik bulgular değil, laboratuvar bulguları da nonspesifiktir. Yukarıda sayılan şikâyetlerle başvuran hastalarda pek çok klinikte ilk tetkik olarak planlanan üriner sistem grafisinin, üriner sistem ultrasonografinin veya direkt kontrastsız tüm batin BT gibi yöntemlerin RAT olgularında tanısız değeri yoktur. RAT olgularının idrar tetkikleri de nonspesifiktir^{3,5,7}. Nitekim bizim olgumuzun idrar tetkikinde, USG ve kontrastsız tüm batin BT'sinde özellik yoktu.

RAT olgularında özgün olmamakla birlikte, en duyarlı biyokimyasal test serum transaminazlarında ve alkalin fosfatazında ciddi bir artışın eşlik etmediği LDH seviyesindeki artıştır^{5,6}. LDH'nin akut böbrek infarktüsündeki yüksek duyarlılığına karşın

özgüllüğünün düşük olması nedeniyle, tanısal değerinin artırılması için akut miyokard infarktüsü, tümör, mezenterik emboli ve hemolizis gibi serum LDH seviyelerinde artış beklenen diğer nedenler en kısa sürede dışlanmalıdır¹). Bizim hastamızdaki LDH değerlerinin de literatürü destekler nitelikte ve normal değerlerden yüksek olduğu saptandı.

Yukarıda sayılan nedenler yanında nadir görülmesinden dolayı, RAT tanısı zordur ve yüksek klinik şüphe gerektirir. Tanı, böbrek anjiyografisi veya kontrastlı batın BT ile konur¹. Böbrek iskemisi süresinin 1-6 saat olduğunu da hesaba katarak böbrek işlevlerinin korunması açısından RAT tanısının en kısa zamanda konulabilmesi büyük önem taşır^{2,6}. Bu yüzden başka nedenlerle açıklanamayan yan ağrılı hastalarda RAT tanısı aklımıza gelmeli ve en kısa zamanda kontrastlı Batın BT çekilmelidir¹. Kontrastlı tüm batın BT, akut yan ağrısının en sık nedeni olan üriner sistem taş hastalığı tanısının konulmasında ve obstrüksiyon derecesinin belirlenmesinde de en etkili yöntemdir.

Tedavinin başarılı olabilmesi için, tedaviye böbrek dokusunun canlılığını hala koruduğu kabul edilen ilk 90-180 dakika içinde başlanması önerilmektedir⁷. Antikoagülan tedavi dışındaki diğer tedavi seçenekleri; perkütan transkateter aspirasyon yöntemi, embolektomi, ve nefrektomidir⁸. Cerrahi revaskülarizasyon planlandığında, böbrek son derece hassas olduğu için, iskemisi süresini azaltmak için yaralanmadan sonra 24 saat içinde yapılmalıdır⁸. Yüksek morbiditeleri ve sınırlı böbrek doku korunumu sağlayabilmeleri nedeniyle, cerrahi tedavilerin kullanımı günümüzde oldukça sınırlanmıştır⁹. Bu nedenle risk ve yararları dikkatle tartılır ve tek taraflı tutulum olan asemptomatik hastalarda cerrahi tedavi yerine konservatif tedavi düşünülmelidir⁹.

Sonuç olarak RAT nadir görülen, klinik ve laboratuvar bulguları nonspesifik olduğu için de tanısı sıklıkla geciken, bu yüzden de böbrek parankim kaybıyla sonuçlanan önemli bir klinik durumdur. Etiyolojide ritim bozuklukları ve travma olmakla birlikte aritmi ve travma öyküsü olmayan hastalarda da RAT görülebilmektedir. Bu yüzden karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda acil hekimlerinin ayırıcı tanılarında RAT'ıda akılda tutmaları önemlidir.

Kaynaklar

1. Şahinkanat T, Okur N, Yasim A, Yüzbaşıoğlu F. Ana Böbrek Arteri Embolisi: Olgu Sunumu Türk Üroloji Dergisi, 2008;34 (3):368-371.
2. Frost L, Engholm G, Johnsen S, Moller H, Henneberg EW, Husted S: Incident thromboembolism in the aorta and the renal, mesenteric, pelvic and extremity arteries after discharge from the hospital with a diagnosis of atrial fibrillation. Arch Intern Med 2001;161:272-276.
3. Yoshida T, Ikehara N, Miyabe H, et al: Two cases with renal infarction diagnosed in the early course using contrast-enhanced CT. Hypertens Res 2004;27:523-526.
4. Nakayama T, Okaneya T, Kinebuchi Y, Murata Y, Iizuka K. Thrombolytic therapy for traumatic unilateral renal artery thrombosis. Int J Urol 2006;13:168-70.
5. Huang CC, Kao WF, Yen DHT, Huang HH, Huang CI, Lee CH: Renal infarction without hematuria: Two cases reports. The Journal of Emergency Medicine 2005;30:57-61.
6. Gasparini M, Hofmann R, Stoller M: Renal artery embolism: Clinical features and therapeutic options. J Urol 1992;147:567-572.
7. Ramamoorthy SL, Vasquez JC, Taft PM, McGinn RF, Hye RJ: Nonoperative management of acute spontaneous renal artery dissection. Ann Vasc Surg 2002;16:157-162.
8. Muñoz D, Gutierrez C, Hidalgo F, Rebassa M, Mus A, Ozonas M. Traumatic renal artery thrombosis. Scand J Urol Nephrol 1998;32:296-8.
9. Jawas A, Abu-Zidan FM. Management algorithm for complete blunt renal artery occlusion in multiple trauma patients: case series. Int J Surg 2008;6:317-22.

