

Retroperitoneal Bölgeye Rüptüre Olmuş Dev Abdominal Aort Anevrizması Cerrahi Onarımı: (Olgu Sunumu)

Veysel Kutay*, Hasan Ekim*, Melike Karadağ**, Cevat Yakut*

Özet :

Rüptüre abdominal aort anevrizması (r-AAA), günümüzde gelişen teknolojiye rağmen yüksek peroperatif mortalite ve morbiditeye neden olması, hızlı tanı ve cerrahi onarıma ihtiyaç göstermesi bakımından önemini korumaktadır. Bu olguda olduğu gibi nadiren hemodinamik bozulmaya neden olmadan stabil seyredebilir. Üç aydır semptomatik olan ve yirmi gün önce r-AAA tanısı konulan 71 yaşında erkek hastanın sol retroperitoneal bölgeye rüptüre olmuş 10 x 12 cm çapında infrarenal yerleşimli aortik anevrizması başarı ile tamir edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Abdominal aort, anevrizma, rüptür

Rüptüre abdominal aort anevrizmasının (r-AAA), ilk başarılı cerrahi onarımından bu yana yaklaşık 50 yıl geçmiş olmasına ve cerrahi, anestezi ile yoğun bakım şartlarında oldukça büyük gelişmeler kaydedilmiş olmasına rağmen, günümüzde hala yüksek oranlarda mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Semptom başlangıcı ve hipovolemik şok süresi, koroner arter hastalığı varlığı, bilincin kapalı olması, ileri yaş ve kardiyopulmoner resusitasyona ihtiyaç duyulması gibi unsurlar hasta yaşam oranları ve cerrahi başarı üzerine belirgin negatif etkiye neden olmaktadır [1]. İntraperitoneal rüptür hemen daima çok hızlı hemodinamik bozulma ve acil cerrahi müdahaleye gereksinim gösterse de, retroperitoneal rüptür bu çalışmada bildirilen olgu da olduğu gibi nadiren de olsa uzun süre hemodinamik bozulmaya neden olmadan stabil kalabilir.

Olgu Sunumu

Yaklaşık üç aydan beri karın ağrıları ve iştahsızlık şikayetleri bulunan 71 yaşında hipertansif erkek hasta yirmi gün önce gittiği klinik tarafından yapılan muayene ve çekilen batin tomografisi sonucunda abdominal aort anevrizma tanısı konulup acilen ameliyat olması gerektiği belirtilmiş ancak hasta

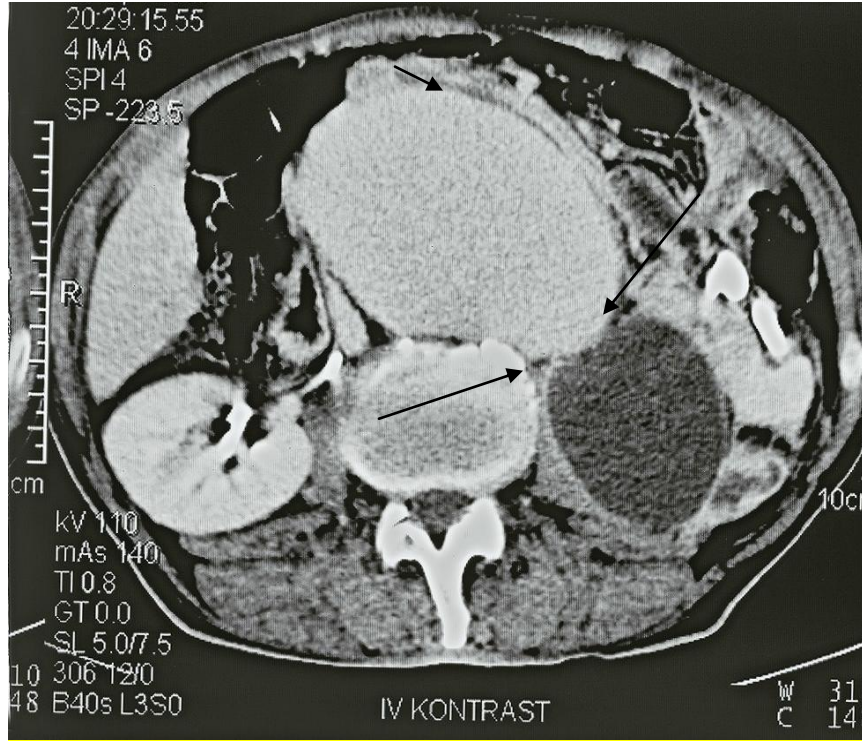
operasyonu kabul etmemiş. Bu süre zarfında halsizlik, iştahsızlık, sırt ve karın ağrısı şikayetleri artan hasta kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede hastanın ileri derecede kaşektik ve bitkin olduğu görüldü. Batin palpasyonunda ksifoid hemen altından başlayıp bütün batını kaplayan dev pulsatil kitle tespit edildi. Bir ay önce çekilen batin tomografisi incelendiğinde, sol böbrek, vertebra ve aorta arasında yaklaşık 6 cm çapında retroperitoneal hematoma ile infrarenal yerleşimli, iliak arterlere kadar uzanan 12x10 cm boyutlarında dev abdominal aort anevrizması görüldü (Resim 1). Telekardiyografi de amfizematöz akciğer ve damla kalp görünümü, EKG’de sinüzal taşikardi, laboratuvar tetkiklerinde üre ve kreatinin değerlerinde hafif artış, hematokrit ve hemoglobin değerlerinde orta derecede düşüş (%32, 11.2 g/dl) tespit edildi. Sağ brakial arter yoluyla yapılan acil koroner anjiyografide koroner arterlerin normal olduğu tespit edildikten sonra tomografi tekrarının gereksiz zaman kaybına neden olacağı düşünülerek, hasta yarı acil şartlarda operasyona alındı. Medyan laparotomiye takiben sol renal venin hemen altından aortik kross klemp konularak anevrizma kesesi açıldı. Bol miktarda taze ve organize trombüs çıkarıldıktan sonra abdominal aort sol posterolateral bölgede retroperitoneal perforasyona neden olan aortik duvar ülserasyonu görüldü. Renal arterlerin hemen distalinden iliyak bifurkasyona kadar olan anevrizmatik abdominal aorta, 28 mm kollajen kaplı Dacron tübüler greft (Intervascular, FL, USA) kullanılarak replase edildi. Postoperatif üç gün İntravenöz nutrisyon yapılan hasta barsak

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Van

**Van Yüksek İhtisas Hastanesi, Kalp Damar Cerrahi Kliniği, Van

Yazışma Adresi: Dr. Veysel Kutay

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Van



Resim 1. Batın tomografisinde, renal arterlerin distalinden başlayıp iliak bifurkasyona kadar ilerleyen 10x12 cm boyutlarında dev abdominal aort anevrizmasının sol retroperitoneal bölgeye olan rüptürü görülmektedir (ok işaretleri).

peristaltizmi başladıktan sonra tedrici olarak oral beslenmeye başladı ve postoperatif 10. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde bir patoloji yoktu.

Tartışma

Abdominal aort anevrizma rüptürünün klasik belirtileri ani başlayan şiddetli karın ve yan ağrısı, pulsatil abdominal kitle ve hipovolemik şok tablosudur. Ancak hastaların yalnızca üçte biri tüm bu belirtileri gösterir [1]. Semptom süresi hipotansiyonun şiddetine göre birkaç dakika ve birkaç güne kadar değişkenlik gösterebilir. Özellikle retroperitoneal bölgeye açılan küçük aortik yırtıklar az miktarda kan kaybı ile birlikte tromboza bağlı tamponade olsalar bile tanı koyulduğu andan itibaren acil onarım indikasyonu vardır. Weinstein ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada [2], intraperitoneal veya retroperitoneal rüptüre abdominal aort anevrizması tanısı konulup opere edilen hasta gruplarından hemodinamisi stabil seyredip operasyona alınma süresi uzayan hasta gruplarında mortalitenin daha yüksek olduğu tespit edilmiş. Bundan kan basıncı normotansif seyreden rüptüre hastaların yanlış bir güvenli gecikme nedeniyle operasyon başarı şanslarının azaldığı sonucu çıkmaktadır. Bizim kliniğimizde retroperitoneal rüptür tanısı konulup

hemodinamisi stabil seyreden başka bir hasta aynı gün içerisinde operasyona hazırlık aşamasında ani gelişen şok nedeniyle kardiyopulmoner resusitasyonla ameliyathaneye alındı ancak intraoperatif olarak kaybedildi. Bu nedenle kronik fazdaki bu olgu, kliniğimize müracaat ettiğinde hemodinamik herhangi bir sorunu olmamasına rağmen aynı gün operasyona alınarak abdominal aort replasmanı komplikasyonsuz olarak gerçekleştirildi.

Rüptür riski ve uzun dönem operasyonsuz yaşam oranı anevrizma çapı ile ters orantı göstermektedir. Beş yıllık rüptür riski 7 cm ve üzeri çaplarda ki anevrizmalar için %75' ler de iken, 4 cm altında ki anevrizma çaplarında bu oran %10'ların altındadır [1]. Rüptür, bizim olgumuzda olduğu gibi tanı konulmamış abdominal aort anevrizma olgularının yaklaşık %70' in de ilk belirti olarak karşımıza çıkar [3,4]. Abdominal aort anevrizma rüptürünü tetikleyen en önemli faktör anevrizma çapı olmakla birlikte, düşük atmosfer basıncı ve düşük serum elastin derive peptid varlığı da yardımcı unsurlar olarak bildirilmiştir [5,6]. Bown ve arkadaşları [5], 10 yıllık periyotta rüptüre 580 vakayı incelediklerinde, atmosferik basıncın en düşük olduğu Aralık ayında, en yüksek olduğu Ağustos ayına göre r-AAA başvurularında anlamlı bir yükseklik olduğunu tespit etmişler. Benzer olarak

ta bizim olgumuzda da rüptür kış mevsiminde olmuştur. Perioperatif mortaliteye neden olan faktörler genel olarak biliniyor olsa bile Hsiang ve arkadaşları [7], rüptüre olgularda perioperatif mortalite risklerini formülize etmişlerdir. Kardiyak arrest, bilinç kaybı, perioperatif MI, renal yetersizlik, ileri yaş ve koagülopati gibi mevcut risk faktörlerinden bir veya birden fazlasının varlığı mortaliteyi %90'lara kadar yükseltmektedir. Her ne kadar operatif mortalite çok yüksek olsa da, r-AAA onarımı yapılan hastaların uzun dönem yaşam kalitelerinin kontrol grubuna göre farklılık göstermemesi, agresif ve hızlı cerrahi politikasını desteklemektedir [8,9]. Cerrahi tedavide gecikme ölümle sonuçlanabilir. Bizim opere ettiğimiz olguda ileri yaşına rağmen bir ay sonraki kontrolünde normal idi.

Surgical Treatment of Retroperitoneal Ruptured Giant Abdominal Aortic Aneurysm: (A Case Report)

Abstract:

Ruptured abdominal aortic aneurysm (r-AAA) is still keeping an important clinical situation which needs urgent diagnosis and surgical treatment with a high mortality and morbidity rates despite the novel technological development. Rarely, as in our case, it could be remain silent without any hemodynamic deterioration. This is a case presentation of successful surgical repair of 71-year-old man with a retroperitoneal ruptured 10 x 12 cm diameter infrarenal aortic aneurysm which was diagnosed twenty days ago.

Key words: Abdominal aorta, aneurysm, rupture

Kaynaklar

1. Hollier LH, Wisselink W. Abdominal aortic aneurysm. In: Haimovici H, eds. Haimovici's Vascular Surgery, 4th ed. Massachusetts: Blackwell Science;797-827,1996.
2. Weinstein ES, Cooper M, Hammond S, Carlson R, Guber M. The stable ruptured abdominal aortic aneurysm gives a false sense of security. Am J Surg ;178: 133-5,1999.
3. Gloviczki P. Ruptured abdominal aortic aneurysms: Repair should not be denied. J Vasc Surg ;15:851-9,1992.
4. Dsbrich KD, Schramm W, Rupprecht H. Successful repair of ruptured abdominal aortic aneurysm in a 96-year-old woman. EJVES Extra ;3:43-4,2002.
5. Bown MJ, McCarthy M, Bell F, Sayers RD. Low atmospheric pressure is associated with rupture of abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg ;25:68-71,2003.
6. Petersen E, Gineitis A, Wagberg F, Angquist KA. Serum levels of elastin-derived peptides in patients with ruptured and asymptomatic abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg 2001;22:48-52
7. Hsiang YN, Turnbull RG, Nicholls SC, et al. Predicting death from ruptured abdominal aortic aneurysms. Am J Surg ;181:30-5,2001.
8. Korhonen SJ, Kantonen I, Petilla V, Keranen J, Salo A, Lepantalo M. Long-term survival and health-related quality of life of patients with ruptured abdominal aortic aneurysm. Eur J Vasc Endovasc Surg ;25:350-3,2003.
9. Prance SE, Wilson YG, Cosgrove CM, et al. Ruptured abdominal aortic aneurysms: Selecting patients for surgery. Eur J Vasc Endovasc Surg ;17:129-32,1999.