

Esansiyel Hipertansiyona Sekonder Gelişen Spontan Subkapsüler Renal Hematom: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

The Spontaneous Renal Subcapsular Hematoma is the Secondary to Essential Hypertension: Case Report and Review of the Literature

Ercan ÖĞREDEN^a

^aÜroloji AD,
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Giresun

Geliş Tarihi/Received: 08.01.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 16.04.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Ercan ÖĞREDEN
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Üroloji AD, Giresun,
TÜRKİYE/TURKEY
9isik061@mynet.com

ÖZET Esansiyel hipertansiyona sekonder gelişen spontan subkapsüler renal hematom, nadir görülen önemli klinik bir durumdur. Hematom subkapsüler yerleşimli olabileceği gibi, hayatı tehdit eden tablo ile de karşımıza çıkabilir, bu nedenle erken tanı ve uygun tedavi önemlidir. Bu gibi olgularda tanı koymada sorun yaşanmazken, tedavi aşamasında geniş seri çalışmaların olmaması nedeniyle standardize edilememiştir. Radyolojik tanıda ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, anjiyografi ve embolizasyon kullanılmaktadır. Tedavide ise konservatif yaklaşımdan kapsülotomiye, perkütan drenajdan nefrektomiye ve radyolojik embolizasyona kadar geniş yelpazede uygulanmaktadır. Burada, 52 yaşında kötü kontrol edilmiş hipertansiyon öyküsü olan, şiddetli sol yan ağrısı ile kliniğimize başvuran, görüntüleme yöntemleri ile sol renal subkapsüler hematom tanısı konan erkek olgu konservatif tedavi sonrası, tanı, tedavi ve takip aşamaları ile literatür eşliğinde sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon; tomografi; böbrek

ABSTRACT Spontaneous renal subcapsular hematoma secondary to essential hypertension is a rare but important clinical condition. Hematoma can be localized as subcapsular but also may be lifethreatening, so early diagnosis and appropriate treatment is essential. Although there is no problem in diagnosing in such cases, the treatment has not been standardized because of the lack of research with larger series. Ultrasonography, computed tomography, magnetic resonance imaging and angiography are the methods used in radiological diagnosis. There is a wide range in the choice of treatment as conservative approach, capsulotomy, percutaneous drainage, arterial embolization and nephrectomy. In this case, treatment and follow-up phases of fifty-two years old male patient, with a history of severe uncontrolled hypertension who presented with left flank pain and detected left renal subcapsular hematoma, were presented with literatures.

Key Words: Hypertension; tomography; kidney

Türkiye Klinikleri J Urology 2014;5(1):18-20

Spontan subkapsüler renal hematomun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, benign ve malign tümörler, otoimmün hastalıklar, hipertansiyon ve antikoagülan ilaç kullanımı, spontan subkapsüler renal hematoma neden olabilir.¹ Tedavide; konservatif yaklaşımdan kapsülotomiye ve perkütan drenajdan radikal nefrektomiye uzanan yelpazede çeşitli yöntemler bulunmaktadır.^{1,2} Burada, hipertansiyona sekonder gelişen ve radyolojik tetkikler ile sol böbrekte spontan subkapsüler hematom belirlenen, konservatif tedavi ile stabilleşen olgu, nadir bir durum olması nedeniyle tanı ve tedavi aşamalarıyla birlikte güncel literatür eşliğinde tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Elli iki yaşında erkek olgu, üç gün öncesinden ani başlayan şiddetli sol yan ağrı ve sabah saatlerinde idrarından kan gelme şikâyeti üzerine üroloji kliniğine başvurdu. Öyküsünde travmaya maruz kalmadığı, 10 yıl önce hiper-

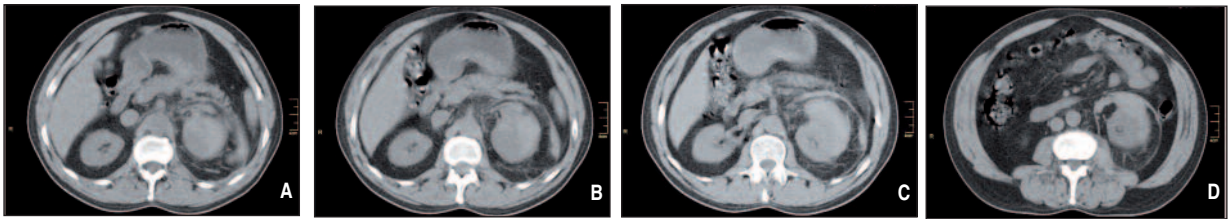
tansiyon tanısı konduğu ve dilaltı 10 mG nifedipin aldığı, bunun dışında ek hastalığı ve kullandığı, ek ilacı olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede sol lomber ağrı dışında önemli bir özellik yoktu. Nabız 110, tansiyon 145/100 mm/hG olarak ölçüldü. Vücut sıcaklığı 36,2°C idi. Tam idrar tetkikinde bol eritrosit, tam kan sayımında ise hemoglobin 11,9 g/dL olarak ölçüldü. Beyaz küre ve CRP, koagülasyon profili, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Üriner sistem taşına yönelik çekilen direkt üriner sistem grafisi (DÜSG)'nde opak taş izlenmedi. Ultrasonografi (USG)'de böbrekler normal boyutta ve toplayıcı sistemleri normal genişlikte iken, sol böbrek üst polden alt pole uzanan 10x12 cm boyutunda, en kalın yerinde 3 cm'e ulaşan, kapsül ile sınırlı hematoma izlendi. Akciğer grafisi normaldi. Etiyolojiye yönelik yapılan ve allerji öyküsünden dolayı kontrastsız çekilen bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol böbrek posterolateral yerleşimli ve parankimi depleseden 10x12 cm boyutunda hematoma izlenirken, taş izlenmedi (Resim 1). Olgu hastaneye yatırılarak analjezik ve antiinflamatuvar, sefalosporin grubu antibiyotik ve mutlak yatak istirahati ile takibe alındı. Olgudan hastalığı ile ilgili bilgilerle onam formu dolduruldu ve imza ile kayıt altına alındı. Renal arter ve venlere yönelik yapılan Doppler USG'de hematoma stabildi, ancak stenoz ve ek patoloji saptanmadı. Hipertansiyon etiyojisine yönelik yapılan ekokardiyogram normaldi. Olgu kardiyoloji tarafından konsülte edilerek primer hi-

pertansiyon tanısı ile dörtlü antihipertansif başlandı. Kontrol hemoglobin bakıldı ve 11,5 mg/dL olarak tespit edildi ve sonraki hemoglobin ve hematokrit değerleri stabildi. Bir haftalık tedavi ile stabil hale gelen hasta kontrol USG'de hematoma boyutlarında değişiklik olmaması ve spontan rezepsyon bulguları üzerine antibiyotik ve analjezik reçete düzenlenerek, mutlak yatak istirahati önerileriyle taburcu edildi. Olgunun 10 gün sonra yapılan kontrol hemoglobin 11,8 mg/dL iken, USG'de hematoma boyutunda değişiklik olmadığı, tansiyon ve nabız normal seyrettiği belirlendi. Üç ay sonraki kontrol hemoglobin 14 mg/dL, tansiyon arteriyel 121/79 mm/hG olup, kontrol BT'de hematoma tamamen rezorbe olduğu izlendi (Resim 2).

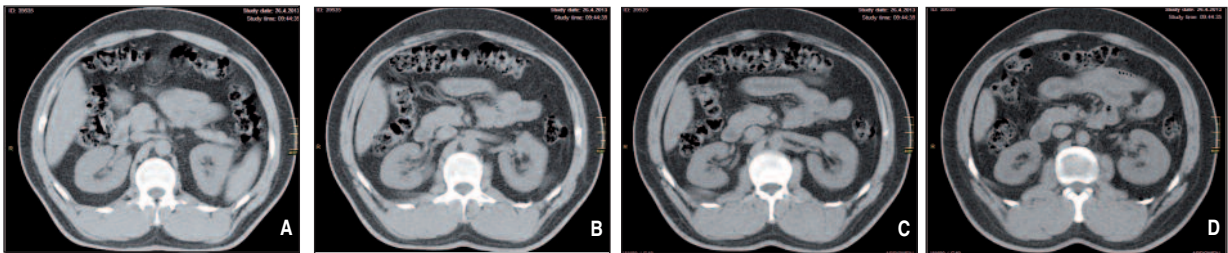
TARTIŞMA

Spontan subkapsüler hematoma, kapsüle solid organlarda çok nadir olarak izlenen klinik bir patolojidir. Benign ve malign tümörler, otoimmün hastalıklar, eksternal kullanılan çeşitli ilaçlar spontan subkapsüler renal hematomaun nedeni olabilirler. Olguların bir kısmında ise bizim olgumuzda olduğu gibi, kontrolsüz hipertansiyon veya uzun süreli antikoagülan tedaviler predispozan faktörler olarak saptanabilir.^{1,2} Ancak altta hiçbir sebep bulunamayan olgular da mevcuttur.²

Spontan subkapsüler hematoma ilk kez, yaklaşık 550 yıl kadar önce yayımlanmış olmasına karşın literatürde sınırlı sayıda olgu serisi vardır.³



RESİM 1: Sol böbrek üst polden-alt pole uzanan kapsül ile sınırlı hematoma non-kontrast BT görüntüsü.



RESİM 2: Normal her iki böbrek non-kontrast BT görüntüsü.

Subkapsüler renal hematoma tanısında radyolojik tetkikler, özellikle de USG durumun hızlı tespiti ve non-invaziv olması açısından önemlidir. USG kabaca bize anatomik fikir verse de etiyolojiyi aydınlatmadaki başarısı sınırlıdır.⁴ Etiyolojiye yönelik ve durum tespiti için ince kesitli BT böbrek tümörü veya renal apse varlığını ortaya koymada vazgeçilmezdir.⁴ İnce kesitlerle taranmış BT'nin küçük böbrek tümörleri dâhil hematoma neden olacak diğer etiyolojik faktörleri ortaya koymadaki duyarlılığı %100'dür. Altta yatan bir kitlenin tespitinde USG'den daha yüksek duyarlılığa ve özgüllüğe sahiptir.⁵ Manyetik rezonans görüntüleme, BT'ye alternatiftir, ancak lezyonları tanımda üstünlüğü gösterilememiştir.⁶ BT altta yatan nedeni ortaya koymada başarısız olduğunda tanı ve tedavi amacıyla anjiyografi yapmak zorunludur. Özellikle "poli arteritis nodosa" düşünülen olgularda renal anjiyografi çekilmelidir. Anjiyografik görüntüsünde eksantrik veya konsantrik nodüller tipiktir, ayrıca anevrizma ve damar darlığı da tespit edilebilir. Ancak son yıllarda BT kalitesinde önemli artış olması sonucu anjiyografi sınırlı olgularda uygulanır hale gelmiştir.⁶

Spontan renal rüptür ile gelen hastalarda yapılan bir çalışmada, %61,5 olguda renal tümör, %17 olguda vasküler hastalık, %2,4 olguda enfeksiyon, %6,7 olgu idiyopatik olarak tespit edilmiş.⁵ McDougal ve ark.nın 123 olguluk serilerinde, altta yatan neden olguların %57-87'sinde renal tümör, %11-26'sında vaskülopati, %5-10'unda enfeksiyon, birkaç olgu idiyopatik olarak raporlanmıştır.⁷ Bir olgu sunumunda ise koryokarsinom metastazı nedeniyle bilateral spontan renal hematoma olarak bildirilmiştir.⁸

Günümüzde konservatif yaklaşım, kapsülotomi,

perkütan drenaj ve tümör varlığında ise radikal nefrektomi subkapsüler renal hematoma tedavisi seçenekleri arasında bulunmaktadır.¹ Konservatif yaklaşım özellikle malignite dışlandığında en kabul gören yöntemdir, ancak USG veya BT ile birlikte yakın hemodinamik takip gerekmektedir.¹⁻³ Yapılan bir çalışmada, özellikle ileri yaşta tümör tanısı almamış olgularda konservatif yaklaşım öncelikle önerilmişken, böbrek fonksiyonunu korumak amacıyla perkütan drenaj önerilmiştir.⁹ Renal anjiyo-embolizasyon ise cerrahinin riskli olduğu olgu gruplarında, alt yapısı uygun ve tecrübeli merkezlerde planlanabilecek bir tedavi yöntemidir.¹⁰ Bizim olgumuzda da hastanın hemodinamisi ve genel durumunun stabil seyretmesi, genç yaşta olması ve ek sağlık sorunu olmaması dikkate alındığında konservatif yaklaşım ilk seçenek olarak düşünülmüştür.^{9,10}

Literatür tarandığında geniş olgu serilerinin olmadığı ve genelde olgu sunumları şeklinde rastlandığından tedavi aşamasında yeterli düzeyde görüş birliğine varılamamıştır.⁹ Ancak subkapsüler hematoma tanısı konan ve etiyolojide tümör tanısı alan olgulara radikal nefrektomi hâlâ altın standart olarak yerini korumaya devam etmektedir.¹⁰

Sonuç olarak, tümör olmayan olgularda hemodinamik stabilizasyon hızla sağlanmalı, stabil olmayan olgularda ise nefrektomi planlanmalıdır. Genel durumu iyi olan olgularda konservatif yaklaşım ve böbrekteki stres durumuna göre perkütan drenaj ya da kapsülotomi drenaj planlanması akılcı olacaktır. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinden USG, BT ve anjiyografi subkapsüler renal hematoma erken tanısında, mortalite ve morbitenin azaltılmasında önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Katabathina VS, Katre R, Prasad SR, Surabhi VR, Shanbhogue AK, Sunnapwar A. Wunderlich syndrome: cross-sectional imaging review. *J Comput Assist Tomogr* 2011;35(4): 425-33.
2. Kendall AR, Senay BA, Coll ME. Spontaneous subcapsular renal hematoma: diagnosis and management. *J Urol* 1988;139(2):246-50.
3. Zhang JQ, Fielding JR, Zou KH. Etiology of spontaneous perirenal hemorrhage: a meta-analysis. *J Urol* 2002;167(4):1593-6.
4. Daskalopoulos G, Karyotis I, Heretis I, Anezinis P, Mavromanolakis E, Delakas D. Spontaneous perirenal hemorrhage: a 10-year experience at our institution. *Int Urol Nephrol* 2004;36(1):15-9.
5. Yu ZX, Xia GP, Hu WH, Chen W, Li XB, Chen HD, et al. [Etiology, diagnosis and management of spontaneous per renal hemorrhage]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2006; 86(1):39-41.
6. Heckmann M, Heinrich M, Humke U, Bautz W, Uder M. [Differential diagnosis of focal lesions of the kidney in CT and MRT]. *Röntgenpraxis* 2008;56(6):219-40.
7. McDougal WS, Kursh ED, Persky L. Spontaneous rupture of the kidney with perirenal hematoma. *J Urol* 1975;114(2):181-4.
8. Vijay RK, Kaduthodil MJ, Bottomley JR, Abdi S. Metastatic gestational trophoblastic tumour presenting as spontaneous subcapsular renal haematoma. *Br J Radiol* 2008;81(969):e234-7.
9. Mita K, Kobukata Y. Conservative management of non-traumatic subcapsular renal hematoma: a case report. *Int J Urol* 1994; 1(2): 181-2.
10. Habib M. Arterial embolization for spontaneous rupture of renal cell carcinoma. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2011;22(6):1243-5.