

ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI RÜPTÜRLERİ

Tarık Çağa*

Erdal Anadol**

Ahmet Yayıoğlu***

Aortada görülen, anevrizmaların % 80'i renal arterlerin distalinde, abdominal aortada yerleşim göstermektedir. Artan cerrahi tecrübe, anestezi alanındaki gelişmeler ve yoğun bakım şartlarındaki ilerlemelere rağmen, % 50 civarında operatif mortalite gösteren, aorta abdominalis anevrizması rüptürleri, halen vasküler cerrahide önemli bir problem teşkil etmektedir.

Aorta abdominalis anevrizması rüptürleri katastrofik bir tablo olup, çok süratli tanı ve acil cerrahi girişimi gerektirir. Hastanın hayatının kurtulması bu iki faktöre bağlıdır.

Bu makalede, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda, 1980-1986 yılları arasında tanı konulan 11 aorta abdominalis anevrizması rüptürlü olgu analiz edilmiştir.

MATERYAL - METOD

1980-1986 yılları arasında anabilim dalımızda saptanan 11 olgunun, 1 tanesi kadın, 10 tanesi ise erkektir (Tablo 1).

Tablo 1 :

Period	1980 - 1986
Erkek	10 (% 90.9)
Kadın	1 (% 9.09)

En genç olgumuz 45, en yaşlı olgumuz ise 88 yaşında idi. Olgularımızın hepsinde atherosclerosis komponenti saptanmıştır. 5 olgumuzda geçirilmiş MI tesbit edilmiştir (Tablo 2).

* A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzman Başasistanı

** A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Doçenti

*** A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Profesörü

Tablo 2 :

Yandaş hastalıklar	
Geçirilmiş MI	5 olgu (% 45,4)
ASKH	4 olgu (% 36,8)
ASKH - KOAH	2 olgu (% 18,1)

63 yaşındaki kadın ve 75 yaşındaki erkek iki olgumuz, genel durumları çok düşkün olarak, aorta abdominalis anevrizması tanısı ile yoğun bakıma yatırılmış, ancak kısa süre sonra duodenuma rüptür sonucu, çok şiddetli hematemez ve karındaki pulzatil kitlenin kaybı ile müdahale edilemeden kaybedilmiştir.

Diğer 9 olgumuzun hepsi, akut karın-şok-periferik nabızların alınmadığı bir tablo ile acil servisten alınmıştır. 4 olgumuz resusitasyon girişimleri sırasında arrest olmuş, yapılan nekropsilerinde retroperitona rüptür ve yaygın barsak nekrozu saptanmıştır.

Tablo - 3'de olgularımızda, aort anevrizmalarının rüptür yerleri gösterilmiştir.

Tablo : 3

Rüptür Yerleri	
retroperitoneal	9 olgu (% 81,8)
intraperitoneal	—
caval	—
enterik	2 olgu (% 18,1)

5 olgumuza, acil aorta-bifemoral Y-greft uygulandı. Ancak bu olgularımızın tümü post-operatif ilk 3 gün içinde kaybedildi. Tablo - 4' de, erken post-operatif mortalite nedenleri gösterilmiştir.

Tablo 4 :

Post-operatif Mortalite Nedenleri	
akut böbrek yetmezliği	3 olgu (% 60)
akut MI	1 olgu (% 20)
ARDS	1 olgu (% 20)

TARTIŞMA

Aorta abdominalis anevrizmalarının, 5 yıllık süre içinde rüptür olma olasılığı, çapı 4 cm. den küçük olan anevrizmalar için % 15, çapı 8 cm. den büyük olan anevrizmalar için % 75 olarak bildirilmektedir. Ancak, tanı almamış olgular da düşünülürse, bu oran daha da yükselebilir. Nitekim Glasgow'da 1976 yılında yapılan 7894 otopsi taramasında, aort anevrizması olgularının % 50'sinin post-mortem inceleme ye kadar tanı olmadığını ortaya koymuştur.

Tipik rüptür olguları, orta ve ileri yaşlı erkekler olup, tansiyon arteriel yüksekliği veya geçirilmiş MI tanımlarlar. Fakat genellikle cladicatio intermittent bildirmezler. Nitekim bizim serimizde de, 5 olgumuzda geçirilmiş MI, 2 olgumuzda kronik akciğer hastalığı komponenti de olmak üzere, tüm olgularımızda atherosclerotik kalp hastalığı saptanmıştır.

Hastalar genellikle rüptür öncesinde, aorta abdominalis anevrizması tanısı almamışlardır. Bizim serimizde de, ancak 2 olgumuzun rüptür öncesi konulmuş, aorta abdominalis anevrizması tanısı vardı, acil servisten alınan diğer 9 olgumuzun rüptür öncesine ait böyle bir tanıları yoktu.

Aorta abdominalis anevrizmaları en sık, renal damarların 2-5 cm. distalinde, sol tarafta retroperitona rüptüre olur. Bu tip rüptürde, extravaze olan kan, bazen başlangıç aşamasında tampone olarak kalır. Retroperitona rüptürde, hastalar karın ve sırttan başlayan çok şiddetli ağrı tanımlarlar. Ağrı ile birlikte extravaze olan kan volümüne bağlı olarak değişik şiddette şok, tabloya eklenir.

Bizim serimizde, 9 olgumuzda renal arterlerin distalinde, retroperitona rüptür gelişmiştir. Bu olguların hepsi, çok şiddetli karın ve sırt ağrısı sonrası, belirgin şok tablosu içinde acil servisten alınmıştır. Nitekim bu olgularımızdan 4 tanesi, agresiv resusitasyon girişimlerine rağmen ameliyathaneye getirilmeden kaybedilmiştir.

Aorta abdominalis anevrizması rüptürlerinde, ameliyat edilemeyen olgularda mortalite % 100'dür. Acil servislerden, belirgin şok tablosunda alınan hasta, oligürik veya anürik haldedir. Bu şartlar altında, ameliyat sırasında ve sonrasında böbrek, klirens kapasitesini süratle artıramaz ve post-operatif dönemde böbrek yetmezliği kaçınılmaz olur. Ayrıca, ameliyat sırasında aortun pense edilmesi sırasında renal arterlerde oluşan atheromatöz embolizasyon, kan basıncında ani değişiklikler ve hemoglobüri böbrek yetmezliğini kolaylaştıran faktörlerdir.

Bizim serimizde de aorta-bifemoral Y-graft konulan 3 olgumuz post-operatif akut böbrek yetmezliği tablosu ile kaybedildi.

Retroperitona rüptürlerin bir kısmında, psoas kası üzerinden sol kasığa doğru yayılan hematoma, L-2,3,4 köklerden ön dallarını alan femoral sinir köküne bası yaparak, intervertebral disk bulgularını taklit edebilir.

Bazen klinik tablo, trombüs veya kopmuş atheromatöz plağın sebep olduğu bir periferik emboli tipinde ortaya çıkabilir. Bu gibi olgularda, doğru tanıya varabilmek için karnın çok iyi muayene edilmesi gerekir.

Aorta abdominalis anevrizmaları, V. Cava'ya da rüptüre olabilir. Bu durumda şiddetli karın ağrısı, konjestif kalp yetmezliği ve alt extremité iskemik belirtileri ortaya çıkar. Bazende, anevrizmal kavitenin trombüs ile dolması sonucu, akut aortik oklüzyon tablosu ortaya çıkabilir.

Bizim serimizde caval ve intraabdominal rüptür yoktur. Daha ender olarak anevrizma, duodenumun 3. ve 4. bölgelerine açılabilir. Hastada projektıl çok şiddetli hematemez ortaya çıkar. Bizim serimizde 2 olgumuzda duodenuma rüptür gelişmiş ve müdahale fırsatı olmadan hastalar kaybedilmiştir.

Aorta abdominalis anevrizması rüptürü son derece dramatik bir tablo olup, mortalite ameliyathaneye yetiştirilebilen olgularda bile halen % 50 civarındadır. Hastanın hayatı, çok süratli tanı ve acil cerrahi girişime bağlıdır. Darling, AAA'sı rüptürlerinden sonra, olguların % 50'sinin en az 6 saat, % 40'ının 1 gün, % 25'inin de 6 gün yaşadığını bildirmiştir. Ancak cerrahi girişim yapılamayan veya tanı konulamayan bütün olgular kaybedilir.

Çok şiddetli karın ve sırt ağrısı ile birlikte şok tablosu gelişen olgularda, AAA'sı rüptürü mutlaka akla gelmelidir. Derhal şok ile yoğun mücadeleye başlayıp, ameliyata alınmalıdır. Ameliyatta ilk olarak proximal aorta kontrol altına alınmalıdır. Bunun için diafragmanın hemen altından aortik klemp konulması gerekebilir.

İleri yaşlarda mortalite çok daha yüksektir. 80 yaşın üzerindeki hastalarda, operatif mortalite % 100 olarak bildirilmiştir. Post-operatif MI ve böbrek yetmezliği en önemli ölüm nedenidir.

Yüksek mortaliteyi etkileyen faktörler şunlardır :

1. rüptür zamanı 2. hipovolemik şokun derecesi 3. aortik klem-pajın süresi 4. renal yetmezlik 5. transfüzyon yapılan kan sayısı 6. retroperitoneal hematoma miktarı 7. rüptürün yeri

SONUÇLAR

— AAA'sı rüptürü, en süratli tanı ve acil cerrahi girişimi gerektiren ölümcül bir tablodur.

— Ameliyat edilemeyen tüm olgular kaybedilir

— Ameliyat edilebilen olgularda bile operatif mortalite % 50 gibi yüksek değerlerdedir

— Karın ve sırtta çok şiddetli ağrı ve şok, bu tabloyu akl agetirmelidir

— Rutin kontrollerde, çapı büyüme gösteren ve semptomatik hale geçen AAA'ları rüptür komplikasyonundan korumak için, elektif ameliyat edilmelidir

— Renal, pulmoner ve kardiyak komplikasyonlar mortaliteyi oluşturan nedenlerdir.

ÖZET

A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında, 1980-1986 yılları arasında tanı konulan 11 abdominal aort anevrizması rüptürlü olgu analiz edilmiştir. 9 olgumuzda retroperitona, 2 olgumuzda duodenuma rüptür gelişmiştir. Retroperitoneal rüptürlü 4, duodenuma rüptürlü 2 olgumuz cerrahi müdahale yapılamadan kaybedilmiştir. Aorta-bifemoral Y-greft konulan 5 olgumuzdan 3 tanesi akut böbrek yetmezliği ile, 1 tanesi yaygın MI ile ve 1 tanesinde solunum yetmezliği ile kaybedilmiştir.

SUMMARY

Ruptur of the abdominal aortic aneurysm

This study presents an analysis of the rupture of abdominal aortic aneurysms. Between 1980-1986 years, 11 patients with ruptured abdominal aortic aneurysm, admitted in the general surgery department at University of Ankara, school of Medicine. There are 2 enteric rupture and 9 retroperitoneal rupture. There are only 5 patients operated. All of them are died with renal and cardiac complications.

LİTERATÜR

1. Abbott, W.M., Abel, R.M., Beck, O.H., Fisher, J.E. : Renal failure after ruptured aneurysm. Arch. Surg. 110 : 1110-1112, 1975.
2. Bodilly, C.K., Buttorff, D.J. Ruptured abdominal aortic aneurysm Am. J. Surg. 149 : 580-582, 1985.
3. Chawla, S.K., Najafi, H., Ing, T.S., Dye, W.S. Javid. H. : Acute renal failure complicating ruptured abdominal aortic aneurysm, Arch. Surg. 110 : 521-526, 1975.
4. Dawid, J.P., Marks, C., Bonneval, M. A ten years institutional experience with ruptured abdominal aortic aneurysms. Surg. Gynecol. Obstet. 138 : 591-594, 1974.
5. Johnson, Jr., McDevitt, N.B., Procter, H.J., Mandel, S.R. Emergent or elective operation for symptomatic abdominal aortic aneurysm. Arch. Surg. 115 : 51-53, 1980.
6. Johnson, J., Wood, M. Arteriovenous fistule secondary to rupture of atherosclerotic abdominal aortic aneurysm - 5 cases Am. J. Surg. 136 : 171-175, 1978.
7. Landes, R., Trumbull, H., Nicoloff, D. Abdominal aortic aneurysm with rupture into the inferior vena cava associated with horse-shoe kidney, Ann. Surg. 187 : 329-331, 1978.
8. Lawrie, G.M., Morris, G.C., et all. : Improved results of operation for ruptured abdominal aortic aneurysm. Surgery. 85 : 483-488, 1979.
9. Makin, G.S. Some factors influencing hospital mortality in ruptured abdominal aortic aneurysms. J. Cardiovasc. Surg. 24 : 646-648, 1983.
10. Miani, S., Mingazzini, P., Pigloionica, R., Biasi, G.M. Influence of the rupture side of abdominal aortic aneurysms with regard to postoperatif survival rates. J. Cardiovasc. Surg. 25 : 414-419, 1984.
11. Pollock, J.G., McKay, A.J. The ruptured abdominal aortic aneurysm Arterial Surgery, Bergen/Chirchill, Wingstone, Chap. 4 : 59-79 1984.
12. Swannon, R., Littoy, F.J., Hunt. T.K., Stoney, R.J. Laparatomy as a percipitating factor in the rupture of intra-abdominal aneurysm. Arch. Surg. 115 : 299-304, 1980.
13. Yaycıoğlu, A., Arıbal, D., Tatlıcıoğlu, E. Cerrahi damar hastalıkları Nuray Matbaası, 93-126, 1978.