

OPERE ÇÖLİYAK ARTER ANEVİZMASI RÜPTÜRÜ

RUPTURE OF OPERATED CELIAC ARTERY ANEURYSM

Dr. Hakan BİNGÖL, Dr. Celalettin GÜNAY, Dr. Ertuğrul ÖZAL, Dr. Ahmet Turan YILMAZ, Dr. Harun TATAR'

ABSTRACT

Celiac artery aneurysm is a rare and its rupture is the most frequent and serious complication. The patient who underwent aneurysmectomy and aorto - celiac artery synthetic prosthesis graft interposition in another cardiovascular surgery center two years ago was admitted to our department with complaints of fever and abdominal discomfort. Computed tomography revealed an aneurysm with 1 cm of diameter at the beginning of celiac artery and intraperitoneal hemorrhage. Acute hematocrit descent was occurred and then cardiac arrest was taken place. So, emergency thoracotomy was done. Aorta was compressed with hand and at the same time internal cardiac resuscitation was done then cross clamp was placed onto aorta. Median abdominal incision was done and ruptured celiac artery aneurysm was observed. Infected graft was removed and PTFE graft was interposed from descending aorta to a. hepatica propria, away from the infected area. During 17 months of follow-up period graft no complication was observed. We believe that because of its rarity, tendency to be asymptomatic along with high incidence of rupture, celiac artery aneurysms should not be underestimated.

Key words: Celiac artery, aneurysm, rupture

GİRİŞ

Çölyak arter anevrizmaları nadir görülüp bütün visseral arter anevrizmalarının yaklaşık %4'ünü oluşturur.¹ Graham ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre 1985 yılına kadar sadece 108 vaka gözlenmiştir.² 1950 yılından önce görülen çölyak arter anevrizmalarının çoğunluğunda etyolojik olarak Treponema pallidum sorumlu idi. Daha sonraki yıllarda ise aterosklerozun ve medial dejenerasyonun da etyolojide rolü olduğu tespit edilmiştir. Çölyak arter anevrizması görülen hastaların büyük bir kısmında diğer periferik arter anevrizması da mevcuttur. Konjenital ve travmatik anevrizmalar ise oldukça nadir gözlenir.³ Çölyak arter anevrizmalarının etyolojisinde arterioskleroz ve medial dejenerasyon en önemli rolü oynarlar. Çölyak arter anevrizmalarının çoğunluğu asemptomatik seyrederek ve bu nedenle tanı konulması zordur. Ancak semptomatik seyredenlerin yaklaşık %60'ında batında huzursuzluk görülür. Nadir görüldüğünden dolayı semptom verenlerde ise çölyak arter anevrizmasını düşünmek zor bir olasılıktır. Bu nedenle rüptür olasılığı yüksektir. Tanı konulabilen çölyak arter anevrizmalarında anevrizmektomiye takiben rekonstrüksiyon tercih edilen cerrahi metottur.⁴⁻⁶

Daha önce başka bir Kalp Damar Cerrahi merkezinde çölyak arter anevrizması tanısı ile anevrizmektomi ve rekonstrüksiyon operasyonu uygulanmış ancak ateş, batında ağrı ve huzursuzluk şikaye-

ti ile müracaat eden ve müracaatından kısa bir süre sonra hipotansiyon ve elektromekanik disosiyasyon ile birlikte kardiyak arrest gelişmesi nedeniyle acil olarak kliniğimizde operasyona aldığımız hastayı; böyle bulgu veren hastalarda çölyak arter anevrizmasının da akılda bulundurulması amacı ile sunma gereğini duyduk.

OLGU

Kliniğimize müracaatından yaklaşık iki yıl önce kliniğimizden farklı bir Kalp ve Damar Cerrahi merkezinde çölyak arter anevrizması tanısı ile anevrizmektomi ve aorto-çölyak 8 mm Dacron tüp greft interpozisyonu uygulanmış olan hasta ateş ve batında huzursuzluk şikayeti ile kliniğimize müracaat etti. Hastanın ilk ameliyatından sonra çekilen kontrol DSA tetkikinde çölyak trunkusun hemen proksimal kesiminde geniş anevrizma dikkati çekmekte, anevrizmanın hemen inferiorunda splenik arter devamlılığı izlenmekte, ana hepatik arter ve gastroduodenal arter zayıf olarak görülmekteydi.

Hasta bu bulgularla ilk ameliyatını yapan klinikçe tıbbi tedavi ve takibe alınmış. Hastanın yapılan muayenesinde ateş: 38.6°C, AKB:100/60 mmHg Nb:130/dk idi. Rutin kan tetkiklerinde ise Hct:%32, BK:13000, sedim:37mm/sa idi. Hastaya acil olarak batın ultrasonografisi ve tomografisi yaptırıldı. Batın ultrasonografisinde epigastrik bölgede çölyak trunkus bölgesinde 68x44 mm'lik hipoekoik alan iz-



Resim 1. Tomografide çöliyak arter bölgesinde yalancı anevrizma görünümü

lendi ve doppler ile içinde turbulan akım saptandı. Batın içinde serbest mayi ve mesane posterosuperior bölgesinde hematoma uyumlu olabilecek hiperekoin alan mevcuttu. Abdominal tomografide ise Abdominal aortada A. Mezenterika superior çıkışının ön üst bölümünden başlayan ve trunkus çöliyakusun başlangıç bölümünün 1cm anterior bölümünde yerleşen lobüle konturlu homojen kontrastlanan 7x5cm boyutlu anevrizmatik genişleme dikkati çekmekte olup pelvik bölgede serbest mayi mevcuttu.

Bu bulgularla rüptüre çöliyak arter anevrizması tanısı konulan hasta operasyon için acil olarak ameliyathaneye alındı. Genel anesteziyi takiben hastada önce hipotansiyon ve sonrasında elektromekanik disosiyasyon ile birlikte kardiyak arrest gelişti. Hemen sol.^o interkostal aralıktan torakotomi yapıldı. Hastaya açık kalp masajı yapılırken aynı esnada desenden aorta elle komprese edildi. Hastaya kan transfüzyonu yapılarak hemodinamisi düzeltilti. Takiben desenden aorta serbestleştirilerek aortaya kross klemp konuldu. Batın insizyonu yapılarak batın içindeki hematomlar temizlendi. Daha önceki ameliyatta aorta ile çöliyak arter arasına interpoze edilmiş olan 8 mm Dakron greftin aortaya anastomoz edildiği yerde rüptüre dev false anevrizma kesesi ve greft bölgesinin enfekte olduğu gözlemlendi. Anevrizma kesesi ve enfekte greft tamamen çıkarıldı. Aorta üzerindeki anastomoz yeri plegidli dikişlerle kapatıldı. 23 dakika süren bu periyodu takiben torasik aortadaki kross klemp kaldırıldı. 8 mm PTFE greft diafragmanın üzerinde aortaya uç-yan anastomoz edildi ve distal ucu ise enfekte alanı anastomoz sahası dışında bırakacak şekilde transdiafragmatik yolla karaciğer sol lobunun altından

geçilerek A. Hepatica propria'ya uç-yan anastomoz edildi. Hasta operasyon sonrası komplikasyonsuz olarak yoğun bakım ünitesine alındı. Postoperatif dönemi de komplikasyonsuz seyreden hasta postoperatif 12 günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Çöliyak arter anevrizmaları tüm abdominal viseral arter anevrizmalarının oldukça küçük bir bölümünü oluşturur. Bu anevrizmalarda ateroskleroz ve medial dejenerasyon en sık görülen patolojik bulgudur. Travmatik ve mikotik nedenlerle oluşan anevrizmalar sık görülmezler.

Çöliyak arter anevrizması çoğunlukla asemptomatiktir. Semptomatik olan hastaların ise yaklaşık %60'ında epigastrium bölgesine lokalize abdominal huzursuzluk mevcuttur. Sırta da yayılan batında yaygın huzursuzluk, bulantı, kusma şikayetleri de görülebilir ve bu nedenle pankreatit ve benzeri birçok hastalıkla karıştırılabilir. Batında pulsatil kitle mevcudiyeti ise vakaların ancak %30'unda tespit edilebilir.³ Bu hastaların bir kısmında oskültasyonda üfürüm duyulabilir. Çöliyak arter anevrizmasının en önemli komplikasyonu rüptür olup literatürlerde belirtilmiş vakaların %80'inde rüptür mevcuttur. Rüptüre anevrizmalarda mortalite oranı çok yüksek olup vakaların ancak % 5'i başarı ile tedavi edilebilmektedir.⁷ Anevrizma kesesinin kalsifikasyonu vakaların yaklaşık %10-15'inde gözlenir. Batın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi tanı için en önemli tetkik metotlarıdır.⁸ Ayrıca aortografi ve yapılabiliriyorsa selektif anjiyografi tanıda oldukça faydalıdır.

Çöliyak arter anevrizmasının tedavisi esas olarak cerrahi olup ilk başarılı cerrahi tedavi 1958 yılında gerçekleştirilmiştir.⁹ Cerrahi olarak en çok tercih edilen metod anevrizmektomi ve çöliyak arterin renastomozudur.^{4,7,10} Reanastomozun yapılamadığı durumlarda sentetik greftler veya ven greftleri ile aorto- çöliyak bypass uygulanabilir.

Kliniğimize batında huzursuzluk şikayeti ile müracaat eden bir hasta yapılan tetkikler sonucu opere çöliyak arter rüptürü tanısı koyarak acil olarak operasyona aldık. Öncelikle torakotomi ile aortaya kross klemp koyarak kanamayı kontrol altına aldığımız daha sonra ise rüptüre greft dokusu yerine yeni greft bypass uyguladığımız hastayı komplikasyonsuz olarak taburcu ettik.

Sonuç olarak çöliyak arter anevrizmaları ve rüptürünü nadir görülmesi, çoğunlukla asemptomatik olarak seyretmesi, semptomatik olanların ise birçok hastalıkla karıştırılabilmemesi nedeniyle özellikle batın huzursuzluğu olan hastalarda akılda bulundurulması amacı ile sunma gereğini duyduk.

KAYNAKLAR

1. Zelenock GB, Stanley JC: Splanchnic artery aneurysms. In Rutherford RB, ed. *Vascular Surgery. Fifth Edition.* Philadelphia: WB Saunders Co, 2000: 1369-1382.
2. Graham LM, Stanley JC, Whitehouse VM et al. Celiac artery aneurysms: Historic (1745-1949) versus contemporary (1950-1984) differences in etiology and clinical importance. *J Vasc Surg* 1985; 5: 75.
3. Graham J, Mc Collum C, DeBakey M. Aneurysms of the splanchnic arteries. *Am J Surg* 1980; 88: 619-624.
4. Haimovici H, Sprayregen S, Eckstein P, et al. Celiac artery aneurysmectomy. Case report with review of the literature. *Surgery* 1976; 79: 592-596.
5. Ersöz S, Özbaş S, Başaran O ve ark. Celiac artery aneurysm: aorto-hepatic artery reconstruction. *VASA* 1999; 28: 127-129.
6. Matsukura I, Iwai T, Inoue Y. Celiac artery aneurysm: Report of two surgical cases. *Surg Today* 1999; 29: 948-952.
7. Busuttil RW, Gelabert HA. Visceral artery aneurysms. In Haimovici H, Ascer E, Hollier LH, Strandness DE Jr, Towne JB, eds. *Haimovici's Vascular Surgery Principles and Techniques. Fourth Edition.* Massachusetts: Blackwell Science Inc. 1996: 842-852.
8. Herzler GM, Silver TM, Graham LM. Celiac artery aneurysm. *J Clin Ultrasound* 1981; 9: 141-142.
9. Shumacker HB Jr, Siderys H. Excisional treatment of aneurysms of celiac artery. *Ann Surg* 1958; 148: 885-887.
10. Hertzner NR, Mullally PH. Celiac artery aneurysmectomy with hepatic artery ligation. *Arc Surg* 1972; 104: 33-35.

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kalp ve Damar Cerrahisi AD. Etlik/ Ankara

Yazışma Adresi: Dr. Hakan Bingöl

GATA Kalp ve Damar Cer. AD Etlik/ Ankara

E-mail: hakhanbin@hotmail.com