

Olgu Sunumu



Polikistik Böbrek Hastalığı olan Bir Hastada Travma Sonrası Bilateral Nefrektomi: Nadir Bir Olgu Sunumu

Sedat ÇARKIT^{1,a}, Muharrem Enes ÇELİK¹, Gökhan SÖNMEZ²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

ÖZ

Renal travma, travmaya bağlı acil başvuruların yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır. Vakaların çoğu kendiliğinden düzelir, ancak künt böbrek travması basit böbrek kontüzyonundan böbrek pedikül avülsiyonuna kadar çeşitli durumlar ortaya çıkarabilir.

Bu olguda, polikistik böbrek hastalığı öyküsü olan ve araç dışı trafik kazası sonrası bilinç bozukluğu ile acil serviste değerlendirilen 59 yaşında bir kadın hasta sunuldu. Bilateral nefrektomi uygulandı.

Amacımız literatürde nadir olduğunu düşündüğümüz bilateral polikistik böbrek hastalığı olan bir olgunun künt travma sonrası mortalitesini sunmaktır.

Anahtar Sözcükler: Künt Renal Travma, Bilateral Nefrektomi, Polikistik Böbrek Hastalığı, Acil Cerrahi, Akut Böbrek Hasarı.

ABSTRACT

Post-Traumatic Bilateral Nephrectomy in a Patient with Polycystic Kidneys: Report of a Rare Case

Renal trauma rates for approximately 3% of emergency admissions related to trauma. Most cases resolve on their own, but blunt renal trauma can present a range of conditions from simple renal contusion to renal pedicle avulsion.

We present the case of a 59-year-old female patient with a history of polycystic kidney disease who was evaluated in the emergency department with impaired consciousness following a car accident. Bilateral nephrectomy was performed.

Our aim was to present the post-blunt trauma mortality of a bilateral polycystic kidney disease patient, which we believe is rare in the literature.

Keywords: Blunt Renal Trauma, Bilateral Nephrectomy, Polycystic Kidney Disease, Emergency Surgery, Acute Kidney Injury.

Bu makale atıfta nasıl kullanılır: Çarkıt S, Çelik E, Sönmez G. Polikistik Böbrek Hastalığı olan Bir Hastada Travma Sonrası Bilateral Nefrektomi: Nadir Bir Olgu Sunumu. Fırat Tıp Dergisi 20xx: xx (x): xxx.

How to cite this article: Çarkıt S, Çelik E, Sönmez G. Post-Traumatic Bilateral Nephrectomy in a Patient with Polycystic Kidneys: Report of a Rare Case. Fırat Med J 20xx: xx (x): xxx.

ORCID IDs: S.Ç. 0000-0001-7360-5121, M.E.Ç. 0009-0009-2450-1348, G.S. 0000-0001-8391-1050.

Böbrek travmaları, yaralanmalara ilişkin acil başvuruların yaklaşık %3'ünü oluşturur. Çoğu vakada kendiliğinden çözümlenme eğilimindedir, ancak künt böbrek travması, böbrekte basit bir morluktan renal pedikülün tamamen kopmasına kadar çeşitli şekillerde kendini gösterebilir (1, 2).

Polikistik böbrek hastalığı, öncelikli olarak böbreklerde olmak üzere kanallı organlarda kistlerin oluşmasıyla karakterize edilen kalıtsal bir bozukluktur. Otozomal dominant bir örüntüde kalıtsaldır ve yaklaşık olarak 1000 doğumda 400 ila 1/1000 oranında görülür. Kanlı idrar, böbrek taşları ve kronik böbrek yetmezliği gibi renal komplikasyonlar sıkça gözlenir. Ancak, kalp kapak anormallikleri, beyin anevrizmaları ve karaciğerde kistler gibi ekstral renal komplikasyonlar da olabilir (3). Künt karın travması tarafından tetiklenen önceden mevcut böbrek anormalliklerine sahip bireyler, özellikle bu komplikasyonlara karşı duyarlıdır. Kistlerle ilişkili kanama, polikistik böbrek hastalığı vakalarının %70'inde gözlenen sık bir durumdur, ancak kist rüptürüne bağlı şiddetli komplikasyonlar nadirdir

(4).

Bu çalışmada künt karın travması sonucunda çoklu kistik kanama gelişen bir polikistik böbrek hastalığı vakasını sunmaktayız.

OLGU SUNUMU

Ellidokuz yaşındaki polikistik böbrek hastalığı öyküsü bulunan bir kadın hasta, trafik kazası sonrası bilinci kapalı bir durumda acil servise getirildi. Hasta; 2 yıldır son dönem böbrek yetmezliği olan ve haftada 4 gün diyaliz tedavisi görmekteydi ve böbrek nakli için uygun bir donör arıyordu. Retrospektif radyolojik incelemeler incelendiğinde, tüm abdomen magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'si mevcuttu ve bilateral renal kistler görüldü (Şekil 1).

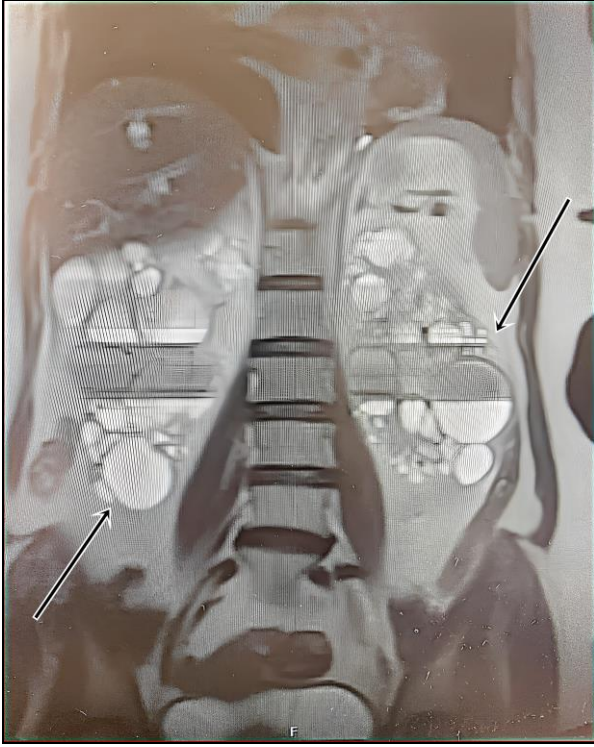
^aYazışma Adresi: Sedat ÇARKIT, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

Tel: 0506 553 7314

Geliş Tarihi/Received: 09.11.2023

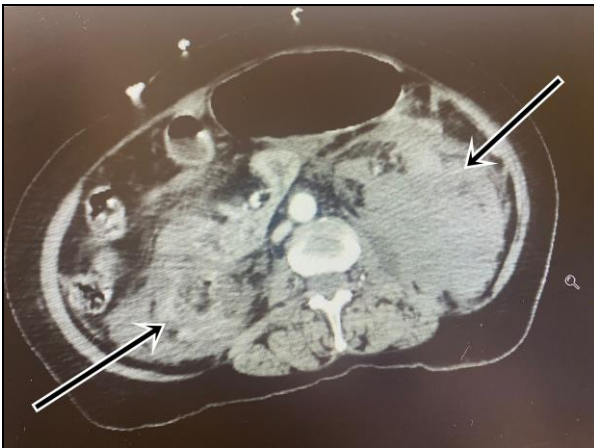
e-mail: opdrsedatcarkit@gmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 26.04.2024

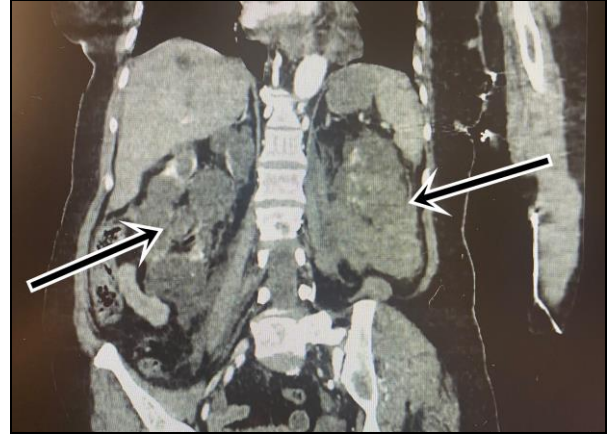


Şekil 1. Önceki MRG'de böbrek kistleri.

Acil serviste yapılan ilk değerlendirmede hasta bilinci kaybetmiş, soluk, hipotansif ve taşikardikti (Glasgow Skoru: 3). Bu sırada kardiyak arrest meydana geldi ve hemen müdahale ile hastanın kalbi başarılı bir şekilde yeniden çalıştırıldı. Hastanın genel durumu kötü, batında belirgin bir distansiyon vardı. Üriner kateter yerleştirildiğinde gros hematüri görüldü. Laboratuvar çalışmaları; hemoglobün 5 g/dL, normositer anemi mevcuttu. Platelet değeri 90.000, BUN:40mmol/L, Kreatinin:3 mg/dL idi. Diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Radyoloji raporunda bilateral böbreklerde çok sayıda kistler ve bilateral retroperitonu tamamen dolduran hemorajik mayi görünümü mevcuttu (Şekil 2, 3).



Şekil 2. Acil serviste BT görüntüsü.



Şekil 3. Acil serviste BT koronal kesit.

Hasta genel durumu bozuk, unstable olduğu için direkt olarak ameliyat odasına alındı. Operasyona 2 genel cerrahi uzmanı ve 2 ürolog katıldı. Hasta unstable olduğu için standart orta hat laparotomi yapıldı. Karına girildikten sonra karaciğer tamamen doğal, dalak alt polde minimal sızıntı şeklinde kanama mevcuttu. Bilateral retroperitoneal sahayı tamamen dolduran bol miktarda hematoma görüldü. Sol kolunun mobilizasyonu sonrası yaklaşık 2 litre kadar pıhtılaşmış kan boşaltıldı. Böbrek üzerindeki multipl kistlerden rüptür olduğu ve buralardan aktif kanamanın devam ettiği görüldü. Renal arter ve renal ven pedikülleri klemplenip kesildikten sonra 2/0 ipek sütür ile bağlandı. Üreter klipslendi. Nefrektomi uygulandı. Akabinde; sağ kolun serbestleştirildi. Sağ böbreğin de benzer durumda olduğu görüldü. Sağ nefrektomi de aynı şekilde yapıldı. Ameliyat sürerken hastada bir kez daha kardiyak arrest durumu gelişmiş olup yaklaşık 12 dakikalık müdahale sonrası hastanın kalbi tekrar çalıştırıldı. Dalak alt poldeki kanama durdurulamadı. Hasta hemodinamik olarak da unstable olduğu için splenektomi uygulandı. Ameliyat esnasında yaklaşık 8 ünite eritrosit süpsansiyonu verildi. Hasta entübe, genel durumu kötü bir halde yoğun bakım ünitesine gönderildi. Yoğun bakım ünitesindeki takibinde dissemine intravasküler koagülasyon tablosuna giren hastaya toplamda 10 ünite eritrosit süpsansiyonu, 10 ünite taze donmuş plazma, 12 ünite havuzlanmış trombosit süpsansiyonu (2'şer adet 6 ünitelik) verildi. Tekrar eden operasyonlara, gerekli intravenöz tedavinin tüm seçeneklerine rağmen kurtarılamadı. Post-operatif 30. Saatte ex oldu.

TARTIŞMA

Kist kanaması, polikistik böbrek hastalığının (PKD) sık görülen bir komplikasyonudur, ancak kist rüptürü nadirdir. Özellikle önceden mevcut böbrek hastalığı olan hastalarda künt travma durumlarında bile PKD hastalarında kist rüptürüne ilişkin çok az vaka bildirilmiştir. Bu nedenle, PKD'li hastalarda kistik rüptürün optimal yönetimi, morbidite ve mortalite açısından iyi tanımlanmamıştır (5). PKD, otosomal dominant veya resesif kalıtımla meydana gelen bir hastalıktır. Otosomal do-

minant polikistik böbrek hastalığı, Amerika Birleşik Devletleri'nde bin kişiden 400 ila bininde 1'i etkileyen en yaygın şeklidir ve kronik böbrek hastalığının önde gelen genetik nedenidir (6). Bu hastaların yaklaşık %45'i 60 yaşına kadar olan süreçte son evre böbrek yetmezliğine ilerler (6).

Künt travma nedeniyle önceden mevcut böbrek patolojisinin böbrek hasarını artırdığı, belirgin piyelografi deformasyonuna neden olduğu bilinmektedir (7). Leslie ve arkadaşları (8), cerrahi işlemi önleme amaçlı bilateral nefrektomi gerektiren rüptüre polikistik böbrekler vakasını bildirdi. İntervansiyonel yöntemler, penetran böbrek yaralanmalarında başarılı sonuçlar göstermiştir, ancak künt travma bağlamında başarıları sınırlıdır. Hajjar ve arkadaşları, künt travma sonrası bilgisayarlı tomografi taramasında PKD'li, hemodinamik olarak kararsız bir hastayı ve grade 4 böbrek yaralanmasını bildirmiştir. Büyük çaplı sızma ile ilişkili sol renal arter psödoanevrizmasının selektif arteriyel kateterizasyonunu ve bobin embolizasyonunu gerçekleştirdiler (4). Acil serviste hemorajik şok ve kardiyak ar-

restle başvuran hastamız, ameliyata uygun değildi ve cerrahi dışı tedavi için uygun değildi. Bununla birlikte, hastamız son evre böbrek yetmezliğine sahipti ve böbrek nakli için adaydı. Hajjar ve arkadaşlarının bildirdiği hastada, travmadan önce minimal böbrek fonksiyon bozukluğu vardı. Biz hasar kontrol cerrahisi seçtik ve hemodiyaliz tedavisi gören, haftada 4 gün olan, böbrek nakli bekleyen kararsız bir hastada bilateral nefrektomi gerçekleştirdik. PKD ilerleyici bir hastalıktır ve böbrek nakli için önde gelen bir neden olup, hastamız diyalize gittiği sırada yaşamış olduğu travmayı deneyimledi. Bu hastalarda hiperakut rejeksiyon, gecikmiş greft fonksiyonu ve düşük greft sağkalım oranları, önceki büyük transfüzyonlarla da ilişkili olabilir (9, 10). PKD'li hastalarda künt travma sonrası acil bilateral nefrektomi, vakamızda olduğu gibi nadir bir zorunluluktur. Vakamızda açıkladığımız gibi cerrahi olmayan tedaviler mümkün olmasına rağmen, kararsız bir hastada bilateral nefrektomi kaçınılmazdı. Büyük kan kaybı sonrası hastanın hayatı kurtarılamadı.

KAYNAKLAR

1. Erlich T, Kitrey ND. Renal trauma the current best practice. *Ther Adv Urol* 2018; 10: 295-303.
2. Singh S, Sookraj K. *Kidney Trauma* 2018(1).
3. Coccolini F, Moore EE, Kluger Y et al. Kidney and uro-trauma WSES-AAST guidelines. *World J Emerg Surg* 2019; 14: 54.
4. Hajjar K, Bou Chebl R, Kanso M, Abou Dagher G. Autosomal dominant polycystic kidney disease and minimal trauma: medical review and case report. *BMC Emerg Med* 2018; 18: 38.
5. Akoh JA. Current management of autosomal dominant polycystic kidney disease. *World J Nephrol* 2015; 4: 468-79.
6. Pei Y, Watnick T, Raby BA. Autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD): Genetics of the disease and mechanisms of cyst growth. *UpToDate*; Forman, JP, Ed; UpToDate: Waltham, MA, USA 2020(6).
7. Saadi A, Maatougui J, Hermi A et al. Management of blunt renal trauma on pre-existing diseased kidneys: a cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)* 2023; 85: 2432-6.
8. Nash NA, Chan J, Miller KR, Franklin GA, Ravindra KV, Smith JW. Bilateral nephrectomies following rupture of polycystic kidneys in blunt renal trauma. *Injury Extra* 2010; 41: 109-11.
9. Gaiffe E, Vernerey D, Bardiaux L et al. Early Post-Transplant Red Blood Cell Transfusion Is Associated With an Increased Risk of Transplant Failure: A Nationwide French Study. *Front Immunol* 2022; 13: 854850.
10. Massicotte-Azarniouch D, Sood MM, Fergusson DA, Chassé M, Timmouth A, Knoll GA. Blood Transfusion and Adverse Graft-related Events in Kidney Transplant Patients. *Kidney Int Rep* 2021; 6: 1041-9.