

• Sjúkratilfelli •

Skyndileg aftanskinublæðing

Jón Bjarnason^{1,2} læknir

Luis Fernando Bazan Asencios¹ læknir

Hjalti Már Þórisson¹ læknir

Kristbjörn I. Reynisson¹ læknir

¹Æðapræðing-inngripsröntgendeild, ²röntgendeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Jón Bjarnason, jonbjarnason92@gmail.com

Greinin barst til blaðsins 18. mars 2023,
samþykkt til birtingar 9. maí 2023.

Á G R I P

Fimmtíu ára karlmaður kom með sjúkrabil á bráðamóttökuna út af skyndilegum kviðverk. Við komu var hann kaldsveittur, föður og með hraðan hjartslátt. Framkvæmd var tölvusneiðmynd sem sýndi stóra aftanskinublæðingu og grun um æxli í vinstri nýrnahettu. Ástand hans varð fljótt stöðugt eftir vökva- og blóðgjöf, en endurbæling átti sér stað rúmlega viku eftir útskrift og sýndi þá ný tölvusneiðmynd sýndargúlpur í iðrum frá vinstri mið-nýrnahettuslagæð. Í æðapræðingu tókst að loka sýndargúlpnum með slagæðastíflun. Sjúklingurinn útskrifaðist í kjölfarið við góða líðan, en framkvæmd var segulóm skoðun í eftirfylgd eftir frásög blæðingar sem hins vegar hrakti gruninn um æxli í nýrnahettu og er orsök fyrri blæðingar því enn óþekkt.

Inngangur

Skyndileg aftanskinublæðing (*spontaneous retroperitoneal hemorrhage*) er sjaldgæf, en getur verið lífshættuleg blæðing, sem getur lýst sér með kviðverk, blóðmigu, bakverk og/eða losti. Þó tengsl við blóðþynningu sé vel þekkt eru ýmsar aðrar orsakir sem geta valdið slíkri blæðingu, meðal annars æxli.^{1,2}

Sýndargúlpur í iðrum (*visceral pseudoaneurysm*) er sjaldgæfur fylgikvilli, en getur verið lífshættulegur, sem getur komið meðal annars í kjölfar áverka, sýkingar eða bólgu. Iðrasýndargúlpar eru, ólíkt iðraslagæðagúlpum, ekki úr öllum þremur lögum æðar heldur þunnum bandvef og eru þeir því meðhöndlaðir fljótt eftir greiningu vegna mikillar blæðingarhættu.³

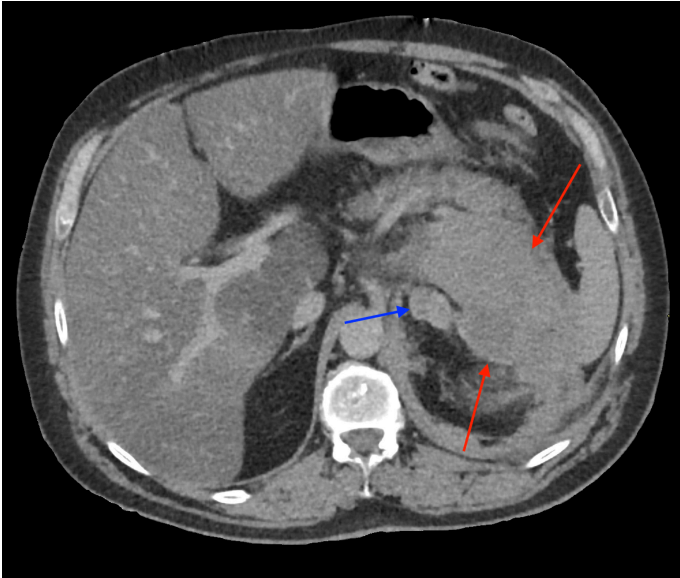
Tilfelli

Fimmtíu ára karlmaður með sögu um sarklíki (*sarcoidosis*) og heila- og mænisigg (*multiple sclerosis*) kom með sjúkrabil á bráðamóttökuna vegna slæms kviðverks. Verkurinn byrjaði sem seyðingur vinstra megin í kviðnum en skyndilega varð verkurinn óbærilegur.

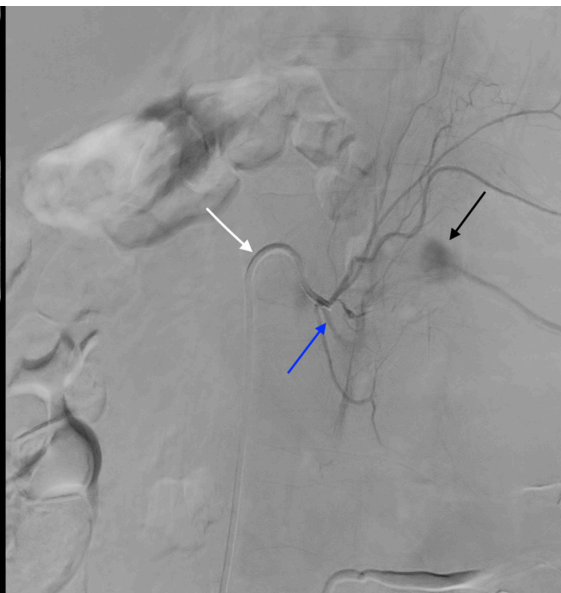
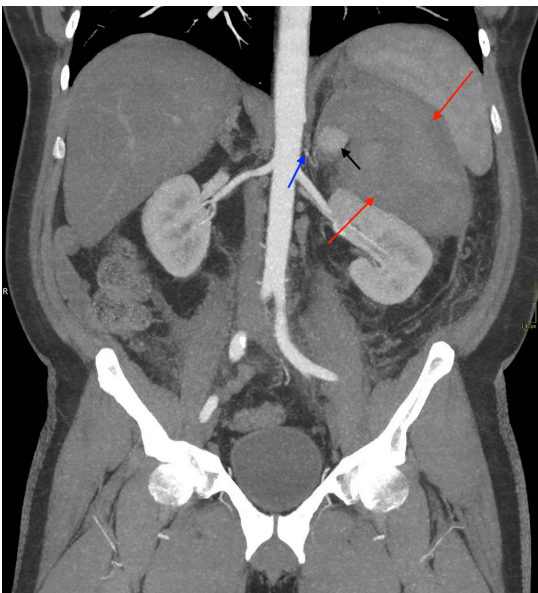
Við komu á bráðamóttöku var hann kaldsveittur, föður og meðtekinn af verk. Háræðafylling var lengd og voru þreifeymsli vinstra megin í kviðarholi. Blóðþrýstingur var um 120 mmHg í systólu en hafði verið hærri í sjúkrabilnum (160-180 mmHg) og var púls einnig hækkaður (121 slög/mín). Blóðþrýstingur féll fljótlega í kjölfarið niður í 100 mmHg í systólu. Sjúklingur var því sendur í tölvusneiðmynd til frekari greiningar.

Tölvusneiðmynd var framkvæmd í portæðafasa (*portal venous phase*) og síðfasa. Rannsókn sýndi stóra aftanskinublæðingu vinstra megin (*retroperitoneal hemorrhage*), en ekki voru merki um virka blæðingu eða sýnt fram á undirliggjandi orsök hennar. Aðlægt blæðingunni sást hins vegar fyrirferð sem vakti grun um æxli í vinstri nýrnahettu.

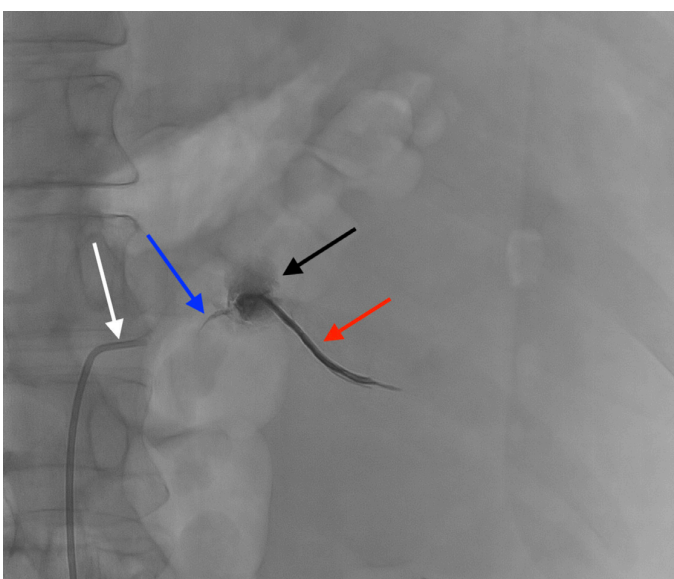
Sjúklingurinn fékk tvær einingar af neyðarblóði strax í kjölfar tölvusneiðmyndarinnar og fluttist á gjörgæsludeild, en ástand hans varð fljótt stöðugt. Í samráði við vakthafandi inngripsröntgenlækni og vakthafandi skurðlækni var ákveðið að byrja með hægmeðferð (*conservative treatment*). Í ljósi þess að grunur vaknaði um æxli í vinstri nýrnahettu var einnig mælt



Mynd 1. Tölusneiðmynd í portæðafasa og axial-plani sýnir stóra aftanskinublaðingu (rauðar örvar) ásamt óljóstri fyrirferð adlægt sem vakti grun um æxli í nýrnahettu (blá ör).



Mynd 2 og 3. Tölusneiðmynd (t.v.) eftir seinni blæðingu í coronal-plani með 10 mm MIP endursniði sýnir stækkandi aftanskinublaðingu (rauðar örvar) ásamt iðrasýndargúlpi (svört ör) sem á upptök sín frá mið-nýrnahettuslagæð vinstra megin (blá ör). Í æðapræðingu (t.h.) er staðfestur iðrasýndargúlpur (svört ör) sem á upptök sín frá mið-nýrnahettuslagæð (blá ör). Slagæðaleggur (hvít ör).



Mynd 4. Staðan eftir slagæðastíflun með Onyx 18. Röntgenþétt Onyx 18 sést fylla sýndargúlpinn sjálfan (svört ör) ásamt inn- og fráflæði hans (blá ör; rauð ör). Slagæðaleggur (hvít ör).

normetanefrín og metanefrín með tilliti til krómfíklaæxlis (*pheochromocytoma*), sem reyndist þó ekki hækkað.

Sjúklingurinn útskrifaðist við góða líðan eftir 8 daga dvöl á sjúkrahúsi. Fyrirhuguð var þriggja fasa tölvusneiðmynd til að meta betur óljósa fyrirferð þegar blæðing hefði frásogast í kjölfar útskriftar.

Rúmlega viku eftir útskrift fékk hann hins vegar aftur slæman kviðverk sem lýsti sér eins og fyrri verkur og leitaði hann því samstundis á bráðamóttökuna. Framkvæmd var ný tölvusneiðmynd, bæði í slag- og portæðafasa, sem sýndi stækkandi margúl (*hematoma*) en aðlægt blæðingu sást nú einnig iðrasýndargúlpur (*visceral pseudoaneurysm*) frá slagæð sem gekk til nýrnahettu vinstra megin. Þar sem ástand sjúklings var stöðugt var fyrirhuguð æðapræðing fljótlega daginn eftir í samráði við vakthafandi inngrípsröntgenlækni.

Í æðapræðingu var staðfestur 18 x 16 mm iðrasýndargúlpur sem átti upptök frá mið-nýrnahettuslagæð (*middle adrenal artery*) vinstra megin með útlæði frá 12. millirifja-slagæð sömu megin. Í æðapræðingu tókst að koma 5Fr C2- og 2,7Fr Progr-eat-legg að sýndargúlpnum svo hægt var að loka fyrir inn- og útlæði og sýndargúlpinn sjálfan með ólímkenndu fljótandi efni (*non-adhesive liquid embolic*), í þessu tilviki Onyx 18 (*ethylene vinyl alcohol copolymer*). Engir fylgikvillar eða endurbalæðing áttu sér stað í kjölfar æðapræðingarinnar og útskrifaðist sjúklingurinn, nú í annað skiptið, við góða líðan. Eins og við fyrri útskrift var fyrirhuguð eftirfylgd til að meta betur óljósa fyrirferð sem vakti grun um æxli í nýrnahettu, en vegna þéttleika og myndtruflana frá Onyx 18 á tölvusneiðmynd var segulóm-rannsókn talin næmari.

Umræða

Kviðverkur er algengasta einkenni sjúklings með skyndilega aftanskinublæðingu. Önnur einkenni eru meðal annars verkir í baki eða fótlegg. Í hluta tilfella er þreifanleg fyrirferð í kvið eða flekkblæðing í húð (*ecchymosis*) þó slíkt sé sjaldgæft. Sjúklingar geta verið með lækkun á blóðrauða (*hemoglobin*), teikn um blóðmagnsminnkun (*hypovolemia*) og áhættuþætti í sjúkra-sögu, meðal annars notkun blóðþynnandi lyfja eða nýleg aðgerð. Aftanskinublæðing er bæði sjaldgæf og einkenni ósértæk og því er hætta á misgreiningu eða seinkun á rétttri greiningu. Í ljósi þess að slík blæðing getur verið lífshættuleg, er mikilvægt að hún sé ávallt mismunagreining fyrir bráðum kviðverk, óháð áhættuþáttum.¹²

Notkun blóðþynnandi lyfja eykur hættu á skyndilegri blæðingu, bæði afturskinu og annars staðar í líkamanum. Nákvæm meinmyndun (*pathogenesis*) er óþekkt og þurfa sjúklingar alls ekki að vera á ofþynnandi meðferð (*supratherapeutic anticoagulation*). Hættan virðist einnig aukin við hærri aldur og fjölyfjameðferð (*polypharmacy*).^{4,5}

Ýmsar aðrar undirliggjandi orsakir eru fyrir skyndilegri aftanskinublæðingu sem mikilvægt er að hafa í huga, þar á meðal brisbólga brisbólga með blæðingu (*hemorrhagic pancreatitis*) og æxli í nýra eða nýrnahettu, þá sérstaklega

nýrnafrumukrabbamein (*renal cell carcinoma*), æðavöðva- og fituvefsæxli (*angiomyolipoma*) í nýra og krómfíklaæxli (*pheochromocytoma*) í nýrnahettu. Hluti blæðinga er án skýringar.^{2,3,6}

Í tilvikum þar sem grunur er um afturskinublæðingu er tölvusneiðmynd í slag- og portæðafasa sú myndgreining sem skal framkvæma, þó ekki sé alltaf hægt að framkvæma tölvusneiðmynd í þeim tilvikum þar sem ástand sjúklings er ekki stöðugt. Vegna aðgengis er ómskoðun oft fyrsta myndgreining, en næmi er takmarkað og skal framkvæma tölvusneiðmynd óháð niðurstöðu úr ómskoðun.⁵

Endurbalæðing átti sér stað rúmlega viku frá útskrift, í ljósi sögu sjúklingsins var hann keyrður fljótt í tölvusneiðmynd sem sýndi iðrasýndargúlp sem líklega hefur komið í kjölfar fyrstu blæðingar. Meðferð sýndargúlpa er frábrugðin öðrum slagæðagúlpum þar sem ekki eru til skilmerki fyrir meðferð með tilliti til stærðar eða breytingar. Mikil blæðingarhætta fylgir iðrasýndargúlpum óháð stærð og því þarf að meðhöndla þá fljótt eftir greiningu.⁷⁻⁹

Ýmsir meðferðarmöguleikar eru í boði fyrir aftanskinublæðingu. Flest tilfelli er hægt að meðhöndla án inngríps, sérstaklega þar sem markverður hluti sjúklings er á blóðþynnandi lyfjum. Við ákveðin skilyrði, til dæmis iðrasýndargúlp, er gjarnan þörf á inngrípi.^{4,10}

Iðrasýndargúlp er hægt að meðhöndla með innæðameðferð eða skurðaðgerð, en val þar á milli þarf að ákveða í hverju tilfelli, þó almennt sé reynd innæðameðferð fyrst.

Algengasta nálgun innæðameðferðar er slagæðastíflun (*embolization*) og eru þar ýmis efni og aðferðir sem koma til greina. Í þessu tilfelli voru upptök sýndargúlpsins frá mið-nýrnahettuslagæð og var slagæðastíflun því fýsilegur kostur. Hægt er að loka sýndargúlpnum sjálfum (*sac packing*) og/ eða slagæðafláðinu nærlægt eða fjærlægt. Ef hægt er að loka slagæðafláðinu bæði nær- og fjærlægt, svokölluð samlokuaðferð, er hægt að hindra bæði framvirkt og afturvirkt blóðflæði inn í sýndargúlpinn. Þessi aðferð er sérstaklega gagnleg fái sýndargúlpurinn hliðlægt blóðflæði,^{8,10,11} líkt og í okkar tilfelli. Mikilvægt var hér að tryggja að ekki yrði afturvirkt flæði inn í sýndargúlpinn og því valið Onyx18 til að tryggja að slagæðastíflunin næði fjærlægt við sýndargúlpinn. Ef val væri hér að nota hringaðan vír (*endovascular coil*), þyrfti slagæðaleggurinn að ná fjærlægt áður en vírinn er losaður.

Engir fylgikvillar eða endurbalæðing áttu sér stað í kjölfar innæðameðferðar og útskrifaðist sjúklingur aftur heim við góða líðan. Vegna myndtruflana frá Onyx 18 var segulóm-skoðun framkvæmd í tvígang í kjölfar útskriftar án þess að sýna fram á æxli, en við fyrri rannsókn þremur mánuðum eftir aðgerðina hafði ekki orðið fullnægjandi frásog á margúl og rannsókn var því endurtekin 6 mánuðum síðar. Seinni segulóm-rannsókn sýndi áframhaldandi frásog á margúl en ekki var sýnt fram á æxli í vinstri nýrnahettu eða öðrum aðlægum líffærum. Orsök fyrri blæðingar er því enn óþekkt. Höfundum er ekki kunnugt um tengsl aftanskinublæðingar við sarklíki eða heila- og mænisigg.

Heimildir

1. Sunga KL, Bellolio MF, Gilmore RM, et al. Spontaneous retroperitoneal hematoma: etiology, characteristics, management, and outcome. *J Emerg Med* 2012; 43: e157-61.
2. Daliakopoulos SI. Spontaneous retroperitoneal hematoma: a rare devastating clinical entity of a pleiada of less common origins. *J Surg Tech Case Rep* 2011; 3: 8-9.
3. Madhusudhan KS, Venkatesh HA, Gamanagatti S, et al. Interventional Radiology in the Management of Visceral Artery Pseudoaneurysms: A Review of Techniques and Embolic Materials. *Korean J Radiol* 2016; 17: 351-63.
4. Simsek A, Ozgor F, Yuksel B, et al. Spontaneous retroperitoneal hematoma associated with anticoagulation therapy and antiplatelet therapy: two centers experiences. *Arch Ital Urol Androl* 2014; 86: 266-9.
5. Dolapsakis C, Giannopoulou V, Grivakou E. Spontaneous Retroperitoneal Hemorrhage. *J Emerg Med* 2019; 56: 713-4.
6. Dorosh J, Lin JC. Retroperitoneal Bleeding. *StatPearls Publishing LLC*, 2022.
7. Sousa J, Costa D, Mansilha A. Visceral artery aneurysms: review on indications and current treatment strategies. *Int Angiol* 2019; 38: 381-94.
8. Abdelgabar A, d'Archambeau O, Maes J, et al. Visceral artery pseudoaneurysms: two case reports and a review of the literature. *J Med Case Rep* 2017; 11: 126.
9. Regus S, Lang W. Rupture Risk and Etiology of Visceral Artery Aneurysms and Pseudoaneurysms: A Single-Center Experience. *Vasc Endovascular Surg* 2016; 50: 10-5.
10. Sahu KK, Mishra AK, Lal A, et al. Clinical spectrum, risk factors, management and outcome of patients with retroperitoneal hematoma: a retrospective analysis of 3-year experience. *Exp Rev Hematol* 2020; 13: 545-55.
11. Xu H, Jing C, Zhou J, et al. Clinical efficacy of coil embolization in treating pseudoaneurysm post-Whipple operation. *Experim Therap Med* 2020; 20: 37.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/Ibl.2023.06.748

Spontaneous retroperitoneal hemorrhage

Jón Bjarnason^{1,2}Luis Fernando Bazan Asencios¹Hjalti Már Þórisson¹Kristbjörn I. Reynisson¹

¹Department of Interventional Radiology, Landspítali National University Hospital, ²Department of Radiology, Landspítali National University Hospital.

Correspondence: Jón Bjarnason, jonbjarnason92@gmail.com

Key words: *pseudoaneurysm, retroperitoneal hemorrhage, embolization, onyx.*

A 50-year old male presented to our emergency department with sudden abdominal pain. Upon arrival he was diaphoretic, pale and tachycardic. A CT showed retroperitoneal hemorrhage with suspected tumor at the left adrenal gland. He was quickly stabilized with intravenous fluids and blood transfusion. Rebleed occurs roughly a week after discharge and a new CT showed a visceral pseudoaneurysm from the left middle adrenal artery. The pseudoaneurysm was embolized and the patient discharged in good condition. Follow-up MRI depicted reabsorption of the hematoma and no adrenal tumor. Thus, the etiology of the previous retroperitoneal hemorrhage is considered spontaneous.

Komdu í hóp ánægðra viðskiptavina

Saman finnum við réttu
lausnirnar fyrir þinn rekstur

Við erum betri saman

