

**Case Report / Olgu Sunusu**

**Sezeryan Sonrası Ağrı Ve Hayatı Tehdit Eden Masif Hemoraji İle Prezente Olan Renal Anjiomyolipom: Olgu Sunumu**

**Renal Angiomyolipoma is Presented With Pain And Massive Hemorrhage After Cesarean Section : A Case Report**

<sup>1</sup> İnönü Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Üroloji Kliniği,  
Malatya, Türkiye

<sup>2</sup> İnönü Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Kadın Hastalıkları  
ve Doğum Kliniği, Malatya,  
Türkiye

Serhan ÇİMEN<sup>1</sup>, Caner EDİZ<sup>1</sup>, Cemal TAŞDEMİR<sup>1</sup>, Ebru İnci  
COŞKUN<sup>2</sup>

**Corresponding Author:**

Dr. Serhan ÇİMEN

İnönü Üniversitesi Tıp  
Fakültesi Üroloji Kliniği,  
Malatya, Türkiye

**E-mail:**

serhan.cimen@inonu.edu.tr

**Tel:** +90 505 7952994

Başvuru Tarihi/Received :

19-02-2014

Düzeltilme Tarihi/Revised:

04-03-2014

Kabul Tarihi/Accepted:

06-03-2014

**Özet**

Anjiomyolipom(AML) değişen oranlarda düz kas, displastik kan damarları ve yağ dokusundan oluşan ve böbreğin en sık görülen benign mezenkimal tümürüdür. Asemptomatik olabildiği gibi %10-30 arasında akut masif hemaoraji ile klinik verebilir. Sezeryan sonrası ağrı ve masif hemoraji ile prezente olan renal anjiomyolipom olgusu literatür eşliğinde sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Renal Anjiomyolipom, Masif Hemoraji, Sezeryan

**Abstract**

Angiomyolipoma (AML) is the most common benign mesenchymal tumors that have been varying proportions of smooth muscle, blood vessels, and fat tissue in kidney. It may be asymptomatic but may give clinic with acute massive hemorrhage between 10-30%. We are presented renal angiomyolipoma with massive hemorrhage and pain after cesarean sections in the presence of literature.

**Key Words:** Renal Angiomyolipoma, Massive Hemorrhage, Cesarean Sections

## Giriş

Anjiomyolipom(AML) değişen oranlarda düz kas, displastik kan damarları ve yağ dokusundan oluşur. Böbreğin en sık görülen benign mezenkimal tümörüdür (1,2). Anjiomyolipom(AML) solid böbrek tümörlerinin % 3'ünü oluşturmakta ve kadınlarda daha sık görülmektedir (3). Anjiomyolipomun sporadik ve tuberoskleroz ile ilişkili olmak üzere iki tipi tanımlanmıştır. Tuberoskleroz ile ilişkili anjiomyolipomlar daha genç yaş grubunda ve bilateral olma eğilimindedir (4).

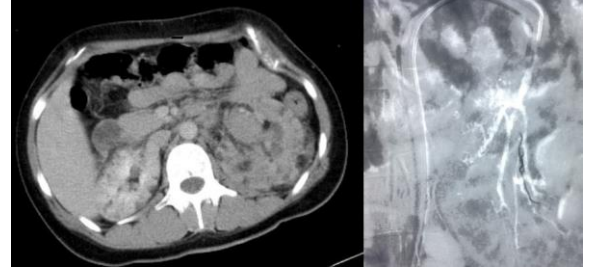
Bu tümörler asemptomatik olabildiği gibi %10-30 arasında akut masif hemaoraji ile klinik verebilir (5,6,7). Tümör içindeki kas hücrelerinde progesteron reseptörleri bulunmaktadır. Bu sebeple gebelik ve postpubertal dönem gibi hormonal etkenler tümör büyümesini hızlandırabilir ve gebelikte AML'nin rüptür ve kanama riski artar (5,6,8).

Çalışmamızda tuberoskleroz ile birlikte anjiomyolipom tanısı olan, sezeryandan yaklaşık 2,5 ay sonra ani başlayan ve şiddetlenen yan ağrısı ve hematüri şikayeti ile acil servise başvuran olgunun literatür eşliğinde takip ve tedavisi tartışıldı.

## Olgu

Yirmi üç yaşında bayan hasta yaklaşık 5 yıl önce renal AML tanısı almış. Ara ara şiddetlenen yan ağrısı nedeniyle medikal tedaviler verilmiş. Gebeliğinin son dönemlerinde ağrıları artış göstermiş fakat gebeliğe bağlı ağrılar ile ilişkilendirilmiş. Sezeryan sonrası dönem dönem ağrıları olması nedeniyle acil servise başvurmuş yine medikal tedavi verilerek evine gönderilmiş. En son şiddetlenen sol yan ağrısı ve hematüri şikâyeti nedeniyle başvurduğu hastaneden renal anjiomyolipom içine kanama şüphesi ile acil servisimize sevk edilmiş. Hasta yaklaşık 2,5 ay önce sezeryan ameliyatı olduğunu ifade etti. Olgunun yapılan fizik muayenesinde sol üst kadranda hassasiyet tespit edildi. Laboratuvar bulgularında sevk edildiği hastanede üç adet

eritrosit süspansiyonu replasmanı yapılmış olmasına rağmen hemoglobin değeri 7,2 g/dL, serumdaki lökosit sayısının 19,1 10<sup>3</sup>/µL, kan kreatinin değerinin 1,32 mg/dL, kan üre değerinin 32 mg/dL olduğu tespit edildi. Hastanın makroskopik hematürisinin olduğu görüldü. Yapılan abdominal ultrasonografide her iki böbrekte en büyüğü yaklaşık 4 cm olan multipl anjiomyolipom tespit edildi. Nonkontrast bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde her iki böbrekte sınırları net seçilemeyen çok sayıda yağ dansitesinde kortikal lezyonlar izlendi. Sol böbrek toplayıcı sistemi dilate izlenmiş olup toplayıcı sistem içine kanama düşündürülen dansite artışı saptandı (Resim 1).



**Resim 1** Bilateral çok sayıda renal anjiomyolipom ve sol böbrek içerisine hemoraji.

**Resim 2.** Kanayan damarın anjiyoembolizasyonu.

Olguya acil şartlarda tanı ve tedavi amacıyla renal anjiografi ve anjiyoembolizasyon planlandı. Anjiografik incelemede her iki böbrekte anjiomyolipom tanısını detekleyen yaygın tortuöz ve dilate damarlar görüldü. Sol böbrek inferiorunda toplayıcı sistem içerisine kontrast maddenin ekstravaze olduğu izlendi ve aktif kanama olduğu görüldü (Resim 2). Aktif kanamaya sebep olan dallar aynı seansta embolize edildi. Hasta bu işlem sonrası hematüri ve apse oluşumu açısından konservatif takibe alındı. Hastaya eritrosit süspansiyonu desteği sağlandı. Hastanın takiplerinde ateş ve hematüri tespit edilmedi. Hasta izleminde komplikasyon gelişmemesi üzerine işlem sonrası beşinci günde taburcu edildi.

## Tartışma ve Sonuç

Temel olarak lokal komplikasyonlara yol açabilen anjiomiyolipomlar benign böbrek tümörleridir. Değişik miktarlarda kas, yağ ve damarsal yapılardan oluşurlar. İnsidansı erkeklerde %0,1, kadınlarda %0,2'dir (9). Kadınlarda daha sık görülmesinin hormonal nedenler ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir. Anjiomiyolipom dokusunda sıklıkla östrojen ve progesteron reseptörleri bulunur (10,11). Vakalarının % 80'i sporadik ve soliterdir. Geri kalan %20'si ise tuberoskleroz kompleksi (TS) ve pulmoner lenfanjioleiyomiyomatozisin (LAM) bir parçası olarak karşımıza çıkar. Bu hastalardaki renal lezyonlar bilateral ve çok sayıda olma eğilimindedir (12). Bir otopsi çalışmasında tuberoskleroz tanılı hastaların %67'sinde anjiomiyolipom saptanmıştır (13). Bizim olgumuzda da renal AML tuberoskleroz ile birlikte, multipl ve bilateral idi.

Angiomiyolipomun klinik spektrumu çok geniştir. İnsidental saptanan küçük boyutlu bir böbrek kitlesinden hayatı tehdit eden retroperitoneal kanamaya (Wunderlich sendromu) kadar uzanan bir klinik yelpaze oluşturur. Hastaların çoğu insidental olarak tespit edilen vakalardır. Dört cm'den büyük kitlelerin %68- 80'inde semptom gelişir, yaklaşık %50-60'ında hemoraji görülür ve hemoraji ile gelen hastaların 3'te 1'i hipovolemik şok gelişir (14,15). Olgumuzda hayatı tehdit eden masif hemoraji mevcuttu.

Angiomiyolipom tanısında radyolojik görüntüleme yöntemlerinin yeri büyüktür. Klasik ultrasonografi görüntüsü hiperekojen bir kitle ve kitlenin akustik gölgesi şeklindedir. Günümüzde küçük renal kitlelerin radyolojik değerlendirmesinde en önemli yeri bilgisayarlı tomografi (BT) tutmaktadır. Anjiomiyolipom düşündürülen ana bulgu lezyondaki makroskopik yağ görüntüsü olmakla birlikte, ayırıcı tanıda RCC, lipom, liposarkom, onkositom, Willms Tümörü ve teratom gibi yağ içeren tümörler düşünülmelidir (16,17). Anjiomiyolipomun klasik tomografi görüntüsü, arasına değişik miktarlarda doku dansitesi serpiştirilmiş,

ağırlıklı olarak nonhomojen yağ dokusundan oluşan kitle şeklindedir (18). Daha invaziv olmasına karşın, özellikle eş zamanlı selektif arteriyel embolizasyon uygulanmasının planlandığı olgularda anjiografinin de tanısallık rolü vardır (19).

Ana tedavi endikasyonları; kanama ve ağrı gibi semptomları iyileştirmek, büyük tümörlerde kitle etkisini azaltmak, düşük yağ içerikli RCC ayırımı yapılamayan şüpheli kitlelerde kesin tanı ve tedaviyi sağlamak olarak sıralanabilir. Tedavi gereksinimi ve şeklini belirleyen faktörler ise semptomların varlığı, tümörün boyutu, anevrizma eşlik edip etmemesi, bir hastalık kompleksinin (TS ve LAM) bileşeni olup olmama durumu, böbrek rezervi, gebelik planı, hastanın uyumu, mesleği ve aktivite durumudur (12). Nefron koruyucu yaklaşım angiomiyolipomların cerrahi tedavisinde tercih edilecek prosedür olmalıdır. Lezyonun boyutu ve semptom arasındaki ilişkiyi konu eden ilk çalışmalardan birini yayımlayan Oesterling ve ark.'nın oluşturduğu tedavi şemasına göre semptom vermeyen 4 cm'den küçük anjiomiyolipomlar yıllık ultrasonografi ile takip edilebilirler. Dört cm'den küçük semptomatik lezyonlar ise semptomları spontan olarak iyileşebileceği için takip edilmelidir. Eğer bu hasta grubunda semptomlar devamlılık gösterir ve kötüleşirse anjiografi sonrası embolizasyon veya konservatif cerrahi tedavi uygulanabilir. Dört cm'den büyük asemptomatik hastalar 6 ayda bir BT veya USG ile izlenebilirken, 4 cm'den büyük ve semptomatik olan hastalara anjiografi ve beraberinde selektif arteriyel embolizasyon, enükleasyon veya parsiyel nefrektomi gibi tedavi seçenekleri uygulanabilir (14). Olgumuza acil şartlarda anjiembolizasyon uygulanarak kanayan odak embolize edildi.

Sonuç olarak tuberoskleroz ile birlikte angiomiyolipomu olan ve gebelik planlanan olgularda gebelik öncesi, gebelik süresince ve sonrasındaki herhangi bir zamanda özellikle hormonların etkisiyle tümör boyutunun artacağı öngörülmesi, hayatı tehdit edebilecek masif kanama olasılığını engellemek ve komplikasyonsuz tanı ve tedaviyi sağlamak

amacıyla yakın takip gerektireceği göz önünde bulundurulmalıdır.

### Kaynaklar

1. Eble JN. Angiomyolipoma of kidney. In: *Semin Diagn Pathol* 1998;15(1):21-40
2. L'Hostis H, Deminiere C, Ferriere JM, Coindre JM. Renal angiomyolipoma: a clinicopathologic, immunohistochemical, and follow-up study of 46 cases. *Am J Surg Pathol* 1999;23(9):1011-1120.
3. Gamé X, Soulié M, Moussouni S, Roux D, Escourrou G, Chevreau C, Aziza R. Renal angiomyolipoma associated with rapid enlargement and inferior vena caval tumor thrombus. *J Urol* 2003;170(3):918-919.
4. Nasir K, Ahmad A. Giant renal angiomyolipomas and pulmonary lymphangiomyomatosis. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2010;21(2):314-319.
5. Kontos S, Politis V, Fokitis I, et al. Rupture of renal angiomyolipoma during pregnancy: a case report. *Cases Journal* 2008;1:245.
6. Kushwaha R, Dhawan I, Arora R, Gupta K, Dhupia JS. Multifocal renal angiomyolipoma presenting as massive intraabdominal hemorrhage. *Indian J Pathol Microbiol* 2010;53:340-341.
7. Bootjian SA, Sheinin Y, Crispen PL, Lohse CM, Kwon ED, Leibovich BC. Hormone receptor expression in renal angiomyolipoma: clinicopathologic correlation. *Urology* 2008;72:927-992.
8. Şen S, Sarkık B, Şimşir A, Kısımlı E, Gökmen E. Böbrekte kitle nedeniyle yapılan iğne kor biyopsileri ve tanı zorlukları. *Türk Patoloji Dergisi* 2009;25,5-18.
9. Fujii Y, Ajima J, Oka K: Benign renal tumors detected among healthy adults by abdominal ultrasonography. *Eur Urol* 1995;27:124-127.
10. Henske EP, Ao X, Short MP: Frequent progesterone receptor immunoreactivity in tuberous sclerosis-associated renal angiomyolipomas. *Mod Path* 1998;11:665-668.
11. Nelson CP, Sanda MG: Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma. *J Urol* 2002;168:1315-1325.
12. Bissler and Kingswood: Renal angiomyolipomata. *Kidney International*, Vol. (2004)66, pp. 924-934.
13. Bernstein J, Robbins TO: Renal involvement in tuberous sclerosis. *Ann New York Acad Sci* 1991;615:36-49.
14. Oesterling JE, Fishman EK, Goldman SM: The management of renal angiomyolipoma. *J Urol* 1986;135:1121-1124.
15. Dickinson M, Ruckle H, Beagher M: Renal angiomyolipoma: optimal treatment based on size and symptoms. *Clin Nephrol* 1998;49:281-286.
16. Curry NS, Schabel SI, Garvin AJ: Intratumoral fat in a renal oncocytoma mimicking angiomyolipoma. *AJR Am J Roentgenol* 1990;154:307-308.
17. Davidson AJ, Davis Jr CJ: Fat in renal adenocarcinoma: never say never. *Radiology* 1993;188:316.
18. Sherman JL, Hartman DS, Friedman AC: Angiomyolipoma: computed tomographic-pathologic correlation of 17 cases. *AJR Am J Roentgenol* 1981;137:1221-1226.
19. Rimon U, Duvdevani M, Garniek A: Ethanol and polyvinyl alcohol mixture for transcatheter embolization of renal angiomyolipoma. *AJR Am J Roentgenol* 2006;187:762-768.