



Rüptüre Abdominal Aort Anevrizması İle Birlikte Aortokaval Fistül Olgu Sunumu

Yusuf Kalko*, Murat Uğurlucan**, Murat Başaran***, Ülkü Kafa*, Ünal Aydın*, Tahsin Yaşar*

* S.B. Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi AD. İstanbul

*** Göztepe Şafak Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Abdominal aort anevrizmaları, aort anevrizmaları içinde en sık yer alır. Bu anevrizmalarla birlikte nadiren de olsa aortokaval fistül oluşumu görülebilmektedir.

Yazımızda; konjestif kalp yetmezliği nedeni ile takipli olan ve ani başlayan bel ve karın ağrısı sonrası yapılan tetkiklerinde abdominal aort anevrizması ile birlikte aortokaval fistül saptanan 74 yaşındaki erkek hasta anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Abdominal aort anevrizması, Rüptür, Aortokaval fistül.

Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm Associated With Aortocaval Fistula: A Case Report

Abdominal aortic aneurysms are the most common aneurysms among the aortic aneurysms. Rarely, they can be associated with aortocaval fistula formation.

In this report, we present a 74 year-old patient followed due to congestive heart failure who admitted to the clinic with rapid onset of abdominal and back pain and diagnosed abdominal aortic aneurysm associated with aortocaval fistula formation during investigation of his illness.

Key Words: Abdominal aortic aneurysm, Rupture, Aortocaval fistula.

Abdominal aort anevrizması (AAA) varlığında aortokaval fistül, genellikle anevrizmanın vena kavaya rüptüre olması sonucu oluşur. İlk kez Syme tarafından 1831'de tarif edilmiş ancak ilk başarılı tamir 1955 yılında Cooley tarafından gerçekleştirilmiştir.^{1,2} Günümüzde de halen genel kabul gören tedavi şekli, Cooley'in tanımladığı transaortik yaklaşımla fistül kapatılması ve arteriyel devamlılığın prostetik greft materyali ile sağlanması yöntemidir.²

Bu yazıda, rüptüre AAA ön tanısı ile acil olarak operasyona aldığımız ve peroperatif olarak aortokaval fistül tanısı koyduğumuz olguyu gerek erken tanının cerrahi sonuca etkisi gerekse de nadir bir AAA komplikasyonu olması nedeniyle sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Erkek hasta, 74 yaşında, konjestif kalp yetmezliği nedeniyle tedavi görmekteyken ani başlayan şiddetli sırt ve karın ağrısı sebebiyle baş vurduğu merkez tarafından yapılan batın doppler ultrasonografi tetkikinde infrarenal yerleşimli 9x13 cm boyutlarında AAA tespit edilmesi üzerine kliniğimize sevk edilmişti. Muayenesinde; hastanın genel durumu bozuktu. Kan basıncı 80/40 mmHg ve kalp atım sayısı 114/dakika olarak ölçüldü. Her iki akciğer bazalinde krepitan raller duyuluyordu. Batın muayenesinde üzerinde üfürüm duyulmayan pulsatil kitle mevcuttu. Hasta anürikti. Brakial ve femoral arterler zayıf palpe edilmekteydi. Ekstremiteler soğuktu ve siyanoze görünümdeydi. Şiddetli sırt ağrısı, hipotansiyon ve pulsatil abdominal kitle mevcudiyeti rüptüre AAA'nın klasik triadını göstermekteydi ve hasta acil operasyona alındı. Hemodinamisi gittikçe bozulan hastaya inotropik destek başlandı. Medyan laparotomi ile batına ulaşıldıktan sonra retroperitonda masif hematoma olduğu görüldü. Hematom boşaltıldı ve aortun supraçölyyak kontrolü sağlandı. Anevrizma infrarenal yerleşimliydi, çapı yaklaşık 12 cm idi. Anevrizma kesesi açıldı ve yapılan

eksplorasyonda aort ile vena kava inferior arasında fistül olduğu tespit edildi. Bir foley sonda yardımıyla iştirak kontrol altına alındı (*Resim 1*). Fistül teflon pledgetli sütürlerle kapatıldı. Ardından aortik greft replasmanına geçildi. Yüksek inotropik destek altında proksimal anastomoz yapılırken kardiyak arrest gelişti ve resüsite edildi. Ancak yapılan resüsitasyona cevap alınamadı ve hasta peroperatif kaybedildi.

Resim 1. Preoperatif abdominal doppler ultrasonografide 9x13 cm ölçülen infrarenal abdominal aort anevrizmasının operasyon sırasında, anevrizma kesesi açıldıktan sonra ortaya çıkan aort ile vena kava inferior arasındaki fistül görülmekte. Fistülün tamiri için foley sonda yardımıyla kanama kontrol altına alınmaya ve anevrizma içindeki debris materyallerinin vena kava içine kaçması engellenmeye çalışılmaktadır.



TARTIŞMA

Abdominal aort anevrizması ile birlikte aortokaval fistül oluşumu ender olup yaklaşık %0,2-3,6 oranlarında bildirilmiştir.³ Bu fistüller nadiren asemptomatik kalabilirler. Semptomatik olgularda AAA'ların klasik üçlemesi olan batında pulsatil kitle, hipotansiyon ve karın ağrısının yanı sıra artmış venöz dönüşü bağı konjestif kalp yetmezliği bulguları görülebilir. Patoloji, kalp yetmezliği olan hastalarda kalp yetmezliği semptomlarında artışa, medikal tedaviye cevapta azalmaya⁴ açıklanamayan angina pectorise ya da kararsız angina pectorise, çarpıntı, dispne, taşikardi gibi semptomlara, ekstremitelerde iskemik değişikliklere ve ödeme yol açabilir. Arteriyovenöz fistüllerde klasik olarak rastlanan üfürüm bu hastaların ancak %25'inde pulsatil kitle üzerinde saptanabilir.⁵ Bazı yazarlar ise hastalarda devamlı abdominal üfürümün %66 oranında mevcut olduğunu ve venöz hipertansiyona bağlı hematüri ve rektal kanamayla birlikte yüksek prediktif diagnostik değere sahip olduğunu bildirmektedirler.⁶ Semptom ve bulguların bu kadar müphem olduğu AAA ile birlikte aortokaval fistül olgularında tanı ancak tecrübe ve yüksek bir klinik şüphe ile birlikte modern görüntüleme yöntemleri ile konulabilir. Baker ve

arkadaşları AAA nedeniyle elektif cerrahi uyguladıkları hastaların %1'inde, rüptür sonucu acil opere ettikleri olguların ise %4'ünde AAA ile birlikte aortokaval fistül varlığını ortaya koymuşlardır.³

AAA ile birlikte aortokaval fistül varlığında hastaların kliniği ve prognozu ise fistül çapıyla direkt ilişkilidir. Deneysel araştırmalarda 1,5 cm ve daha büyük genişlikteki fistüllerin yaşarla bağdaşmadığı anlaşılmıştır.⁷

Aortokaval fistüllerin %80-90'ı spontan olarak oluşmaktadır. İnfrarenal abdominal aort anevrizmalarının erozyonu veya anevrizmanın vena kava inferior içine rüptürü sonucu da gelişebilirler. Çok nadir olarak anevrizma vena kava inferiorun başka sol renal vene fistüle olabilir. Bu olgularda sol renal venin genellikle retroaortik seyrettiği görülmektedir.⁸ Bu durumda hastalar sıklıkla bir ürolojik hasta gibi düşünülür.

Fistüle bağlı gelişen patofizyolojik değişiklikler; santral venöz basınç ve sistemik arteriel basınçta artışla beraber periferik vasküler direnç ve glomerüler filtrasyon hızında azalma olarak sayılabilir.⁹ Bu değişiklikler patolojinin tamiri sonrasında sıklıkla ortadan kalkar.

Hastalığın tedavisinde en çok tercih edilen yöntem fistülün anevrizma içinden kapatılması ve aorta prostetik greft implantasyonudur.² Ancak bu tedavinin başarıyla uygulanabilmesi için tanının ameliyat öncesinde konulmuş olması şarttır. Olgumuzdaki gibi tanının ameliyat öncesinde konulmadığı hallerde mortalite %50'lere kadar çıkabilmektedir. Öte yandan preoperatif tanının olması mortaliteyi %25'lere düşürmektedir. Peroperatif tanısı koyulan hastaların cerrahisi sırasında anevrizma kesesi üzerindeki trile, vena kava inferior ile yandaş venlerdeki gerginliğe ve kese içerisindeki şiddetli venöz kanamaya dikkat edilmelidir.

Fistülün tamiri esnasında dikkat edilecek diğer bir önemli husus da anevrizma kesesi açıldıktan sonra içerisindeki trombüs, aterosklerotik debris ve havanın vena kava inferiora kaçmamasına özen göstermektir. Bu amaçla mümkünse vena kava inferior ve dalları anevrizma kesesi açılmadan fistülün altından ve üstünden kontrol altına alınmalıdır. Önlem almak için uygulanabilecek bir diğer yöntem de fistül içine tıkaçıcı kateterler (Foley vb.) yerleştirilmesidir. Fistül teflon pledgetli sütürlerle kapatılabileceği gibi defektin geniş olduğu olgularda vena kava inferiora

Rüptüre Abdominal Aort Anevrizması İle Birlikte Aortokaval Fistül Olgu Sunumu

omentum gibi otojen dokular da implante edilebilir.¹⁰ Çok nadiren de olsa vena kava inferiorun tamamen ligasyonu gerekebilmektedir.⁷

Sonuç olarak; AAA ile aortokaval fistül birlikteliği çok nadir ancak preoperatif tanısı konulmamış vakalarda mortalitesi son derece yüksek bir patolojidir. AAA olgusuna yaklaşan bir vasküler cerrahın bu nadir patolojiyi mutlaka aklında bulundurması ve ameliyat stratejisini ona göre düzenlemesi gerektiği inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Espinel CF, Calligaro KD, Dougherty MJ: Percutaneous balloon occlusion of the inferior vena cava as an adjunct for treating ruptured type IV thoracoabdominal aneurysm and aortocaval fistula. *J Vasc Surg.* 2006;43:834-5.
2. Debakey ME, Cooley DA, Morris GC, et al: Arteriovenous fistula involving the abdominal aorta: Report of four cases with successful repair. *Ann Surg* 1958;147:646-57.

3. Baker WH, Sharzer LA, Ehrenhaft JL: Aortocaval fistula as a complication of abdominal aortic aneurysm. *Surgery* 1972;72:933-8.
4. Rajmohan B. Spontaneous aortocaval fistula. *J Postgrad Med.* 2002;48:203-5.
5. Hauben PF, Bollen EC, Nuyens CM: "Asymptomatic" ruptured aneurysm: a report of two cases of aortocaval fistula presenting with cardiac failure. *Eur J Vasc Surg* 1993;7:352-4.
6. Bednarkiewicz M, Pretre R, Kalangos A, et al. Aortocaval fistula associated with abdominal aortic aneurysm: a diagnostic challenge. *Ann Vasc Surg.* 1997;11:464-6.
7. Şener E, Bayazit M ve Göl MK, ve ark. Spontan aorta-kaval fistül ile komplike olmuş abdominal aort anevrizması. *Damar Cer Derg.* 1996;5:34-7.
8. Buket S, Atay Y, Çalkavur T ve ark. Abdominal Aort Anevrizmaları. In: Buket S, Yağdı T. *Aort Cerrahisi.* İstanbul; Yüce Yayıncılık 2003: 347-97.
9. Kazmier FJ, Harrison CE Jr. Acquired Aortocaval fistulas. *Am J Med* 1973;55:175-83.
10. Uemura Y, Okagawa K, Kawasaki T, et al. A unique method of closure for an aortocaval fistula in associated with a ruptured abdominal aortic aneurysm: report of a case. *Surg Today.* 1998;28:1213-6.

Yazışma Adresi:

Dr. Yusuf KALKO,
Ergenekon Caddesi, No: 213-1, Daire: 3,
80200 Feriköy / İSTANBUL.
Tel : 532 345 21 61
Fax : 212 621 75 80
E-Posta : ykalko@yahoo.com