

Acil Servis'te Ölümcül Bir Tanı: Renal Kolik

*A Fatal Diagnosis in Emergency Department:
Renal Colic*

Egemen Küçük

Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği Sakarya

Özet

Başvuru Tarihi: 26.07.2014 **Kabul Tarihi:** 09.10.2014

Aort diseksiyonu, nadir görülen, bazı farklı hastalıkları taklit edebilen ölümcül bir hastalıktır. Daha çok erkeklerde, 50-70 yaş aralığında görülür. Hipertansiyon, etyolojisinde en önemli faktördür. Çoğunlukla yırtıcı vasıfta, ani ve şiddetli ağrı tariflenir. Distal diseksiyonlarda, malperfüzyona sonucu böbrek iskemileri, buna bağlı bel ve flank ağrısı görülebilir. Bu ağrıya benzer karakterdeki renal kolik, ciddi, aralıklı flank ağrısı olarak tanımlanır. Aort diseksiyonu, renal kolik ayırıcı tanısında yer alan ölümcül bir hastalıktır. Acil hekimleri, özellikle ileri yaştaki hastalara renal kolik tanısı koyarken dikkatli olmalı, altta yatan aort diseksiyonu gibi ölümcül bir hastalığı göz ardı etmemelidirler.

Anahtar Kelimeler: Aort diseksiyonu, Renal kolik, Ağrı

Abstract

Application: 26.07.2014 **Accepted:** 09.10.2014

Aortic dissection is a rare, fatal disease that can mimic some of the different diseases. More common seen in males and 50-70 years of age. Hypertension is the most important factor in the etiology. Usually, predatory, severe and sudden onset pain is described. Back and flank pain, can be seen depending on the malperfusion in distal dissections. This is similar to the pain of renal colic in character, is defined as serious, intermittent flank pain. Aortic dissection, located in the differential diagnosis of renal colic as a fatal disease. Emergency physicians, should be careful, when placing the diagnosis of renal colic especially in elderly patients, underlying aortic dissection a deadly disease, should not be ignored.

Keywords: Aort diseksiyonu, Renal kolik, Ağrı

Giriş

Aort diseksiyonu, nadir görülen, semptom ve bulguları farklı hastalıkları taklit edebilen ölümcül bir hastalıktır, bu nedenle tanısı sıklıkla gecikir veya gözden kaçır.¹ Sıklığı yılda 100.000 kişide 2 - 3.5 vaka arasında değişmektedir.² Aort diseksiyonu, damar duvarına kan tarafından uygulanan basıncı artıran durumlarda meydana gelir. Hastaların %75'inde hipertansiyon hikayesi vardır, sigara, gebelik, direkt künt travma, aort cerrahisi, büyük damar vaskülitleri, çeşitli konnektif doku hastalıkları ve kokain, amfetamin kullanımı diğer risk faktörleridir.^{2,3} Ağrı vakaların %90'unda bulunur, çoğunlukla yırtıcı vasıfta, ani ve şiddetli başlangıçlıdır. Ağrı lokalizasyonu sıklıkla lezyonun yerini ve kliniğini işaret eder, serebral dal arterlerinin etkilmesiyle hastaların %17'sinde fokal nörolojik semptomlar, %9'unda senkop görülebilir. Koroner arterler etkilendiğinde akut myokard enfarktüsü ve buna bağlı semptom ve bulgular ortaya çıkabilir. Distal aortik diseksiyonlarda, böbrek, alt ekstremiteler iskemileri, mezenterik iskemiler ve bunlara bağlı abdominal ağrı, sırt ağrısı, bel ağrısı ya da diyare görülebilir.⁴ İntravenöz kontrastlı tomografi ile güvenilir şekilde tanı konabilir ve pulmoner emboli, tıkaçıcı koroner arter hastalıkları gibi alternatif tanıları dışlanabilir.⁵ Aort diseksiyonu'nun anatomik lokalizasyonuna göre, iki ayrı sınıflama sistemi vardır. Stanford sınıflamasına göre, Tip A da çıkan aort etkilenir, Tip B de etkilenmez. De Bakey sınıflamasına göre, diseksiyon anatomik lokalizasyonuna göre Tip I, II ve III olarak ayrılır.⁶ Stanford Tip A diseksiyonlar için acil cerrahi tedavi gerekliliği varken, Tip B diseksiyonlar için daha çok medikal tedavi tercih edilmektedir.⁷ Renal kolikte ağrı, üreter obstrüksiyonundan kaynaklanır. Taşın neden olduğu obstrüksiyon üreter, pelvikalisiyel sistem ve renal kapsülde distansiyona neden olur, ardından bu yapıların spazmı ile ağrı ortaya çıkar.⁸ Genellikle renal kolik ağrısı ani, künt flank ağrısı olarak başlar. Aort diseksiyonu, renal kolik ayırıcı tanısında yer alan ölümcül bir hastalıktır.⁹

Renal kolik, acil servisler de en sık tanı konulan hastalıklardan biridir ve ayırıcı tanısında ölümcül bir hastalık olan aort diseksiyonu sıklıkla göz ardı edilmektedir. Özellikle ileri yaşta hastalara renal kolik tanısı konarken, aort diseksiyonu da göz önüne alınmalıdır. Bu olgu sunumunda bu konudaki farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Altmış sekiz yaşında erkek hasta, şuuru kapalı olarak 112 ambulans ekibi tarafından acil servisimize getirildi. Glaskow Koma Skalası 3 olarak değerlendirilen hastaya, Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR) ve Acil Kardiyak Bakım Bilimi İçin 2010 Amerikan Kalp Derneği Kılavuzuna uygun şekilde KPR uygulanmaya başlandı. Devam eden KPR'nin 35. dakikasında kalp tepe atımı elde edildi. Resüsitasyon sonrası kan basıncı 110/70 mmHg, nabız 115 vuru/dakika olarak saptandı, entübe olan hastanın oksijen saturasyonu %96 olarak belirlendi. Sağ ve sol kolda kan basıncı farkı ve nabız defisiti alınamayan hastanın, çekilen elektrokardiyografisinde; kardiyak aksın normal, kalp hızının, normal sinüs ritminde ve 110 vuru/dakika olduğu, ST segment elevasyon ya da depresyonunun olmadığı saptandı. Genel sistemik muayenesi normal olan hastanın, istenen biyokimyasal parametrelerinde herhangi bir anormalliğe rastlanmadı. Hasta yakınlarından alınan detaylı anamnezde, hastanın yaklaşık 15 yıldır hipertansiyon hastası olduğu ve ilaçlarını düzenli kullanmadığı öğrenildi. Kırk paket yılı sigara kullanımı olan hastanın, bilinen başka bir madde kullanımı, geçirilmiş ameliyat ve travma öyküsü yoktu. Hastanın aynı gün sabah saatlerinde, ani başlayan sağ yan ağrısıyla uykusundan uyandığı, başvurduğu özel bir hastanede, böbrek taşı tanısıyla hastaya intramusküler enjeksiyon yapıldığı ve taburcu edildikten yaklaşık 2 saat sonra odasında şuuru kapalı şekilde bulunduğu öğrenildi. Resüsitasyon sonrasında tanısız amaçlı çekilen beyin tomografisinde akut patoloji saptanamayan hastanın, kontrastlı torako-abdominal tomografisinde abdominal aortta Stanford tip B diseksiyon saptandı. Sağ renal perfüzyonun bozulduğu, kontrastlanmanın olmadığı tespit edildi (Şekil 1,2). İstenecek konsültasyonlar sonucunda, hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde yer olmaması nedeniyle uygun bir dış merkeze sevki planlandı.

Tartışma

Aort diseksiyonu, aorta da intimal ve medial bir yırtık ve buna bağlı aortik media içerisinde yalancı bir lümen oluşumu ile ortaya çıkar. Akut aortik sendromların bir parçasıdır ve en yaygın aortik acildir. Birleşik Devletler ve İngiltere'de yıllık görülme sıklığı 100.000 de 3-4 vaka şeklindedir.¹⁰ Aort diseksiyonu erkeklerde daha yaygın olup, en fazla 50-70 yaş aralığında görülür.¹¹ Kronik sistemik hipertansiyon (%62-78), aortik arterit, biküspit aortik valf, penetran aterosklerotik ülserler gibi aortik hastalıklar, Marfan ve Ehlers-Danlos sendromu gibi herediter

konnektif doku hastalıkları, aortun direkt iatrojenik travmaları, kokain kullanımı ve gebelik, aort disseksiyonuna eğilim yaratan en önemli faktörlerdir.¹² Sunmuş olduğumuz bu olguda, hasta literatür ile uyumlu olarak, 68 yaşında bir erkekti ve en önemli risk faktörü, kötü kontrollü kronik sistemik hipertansiyondu.



Resim 1. Bilgisayarlı Torako-Abdominal Tomografide intimal flep ve sağ renal iskemi görünümü.



Resim 2. Bilgisayarlı Torako-Abdominal Tomografide renal iskemi görünümü

Aort disseksiyonları, anatomik yerleşimlerine göre sınıflandırılır. Stanford sınıflamasına göre; Tip A disseksiyonlar çıkan aortu içerir, Tip B disseksiyonlarda ise çıkan aort etkilenmez. DeBakey sınıflamasına göre; Tip I disseksiyonlar çıkan aorttan kaynaklanır ve aortik arka kadar uzanır, Tip II disseksiyonlar sadece çıkan aortu içerir, Tip III disseksiyonlar ise genelde sol subklavian arte-

rin hemen distalinden başlar ve inen aorta uzanırlar.¹³

Aort disseksiyonunda en yaygın şikayet, ani başlayan, şiddetli göğüs ve/veya sırt ağrısıdır. Ağrı; sırt, boyun ya da batına yayılabilen, keskin, yırtıcı, sıyrıcı bir ağrı olarak tanımlanabilir. Bunun yanı sıra hastalarda dispne, terleme, kanlı ishal, bulantı ve kusma gibi genel semptomlar bulunabilir, bu nonspesifik semptomlar, kötü prognozlu malperfüzyon sendromunun belirtileri olabilirler. Malperfüzyon sendromunda klinik bulgular, etkilenen damarın yerine bağlıdır. Koroner, karotid veya vertebral arterlerin kritik düzeyde etkilenmelerine bağlı, baş dönmesi, senkop, afazi, hemipleji gibi strok semptom ve bulguları görülebilir. Brakiosefalik, sol subklavian, distal aort ve iliak arterlerin etkilenmelerine bağlı, ekstremitelerde ağrı, pleji, nabızsızlık ve soğukluk bulunabilir. Çölyak trunkus, renal arter (sıklıkla ölümcül), süperior ve inferior mezenterik arterlerin etkilenmelerine bağlı olarak, akut barsak iskemisi, azalmış renal kan akımı ve glomerüler filtrasyon ortaya çıkabilir ve bunların sonucunda, abdominal ağrı ve idrar çıkışında azalma görülebilir.¹⁴ Sunmuş olduğumuz olguda sıklıkla ölümcül olan renal arter malperfüzyonuna bağlı olarak, ani başlangıçlı, şiddetli sağ flank ağrısı mevcut idi. Aort disseksiyonunda, renal malperfüzyona bağlı gelişen ağrıyla benzer karakterdeki renal kolik, taşın üriner sistemden pasajına bağlı olarak, kasık, alt abdomen ya da genital organlara yayılım gösteren, ciddi, aralıklı flank ağrısı olarak tanımlanır.¹⁵ Üriner akımın böbrek taşına bağlı tıkanmasıyla ortaya çıkan, üriner sistem duvarındaki basınç artışı, düz kas spazmları, inflamasyon, ödem ve peristaltizm artışı ile renal kolik ağrısı meydana gelir.¹⁶ Akut flank ağrılarının nedeni her zaman böbrek taşı değildir, aort disseksiyonu gibi ölümcül farklı nedenlerde göz önünde tutulmalıdır.⁸ Benzer şekilde, hastamızda ani ortaya çıkan sağ flank ağrısı, renal kolik olarak değerlendirilmiş ve hasta taburcu olduktan yaklaşık iki saat sonra, hastanemiz acil servisine kardiyopulmoner arrest olarak getirilmiştir.

Potansiyel olarak öldürücü bir durum olması nedeniyle, aort disseksiyonunda hızlı tanı önemlidir. Rutin PA akciğer grafileri, vakaların %60-90'ında anormaldir. Ancak özellikle Tip B disseksiyonlarda normal de olabilirler. Elektrokardiyografide farklı sonuçlar elde edilebilir, normal ya da koroner damarların etkilenmesine bağlı, anormal olabilir. Multidedektör bilgisayarlı tomografi, transözefagal ekokardiografi ve manyetik

rezonans görüntülemeler, diseksiyon tanısında yüksek doğruluk oranlarına sahiptirler. Intravenöz kontrastlı tomografi ile güvenilir şekilde tanı konabilirken, pulmoner emboli, tıkaçıcı koroner arter hastalıkları gibi alternatif tanılarda dışlanabilir. Burada iki lümen oluşturan bir intimal flebin görülmesi, diseksiyonu tanımlar.^{5,17} Olgumuzda hastanın entübe olması nedeniyle PA akciğer grafisi çekilemedi. Koroner arterlerde etkilene olmadiğı için, alınan elektrokardiyografide, patolojik bir bulguya rastlanmadı. Çekilen kontrastlı torako-abdominal tomografide, abdominal aortta intimal flep görünümü saptandı, ayrıca sağ renal arter tutulumuna bağlı olarak, sağ böbrekte kontrastlanmanın olmadığı belirlendi.

Tedavinin hedefi; ölümün ve abdominal organlarla beraber, alt ekstremitenin geri dönüşsüz iskemik hasarının önlenmesidir.⁷ Asendan diseksiyonlarda acil cerrahi onarım gerekirken, genellikle akut Tip B diseksiyonlarda, medikal tedavi tercih edilir.¹³ Tanımlanmış ya da şüpheli aort diseksiyonlarında acil hekiminin primer görevi, acil cerrahi konsültasyonunun sağlanmasıdır. Anatomik lokalizasyonuna bakılmaksızın, tüm diseksiyon hastaları için acil cerrahi değerlendirme gereklidir.⁴ Aort diseksiyonunun acil medikal tedavisinde, kan basıncının düşürülerek hasta stabilizasyonunun sağlanması gerekir, bu amaçla beta-bloker ilaçlar, ilk tercih edilecek ilaçlardır. Ventriküler hızı ve iş yükünü, dolayısıyla aort üzerine binen stresi azaltırlar. Hızlı etki başlangıcı için, çeşitli intravenöz ajanlarda kullanılabilir.¹³ Sunmuş olduğumuz bu olguda, istenen acil Kalp Damar Cerrahi ve Anesteziyoloji konsültasyonları sonucu, hastanemiz yoğun bakım ünitelerinde yer olmadığı belirlenmiş ve hastanın en yakındaki uygun bir merkeze sevki sağlanmıştır. Sonuç olarak, aort diseksiyonu anatomik yerleşimine göre, değişik semptom ve bulgularla karşımıza çıkabilir. Özellikle yoğun olan acil servislerde, bu ölümcül hastalık gözden kaçırılabilir veya yanlış tanı alabilir. Acil Tıp hekimleri, özellikle ileri yaştaki hastalara renal kolik tanısı koyarken dikkatli olmalı, altta yatan aort diseksiyonu gibi ölümcül bir hastalığı göz ardı etmemelidirler.

Kaynaklar

1. Yuan SM, Hua Jing H. Cardiac surgery and hypertension: a dangerous association that must be well known. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2011; 26(2): 273-281.
2. Nienaber CA, Powell JT. Management of acute aortic syndromes. *Eur Heart J* 2012; 33(1): 26-35.
3. Mészáros I, Mórocz J, Szlávi J, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest* 2000; 117(5): 1271-1278.
4. Strayer RJ, Shearer PL, Hermann LK. Screening, Evaluation, and Early Management of Acute Aortic Dissection in the ED. *Curr Cardiol Rev* 2012; 8(2): 152-157.
5. Blaivas M. Transesophageal echocardiography during cardiopulmonary arrest in the emergency department. *Resuscitation* 2008; 78(2): 135-140.
6. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, et al. Diagnosis and management of aortic dissection. *Eur Heart J* 2001; 22(18): 1642-1681.
7. Apostolakis E, Baikoussis NG, Georgiopoulos M. Acute Type-B Aortic Dissection: The Treatment Strategy. *Hellenic J Cardiol* 2010; 51(4): 338-347.
8. Bultitude M, Rees J. Management of renal colic. *BMJ* 2012; 345: e5499.
9. Portis AJ, Sundaram CP. Diagnosis and Initial Management of Kidney Stones. *Am Fam Physician* 2001; 63(7): 1329-1339.
10. Thrumurthy SG, Karthikesalingam A, Patterson BO, et al. The diagnosis and management of aortic dissection. *BMJ* 2012; 344: d8290.
11. Hebballi R, Swanevelde J. Diagnosis and management of aortic dissection. *Crit Care & Pain* 2009; 9(1): 14-18.
12. Khan IA, Nair CK. Clinical, Diagnostic, and Management Perspectives of Aortic Dissection. *Chest* 2002; 122(1): 311-328.
13. Braverman AC. Acute Aortic Dissection: clinician update. *Circulation* 2010; 122(2): 184-188.
14. Tran TP, Khoynzhad A. Current management of type B aortic dissection. *Vasc Health Risk Manag* 2009; 5(1): 53-63.
15. Carter MR, Green BR. Renal Calculi: Emergency Department Diagnosis And Treatment. *Emerg Med Pract* 2011; 13(7): 1-20.
16. Golzari SE, Soleimanpour H, Rahmani F, et al. Therapeutic Approaches for Renal Colic in the Emergency Department: A Review Article. *Anesth Pain Med* 2014; 3(3):1-11.
17. Nienaber CA, Eagle KA. Aortic Dissection: New Frontiers in Diagnosis and Management: Part I: From Etiology to Diagnostic Strategies. *Circulation* 2003; 108(5): 628-635.