

Feokromasitomada Hipertansif Sürrenal Arter Rüptürü

Hypertensive Adrenal Artery Rupture in Pheochromocytoma

Öz

Amaç: Bu olgu sunumunda; feokromasitoma tanısı alan hastanın sürrenal arter rüptürüne bağlı kanama sonrası tedavi ve yoğun bakım süreci sunulmuştur.

Olgu

44 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve göğüsde sıkışma şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastaya akut koroner sendrom tanısı konuldu. Yapılan MRG'de sol sürrenal bezde kitle ve adrenal çevresinde retroperitoneal alanda kanama saptandı. Kitle feokromasitoma olarak değerlendirildi. Sol sürrenal arterin selektif anjiyografisinde sol renal ven fistülizasyonu saptandı. Hastaya sol sürrenal arter selektif kateterizasyonu, fistül saptanan arter dallarına embolizasyon ve kitleyi de besleyen sürrenal artere proksimal düzeyde, ayrılabilir koiller ile embolizasyon yapıldı. Yoğun bakım takiplerinde stabilizasyonu sağlanan hasta ileri tetkik ve tedavi için endokrinoloji bölümüne sevk edildi.

Sonuç

Feokromasitoma, katekolamin salgılanmasıyla değişik etkiler gösteren, nadir görülen kromaffin kaynaklı bir tümördür. Kardiyak iskemi bulguları ile ortaya çıkabilir. Stres kardiyomiyopatisi, akut geri dönüşümlü apikal ventriküler disfonksiyon ile karakterize giderek artan bir şekilde tanınan bir klinik sendromdur. Spontan sürrenal arter rüptüründe en sık bulgu karın ağrısıdır. Kliniğinin spesifik olmaması nedeniyle tanı atlanabilir. Zeminde var olan bir patolojik durumun çok farklı semptomlarla kendini göstermesi ve anamnez ve klinik şüphenin erken tedavide önemli olduğunu düşündüğümüz sürrenal arter rüptüründe erken tedavinin böbrek ve fonksiyonlarını koruyucu, organ ve hayat kurtarıcı olduğunu bu olgu üzerinden paylaştık.

Abstract

Aim: In this case report; Treatment and intensive care process after hemorrhage due to adrenal artery rupture in a patient diagnosed with pheochromocytoma is presented.

Case

A 44-year-old male patient was admitted to the emergency department with complaints of abdominal pain and chest tightness. The patient was diagnosed with acu-

Şeyda CANLI¹

Cem ECE¹

Volkan ÇAKIR²

Ali Reşat MORAL²

Özel Tınaztepe Galen Hastanesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği
Özel Kent Hastanesi Nesteziyoloji
ve Reanimasyon Kliniği

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**

İzmir Tınaztepe Üniversitesi
Galen Hastanesi Anesteziyoloji ve
Reanimasyon Kliniği Çiğli İzmir

Tel/phone: +90 543 547 36 97

E-mail: canliseyda6@gmail.com

Olgu sunumumuz 17-19 Eylül 2020
tarihleri arasında düzenlenen 26.
GKDA VE YB ulusal kongresinde
Sözel Sunum olarak kabul edilmiş ve
sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler:

Feokromasitoma, Sürrenal
Arter, Rüptür, Yoğun Bakım

Keywords:

Pheochromocytoma, Sürrenal
Artery, Rupture. IntensiveCare

Geliş Tarihi - Received

04/11/2020

Kabul Tarihi - Accepted

06/12/2020

te coronary syndrome. MRI revealed a mass in the left adrenal gland and bleeding in the retroperitoneal area around the adrenal. The mass was evaluated as a pheochromocytoma. Selective angiography of the left adrenal artery revealed left renal vein fistulization. Selective catheterization of the left adrenal artery, embolization of the artery branches with fistula, and embolization with detachable coils at the proximal level to the adrenal artery feeding the mass was performed. The patient, whose stabilization was achieved during intensive care follow-ups, was referred to the endocrinology department for further examination and treatment.

Conclusion

Pheochromocytoma is a rare tumor originating from chromaffin with different effects on catecholamine secretion. It may occur with signs of cardiac ischemia. Stress cardiomyopathy is an increasingly recognized clinical syndrome characterized by acute reversible apical ventricular dysfunction. The most common finding in spontaneous adrenal artery rupture is abdominal pain. The diagnosis may be missed due to the non-specific clinic.

We shared on this case that early treatment of adrenal artery rupture, which we think is important in early treatment, is organ and life-saving, in the presence of a pathological condition on the ground with very different symptoms and history and clinical suspicion.

Giriş

Bu olgu sunumunda; hipertansif kriz ve akut koroner sendrom ile acil servise başvuran ve takiplerinde feokromasitoma tanısı alan hastanın sürrenal arter rüptürüne bağlı kanama sonrası tedavi ve yoğun bakım süreci sunulmuştur

Olgu Sunumu

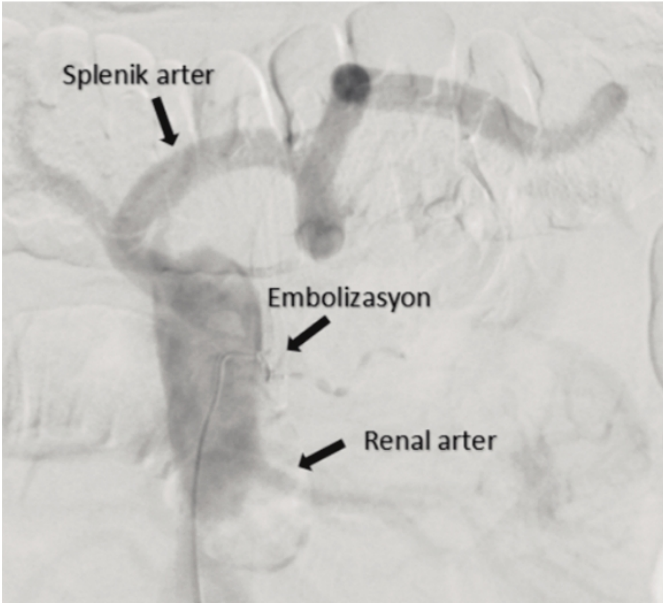
44 yaşında bilinen kronik hipertansiyonu olan ve geçmişinde nedeni bilinmeyen, sekelsiz iyileşen serebrovas-küler olay yaşamış erkek hasta ,karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın yapılan Fizik Muayenesi ve rutin tetkiklerinde kan basıncı 190/107 mm Hg , CK, CK-MB, Troponin değerleri yüksek bulundu. Hastanın Elektrokardiyogramı (EKG) non ST yüksek miyokard enfarktüsü ile uyumlu bulunması üzerine hastaya akut koroner sendrom tanısı konuldu.

Yoğun Bakım Kliniğine alınan hastaya kardiyoloji konsültasyonu istendi. Acil koroner anjiyografiye gerek görül-

medi. İleri tetkik olarak manyetik rezonans batin görüntülemesinde sol sürrenal bezde 3x3,5 cm kitle ve adrenal çevresinde retroperitoneal alanda kanama saptandı. Kitle hastanın semptomları, kesitsel görüntülemelerdeki özellikleri ve klinik öyküsü nedeniyle feokromasitoma olarak değerlendirildi. Hasta semptomatik ve destek tedavilerinin ardından, genel anestezi altında tedavi amaçlı, girişimsel radyoloji bölümü tarafından işleme alındı. Sürrenal arter rüptürü düşünülerek yapılan renal ve sürrenal anjiyografide; sol sürrenal arter ve dalları normal olarak değerlendirildi (Resim 1). Sol sürrenal arterin selektif anjiyografisinde ise; iki ayrı sürrenal arter dalından kontrast kaçağı ve eşlik eden sol renal ven fistülizasyonu saptandı. Sol sürrenal arter selektif kateterizasyonu ardından, kanama ve fistül saptanan arter dalları embolizan mikroküre partikülleri ile kapatıldı. Kitleyi de besleyen sürrenal artere ise proksimal düzeyde, ayrılabilir koiller ile embolizasyon yapıldı (Resim 2). Kontrol anjiyografide; sürrenal arter ve dallarından kaynaklı kanamanın durduğu ve fistülün kapandığı görülerek işlem sonlandırıldı. İşlem sonrası yoğun bakıma alınan hastanın stabilizasyonu sağlandı. Hastanın antihipertansif tedavisine perlinganit infüzyonu ile başlanılıp alfa, beta blokör, ca kanal blokeri, furosemid, spironalactan, hidroklorotiazid ve ace inhibitörü uygulandı. Aşırı ağrı ve ajitasyonu olan hastada analjezi ve sedasyon tramadol, haloperidol ve ketiapinel ile sağlandı. İşlem bitiminden sonraki saatlerde kan basıncı 200/105 mmHg civarında yüksek seyretti ve patolojik elektrokardiyogram bulguları devam etti. Yoğun bakım takiplerinde stabilizasyonu sağlanan hasta ileri tetkik ve tedavi için endokrinoloji bölümüne sevk edildi.



Resim.1



Resim.2

Tartışma

Feokromasitoma, katekolamin salgılanmasıyla değişik etkiler gösteren, nadir görülen kromaffin kaynaklı bir tümördür. Kan basıncında dalgalanma, elektrokardiyografik ST-T segment ve izoenzim değişiklikleri, göğüs ağrısı yaparak kardiyak iskemi bulguları ile ortaya çıkabilir(1). Stres kardiyomiyopatisi, akut geri dönüşümlü apikal ventriküler disfonksiyon ile karakterize giderek artan bir şekilde tanınan bir klinik sendromdur. Stres kardiyomiyopatisi koroner stenozlara sekonder geçici iske-mi ataklarında görülenlerden farklı hücresel mekanizmalara sahip olduğu kabul edilmektedir. Bu sendromda, yüksek seviyelerde dolaşımdaki epinefrinin, ventriküler kardiyomiyositlerde G (s) proteininden beta (2) adrenoseptör yoluyla G (i) protein sinyalizasyonuna hücre içi sinyal ticaretinde bir geçiş tetiklediği belirtilmiştir (2).

Sunulan bir olguda 79 yaşında bayan bir hastaya; kan basıncı 210/105 mmHg, elektrokardiyogramda V1-V6 derivasyonlarda T negatifliği, yüksek Troponin değerleri, ST eleve olamayan myokard enfarktüsü bulgusu nedeniyle yapılan koroner anjiyografide koroner arterler normal olarak değerlendirilmiş ve bu durum MINOCA; normal koroner arterli miyokard infarktüsü olarak adlandırılmış. Sonrasında yapılan tetkiklerinde feokromasitoma tanısı konulup adrenalectomi yapılmıştır (3).

Bazı olgu sunumlarında feokromasitomada hipertansif krizler sırasında serebral otagülasyon başarısızlığının hipertansif ensefalopatiye neden olabileceği bunun semptomimetik ajanların serebral arter spazmıyla alakalı olabileceğinden bahsedilmiştir (4). Bu hastanın geçmişinde sekelsiz iyleşen ve nedeni bilinmeyen serebraovasküler olay hikayesinin olması diğer olgularla uyumludur.

Spontan sürrenal arter rüptürü epidemiyolojisi ve te-

davi yönetimi hakkında veri eksikliği bulunan nadir bir tanıdır. En sık bulgu karın ağrısı, etyoloji travma, risk faktörü hipertansiyon, cinsiyet erkek, hasar ise tek taraflı diseksiyondur. Tanı için yüksek derecede klinik şüphe gereklidir. Kliniğinin spesifik olmaması nedeniyle tanı çoğu kere atlanır, genellikle otopside konulur (5).

Adrenal bezlerin zarar görmesi ya da kaybedilmesi, bazı hormonların eksikliğine veya yokluğuna neden olur. Adrenalectomi yapılmış 17 hastanın uzun süreli takibinin değerlendirildiği bir çalışmada; istenmeyen yan etkilerine rağmen bu kişilerin ömür boyu mineralokortikoid ve glukokortikoid replasman tedavisi almak zorunda oldukları gösterilmiş; bunun yanında ; enfeksiyon, travma cerrahi operasyon gibi strese maruz kalındığında, bu süreci daha zor atlattıkları ve intravenöz glukokortikoide ihtiyaçları olduğu belirtilmiştir (6). Bu yüzden böbreği ve adrenal bezlerin zarar görmemesini sağlamak ; karmaşık böbrek yetmezliği, hemodinamik instabilite, tıbbi tedaviye cevap veremeyen hipertansiyon ile başvurulduğunda önemlidir.

Sonuç

Feokromasitomaya bağlı sürrenal arter kanaması, nadir görülmekle birlikte, klinik şüphe ve tanı yöntemleri ardından, uygun medikal ve endovasküler tedavi yaklaşımlarının uygulanması halinde güvenli ve etkili yönetilebilecek bir tıbbi acil durumdur. Zeminde var olan bir patolojik durumun çok farklı semptomlarla kendini göstermesi ve hekim olarak bizlerin iyi bir anamnez alarak doğru tanıyı erken bulup gerekli tedaviyi yapmamızın böbrek ve fonksiyonlarını koruyucu , organ ve hayat kurtarıcı olduğunu bu olgu üzerinden paylaştık.

Kaynaklar

1. Wei-Ber Liao MD, Chu-Feng Liu MD, Ching-Wen Chiang MD, Chia-Te Kung MD, Chi-Wei Lee MD; Cardiovascular manifestations of pheochromocytoma; *Am J Emerg Med* 2000;18:622–625.
2. Alexander R Lyon, Paul SC Rees, Sanjay Prasad, Philip A Poole; Stress (Takotsubo) Cardiomyopathy--A Novel Pathophysiological Hypothesis to Explain Catecholamine-Induced Acute Myocardial Stunning Nature Clinical Practice Nat Clin Pract Cardiovasc Med.2008 Jan;5(1):22-9
3. Eka Melson , Sidra Amir , Lisa Shepherd, Samina Kauser, Bethan Freestone, Punith Kempegowda; Myocardial Infarction with non-obstructed coronary Arteries (MINOCA) - An uncommon presentation of pheochromocytoma; *Endocrine Abstracts* (2019) 67 GP21 | DOI: 10.1530/endoabs.67.GP21
4. F.S. Lehmann, P. Weiss, R. Ritz, F. Harder; Reversible cerebral ischemia in patients with pheochromocytoma; *Endocrinol. Invest*; 1999; 22: 212-214,
5. Afshinnia F , Sundaram B, Rao P, Stanley J, Bitzer M. Evaluation of Characteristics, Associations and Clinical Course of Isolated Spontaneous Renal Artery Dissection Nephrol Dial Transplant; 2013 Aug;28(8):2089-98. 6. Benjamin Simkin; Long Term Management Of Patients After Adrenalectomy; *Calif Med*. 1957 Dec; 87(6): 383–388.