

RENAL ARTER ANEVİRİZMASI: BİR OLGU SUNUMU VE YAYINLARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

RENAL ARTERY ANEURYSM: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Yavuz Yeniçerioğlu, Ali Çelik, Aykut Sifil, Rıfka Ersoy, Caner Çavdar, Yiğit Göktay*
Eyüp Hazan**, Erdem Silistireli**, Taner Çamsan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı
* Radyoloji Anabilim Dalı, ** Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İZMİR

ÖZET

Renal arter anevrizmaları sanılandan daha sık olup, böğür ağrısı, hematüri ve hipertansiyon a neden olabileceği gibi asemptomatik olup, insidental olarak da saptanabilir. Bu yazıda böğür ağrısı yakınması ile başvuran, renal arter sakküler anevrizması saptanan v,e cerrahi olarak tedavi edilmiş 44 yaşında bir kadın olgu sunulup, bu konuya ilişkin bilgiler özetlenmiştir.

Anahtar sözcükler: renal arter, anevrizma

SUMMARY

Renal artery aneurysms are more commonly observed than previously thought. Although flank pain, hematuria and hypertension may be presenting symptoms, it may be asymptomatic and detected incidentally. In the present article, 44 year old woman with saccular renal artery aneurysm, treated by surgically is presented and literature is reviewed.

Key words: renal artery, aneurysm

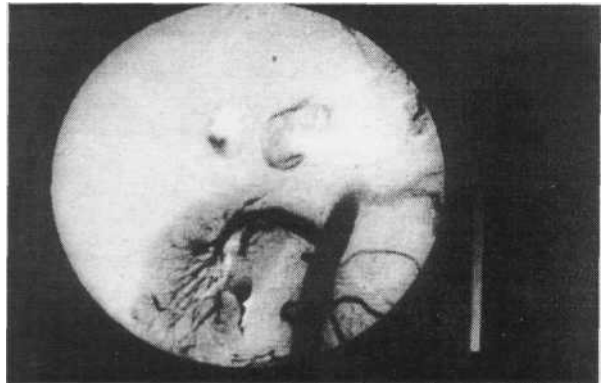
GİRİŞ

Anjiyografik incelemelerin yaygın olarak kullanımıyla, renal arter anevrizmalarının sanılandan daha yüksek prevalansa sahip olduğu anlaşılmıştır. Prevalansı farklı çalışmalarda %0,1-1 arasında bildirilmektedir (1). Bu yazıda bir olgu nedeniyle, renal arter anevrizmasına ilişkin yayınlar gözden geçirilerek, tedavi yaklaşımlarının tartışılması planlanmıştır.

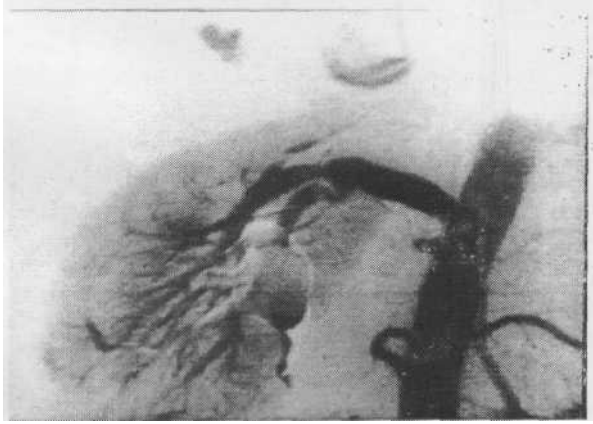
OLGU SUNUMU

44 yaşında kadın hasta sağ böğür ağrısı yakınması ile nefroloji polikliniğine başvurdu. Öyküsünde özellik yoktu. Fizik incelemede kan basıncı ve sistem bulguları olağandı. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, biyokimya ve idrar tetkiki normal sınırlarda idi. Abdominopelvik ultrasonografide sağ böbrek hilusunda renal ven posteriorunda 17x17x16 mm boyutlarında hipoekoik lezyon varlığı saptandı. Lezyonun doppler incelemede arteryel kodlanma göstermesi üzerine renal arter kökenli anevrizmatik bir oluşum olabileceği düşünüldü. Intraarterial digital subtracting anjiyografi (DSA)'de renal arterden köken alan 25x20 mm boyutlarında sakküler anevrizma varlığı saptandı (Şekil 1). Hastanın semptomatik olması ve lezyonun büyüklüğü nedeniyle cerrahi kararı alındı.

Anevrizmektomi ve aorta-sağ renal arter safen bypass cerrahisi uygulandı. Operasyon materyalinin patolojik incelemesinde aterosklerotik değişiklikler ve damar duvarında dejenerasyon bulguları saptandı. Kontrol DSA incelemesinde, greftin patent olduğu ve anevrizmanın başarılı olarak eksize edildiği ancak anastomoz hattında yaklaşık %30 bir stenoz olduğu görüldü (Şekil 2). Hasta postoperatif 12. ayda normotansif ve sorunsuz olarak izlenmektedir.



Şekil 1: Sağ renal arter distal kesiminde lobal dallar ayrılmadan hemen önce dolum gösteren yaklaşık 2,5 cm çaplı sakküler anevrizma ile uyumlu dolum fazlalığı (Selektif sağ renal arter DSA incelemesi)



Şekil 2: Postoperatif incelemede renal arter bölgesine interpoze edilmiş olan saten graft'te normal dolum gözleniyor. Anevrizmaya ait dolum fazlalığı yok. Anastomoz hattında %30 darlık mevcut ancak renal parenkimal kanlanma normal sınırlarda (sağ renal arter DSA incelemesi)

TARTIŞMA

Renal arter anevrizmaları viseral anevrizmaların %22'sini oluşturmaktadır(2). Genel popülasyondaki prevalansı %0,1-1 olarak bildirilmektedir(1). Anatomik olarak sakküler, fuziform, dissekan ve karma şekilde olarak sınıflandırılırlar. Sakküler, fuziform ve dissekan anevrizmalar olguların sırasıyla %70, %22,5 ve %12'sini oluşturur(1). En sık fibromusküler displazi ve ateroskleroza bağlı olarak oluşur (3).

Renal arter anevrizmasına eşlik eden patognomonik semptom ve bulgu yoktur. Başvuru yakınması hipertansiyon (%55-75), hematüri(%30), böğür ağrısı(%11) ve hipertansiyona bağlı gelişen baş ağrısı (%11) olabileceği gibi hasta asemptomatik de olabilir(2). Hipertansiyonun renal iskemiye (distal embolizasyondan kaynaklanan mikrovaskülerler, renal arterde katlanma veya bası) bağlı olduğu ileri sürülmektedir(4). Abdominal üfürüm tanıda yardımcı olabilir ve hastaların yaklaşık %10'unda saptanır(1, 5). Hematüri mikroskopik veya makroskopik olabilir. Etiyolojide hipertansiyon, küçük damarların trombozu ve mikrovaskülerlerin sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir. Kesin tanı anjiyografi ile lezyonun gösterilmesidir. Periferik diseksiyon, tromboz, renal infarkt, kanama ve ruptür renal arter anevrizmalarının potansiyel komplikasyonlarıdır(3). Hipertansiyon varlığı, 2 cm'den büyük çap ve progresif çap artışı ruptür riskini artırır(6).

Cerrahi endikasyon konusunda anevrizma boyutu ile ilişkili yayınlarda görüş birliği yoktur. Farklı müellifler 1-1,5 cm veya 2,5 cm'den büyük lezyonlarda operasyon uygulanması gerektiğini bildirmektedir (i, 7). Ancak çapı 1 cm'den küçük anevrizmalarda ruptür

riski düşük olup, operasyon önerilmemektedir (2, 8, 9). Bunun yanı sıra anevrizma çapından bağımsız olarak asemptomatik olguların konservatif izlenebileceğini bildiren görüşler de vardır(10). Renovasküler hipertansiyon, distal renal arter embolisi, ağrı ve hematüriye neden olan anevrizmaların yanı sıra dissekan anevrizmalar, gebe ve gebe olma potansiyeli olan kadınlardaki anevrizmalar ve büyüme gösteren anevrizmalar cerrahi tedavi endikasyonu olan olgulardır(8, 9). Anevrizma ruptürü ve çevre doku erozyonu saptanması diğer majör cerrahi endikasyonlarıdır (11). Anevrizma cerrahisinde mortalite %0-4 olarak bildirilmektedir 1).

Renal arter anevrizmasının klinik seyri ve ruptür riski tam olarak bilinmemektedir. Henrikson ve arkadaşları 21 hastadaki 34 renal arter anevrizmasının anjiyografi ile ortalama 35 aylık izleminde, 28 anevrizmanın boyutunda değişiklik olmadığını, 6 anevrizmada minimal büyüme, kalsifikasyon veya trombus oluştuğunu bildirmiştir. Aynı seride soliter sakküler anevrizması olan 5 hastada cerrahi onarım uygulandığı, diğerlerinin konservatif olarak izlendiği bildirilmiştir. Konservatif izlenen hastalarda anevrizmaya bağlı mortalite rapor edilmemiştir (9). Aynı müellif bir başka yayınında, takip edilen 56 anevrizmalı hastanın 15'inin öpöre edildiğini, 4 hastaya ruptür nedeniyle acil nefrektomi uygulandığını, diğer hastaların komplikasyonsuz izlendiği bildirmiştir(12).

Diğer yandan Hubert ve arkadaşları çapları 0,3-4 cm arasında değişen (ortalama 1,5 cm) asemptomatik soliter sakküler anevrizması olan 45 hastanın ortalama 5,7 yıllık (1-17 yıl) konservatif izleminde anevrizma ile ilişkili komplikasyon gözlemediklerini ve asemptomatik olguların konservatif izlenebileceğini bildirmişlerdir (10).

Ekstrarenal sakküler ve fuziform anevrizmalarda cerrahi onarım önerilmektedir. Onarım için rezeksiyon ve primer onarım, uç-uca anastomoz, ven grefti, arterin aortaya reimplantasyonu, sentetik greft ve splenorenal anastomoz uygulanabilecek cerrahi yöntemlerdir(1). Genellikle cerrahi onarım tercih edilmesine karşın perkutan girişimsel yöntemlerle de başarılı sonuçlarda bildirilmiştir. Literatürde perkutan stent greft yerleştirilmesi ile başarı ile tedavi edildiği bildirilen 1,5 cm çaplı sakküler renal arter anevrizması bildirilmiştir(13). Operasyon riskinin yüksek olduğu durumlarda embolaterapinin uygulanabileceği yönünde başarılı sonuçlar da vardır(10).

SONUÇ

Renal arter anevrizma?! sanılanın aksine nadir değildir. Genellikle hipertansiyon, böğür ağrısı ve hematüri ile kendini gösterir. Tedavide cerrahi yöntemler ön planda olmakla beraber perkutan

girişimlerle sağlanan başarılı sonuçlara ilişkin yayınlar artmaktadır. Gebe olan ve gebe kalmayı planlayan kadınlar ve semptomatik olgularda cerrahi endikasyon' konusunda görüş birliği olmasına karşın, asemptomatik olgulardaki tedavi yaklaşımı konusunda farklı görüşler mevcuttur.

KAYNAKLAR

1. Bulbul MA, Farrow GA. Renal artery aneurysms. *Urology* 1992; 40(2): 124-6.
2. Deterling RA. Aneurysm of the visceral arteries. *J Cardiovasc Surg* 1981; 12: 309-322.
3. Poutesse EF. Renal artery aneurysms: their natural history and surgery. *J Urol* 1966; 95: 297.
4. Youkey JR, Collins GJ Jr, Orecchia PM, Brigham RA, Salander JM, Rich NM. Saccular renal artery aneurysm as a cause of hypertension. *Surgery* 1985 Apr;97(4):498-501.
5. Okamoto M, Hashimoto M, Sueda T, Miinemori M, Yamada T. Renal artery aneurysm: the significance of abdominal bruit and use of color Doppler. *Intern Med* 1992; 31(10): 1217-9.
6. Chen R, Novick. Retroperitoneal hemorrhage from a ruptured renal artery aneurysm: *J Urol* 1994; 151:139-141.
7. Lumsden AB, Salam TA, Walton KG. Renal artery aneurysm: a report of 28 cases. *Cardiovasc Surg* 1996 Apr; 4(2): 185-9.
8. Hidai E et al. Rupture of renal artery aneurysm. *Eur Urol* 1985; 11:249.
9. Henriksson C, Bjorkerud S, Nilson AE, Pettersson S. Natural history of renal artery aneurysm elucidated by repeated angiography and pathoanatomical studies. *Eur Urol* 1985,11(4):244-8.
10. Hubert JP Jr, Pairolero PC, Kazmier FJ. Solitary renal artery aneurysm. *Surgery* 1980 Oct; 88(4):557-65.
11. Bastounis E, Pikoulis E, Georgopoulos S, Alexiou D, Leppaniemi A, Boulafendis D. Surgery for renal artery aneurysms: a combined series of two large centers. *Eur Urol* 1998;33(1):22-7.
12. Henriksson C, Lukes P, Nilson AE, Pettersson S. Angiographically discovered, non-operated renal artery aneurysms. *Scand J Urol Nephrol* 1984; 18(0):59-62.
13. Bui BT, Oliva VL, Leclerc G, Courteau M, Harel C, Plante R, Giroux D, Carignan L. Renal artery aneurysm: treatment with percutaneous placement of a stent-graft. *Radiology* 1995 195(1): 181-2.