

Sygnatura: Pol J Radiol, 2006; 71(4): 78-80

Otrzymano: 2006.01.03

Zaakceptowano: 2006.05.20

Spontaneous renal hematoma – a case report

Samoistny krwiak nerki – opis przypadku

Marzanna Obrzut^{1,2}, Jarosław Homa², Bogdan Obrzut³¹ Instytut Fizjoterapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego² Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie³ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego**Adres autora:** Marzanna Obrzut, Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Chopina 2, 35-068 Rzeszów, e-mail: m.obrzut@interia.pl

Summary

Background:	Spontaneous pararenal hematoma is a rare pathology most frequently coexisting with renal tumours, vascular anomalies and inflammatory processes. In some cases one cannot establish its etiology.
Case report:	The paper describes a case of a 58-year-old man with a spontaneous pararenal hematoma and presents a diagnostic algorithm.
Conclusions:	Ultrasonography and CT play an important role in diagnostics of spontaneous pararenal haemorrhages. These methods enable a precise evaluation of size and location of hematoma and its evolution.
Key words:	Spontaneous renal hematoma • CT • US
PDF file:	http://www.polradiol.com/pub/pjr/vol_71/nr_4/8853.pdf

Wstęp

Samoistne krwawienie do przestrzeni zaotrzewnowej jest rzadko występującą patologią. Powstaje w przebiegu pęknięcia narządu mięszonego leżącego pozaotrzewnowo lub tętniaka aorty, bądź jako powikłanie chorób przebiegających z niedoborem czynników krzepnięcia [1].

W grupie krwawień z narządów mięszonego najczęściej udokumentowane są samoistne krwiaki nerki (SKN) [2, 3, 4]. Najczęstsze przyczyny SKN to: łagodne i złośliwe guzy nerek, anomalie naczyniowe i choroby zapalne [5]. Pod względem anatomicznym krwiaki nerki można podzielić na podtorebkowe i przynerkowe.

Największe znaczenie w rozpoznaniu tej jednostki chorobowej mają USG i tomografia komputerowa.

W niniejszej pracy przedstawiono diagnostykę oraz ewolucję samoistnego krwiaka nerki w/w badaniach obrazowych.

Opis przypadku

Pacjent lat 58 zgłosił się do Poradni POZ z tępych bólem w okolicy lędźwiowej prawej, promieniującym do podżebrza prawego. Dolegliwości trwały od trzech dni, a rozpoczęły się ostrym, przeszywającym atakiem bólu w trakcie spaceru. Na podstawie wywiadu wykluczono uraz jamy brzusznej.

Badanie fizykalne nie wykazało obecności patologicznych oporów w/w okolicy.

Również w badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyłań od normy.

Przeprowadzone badanie USG wykazało niewielkie powiększenie nerki prawej oraz podwyższenie echogeniczności warstwy mięszonej z dyskretnym zatarciem zróżnicowania mięszonego-zatokowego. Od strony grzbietowej narządu, podtorebkowo uwidoczono sierpowatą, ubogochową obszar szerokości 2,2 cm, długości 4,2 cm (ryc. 1). Pacjenta z podejrzeniem krwiaka nerki skierowano na badanie TK.

Badanie to przeprowadzono w technice spiralnej skanem jednorzędowym, w ułożeniu pacjenta na plecach, po podaniu dożylnym 100 ml Omnipaque z prędkością 2,5 ml/s. Początek skanowania po 40 s, w kierunku doogonowym, warstwa grubości 5 mm, przesuw stołu 5 mm. Podtorebkowo uwidoczono niejednorodny, hyperdensyjny (ok. 58–66 j.H) obszar szerokości 3,2 cm, który nie uległ wzmocnieniu po podaniu środka kontrastowego. W obrębie miąższu nerek patologicznych struktur nie wykazano (ryc. 2). Na podstawie wyników badań obrazowych, przy braku wskazań klinicznych do doraźnej interwencji chirurgicznej zastosowano leczenie zachowawcze.

Kontrolne badania USG (początkowo codziennie, a następnie w dłuższych odstępach czasowych) wykazywały stopniową regresję krwiaka. W wykonanym po 4 miesiącach od rozpoznania kontrolnym badaniu TK stwierdzono prawidłowy obraz nerki (ryc. 3).

Dyskusja

Jak zaznaczono we wstępie, samoistny krwiak nerki (przynerkowy lub podtorebkowy) jest rzadkością kliniczną. Najczęściej występuje jako powikłanie w przebiegu guzów nerki (rak nerki i angiomyolipoma) [1, 6, 7]. W 1856 r. Wounderlich jako pierwszy opisał kliniczny przypadek spontanicznego krwawienia do przestrzeni przynerkowej [8]. Dougal i wsp. udokumentowali 78 przypadków krwiaków przynerkowych, których najczęstszą przyczyną był guz nerki (58%), choroby naczyń (18%) i choroby infekcyjne (10%). W grupie chorób naczyniowych dominowało guzkowe zapalenie tętnic [2]. Podobne wyniki uzyskali Cinman i wsp., którzy stwierdzili, że 63% krwiaków przynerkowych współistniało z guzem nerki [9]. W badaniach Daskalopoulou guzy nerki wykryto w 69,2% przypadków SKN. W grupie tej 56% stanowiły nowotwory łagodne typu angiomyolipoma, a 44% rak nerki. U niewielkiej części pacjentów nie udaje się jednak ustalić przyczyny krwawienia [1], co dotyczyło również opisanego przypadku.



Figure 1. Sonogram shows sickle-shaped hypoechogenic area of subcapsular renal haematoma.

Rycina 1. Badanie USG pokazuje sierpowatego kształtu, podtorebkowy krwiak nerki.

Mechanizm krwawienia podtorebkowego i do przestrzeni przynerkowej nie jest do końca poznany. Za jedną z przyczyn uważa się nagły wzrost ciśnienia w żyłach nerkowych, który prowadzi w konsekwencji do krwawień śródmiąższowych [10].

Inna hipoteza mówi o wzroście ciśnienia żylnego spowodowanego uciskiem masy guza na odgałżenie żyły nerkowej. Powoduje to w pierwszej fazie przekrwienie, a następnie – po całkowitym zamknięciu żyły nerkowej – pęknięcia i krwawienie [11].

Angiomyolipoma jest najczęstszym łagodnym nowotworem nerki. Zbudowany jest on z licznych naczyń o cienkich ścianach i krętym przebiegu. Ściany patologicznych naczyń są bardzo mało elastyczne, stąd ich skłonność do pęknięcia i krwawienia.



Figure 2 A-B. CT images of the subcapsular haematoma. **A.** precontrast scan shows slightly hyperdense subcapsular zone in the right kidney. **B.** in postcontrast scan pathologic zone remains unenhanced.

Rycina 2 A-B. Podtorebkowy krwiak nerki w obrazie TK. **A.** przed podaniem środka cieniującego podtorebkowo nieznacznie hyperdensyjny obszar krwiaka. **B.** po podaniu środka cieniującego nieprawidłowy obszar nie uległ wzmocnieniu.

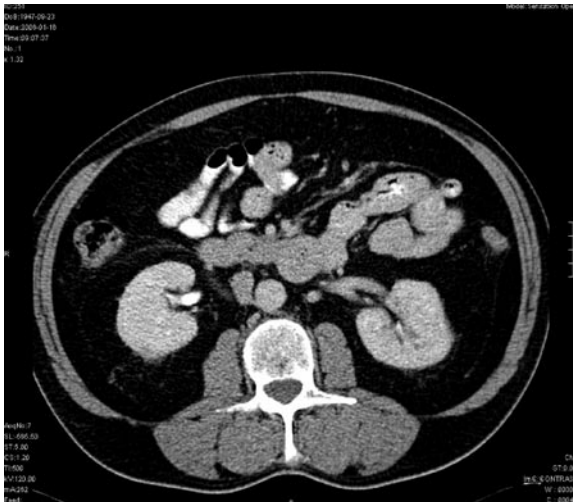


Figure 3. CT examination after 4 months reveals complete regression of the haematoma.

Rycina 3. Kontrolne badanie TK po 4 miesiącach wykazało całkowite ustąpienie krwiaka.

W diagnostyce pacjentów z podejrzeniem samoistnego krwawienia przynerkowego najważniejszą rolę odgrywiają badania obrazowe.

Badanie USG jako metoda nieinwazyjna powinno być zastosowane w pierwszej kolejności. W przypadkach wątpliwych należy wykonać celowaną tomografię komputerową wyso-

kiej rozdzielczości (warstwa < 5 mm). Wysoka rozdzielczość TK pozwala na postawienie prawidłowej diagnozy u większości pacjentów [7].

Algorytm postępowania przy podejrzeniu krwiaka zaotrzewnowego zależy od stanu ogólnego pacjenta.

Jeśli krwawienie jest intensywne i stan kliniczny niestabilny konieczna jest interwencja chirurgiczna, ewentualnie angiografia nerkowa w celu embolizacji naczynia. Gdy stan pacjenta jest stabilny wykonuje się badanie TK celowane na okolicę nerek.

W przypadku braku patologicznych struktur w obrębie nerek wskazana jest angiografia nerkowa w celu wykluczenia anomalii naczyniowych.

Jeżeli podjęto decyzję o postępowaniu zachowawczym (przy nieustalanej przyczynie krwawienia), konieczne są kontrolne badania obrazowe (USG, TK) krwiaka nerki w fazie resorpcji, aż do uzyskania prawidłowego obrazu narządu [5]. Taki schemat postępowania przyjęto również w opisywanym przypadku.

Wnioski

USG i TK odgrywiają najważniejszą rolę w diagnostyce samoistnych krwiaków nerki. Metody te umożliwiają precyzyjną ocenę wielkości i lokalizacji krwiaka oraz jego ewolucję.

Piśmiennictwo:

1. Daskalopoulos G, Karyotis I, Heretis I et al: Spontaneous perirenal hemorrhage: A 10-year experience at our institution. *Int Urol Nephrol* 2004; 36(1): 15-19.
2. Mc Dougal WS, Kursh ED, Persky L: Spontaneous rupture of the kidney with perirenal hematoma. *J Urol* 1975; 114: 181-184.
3. Zhang JQ, Fieling JR, Zou KH: Etiology of spontaneous perirenal haemorrhage: a meta-analysis. *J Urol* 2002; 167: 1593-1596.
4. Bosniak MA: Spontaneous subcapsular and perirenal hematomas. *Radiology* 1989; 172: 601-602.
5. Zuckerman E, Miselevitch I, Eisenberg D et al: Spontaneous perinephric hemorrhage in a middle-aged diabetic woman. *J Urol* 1994; 151: 977-979.
6. Dubosq F, Traxer O, Estrade V et al: Spontaneous renal haematoma: diagnostic and therapeutic approach in 7 cases. *Prog Urol* 2004; 14(3): 295-301.
7. Boumdin H, Ameer A, Lerek M et al.: Spontaneous subcapsular hematoma of the kidney. Report of 6 cases. *Ann Urol* 2002; 36(6): 357-60.
8. Wunderlich CRA, *Handbuch der Pathologie und Therapie*, 2nd ed. Stuttgart: Ebner & Seubert, 1856.
9. Cinman AC, Farmer J, Kauffman JJ et al.: Spontaneous perinephric hemorrhage in a 65-year-old man. *J Urol* 1985; 133: 829-832.
10. Polkey HJ, Vynalek WJ: Spontaneous no-traumatic perirenal and renal hematomas. An experimental and clinical study. *Arch Surg* 1933; 26: 196-202.
11. Nativ O, Lindner A, Goldwasser B et al: Spontaneous rupture of renal angiomylipoma. Report of three cases. *Eur Urol* 1984; 10(5): 345-346.