

Olgu Sunumu

Acil Serviste Şiddetli Uyluk Ağrısı, Abdominal Aort Anevrizması Rüptürü

Mehmet İRİK*, İsmet TOPÇU**, Arzu AÇIKEL**, Tülün ÖZTÜRK**

ÖZ

Abdominal aort anevrizması yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeni ile önemli bir sağlık sorunudur. Abdominal aort anevrizmalarının çoğu rüptüre olunca ya kadar asemptomatik seyrederek ve rüptüre olduktan sonra da klinik atipik seyredebilir. Atipik semptomlarla acil servise başvuran hastaların acil servis yoğunluğu içinde doğru tanı almaları güç olabilir. Makalemizde atipik semptomlarla acil servise başvuran ve yatak başı yapılan batın ultrasonografisi sonucu rüptüre abdominal aorta anevrizması saptanan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: abdominal aort anevriması, rüptür, ultrasonografi

ABSTRACT

Severe Thigh Pain in Emergency Department, Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm

Abdominal aortic aneurysm is an important health problem due to its high mortality and morbidity rates. Most of the abdominal aortic aneurysms are asymptomatic until they rupture and may course with atypical clinical presentation after being ruptured. Patients with atypical symptoms may be difficult to diagnose correctly due to heavy workload of emergency services. In this case report a patient who presented to the intensive care unit with atypical symptoms and in whom ruptured abdominal aortic aneurysm was detected using bedside abdominal ultrasonography.

Keywords: abdominal aortic aneurysm, rupture, ultrasonography

GİRİŞ

Anevrizma, arter duvar çapının normal çapından 1,5 kat daha fazla genişlemesidir. Abdominal aort anevrizması (AAA) anevrizma çapının 3 cm'den büyük olmasıdır. Beş cm'den daha büyük çaplı anevrizma olgularında ise cerrahi onarım düşünülmektedir. Bu hastalarda genetik yatkınlık önemlidir (% 18). Periferik aterosklerotik damar hastalığı, kontrolsüz hipertansiyon, sigara ve 65 yaş üzeri AAA için risk faktörleridir [1]. AAA rüptürü Amerika Birleşik Devletleri'nde ölüm nedenleri arasında 13. sıradadır. Tanı konmasından sonra sağ kalım artmasına rağmen

hastalığın mortalitesi ve rüptüre olma sıklığı yüksektir. Rüptüre olmayan AAA'ları genellikle asemptomatik seyretmektedir. AAA rüptürü sonucunda şiddetli ağrı ile birlikte hipovolemik şok gelişmekte ve hastalar gelişen kardiyak kollaps nedeni ile kaybedilmektedir [2]. Bu çalışmada, izole kasık ve uyluk ağrısı ile acil servisimize başvuran ve AAA rüptürü saptanan bir olgu temelinde acil servislerde hızlı tanı konulmasında ultrasonografinin önemini sunmayı amaçladık.

OLGU

Elli dokuz yaşında erkek hasta bir hafta önce başlayan sol kasık ve uyluk iç yüzünde şiddetli ve sürekli ağrı yakınması ile acil servise başvurmuştur. Hastanın öyküsünde, 4 gün önce aynı yakınmalarla dış merkezde acil servise başvurmuş, yapılan USG'i nde bir patoloji saptanmamıştır. Lökositoz ($13.400/\text{mm}^3$) ve CRP (2.3 mg/dl) yüksekliği nedeni ile yüzeysel doku enfeksiyonu tanısı konarak hastaya ampicilin x 2, sulbaktam 1 g x2 ve siprofloksasin 500 mg x2, para-

Alındığı tarih: 14.03.2017

Kabul tarihi: 29.08.2017

*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

**Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Mehmet İrik, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Manisa

e-mail: mhmtirik@gmail.com

setamol 500 mg x 3 oral tedavi başlanmış ve infeksiyon hastalıkları kontrolü önerilmiş. Ancak, hasta bu tedaviye rağmen, yakınmalarının artması üzerine acil servisimize başvurmuştur.

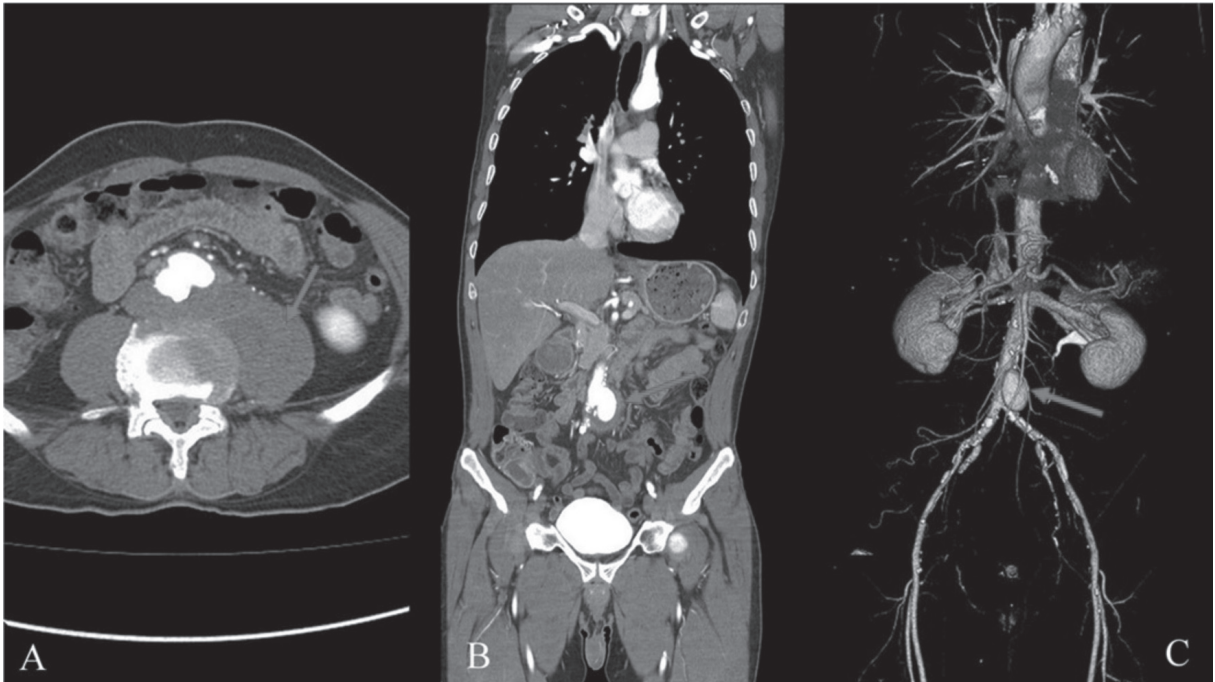
Hastanın özgeçmiş, 20 yıldır romatoid artrit hastalığı tanısı ve buna bağlı eklem ağrıları nedeniyle nonsteroid antiinflatuar ilaçlar kullanmaktaydı. Uzun bir süre (42 yıl/1 paket gün) sigara kullanımı mevcuttu. Hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın vital bulguları normaldi. Fizik muayenesinde sol uyluk iç yüzünde palpasyonla hassasiyet ile sol kalça hareketleri ağrılıydı. Hastanın laboratuvar değerleri, lökosit: $12.100 \times 10^3 \text{ nl}^{-1}$, Hb: 13.1 g dl^{-1} , Hct: % 40.9, üre 53.1 mg dl^{-1} , kreatinin: 1.69 mg dl^{-1} , CRP: 5.1 mg dl^{-1} , D-dimer: 4094 ng ml^{-1} olarak kaydedildi.

Acil serviste ağrılı bölgeye yapılan yüzeysel doku USG'sinde ve sol alt ekstremitte arter ve ven Doppler USG'sinde patoloji saptanmadı. Hastada 1 saat sonra hipotansiyon gelişmeye ($80/55 \text{ mmHg}$), ağrı yakınmalarının artması ve baygınlık hissi olması üzerine hastaya yatak başı transtorasik ekokardiyografi (TTE) ve batın USG yapıldı. TTE'de ejeksiyon fraksiyonu % 60 ölçüldü, duvar kasılma kusuru ve kapak pato-

lojisi saptanmadı, perikardiyal effüzyon yoktu ve çıkan aort normaldi. Batın USG'de ise abdominal aorta $11 \times 4 \text{ cm}$ genişliğinde ölçüldü ve batın içi serbest sıvı saptanmadı.

Hastaya 1000 ml dengeli elektrolit sıvı tedavisi yapıldı. Sıvı tedavisine yanıt veren hastanın batın USG'sinde saptanan abdominal aort genişlemesinin ayrıntılarını görmek ve retroperitoneal kanama şüphesi nedeni ile bilgisayarlı tomografi anjiyografi çekildi. Bilgisayarlı tomografi anjiyografide abdominal aortanın distalinde iliak bifurkasyon öncesinde $37 \times 27 \times 16 \text{ mm}$ boyutlarında anevrizma görüldü. Kesenin boyun genişliği $15,5 \text{ mm}$ olup, boyun uzunluğu 21 mm olarak ölçüldü. Bu alanda anevrizma çevresinde ve ana iliak arterlerin başlangıç bölümünde sol psoas kasını ve anevrizmatik keseyi de çevreleyen eski rüptüre ait organize hematoma ($10 \times 42 \times 10 \text{ cm}$) görüldü. Bilateral ana iliak arterlerden femoral arterlere kadar uzanan akıma izin veren trombus ve darlık saptandı (Şekil 1).

Hasta acil ameliyata alınarak, kalp damar cerrahisi kliniğinde endovasküler anevrizma onarımı (EVAR) ve femoro-femoral baypas başarıyla uygulandı.



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografi anjiyografi ok ile gösterilen A. Psoas kasına komşu sınırlanmış hematoma görüntüsü, B. Aksiyel kesit sakküler anevrizma görüntüsü, C. Üç boyutlu görüntüleme sakküler anevrizma görüntüsü.

TARTIŞMA

AAA sık karşılaşılan ve yaşamsal tehlike oluşturan bir hastalıktır ^[3]. AAA genellikle genişleyinceye ya da rüptüre oluncaya kadar asemptomatik seyretmektedir. Semptomatik AAA bulgu ve belirtileri sıklıkla diğer hastalıklara benzerlik gösterebilmektedir. Bu nedenle acil servislere tanı konulması zor olabilmektedir. Hastalar karında pulsatil kitle ve sırt ağrısı ile başvurabilirler. Anevrizmanın genişlemesi ve rüptüre olması senkop, ani başlangıçlı bel, sırt, karın, flank bölge ve kasık ağrısı, gastrointestinal kanama, ekstremitelerde iskemisi ve ani ölüm ile kendini gösterir ^[3]. Bazı hastalarda bağırsaklara bası hissi, bulantı, kusma yakınmaları olabilir. Gastrointestinal kanamalar anevrizmanın bağırsaklara fistüle olması sonucu gelişebilmektedir ^[4]. Ağrı sıklıkla ani başlangıçlı ve yırtılır tarzdadır. Bazı hastalar iskemik özellikli sürekli bir ağrı da tanımlayabilirler. Anevrizmanın büyümesi ya da rüptüre olması femoral sinire bası ile kasık ağrısı oluşturabilir ^[3]. Senkop genellikle AAA'nın intraperitoneal bölgeye rüptürü nedeni ile hipovolemik şoka bağlı serebral perfüzyon basıncının düşmesi ile gelişir ^[5,6]. Olgumuzda kasık ve uyluk iç yüzde lokal bir alanda ağrı mevcuttu. AAA klasik başvuru semptomları yoktu. İskemik kaynaklı ağrı olasılığı ile arteriyel emboli düşünülerek hastaya Doppler USG yapılmış, ancak patoloji saptanmadı.

Laboratuvar testleri AAA tanısı koymada yardımcı değildir. Ancak kanama nedeniyle transfüzyon ihtiyacını belirlemek için tam kan sayımı yapılması önemlidir. Organ iskemisini saptamak için karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri çalışılabilir ^[7]. Takagi ve ark.'nın ^[8] yaptığı bir meta-analizde AAA grubu ve sağlıklı kontrol grubu D-dimer seviyesi açısından karşılaştırılmış, ve hasta grubunda D-dimer seviyesi anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Duncan ve ark.'nın ^[9] yaptığı bir çalışmada ise, küçük çaplı (30 mm ile 54 mm genişliğinde) AAA bulunan hastalarda D-dimer seviyeleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Olgumuzdan D-dimer düzeyi derin ven trombozu düşünülerek çalışılmış ve normalin üzerinde saptandı.

Direkt grafler, USG ve BT anjiyografi ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme AAA tanısı için görüntüleme teknikleridir. Ayakta düz batın grafleri ve yan graflerde ciddi kalsifik plakları olan hastalarda aort duvarlarının balonlaşması saptanabilir ^[3]. USG hızlı

bir şekilde yatak başı yapılabilir, anevrizmayı saptamada % 90 sensitiviteye sahiptir. USG ile retroperitoneal kanama ve bağırsak gazları nedeni ile yeterli görüntünün elde edilememesi dezavantajdır ^[10]. BT anjiyografi ile anevrizmanın anatomik detaylar ve retroperitoneal kanama saptanabilmektedir. BT anjiyografi yalnızca hemodinamisi stabil hastalarda yapılabilir. Radyasyon ve kontrast madde verilmesi ise BT anjiyografinin dezavantajlarıdır ^[11]. Olgumuza acil servis takibinde hipotansif seyretmesi üzerine aort diseksiyonu ve AAA ön tanıları ile TTE ve batın USG yapıldı. Batın USG'de anevrizma saptandı. Daha sonra BT anjiyografi çekilerek sakküler anevrizma ve retroperitoneal kanama saptandı. USG'nin acil servislere sık kullanılmaya başlaması sonucu hastamızda olduğu gibi klinik olarak atipik semptomları olan ve yüksek mortaliteye sahip hastalar için oldukça önemlidir.

SONUÇ

AAA'ları tanı atlandığında kısa süre içerisinde mortal seyredebilmektedir. Özellikle atipik semptom ile başvuran hastalarda acil servislere USG'nin rutin kullanılması hızlı tanı konması ve tedaviye yön vermesi açısından önemli hâle gelmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Blanchard JF, Armenian HK, Friesen PP.** Risk factors for abdominal aortic aneurysm: results of a case-control study. *Am J Epidemiol* 2000;151:575-83. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a010245>
2. **LeFevre ML.** U.S. Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: U.S. Preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;161:281-90. <https://doi.org/10.7326/M14-1204>
3. **Tintinalli JE, Stapczynski JS, John Ma O, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD.** Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, Seventh Edition. s.l. : McGraw-Hill; 2012.
4. **Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Edmund PC, Robert JH, Michel SM.** Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans Affairs Cooperative Study Group. *Ann Intern Med* 1997;126:441-9. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-6-199703150-00004>
5. **Golledge J, Eagle KA.** Acute aortic dissection. *Lancet* 2008;372:55-66. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60994-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60994-0)
6. **Eliason JL, Upchurch GR Jr.** Endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *Circulation* 2008;117:1738-44.

- <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.747923>
7. **Golledge J, Tsao PS, Dalman RL, Norman PE.** Circulating markers of abdominal aortic aneurysm presence and progression. *Circulation* 2008;118:2382-92. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.802074>
 8. **Takagi H, Manabe H, Kawai N, Goto S, Umemoto T.** Plasma fibrinogen and D-dimer concentrations are associated with the presence of abdominal aortic aneurysm: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009;38:273-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2009.05.013>
 9. **Parry Duncan J, Al-Barjas HS, Chappell L, Rashid ST, Ariëns RA, Scott DJ.** Markers of inflammation in men with small abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg* 2010;52:145-51. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2010.02.279>
 10. **Reed MJ, Cheung LT.** Emergency department led emergency ultrasound may improve the time to diagnosis in patients presenting with a ruptured abdominal aortic aneurysm. *Eur J Emergmed* 2014;21:272-5. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000077>
 11. **Coulier B, Tilquin O, Etienne PY.** Multidetectorrow CT diagnosis of aort ocaval fistula complicating aortic aneurysm: a casereport. *Emerg Radiol* 2004;11:100-3. <https://doi.org/10.1007/s10140-004-0375-y>