Bleeding Diathesis in Unobserved Ground After the Diagnostic Ureterorenoscopy Gross Hematuria

Farkedilmemiş Kanama Diatezi Zemininde Tanısal Üreterorenoskopi Sonrası Gelişen Gross Hematüri; Olgu Sunumu

Kanama Diatezi Zemininde Üreterorenoskopi Sonrası Hematüri / Hematuria After Ureterorenoscopy in the Basis of Bleeding Diathesis

İsmail Nalbant[1], Eray Hasırcı[2], A. Murat Bayraktar[3], M. Çağlar Çakıcı[1], Musa Ekici[4]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, [2]Başkent Üniversitesi, Üroloji Kliniği, Ankara,
[3]Yüksek İhtisas Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kırıkkale, [4]Hitit Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Çorum, Türkiye

Özet

Özet: Üroloji pratiğinde sık karşılaşılan sorunlardan birisi olan hematürinin başlıca sebepleri arasında maligniteler, idrar yolu enfeksiyonları ve üriner sistem taş hastalığı gibi patolojiler mevcuttur. Ancak bu durum antikoagülan kullanımı, kanama diatezi, çeşitli intravesikal tedavi ve kemoterapi sonrası da karşımıza çıkabilmektedir. Biz bu çalışmamızda üriner sistem de herhangi bir patolojik durum tesbit edemediğimiz ve kanama diatezi zemininde ortaya çıkan bir hematüri olgusunu sunmayı amaçladık

Anahtar Kelimeler

Hematüri; Kanama Diatezi; Akut Böbrek Yetmezliği

Abstract

Summary: Hematuria is one of the common urological problem. The main causes of hematuria are malignancies, urinary tract infection and urinary tract stone disease. But sometimes use of anticoagulants, bleeding diathesis and intravesical chemotherapy can cause the hematuria. In our study, we aimed to present a patient with hematuria and has bleeding diathesis but detected any additional urological pathology.

Keywords

Hematuria; Bleeding Diathesis; Acute Renal Failure

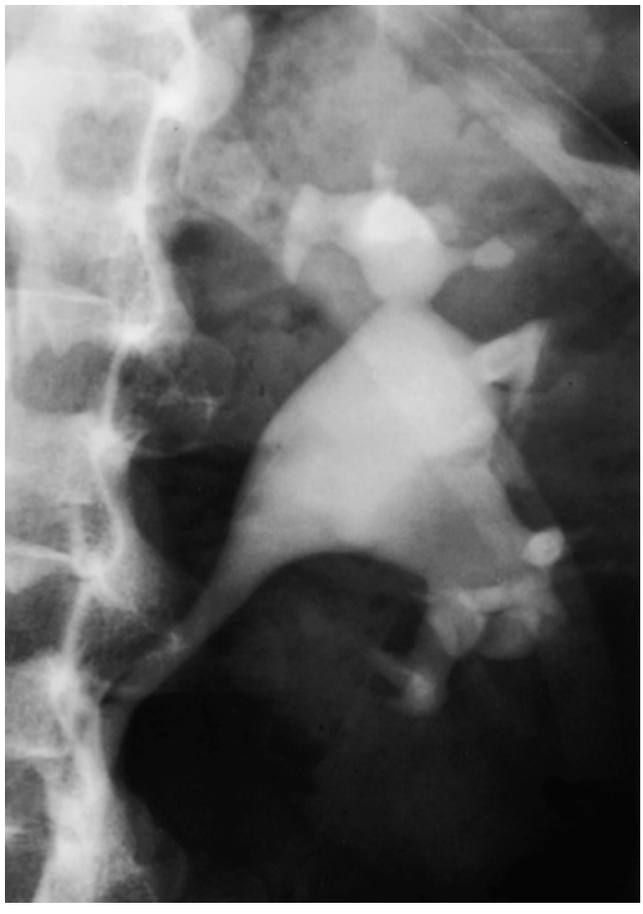
DOI: 10.4328/JCAM.3098 Received: 20.11.2014 Accepted: 22.01.2015 Printed: 01.06.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 3): 352-4
Corresponding Author: İsmail Nalbant, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye.
GSM: +905054602340 E-Mail: nalbant60@yahoo.com

Giriş

Hematüri toplumda sık görülen ve prevelansı %2,5'den %20'ye kadar varan klinik bir durumdur [1,2] ve pratikte karşımıza makroskopik veya mikroskopik olarak çıkabilir. Makroskopik hematürili hastaların en az yarısında önemli bir ürogenital sistem hastalığı bulunmaktadır [3,4]. Bu nedenle makroskopik hematürinin altta yatan nedenini ortaya koymak için ileri değerlendirme gerektirdiği konusunda tartışma yoktur. Makroskopik hematüri saptanan bir hastanın detaylı ürolojik değerlendirilmesi gereklidir. Biz de burada pıhtılı hematürisi ve yan ağrısı olan olgumuzu sunmayı amaçladık

Olgu Sunumu

Yaklaşık 1 haftadır pıhtılı hermatüri ve sol yan ağrısı olan hasta polikliniğe başvurdu. Yapılan Üriner Ultrasonografi de (USG) sol böbrek toplayıcı sistemde dilatasyon ve mesane doğal şeklinde raporlandıktan sonra çekilen tomografi ve intravenöz pyelografide bu durumu açıklayacak herhangi bir neden saptanamaması (resim 1) üzerine genel anestezi altında sol tanısal üreterorenoskopi ve sistoskopi planlanarak hospitalize edildi. Hastanın özgeçmişinde Diabetes Mellitus ve Hipotroidi mevcut olduğu öğrenilmiş ve halen kullanmakta olduğu asetilsalisilik asit operasyondan 10 gün önce kesilmişti. Hastanın operasyon öncesi labaratuvar değerlerinde herhangi bir anormallik saptanmazken (Hb:15,6 mg/dl, PLT: 306000, böbrek fonksiyon testleri ile koagülasyon parametreleri normal), yapılan üroflowmetrisinde qmax: 8ml/sn olarak saptanmıştır.



Resim 1. Preoperatif ivp

Hastaya yapılan sistoskopi sonucunda prostat loblarının hiperplazik ve mesanenin trabeküle olduğu lümen içerisinde patolojik oluşumun olmadığı izlendi. Ardından yapılan üreterorenoskopisinde ise üreteropelvik bileşkeye kadar çıkılarak herhangi bir patolojiye rastlanmamış ve sol üreterden sitoloji örneği alınıp işleme komplikasyonsuz olarak son verilmiştir. Sitoloji örneği ise daha sonra malignite yönünden negatif yayma olarak raporlanmıştır.

Postoperatif birinci günde taburculuğu planlanan hastada makroskopik hematüri ve dehidrate görünüm saptanması üzerine yapılan muayene sonucu hematoglob saptandı ve hastanın mesanesi mevcut üretral sondadan irrige edilerek hematom boşaltıldı. Ardından gönderilen hemogramda Hb:11 mg/dl, WBC:19 000, PLT:234 000, Üre: 47 ve Kreatin 2,9 saptanması üzerine hasta dahiliye, hematoloji, nefroloji ve enfeksiyon kliniklerine konsülte edildi. Hastanın hematürisinin devam etmesi üzerine çekilen kontrol USG ve batın tomografisinde mesanede yaklaşık 9 cm hematom saptandı ve hasta tekrar sistoskopiye alınarak hematom boşaltıldı ve aktif hemoraji kaynağına rastlanmadı. Sağlanan hidrasyon ve eritrosit süspansiyonu desteğine rağmen Hb: 5,8 mg/dl'ye kadar düşerken kreatin 4,1'e kadar yükselmesi dikkat çekmiştir. Hastaya elektif şartlar sağlandıktan sonra tekrar genel anestezi altında 2 kez sistoskopi ve tur-p uygulandı. Hastanın dahiliye kliniklerince istenen tetkiklerinde von wilebrand faktör antijeni 134 (N) ,V-W F (R.CO-FACTOR): 240 (50-160), kollajen/epi:101 (85-157), kollajen/adp: 75 (65-125), d-dimer: 1,804 (0-0,55) ,faktör 7 ,faktör 10, faktör 13 düzeyleri, invitro kanam zamanı, fibrinojen, APTT ve İNR normal ve periferik yayması tüm alanlarda trombositler yeterli sayıda ve atipik hücre izlenmedi şeklinde olup hastaya traneksamik asit, transamin ve folbiol desteği sağlandı. Hastanın mevcut durumu herhangi bir somut nedene bağlanamazken hastaya bu süreçte toplam 22 ü Eritrosit Süspansiyonu ,11 ü Taze Donmuş Plazma ve 7 ü trombosit süspansiyonu verildi. Hasta 33 günlük hospitalizasyon süresi ile semptomatik ve destek tedavisi sonunda hemodinamisi stabilleşti, hematürisi durdu ve Hb:10,7 PLT:315000, üre:41 kreatin:0,9 değerleri ile hematoloji kliniğine ileri tetkik ve tedavi için yönlendirildi. Daha sonra ki süreçte hastanın takiplerinde herhangi bir hemodinamik ve klinik patolojiye rastlanmadı.

Tartışma

Hematüri basit bir insidental bulgudan, malign lezyona kadar geniş bir spektrumda karşımıza çıkabilir. Yaşa bağlı olarak etiyoloji de değişiebilir. Genclerde daha cok glomerüler kaynaklı nedenler ön plandayken, 60 yaş üzerinde ürolojik nedenler ve özelliklede maligniteler akla gelmelidir. Sigara kullananlar, 40 yaşından büyük hastalar, irritatif semptomları olanlar, pelvik radyoterapi öyküsü olanlar, mesleki risk taşıyanlar (özellikle aromatik amin maruziyeti), sık idrar yolu enfeksiyonu geçirenler, siklofosfamid ve aşırı analjezik kullananlar ürolojik maligniteler konusunda yüksek risk taşıyan grubu oluştururlar.

Makroskopik hematüri şikayeti olan her hastada ayrıntılı değerlendirmenin yanı sıra idrar tahlili de standart değerlendirmenin bir parçasıdır. Bu hastaların tam bir ürolojik değerlendirmeleri yapılması için radyolojik ve endoskopik tetkiklerinin sırası net olarak ortaya konabilmiş değilse de hematürisi olan hastalarda öncelikle istenecek görüntüleme yöntemleri direkt grafi (DÜSG) ve ultrasonografi (US)'dir. Ancak nefrolojik bir kontrendikasyon yok ise, intravenöz piyelografi (IVP) veya bilgisayarlı tomogra-

fi (BT) eşliğinde ürografi de tercih edilebilir. IVP üriner sistem taş hastalığına yönelik iyi bir yöntem olmasına karşın, non-opak (urik asit vb.) taşların ve küçük renal kitlelelerin fark edilebilirliği noktasında duyarlılığı düşüktür [5,6].

Bunun dışında hematüri etiyolosisini ortaya koyma noktasında idrar sitolojisinin yeri olmasına karşın duyarlılığı tümörün büyüklüğü ve sitopatoloğun deneyimi gibi faktörlere bağlıdır. Ayrıca radyoterapi ve/veya kemoterapi alanlarda üriner sistemde taşı yada kronik inflamasyonu olanlarda idrar sitolojisi yalancı pozitif olabilir. Son yıllarda tranzisyonel hücreli tümörlerin saptanmasında mesane tümörü antijeni (BTA) ve nükleer matriks proteini (NMP22) tümör markerları olarak kullanıma girmiştir. Günümüzde mesane tümörü tanısında kullanılan tümör markerları, sitoloji ile kıyaslandığında çoğunun sensitivitesinin daha iyi olmasına rağmen, spesifitelerinin daha düşük olduğu görülür. Tüm bu gelişmelere rağmen günümüzde sistoskopi, hematürili hastaların değerlendirilmesinde ve mesane tümörlerinin tanısında ve takibinde halen altın standart olarak kabul edilmektedir [7,8].

Buna rağmen hematürisi olan hastaların ancak %32 ila %100'ünde altta yatan bir faktör tespit edilmektedir [5]. Her ne kadar bizim olgumuzda tanısal bir işlem sonrası gelişen makroskopik hematüri olsa da tanı basamakları tekrar gözden geçirilmiş ve literatür dışına çıkılmamıştır.

Khadra ve arkadaşlarının yapmış olduğu 1930 hastanın dahil edildiği bir çalışmada mikroskopik ayrımı yapılmaksızın hematüri etiyolojisinde; hastaların %12'sinde mesane malign neoplazmı, %12'sinde üriner infeksiyonlar, %2'sinde ise taş hastalığı, %2 diğer nedenler tespit edilmişken geriye kalan %61'inde temel bir sebep bulunamamıştır [1].

Sonuç olarak bu olguda makroskopik hematüri nedeni tam olarak ortaya konulamamakla beraber pıhtılaşma bozukluğu veya antikoagülan kullanımının üriner sistem patolojisini ekarte ettirmeyeceği gibi yapılan her türlü basit endoskopik girişim sonrası görülen hematürinin de sadece üriner sistem patolojisine ait olmayabileceğini hatırlatmak isteriz.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, Powell PH, Neal DE. A prospective analysis of 1.930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. J Urol 2000; DOI: 10.1016/S0022-5347(05)67916-5.
2. Mariani AJ, Mariani MC, Macchioni C, Stams UK, Harihana A, Moriera A. The significance of adult hematuria: 1,000 hematuria evaluations including a risk benefit and cost-effectiveness analysis. J Urol 1989;141(2):350–5.
3. Glenn S, Gerber MD, Charles B Brendler MD, editors. Evaluation of the urologic patient: History, physical examination, and urinalysis. Philadelphia; Campbell-Walsh Urology. Ninth Edition; 2007.p.81-110
4. Carter WC 3rd, Rous SN. Gross hematuria in 110 adult urologic hospital patients. Urology 1981;18(4):342-4.
5. Grossfeld GD, Litwin MS, Wolf JS, Hricak H, Shuler CL, Agerter DC, et al. Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: the American Urological Association best practice policy–part I: definition, detection, prevalence, and etiology. Urology 2001;57(4):599–603.
6. Grossfeld GD, Litwin MS, Wolf JS, Hricak H, Shuler CL, Agerter DC, et al: Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: The American Urological Association best practice policy-part II: Patient evaluation, cytology, voided markers, imaging, cystoscopy, nephrology evaluation, and follow-up. Urology 2001;57:604-10.
7. Edward M. Messing, Catalona W, editors. Urothelial tumors of the urinary tract. USA; Campbell's Urology. 8th Edition; 2002.p.2327-83.
8. Feil G, Stenzi A. Tumor marker tests in bladder cancer. Actas Urol 2006;30(1):38-45.

How to cite this article:
Nalbant İ, Hasırcı E, Bayraktar AM, Çakıcı MÇ, Ekici M. Bleeding Diathesis in Unobserved Ground After the Diagnostic Ureterorenoscopy Gross Hematuria. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 3): 352-4.