

### Abdominal Aort Anevrizması: Yeni Bilgilerin Işığında Ne Zaman ve Nasıl Tedavi Etmeli?

Anadolu Kardiyoloji Dergisi'nin bu sayısında Arbatlı ve arkadaşları (1), 8 hastadaki endovasküler abdominal aort anevrizma tamiri (EVAT) tecrübelerini bildirmektedirler. Yazarların, tecrübelerinin başlarında olmalarına rağmen başarılı erken sonuçlar almış olmaları takdire şayandır.

Abdominal aort anevrizması (AAA) sıklığı yaş ve ateroskleroz ile artar ve bilindiği gibi rüptür en korkulan komplikasyonudur. Anevrizma genişledikçe rüptür riski artar (2). Fakat anevrizma 5.5 cm veya daha küçük kaldığı surece rüptür tehlikesi müdahale gerektirecek seviyede değildir (3, 4). Bu hastalar medikal tedaviyle takip edilmelidir. Medikal tedavide aterosklerotik risk faktör modifikasyonu ve hipertansiyon kontrolü önemli bir yer tutar. Matriks metalloproteinazlar'ın farmakolojik manipülasyonu ileride bir tedavi yöntemi olabilir (5).

Genişleyen ya da rüptür belirtileri gösteren abdominal aort anevrizmasının standart tedavisi transperiton ya da retroperiton yolla cerrahidir (6, 7). Fakat, stent-greftler ile EVAT 10 yıldan fazla bir zamandır klinikte kullanılmakta ve geniş bir teknik literatür tabanı bulunmaktadır. Dolayısıyla, burada, endovasküler stent-greftlerin teknik taraflarından ziyade, AAA'lı bir hastanın tedavisindeki yerinin, kardiyolog veya dahiliyecisi açısından, tartışılması daha uygun olur.

Son 20 yıl içerisinde medikal alanda yeni tedavi yöntemlerinin etkinliklerini ispatlamanın, ancak randomize çalışmalarla mümkün olacağı defalarca gösterilmiştir. Abdominal aort anevrizması tedavisinde endovasküler tedavi ile cerrahiye kıyaslayan gerçekten randomize bir çalışma ise halen yayınlanmamıştır. Dolayısıyla bu tekniğin AAA tedavisindeki yeri halen tartışmalıdır. Endovasküler abdominal aort anevrizma tamirinin başarısızlıkla sonuçlanmış bir deney olduğu bile iddia edilmiştir (8). Öbür yandan, mevcut yayınlara bakılırsa, EVAT'nin birkaç özelliği tebarüz etmektedir:

1) EVAT'nin cerrahiye üstünlüğü işlem sonrasında komplikasyonların ve transfüzyon ihtiyacının azaltılması ve hastanede yatış süresinin kısaltılmasıdır (9).

2) Erken (30-gün) mortalite 10 karşılaştırmalı çalışmanın meta-analizinde (9) EVAT lehine ise de, hasta secimi faktörlerinin kontrol edildiği daha yeni bir çok-merkezli çalışmada erken mortalite farkı bulunmamıştır (10).

3) Endovasküler tedavi ameliyattan daha ucuz değildir (11).

4) Uzun vadede (2-3 sene) ise yaşam beklentisi bakımından EVAT ile cerrahi arasında bir fark bulunmadığı genellikle bildirilmekteyse de hasta seçiminin bu sonuçları etkileyebileceği hatırlanmalıdır (10).

5) Halihazırdaki EVAT uygulaması ile AAA rüptürü riski sifıra indirilemez. Endovasküler tedavi gören her 5-6 hastanın birinde, anevrizma içine kan akımının devam etmesi (leak) veya diğer problemler sonucu mükerrer prosedürler, ve geç operasyonlar (yüksek mortalite!) ile ölümlü sonuçlanan geç rüptürler, ilk aşamada görülen faydada zaman içinde eritmektedir. Endovasküler abdominal aort anevrizma tamiri sonrasında hastaların yakın takibi gerekmektedir. Türkiye'deki sağlık sistemi içerisinde mükerrer tomografilerin ve invazif girişimlerin tatmin edici seviyede yapılıp yapılamayacağı araştırılmalıdır. Bu mümkün değilse, batı literatüründeki sonuçları beklemek gerçekçi olmaz.

Eğer bir abdominal anevrizmaya elektif olarak müdahale etme zamanı gelmiş ise hangi yöntem tercih edilmeli?

Abdominal aort anevrizması cerrahisinin yüksek risk taşıdığı gruplar önceden belirtilebilir/belirlenebilir. Bunlar ya cerrahiye uygun olmayan hastalar (inflamasyonlu anevrizmalar ya da daha önceki operasyonlar dolayısıyla karın anatomisi uygunsuz hale gelmiş hastalar gibi), ya da anesteziinin yüksek risk taşıdığı hastalardır (şiddetli kardiyopulmoner-renal problemler gibi). Bu grup hastalarda EVAT, medikal tedaviye nazaran yararlıdır. Ne yazık ki, bu hastaların anatomisi genellikle EVAT'e uygun olmayıp (12) kısa ve

uzun dönemdeki mortalite, "cerrahiye uygun" hastalardan daha fazla olmaya devam eder (13).

Anatomisi EVAT'ne uygun olmayan hastaların ameliyattan başka şansı olmadığı açıktır. Eğer hastanın anatomisi uygun ise EVAT ya da cerrahi kararını vermek için yukarıda arz ettiğimiz faktörlerin her hasta için ayrıca yorumu gerekir. Hastaların EVAT'nin geç devredeki sonuçları bakımından aydınlatılması şarttır.

Altmış-altmış beş yaş veya daha genç hastalarda cerrahi daha uygundur (14). Çünkü bu hastaların erken morbidite ve mortalite yönünden EVAT ile fazla bir kazancı olmayacak, fakat cerrahi tedaviden sonraki yaşam süresinde AAA komplikasyonlarından ölme-leri ihtimali minimale indirilecektir. Öbür taraftan, daha yaşlı ve hastalıklı vakalarda EVAT daha uygun olur. Çünkü bu hastaların erken devredeki mortalite ve morbiditeden kazancı geç devredeki kayıpları kompanse edecek kadar fazladır.

Önümüzdeki yıllarda stent-greft teknolojisindeki ilerlemeler uzun vadeli sonuçları daha tatminkar hale getirebilir, fakat bunu zaman gösterecektir. Şimdilik, elimizdeki bilgilere göre EVAT, ancak cerrahiye uygun olmayan, iyi seçilmiş vakalara kısıtlanmalıdır.

**Dr. Ubeydullah Deligönül**  
**St. Louis, Missouri, USA**

### Kaynaklar

1. Arbatlı H, Yağan N, Ünal M, ve ark. Abdominal aort anevrizmalarının endovasküler tedavisi. Anadolu Kardiyol Derg 2003; 3: 115-121.
2. Lederle FA, Johnson GR, Williams SE, al. Rupture rate of large abdominal aortic aneurysms in patients refusing or unfit for elective repair. JAMA 2002; 287: 2968-72.
3. Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR, et al. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. N Eng J Med 2002; 346: 1437-44.
4. The United Kingdom Small Aneurysm Trial Partici-

5. pants. Long-term outcome of immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med 2002; 346: 1445-52.
6. Baxter BT, Pearce WH, Waltke EA, et al. Prolonged administration of doxycycline in patients with small abdominal aortic aneurysms : report of a prospective (phase II) multicenter study. J Vasc Surg 2002; 36: 1-12.
7. Shames ML, Thompson RW. Abdominal aortic aneurysms. Surgical treatment. Cardiol Clin 2002; 20: 563-78.
8. Collin J, Murie JA. Endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm: a failed experiment. Br J Surg 2001; 88: 1281-2.
9. Adriaensen ME, Bosch JL, Halpern EF, Hunink MG, Gazelle GS. Elective endovascular versus open surgical repair of abdominal aortic aneurysms: systematic review of short-term results. Radiology 2002; 224: 739-47.
10. Teufelsbauer H, Prusa AM, Wolf K, et al. Endovascular stent grafting versus open surgical operation in patients with infrarenal aortic aneurysms. A propensity score-adjusted analysis. Circulation 2002; 106: 782-7.
11. Matsumura JS, Brewster DC, Makaroun MS, Naftel DC. A multicenter controlled clinical trial of open versus endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm J Vasc Surg 2003; 37: 262-71.
12. Sternbergh WC 3rd, Money SR. Hospital cost of endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysms: a multicenter study. J Vasc Surg 2000; 31: 237-44.
13. Carpenter JP, Baum RA, Barker CF, et al. Impact of exclusion criteria on patient selection for endovascular abdominal aortic aneurysm repair. J Vasc Surg 2001; 34: 1050-4.
14. Buth J, van Marrewijk CJ, Harris PL, Hop WC, Riambau V, Laheij RJ. Outcome of endovascular abdominal aortic aneurysm repair in patients with conditions considered unfit for an open procedure: a report on the EUROSTAR experience. J Vasc Surg 2002; 35: 211-21.
15. Schermerhorn ML, Finlayson SR, Fillingier MF, Buth J, van Marrewijk C, Cronenwett JL. Life expectancy after endovascular versus open abdominal aortic aneurysm repair: results of a decision analysis model on the basis of data from EUROSTAR. J Vasc Surg 2002; 36: 1112-20.