

Olgu Sunumu

Atriyal Fibrilasyonlu Bir Vakada Bilateral Renal Enfarktüs

Dr. Murat BİLGİN*, Dr. Ahmet SAYIN*, Dr. Hatice SONER KEMAL*, Dr. Bekir Serhat YILDIZ**, Dr. İlker GÜL***
Dr. Cemil GÜRGÜN*

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

** Denizli Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Denizli

*** Ahi Evran Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon

Özet

Renal enfarktüs, literatürde nadiren karşılaşılan bir klinik durum olup, bir çalışmada, tüm acil servis başvurularının yaklaşık % 0,01'ini oluşturduğu belirtilmiştir. Renal enfarktüse ait özgün klinik bulgu ve belirtinin olmaması, benzer klinik tabloya sahip ve daha sık olarak görülen üriner sistem veya diğer karın içi patolojilerle karışmasından dolayı ayırıcı tanıda ilk sıralarda düşünülmemesi düşük insidansın önemli bir nedenidir. Atriyal fibrilasyon, böbreğin de tutulabildiği sistemik (miyokard, beyin veya diğer iç organlarda) arteriyel embolizasyona yol açabilmektedir. Yazımızda, mitral darlığı ve kronik atriyal fibrilasyon zemininde bilateral renal enfarktüs gelişen 53 yaşında kadın olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Renal enfarktüs, Atriyal fibrilasyon, Mitral darlığı

Bilateral Renal Infarct in a Patient with Atrial Fibrillation

Summary

Renal infarction is an uncommon diagnosis with an incidence of about 0.01% of emergency department admissions. It is often mimicked by other more common diseases such as urinary system or other abdominal lesions at clinical presentation. Atrial fibrillation can result in systemic arterial embolism, involving the kidney. With atrial fibrillation, this complication risks are increased. In this report, a 53 year old woman who has bilateral renal infarction diagnosis due to atrial fibrillation is presented.

Key Words: Renal infarction, Atrial fibrillation, Mitral stenosis

Giriş

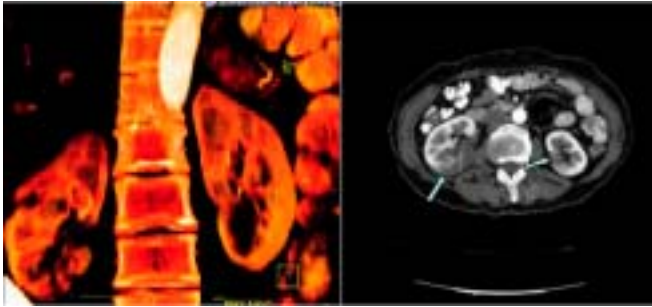
Renal enfarktüs, literatürde nadiren karşılaşılan bir klinik durum olup, bir çalışmada, tüm acil servis başvurularının yaklaşık % 0,01'ini oluşturduğu belirtilmiştir.¹ Renal enfarktüse ait özel klinik bulgu ve belirtinin olmaması, benzer klinik tabloya sahip olan ve daha sık olarak görülen üriner sistem veya diğer karın içi patolojilerle karışması ve dolayısıyla klinik olarak ayırıcı tanıda ilk sıralarda düşünülmemesi düşük insidansın önemli bir nedenidir. Atriyal fibrilasyon (AF), böbreğin de tutulabildiği sistemik arteriyel embolizasyona yol açabilmektedir.²

Olgu Sunumu

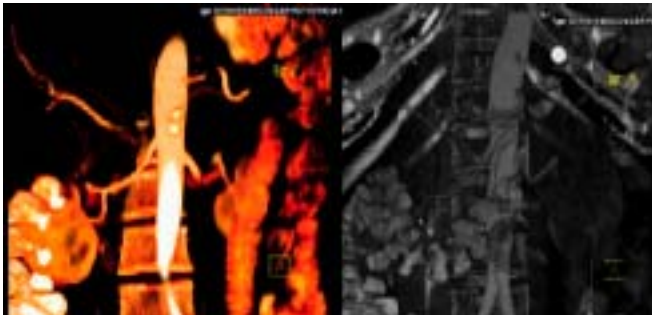
Elli üç yaşında bayan hasta, yaklaşık bir yıldır olan efor dispnesi ve 2 gün önce başlayan epigastrik ve iki

tarafli böğür ağrısı yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde ilaç kullanımı olmayıp özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Kardiyolojik açıdan değerlendirilen hastanın fonksiyonel kapasitesi NYHA sınıf II olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde kan basıncı 130/80 mmHg, kalp hızı 120/dk. ve ateş: 36,5 °C idi. Kardiyak oskültasyonda apekte 3/6 diyastolik üfürüm saptandı. Laboratuvar incelemelerinde, lökositoz (16300 beyaz küre/mm³) ve serum LDH düzeyi yüksek saptandı. Tam idrar tetkiki normal olup, idrar kültüründe üreme saptanmadı. Elektrokardiyografisinde hızlı ventrikül yanıtli AF mevcuttu. Hastaya transtorasik eko-kardiyografi (TTE) yapıldı; orta-ciddi MD (MVA: 1,3 cm², gradiyent 19/9 mmHg), 2-3. derecede mitral yetmezliği saptandı. Sol atriyal apendikte (LAA) trombüsü ekarte edebilmek için transözofageal eko-kardiyografi (TEE) yapıldı. TEE'de sol atriyum ve LAA'

de trombüs saptanmadı, yoğun spontan eko kontrast (SEK) izlendi. Şiddetli karın ağrısı ve yan ağrısı olması üzerine akut batın ön tanısıyla kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi çekildi; her iki böbreğin alt polünde enfarkt ile uyumlu hipodens alanlar (Şekil 1), bilateral renal arterlerin izlenebilen segmentleri patent olmakla birlikte (Şekil 2) alt loba giden arterler düzeyinde distal trombüs saptandı. Bilateral renal enfarktüs sonrası son dönem böbrek hastalığı ile sonuçlanan vakalar olması üzerine nefroloji ile konsülte edildi. Renal arter doppler USG yapıldı; ana renal arterlerde anlamlı darlık bulgusu saptanmadı. İzlemde idrar çıkışı olan ve böbrek fonksiyon değerlerinde progresyon saptanmaması üzerine nefroloji tarafından ek öneride bulunulmadı. Hastaya antikoagülasyon amaçlı heparin (DMAH) başlandı. Mitral darlığı (MD) ve santral embolisi olması üzerine kalp damar cerrahisi ile konsülte edilen hastamıza mitral kapak cerrahisi önerildi. Hasta fakültemizin kalp damar cerrahisi ana bilim dalına opere edilmesi için transfer edildi.



Şekil 1: Abdominal BT görüntüsünde her iki böbreğin alt polünde enfarkt ile uyumlu hipodens alanlar izlenmekte.



Şekil 2: Abdominal BT görüntüsünde renal arterlerin açık olduğu izlenmekte.

Tartışma

Romatizmal kalp hastalığı insidansında gelişmiş ül-

kelerde büyük azalma olmasına rağmen ülkemizde halen önlenemez, önemli morbidite ve mortalite sebeplerinden biridir. Bu hastalarda morbidite ve mortalitenin majör sebebi sol atriyumda oluşan trombüsler ve buradan kaynaklanan tromboembolik komplikasyonlardır. Sol atriyal trombüs, tanındığı anda tedavi edilebilen, nadir görülen ve tehlikeli bir klinik durumdur. Genellikle uzun süreli romatizmal mitral darlığının bir komplikasyonu olarak ortaya çıkar. Semptomatik prezentasyonu değişken olup, periferik embolizasyona bağlı olarak miyokardiyal, beyin veya diğer iç organlarda iskemi veya enfarkt görülebilir.³ Bunun için bu hastalar profilaktik antikoagülan tedaviden fayda görebilirler.⁴

Renal enfarktüs, tüm acil servis başvuruları içinde oldukça nadir görülen bir tanıdır. Renal enfarktüse ait özel klinik bulgu ve belirtinin olmaması, tanısının benzer semptomlara sahip olan ve daha sık olarak görülen renal kolik, mezenter iskemi veya diğer karın içi patolojilerle karışması ve dolayısıyla klinik olarak ayırıcı tanıda ilk sıralara konulmaması düşük insidansın nedenleri olabilir. Mitral darlığı ve atriyal fibrilasyon, sistemik olarak aralarında böbreğin de bulunduğu birçok organda arteriyel embolizmin nedenlerinden biridir.⁵

Bizim vakamızda da olduğu gibi genellikle hastaların çoğunluğu 6. dekada olup, başvuru anında karın veya göğüs ağrısı, ateş, bulantı ve kusma yakınmaları görülebilir.⁶ Böyle bir klinik tablo ile başvuran hastada ayırıcı tanıda daha ziyade renal kolik, piyelonefrit, mezenterik vasküler olay, peptik ülser veya safra yolları patolojisi düşünülebilir. Laboratuvar incelemelerinde hemogramda lökositoz ve serum biyokimyasında LDH yüksekliği görülebilir. Renal anjiyografi teşhiste altın standart yöntem olup, diğer görüntüleme metodu olarak renal USG, izotoplu renal sintigrafi ve renal MRC kullanılır.

Tedavide literatüre yerleşmiş bir kılavuz olmamakla birlikte antikoagülan tedavi ve/veya intravenöz trombolitik tedavi uygulanabilir. Yayımlanan vaka serilerine göre intravenöz trombolitik ve antikoagülan alanların sonuçları, yalnızca antikoagülan tedavi alanlardan iyi olmaması, antikoagülasyon ile hastaların önemli bir çoğunluğunda kabul edilebilir renal fonksiyon kazanımının olması ve trombolitik tedavinin artmış hemoraji riski nedeniyle vakamızda heparin tedavisi tercih edildi.⁷

Sonuç olarak, atriyal fibrilasyon, böbreğin de tutulabildiği sistemik arteriyel embolizasyona yol açabilmektedir. Bu nedenle biz bu vakayla, karın ağrısı ile

acil servise başvuran atriyal fibrilasyonlu hastalarda ayırıcı tanıda renal enfarktüsün de olması gerektiğini vurgulamak istedik.

Kaynaklar

1. Domanovits H, Paulis M, Nifkardjam M, Bankier AA, Laggner AN: Acute renal infarction. Clinical characteristics of 17 patients. Medicine (Baltimore) 1999;78:386-94
2. Amilineni V, Lackner DF, Morse WS, Srinivas N: Contrastenhanced CT for acute flank pain caused by acute renal artery occlusion. Am J Roentgenol 2000;174:105-6
3. Siddiqui OA, Al-Absi A, Showkat A., A case of renal infarction associated with elevated factor VIII level.Clin Nephrol 2011;76:250-5.
4. Chu PL, Wei YF, Huang JW, Chen SI, Chu TS, Wu KD. Clinical characteristics of patients with segmental renal infarction. Nephrology (Carlton) 2006;11:336-40
5. 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 2004;83:292-9.

6. Hazanov N, Somin M, Attali M, Beilinson N, Zaks N, Malnick S: Acute renal embolism. Fortyfour cases of renal infarction in patients with atrial fibrillation. Medicine 2004;83:292-299.
7. Korzets Z, Plotkin E, Bernheim J, Zissin R: The clinical spectrum of acute renal infarction. Isr Med Assoc J 2002;4:781-4.

Yazı Kayıt

Geliş Tarihi: 13.09.2012

Kabul Tarihi: 03.12.2012

Yazışma Adresi: Murat Bilgin, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

e-posta: drbilginmurat@hotmail.com
