

Diferenciální diagnostika embolie renální tepny a renální koliky

MUDr. Jaroslav Plachý, MUDr. David Ondra

Urologické oddělení, Uherskohradištská nemocnice a.s.

Klinický obraz renální koliky a embolie renální tepny je podobný. Zásadní význam v diferenciální diagnostice má Doppler USG vyšetření a angio CT. Včasná diagnostika zabrání nevratnému poškození renálních funkcí.

Klíčová slova: embolie renální arterie, renální kolika, ultrazvuk, angio CT, trombolýza.

The differential diagnosis between the embolism of the renal artery and the renal colic

The clinical case of the embolism of the renal artery and the renal colic seems similar. The ultrasound exam with Doppler mode and angio CT exam are the crucial modalities for the differential diagnosis, which can preserve the renal functions before damage.

Key words: embolism of the renal artery, renal colic, Doppler ultrasound, angio CT, renal functions.

Urolog. pro Praxi, 2010; 11(2): 101–103

Úvod

Embolie renální tepny patří mezi vzácně diagnostikované onemocnění ledvin, proto na ni bývá pomýšleno zřídka. Nicméně její včasná diagnostika a terapie jsou naprosto zásadní pro další zachování funkčního parenchymu ledviny. Při nejasném laboratorním a USG nálezů a klinické symptomatologii renální koliky je vhodné toto onemocnění vyloučit pomocí dalších zobrazovacích metod.

Kazuistika

V únoru 2006 byl 73letý pacient přijat na urologické oddělení s bolestmi v levém boku, klinicky s příznaky jednostranné renální koliky.

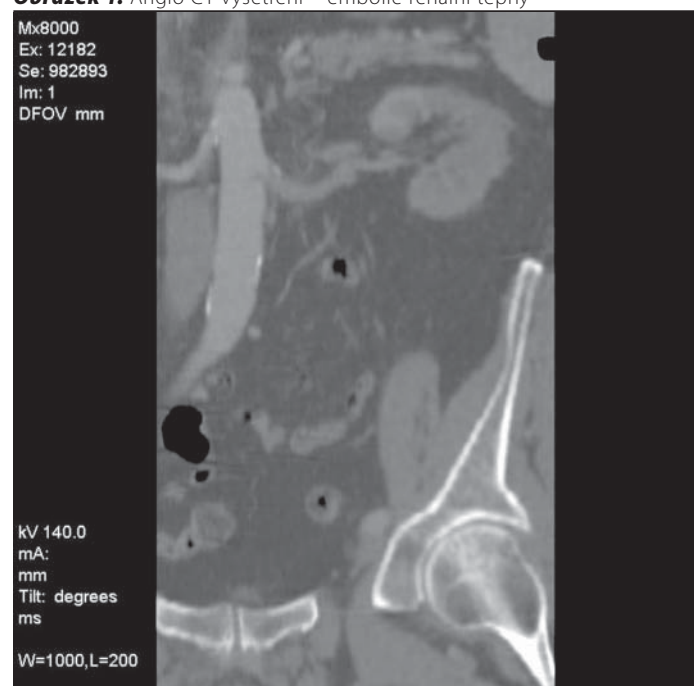
Z urologické anamnézy jmenujme recidivující urátovou litiázu vpravo, stav po opakované extrakorporální litotrypsii vpravo, naposledy 10/05, st. p. URS vpravo 7/04. Pacient se léčí pouze s vysokým krevním tlakem, prodělal operaci slepého střeva.

Pacient byl afebrilní, močový sediment negativní, v biochemii kreatinin 354 $\mu\text{mol/l}$, dříve v normě, CRP 25. Dle USG též den ledviny oboustranně bez městnání, bez expanze, přiměřené šíře parenchymu, vpravo litiáza dolního kalichu 3 mm, vlevo bez litiázy, ve středním segmentu levé ledviny nejasné hypoechogenní ložisko, Dopplerovské vyšetření pak prokázalo dobré cévní zásobení pouze kraniální části le-

vé ledviny (1). Bylo indikováno CT kontrastní vyšetření, které bylo provedeno též den, kde průkaz nehomogenního syčení jednostranné a. renalis a aberantní tepny horního pólu levé ledviny (obrázky 1, 2, 3). Následně bylo provedeno angio CT, potvrzena trombóza a. renalis l. sin. (2). Pacient byl odeslán k selektivní trombolýze a. renalis l. sin. do nemocnice Vítkovice (5). Po výkonu byl přeložen zpět na naše urologické oddělení.

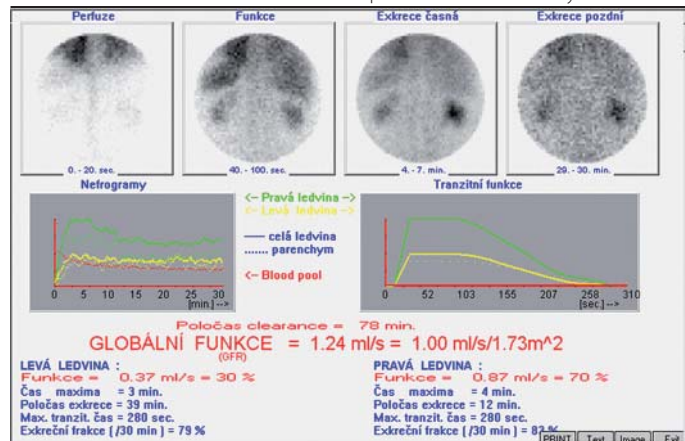
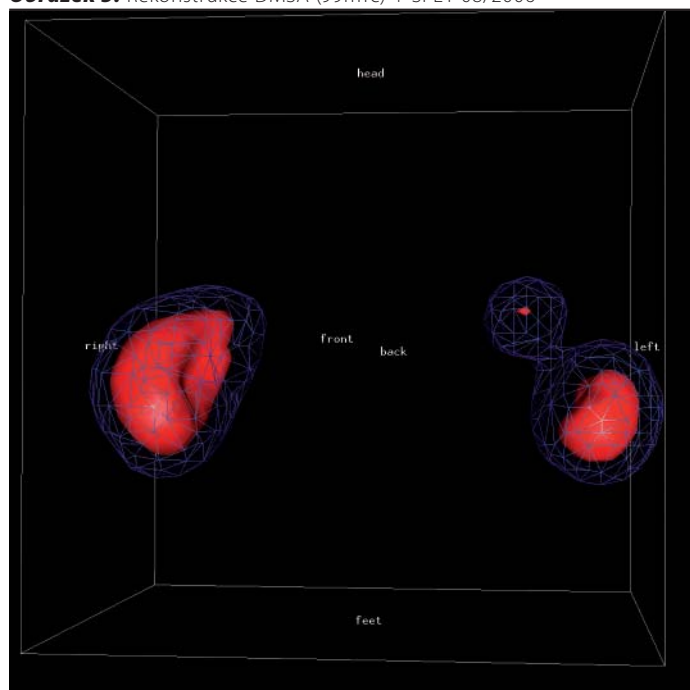
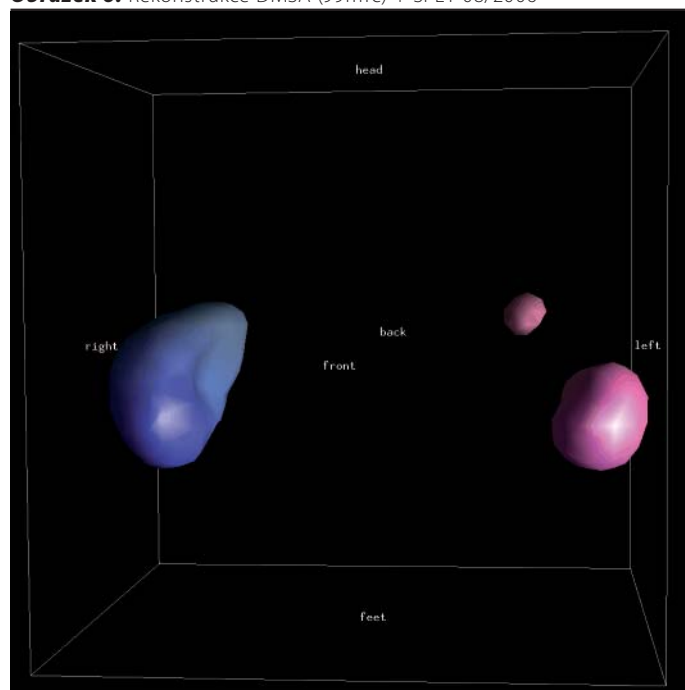
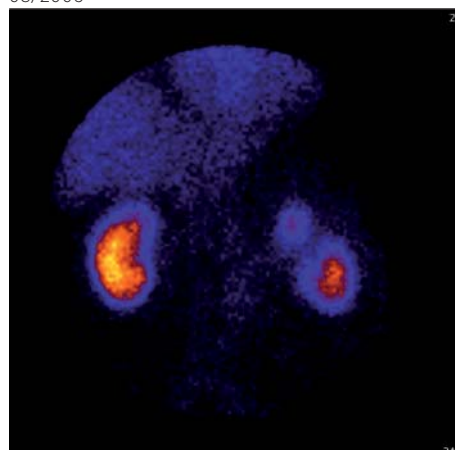
Následně byl zaznamenán ústup subjektivních obtíží a postupná normalizace renálních parametrů, při interním dovyšetření byla prokázána embolizace při paroxysmu fibrilace síní. Pacient byl warfarinizován. Ultrazvuk re-

Obrázek 1. Angio CT vyšetření – embolie renální tepny



Obrázek 2. Angio CT vyšetření – embolie renální tepny



Obrázek 3. Angio CT vyšetření – embolie renální tepny**Obrázek 4.** DTPA 08/2006 – 6 měsíců po selektivní trombolýze a. renalis**Obrázek 5.** Rekonstrukce DMSA (99mTc) + SPET 08/2006**Obrázek 6.** Rekonstrukce DMSA (99mTc) + SPET 08/2006**Obrázek 7.** Rekonstrukce DMSA (99mTc) + SPET 08/2006

nálních tepen s měsíčním odstupem prokázal normální nález. Při kontrolním DTPA (06/2006) GFR 0,98 ml/s/1,73 m², funkce levé ledviny 35 %, pravé 65 %. Poté bylo provedeno opět kontrolní DTPA (08/2006), kde patrně 30 % zachování

renálních funkcí levé ledviny (obrázek 4). Dle DMSA (99mTc) + SPET byl patrný na pravé ledvině v horním pólu při mediální ploše klínovitý výpad četnosti impulzů – jizva, vlevo byla střední a dolní část ledviny bez patologického nálezu, horní pól se zobrazuje jen náznakově (obrázek 5, 6, 7). S odstupem necelých 3 let (12/2008) provedena kontrolní DTPA, kde byla funkce levé ledviny 38 %.

Diskuze

Klinický obraz renální koliky a embolie renální tepny je podobný. Nejčastěji může imitovat renální koliku při urolitiáze, obstrukci ureteru, pyelonefritidu, intersticiální nefritidu, náhlou příhodu břišní včetně prasklého žaludečního či duodenálního vředu, divertikulitidu, cholecystitidu, apendicitidu – to vše v závislosti na straně postižení. Na základě anamnézy lze většinou vyloučit traumatické postižení. Biochemické

laboratorní nálezy, krevní obraz a močový sediment při zachované funkci kontralaterální ledviny bývají nevýrazné. Ultrazvukové vyšetření pouze vyloučí renální koliku, absces, litiázu či tumor. Nepatrně hypoechogenní parenchym není pro embolii renální tepny patognomický. Zásadní význam v diferenciální diagnostice má dopplerovské USG vyšetření a angio CT s následnou rekonstrukcí cévního zásobení (3). Včasná diagnostika zabrání nevratnému poškození renálních funkcí (4).

Závěr

Klinický obraz renální koliky a embolie renální tepny je podobný, problematickou se jeví zejména včasná diagnostika embolie renální tepny, kde při prodloužení dochází k dalšímu poškození parenchymu ledviny. Jako bezkonkurenční se zde jeví angio CT vyšetření a dopplerovské USG vyšetření.

Literatura

1. Park BK, Kim SH, Moon MH. Imaging features of gray-scale and contrast-enhanced color Doppler US for differentiation of transient renal arterial ischemia and arterial infarction. Korean J. Radiol 2005; 3: 179–184.
2. Hora M, Hanuš T, Chochola M. Embolie renální arterie. Čas Lék čes 2003; 142: 131–133.
3. Hoxie HJ, Coggin CB. Renal infarction. Statistical study of two hundred and five cases and detailed report of an unusual case. Arc. Int. Med, 1940; 65: 587–594.
4. Lessman RK, Johnson SF, Coburn JW, et al. Renal artery embolism: clinical features and long-term follow-up of 17 cases 1978; 89: 477.
5. Nicholas GG, E de Muth EWJr. Treatment of renal artery embolism. Arch Surg 1984; 98: 552.

MUDr. Jaroslav Plachý

Urologické oddělení,
Uherskohradištská nemocnice a. s.
Purkyňova 365,
686 68 Uherské Hradiště
jaroplach@email.cz

