



Nefrolitiazis Ve Akut Renal Arter Trombozu Birlikteliği İle Seyreden Bir Olgu Sunumu A case report presenting with coexistence of nephrolithiasis and acute renal artery thrombosis

Esra Ademoğlu¹, Hikmet Tekçe², Ziynet Alphan Üç³, Orhan Yazar⁴, Adnan Gücük⁵

1 Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Bolu.

2 Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı, Nefroloji BD, Bolu.

3 Uşak Devlet Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Uşak.

4 Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı, Bolu.

5 Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim dalı, Bolu

Öz

Akut renal arter trombozu nadir görülen, morbiditesi ve mortalitesi yüksek, ciddi bir klinik durumdur. Spesifik ve sensitif bir bulgusu olmadığı için ayırıcı tanıda düşünülmediği takdirde kolayca atlanabilir. Ancak yüksek klinik şüphe halinde ileri tetkiklerle araştırılarak tanısı konur. Acil departmanlarına başvuran hastalardan oluşan en büyük vaka serileri prevalansı 0.02/1000 olarak bildirmektedir. Biz bu yazımızda, ilk başvuruda bilateral nefrolitiazis saptanan ancak semptomların giderek şiddetlenmesi üzerine yapılan ileri tetkiklerde akut renal arter trombozu tanısı konan ilginç bir vakayı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Nefrolitiazis, Karın ağrısı, Akut Renal Arter Trombozu

ABSTRACT

Acute renal artery thrombosis is a rare, serious clinic condition with high morbidity and mortality. It can be misdiagnosed easily because of the fact that it does not have any specific and sensitive finding. It can be diagnosed only by further investigation depending on high suspicion. The largest case series composed of patients admitting to emergency departments, report a prevalence of 0.02/1000. In this article, we aimed to represent a case diagnosed with bilateral nephrolithiasis at first, and then, diagnosed with acute renal artery thrombosis with further investigation because of the symptoms that progressed.

Keywords: Nephrolithiasis, Abdominal Pain, Acute Renal Artery Thrombosis

Corresponding Author: Esra Ademoğlu

Address: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Bolu

E-mail: esranurademoglu@hotmail.com

Başvuru Tarihi/Received: 04-04-2016

Kabul Tarihi/Accepted: 17-05-2016



GİRİŞ

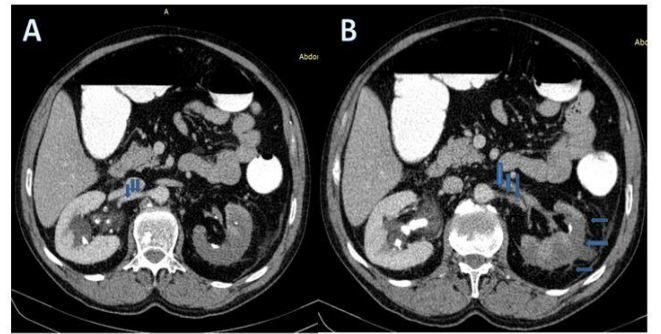
Arteriyel tromboz en sık femoral arterlerde görülmekle birlikte renal, serebral, pulmoner, hepatik ve mezenter arterlerde de görülebilir. Akut renal arter trombozu nadir görülen, ciddi, tanısı zor ve ancak yüksek klinik şüphe halinde ileri tetkiklerle araştırılarak tanısı konan klinik bir durumdur. Burada, akut başlangıçlı şiddetli yan ağrısı nedeni ile araştırılırken bilateral nefrolitiazis saptanan, ancak semptomatik tedavi sonucu semptomların azalmaması nedeni ile ileri tetkikler sırasında sol renal arterde akut tromboz ve sol böbrekte enfarktın saptandığı ilginç bir olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Akut başlangıçlı bulantı, kusma, şiddetli sol yan ağrısı ve yüksek tansiyon nedeniyle bir sağlık merkezinin acil servisine başvuran 51 yaşındaki erkek hastada idrar analizinde hematüri saptanması üzerine tanıda nefrolitiazis düşünülmüş ve semptomatik tedavi uygulanmış. Saatler sonra semptomlarının şiddetlenmesi ve yüksek ateş şikayetiyle tekrar acil servise başvuran hastaya tüm batın ultrason yapılmış ve nefrolitiazis tesbit edilmiş. 5 senedir hipertansiyon nedeniyle takipte olan ve ACE inhibitörü ile tansiyon değerleri normal seyreden hastanın acile başvuru anında tansiyonu 160/110 mm/Hg, ateşi 38.30C imiş. Laboratuvar ölçümlerinde lökositöz, piyüri ve hematüri varmış. Hastada mevcut bulgularla akut piyelonefrit düşünülüp antibiyotik tedavisi başlanmış. Ancak antibiyotik tedavisinden 48 saat sonra semptomların şiddetlenerek devam etmesi üzerine renovasküler doppler ultrason yapılmış. Ultrasonda her iki böbrekte nefrolitiazis ile uyumlu hiperekojen lezyonlar görülmüş. Sol renal hilusta arteriyel kan akımının olmadığı saptanmış. Bunun üzerine hastaya hidrasyon ve N asetil sistein

uygulanması ile birlikte kontrast ajan verilerek tüm abdomen tomografi (BT) çekilmiş. BT'de sol renal arter orifisinden yaklaşık 3.5 cm.lik segment boyunca trombüs ile uyumlu lezyon, sol renal parankimde ise diffuz parankimal enfarkt ile uyumlu hipodens görünüm izlenmiş (şekil 1A-1B). Hasta bu sonuçlarla ileri tetkik ve tedavi amaçlı hastanemize refere edildi.

Hasta tarafımızca değerlendirildiğinde ağrının başlangıcının üzerinden 72 saatten uzun bir süre geçmişti. Anamnezinde 25 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Daha önce geçirilmiş tromboz öyküsü yoktu. FM'de kan basıncı 160/100 mmHg, ateş 36.5 0C idi. Hastanın derinleştirilen anamnezinde tansiyon regülasyonunun son bir yıl içerisinde giderek bozulduğu ve ek ilaçlara gereksinim duyulduğu tespit edildi. Laboratuvar değerlendirmede kreatinin 1.33 mg/dL, üre 36 mg/dL, lökosit 9.25 K/ μ L, SGOT 28 IU/L, SGPT 20 IU/L idi. Tam idrar tetkikinde hematüri ve proteinüri mevcuttu. Piyüri yoktu. Hastanın böbrek fonksiyon testlerindeki bozukluk nedeni ile kullanmakta olduğu ACE inhibitörü (perindopril 5 mg+hidroklorotiazid 12.5 mg) kesilip, amlodipin ve doksazosin başlanarak tansiyon regülasyonu sağlandı.



Resim 1. Renal hiluslar düzeyinden geçen aksiyel bilgisayarlı tomografi kesiti (kortikal-piyelogram fazında)

A.Normal dolumda sağ renal arter (oklar)

B.Sol renal arterde trombüs ile uyumlu sağa kıyasla hipodens görünüm (aşağı bakan oklar) mevcuttur. Sol renal arterin seyri boyunca oklüde olduğu görülmektedir. Ayrıca sol böbrekte dansite kaybı, perirenal yağ dokuda striasyonlar infarkt ile uyumludur (sola bakan oklar)



Tromboza yatkınlık oluşturacak kalıtsal ve edinsel nedenler açısından yapılan genetik varyant analizinde; hastanın Faktör V Leiden, Protrombin G20210A, MTHFR-C677T, PAI-1 polimorfizmleri için normal allelleri taşıdığı saptandı. PT, PTT, trombin zamanı, protein C, protein S, antitrombin 3 düzeyleri normaldi. Lupus antikoagülanı, anti-kardiyolipin antikoları negatif idi.

Tüm bulgular değerlendirildiğinde hasta akut renal arter tromboz olgusu olarak değerlendirildi ve heparinize edildi. Ardından warfarin ile antikoagülasyon başlandı. Warfarin dozu INR düzeyi 2-3 arasında kalacak şekilde ayarlandı. Hastanın taburculuğu sonrası takibi polikliniğimizce halen devam etmektedir.

TARTIŞMA

Vasküler hasar, kan akımı bozuklukları ve hiperkoagülabilitate arter ve venöz sistemde oluşan trombozun patofizyolojisinde etkili başlıca faktörlerdir (1,2). Akut arter tıkanıklığının en sık nedeni emboli, ikinci en sık nedeni arteriyel trombozdur. Arteriyel trombozun ise en sık nedeni aterosklerozdur. Travma ve enstrumantasyon da önemli tromboz nedenlerindedir (3,4). Akut arter trombozu, lokalizasyona bağlı olarak lokal iskemiye yol açabildiği gibi sistemik komplikasyonlara da yol açabilmektedir.

Renal arter trombozu nadir görülen ve sıklıkla tanısı atlanılan, ciddi bir klinik durumdur. Acil departmanlarına başvuran hastalarda en büyük vaka serilerinde prevalans 0.02/1000 olarak bildirilmiştir. 14000 otopsinin incelendiği bir seride 200 vakada renal arter trombozuna ikincil geliştiği düşünülen böbrek enfarktı saptanmıştır (5). Ayırıcı tanıda nefrolitiazis, akut piyelonefrit, akut miyokard infarktüsü, mezenter iskemisi, inkarsere herni, pulmoner tromboemboli gibi durumlarla çok karışır ve tanı atlanır. Ancak yüksek klinik şüphe halinde ileri tetkiklerle

araştırılarak tanısı konur. Çoğu zaman tanıda gecikme söz konusudur. Tsai ve ark.larının bir makalesinde tanıda 2 veya 2 günden fazla gecikme bildirilmiştir (6).

Akut renal arter trombozunun geliştiği hastalarda infarkt, infarkta bağlı semptom ve bulgular izlenir. Ancak bulguların hiçbiri tromboemboliye spesifik değildir. En sık görülen semptom ani başlangıçlı, şiddetli karın ve yan ağrısıdır. Bulantı, kusma, ateş gibi semptomlar ve fizik muayenede lomber hassasiyet karın ağrısına eşlik edebilir. Lökositoz, SGOT, ALP, LDH yüksekliği, hematüri, proteinüri, hafif derecede kreatinin yüksekliği, nadiren oligüri görülebilir. Özellikle LDH yüksekliğinin olması tromboemboli tanısında uyarıcı olmalıdır. Literatürde tromboemboli olgularının çoğunda LDH yüksekliği belirtilmiştir (7,8). Yeni başlangıçlı hipertansiyon nadirdir, ancak altta yatan renal arter lezyonu olan hastalarda görülür. Ayrıca, infarktın asemptomatik te olabileceği akılda tutulmalıdır.

Akut renal arter tromboembolisinin kesin tanısı renal arteriyografi ile konur. Arteriyografinin tanısal değeri %100'dür. Ancak anjiyografinin mümkün olmadığı durumlarda kontrastlı çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) ile de %80 olguda tanı konulmaktadır (9). Renal infarkt, renal ven veya arter trombozu, piyelonefrit şüphesi, perirenal alanda hipo-hiperdens koleksiyon varlığı, böbreklerde komplikle kist ve kitle varlığı ve açıklanamayan hematüri varlığında kontrastsız BT bu lezyonları görüntüleyemeyeceği için mutlaka kontrastlı BT ile çekim yapılmalıdır (10).

Akut renal arter trombozunda tedavinin amacı, kan basıncı kontrolünü sağlamak ve böbrek fonksiyonlarını korumak ve düzeltmektir. Tedavide heparin, iyi seçilmiş vakalarda böbrek dokusunun canlılığını



koruduğu erken dönemde trombolitik tedavi, minimal invaziv perkütan girişim ile lokal tromboliz veya trombektomi uygulanabilir. Blum ve ark.ları trombolitik tedavinin böbreğin iskemi toleransını aştığı 90 dakikadan daha uzun sürede yapılmaması gerektiğini bildirmişlerdir (11). Vakamızın geç tanı alınmış olmasından ötürü tedavisinde invaziv bir girişim veya trombolitik tedavi düşünülmüdü. Tansiyon regülasyonu ile birlikte heparinizasyon, ardından warfarin ile antikoagülasyon yapıldı.

5,10-metilentetrahidrofolat redüktaz enzimi (MTHFR), bir flavoprotein olup MTHFR familyasının (EC 1.5.2.20) bir üyesidir. MTHFR açısından mutant gene sahip bireylerde, en sık rastlanan iki polimorfizm MTHFR-C677T ve MTHFR-A1298C polimorfizmidir. MTHFR-C677T genindeki mutasyon hem arteriyel hem de venöz tromboz oluşumu ile ilişkilendirilirken, A1298C polimorfizmi ile ilgili literatür verileri kısıtlıdır ve net değildir (12,13). Olgumuzun yapılan değerlendirmesinde MTHFR-C677T gen polimorfizmi açısından normal alelleri taşıdığı saptandı.

Arteriyel trombozun en sık nedeninin ateroskleroz olduğu bilgisine dayanarak, olgumuzda kalıtsal veya edinsel bir hiperkoagülabilite nedeninin saptanmaması, tansiyon regülasyonunun son bir yıl içerisinde giderek bozulması ve uzun yıllardır fazla miktarda sigara tüketim öyküsü olması nedeniyle ateroskleroz gelişmiş olabileceğini, bunun da trombozun ana nedeni olabileceği düşünmekteyiz.

Literatür taramamızda akut renal arter trombozu ve nefrolitiazis birlikteliği ile ilgili dokümente edilmiş bir veriye rastlamadık. Olgumuzun, her iki patolojinin birlikte seyretmesi nedeniyle, yan ağrısı şikayetiyle acil servise başvuran hastalarda akut renal arter tromboz ayırıcı tanısına dikkat çekmesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak akut renal arter trombozu spesifik ve sensitif bir bulgusu olmayan, morbiditesi ve mortalitesi yüksek, ayırıcı tanıda düşünülmüdüğü takdirde kolayca atlanabilen bir durumdur. Olgumuzda olduğu gibi nefrolitiazis saptanan hastalarda uzun süren yan ağrısı varlığında, ayrıca, hipertansiyon tanısı olup medikal tedavi ile normotansif seyrederken regülasyonun aniden bozulduğu, şiddetli yan ağrısının eşlik ettiği hastalarda da akut renal arter trombozu tanısı akla gelmelidir.

Referanslar

1. Launis BK, Graham BD. Understanding and preventing deep venous thrombosis and pulmonary thromboembolism. AACN Clin Issues 1998;9(1):91-9.
2. Wilson WA, Gharavi AE. Hypercoagulable state. Ann Intern Med 1997;127(12):1128-9.
3. Koagülasyon mekanizmaları ve Hiperkoagülabilite: Klinik ve Laboratuvar. Cebir M, Özatlı D, Haznedaroğlu İC. http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2001-03/html/2001-8-3-131-142.html.
4. Yetkin U, Gürbüz A. Akut Arter Tıkanmalarına Genel Bakış. Van Tıp Dergisi 2002;9(1):38-46.
5. Lopez VM, Glauser J. A case of renal artery thrombosis with renal infarction J Emerg Trauma Shock. 2010;3(3):302. doi: 10.4103/0974-2700.66569.
6. Tsai SH, Chu SJ, Chen SJ, Fan YM, Chang WC, Wu CP, et al. Int J Clin Pract. 2007; 61(1):62-7. Acute renal infarction: a 10-year experience. Int J Clin Pract. 2007;61(1):62-7.
7. Korzets Z, Plotkin E, Bernheim J, Zissin R. The clinical spectrum of acute renal infarction. Isr Med Assoc J. 2002;10:781-4.
8. Yoshida T, Ikehara N, Miyabe H, Sakata S, Yajima K, Mukai S, et al. Two cases with renal infarction diagnosed in the early course using contrast-enhanced CT. Hypertens Res. 2004;7(7):523-6.
9. Hazanov N, Somin M, Attali M, Beilinson N, Thaler M, Mouallem M, et al. Acute renal embolism. Forty-four cases of renal infarction in patients with atrial fibrillation. Medicine (Baltimore). 2004;83(5):292-9.
10. Akpınar E, Turkbey B, Eldem G, Karcaaltincaba M, Akhan O. When do we need contrast-enhanced CT in patients with vague urinary system findings on unenhanced CT? Emerg Radiol. 2009;16(2):97-103.
11. Blum U, Bilmann P, Krause T, Gabelmann A, Keller E, Moser E, et al. Effect of local dose thrombolysis on clinical outcome in acute embolic renal artery occlusion. Radiology. 1993;189(2):549-54.
12. Frosst P, Blom HJ, Milos R, Goyette P, Sheppard CA, Matthews RG, et al. A candidate genetic risk factor for vascular disease: a common mutation in methylenetetrahydrofolate reductase. Nat Genet. 1995;10(1):111-3.
13. Uğuz N, Erden G, Güngör O, Bal C, Yıldırımka M. MTHFR geninde c677t ve/veya a1298c polimorfizmi tespit edilen bireylerde bu polimorfizm sıklıklarının incelenmesi. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2012;3(4):472-76.