



EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

Dev aterosklerotik çıkan aort anevrizmasının cerrahi tamiri

Surgical repair of giant atherosclerotic ascending aortic aneurysm

Elif Coşkun Sungur¹, Levent Altınay², Anıl Tekin³, Ufuk Tütün³

¹Ankara Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Ankara, Turkey

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Ankara, Turkey

³Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Zonguldak, Turkey

Cukurova Medical Journal 2020;45(1):393-394.

Sayın Editor,

Ülkemizde 2000 yılında yapılan nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri nüfus tüm nüfusun %5.7'si iken Türkiye İstatistik Kurumunun Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 verilerine göre bu oran % 7.2'dir. Nüfusun yaşlanması ile ilişkili sağlık sorunları için uluslararası farkındalık düzeyi giderek artmaktadır. Yaşlı popülasyonda görülen ve mortalitesi yüksek hastalıklardan biri de aort anevrizmalarıdır¹. Aort anevrizmaları kardiyovasküler hastalık arasında sıklıkla daha az görülür². Belirli bir cinsiyet dağılımı yoktur. Ancak aterosklerotik anevrizma erkeklerde daha sık görülürken, genetik bozukluklardan kaynaklanan anevrizmalar ağırlıklı olarak kadınları etkilemektedir³. Etiyolojik faktörler ateroskleroz, Marfan sendromu, dev hücreli arterit, tüberküloz, sifiliz, HIV ile ilişkili vaskülit, kalıtsal hemorajik telanjiektazi ve medial agenezi içerir⁴. Genç popülasyonda en sık görülen faktör Marfan sendromu veya aort patolojisi ile ilişkili olabilen biküspit aort kapaktır. Daha yaşlı popülasyonda ise etiyolojik zeminde aterosklerotik dejenerasyon en yaygın nedendir. Çok büyük çapa ulaşan çıkan aort anevrizmaları özefagus, trakea/bronşlara ve etraf dokuya bası oluşturabilir. Hatta rekürren laringeal sinir basısı sonucu ses kısıklığı, felç ve göğüs ağrısı veya sırt ağrısına neden olabilirler⁵. Ne var ki, yıllarca sessiz seyrederek tesadüfi olarak saptanabilir ve hiçbir bası bulgusu yaratmayabilirler.

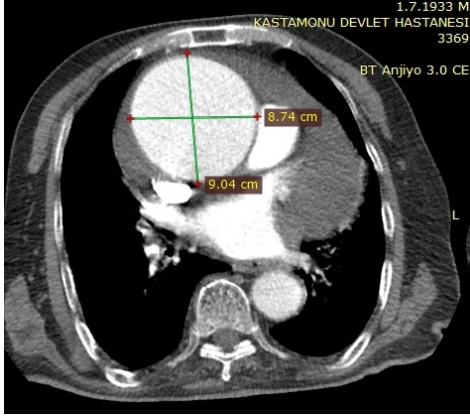
85 yaşında hasta göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde,

herhangi bir patolojik bulguya rastlanılmadı. Öyküsünde esansiyel hipertansiyon ve kronik obstruktif akciğer hastalığı vardı. Göğüs röntgeni genişlemiş bir aorta olduğunu gösterdi. Dinlemekle sol akciğer alt lob havalanma azlığı ve bilateral ral mevcuttu. 157cm boyunda ve 60kg (BMI: 1,60) olan hastanın yapılan değerlendirmede BT-Anjiyografide 8,74x9,04cm çapında cm çapında dev çıkan aort anevrizması tespit edildi (Resim-1). Yapılan transtorasik ekokardiyografide EF %55, çıkan aorta 8cm (sinüs valsava seviyesinde çap 5,0 cm), 1. derece AY ve minimal perikardiyal effüzyon tespit edildi. Hastanede kalış süresince immünolojik ve bağ dokusu hastalığını tarandı. Serolojik enfektif belirteçlerin hepsi negatifti. Hastaya açık kalp ameliyatı ile çıkan aort onarımı planlandı. Operasyonu sırasında perikardiyotomi yapıldıktan sonra çıkan aortanın anevrizmatik şekilde büyüdüğü gözlemlendi (Resim-2A). Sağ aksiller kanülasyon ile two-stage venöz kanülasyon ile kardiyopulmoner by-pass sağlandı. Hastaya suprakoroner pozisyonunda 32mm Dacron greft interpoze edildi (Resim-2B) Kardiyopulmoner bypas süresi 126 dak ve kros klemp zamanı 67 dakika idi. Aorta biyopsilerinde adventisya ve medyanın lenfoid ve plazma hücre infiltrasyonu ile kalınlaştığı bulundu. Mikrobiyolojik kültürde ve anevrizma kesesinden alınan serolojik örneklerde mikroorganizma saptanmadı. Yoğun bakımda postoperatif saturasyon düşüklüğü nedeni ile elektif entübe edildi. Alınan trakeal aspirat kültürlerinde acinetobacter üremesi görüldü. Bu açıdan tedavisine eklenen bakteriyeye duyarlı selektif antibiyotik

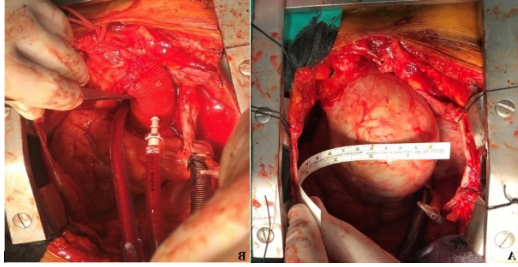
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Elif Coşkun Sungur, Ankara Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Ankara, Turkey E-mail: drelco@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 02.01.2020 Kabul tarihi/Accepted: 19.01.2020 Published online: 20.02.2020

tedavisine rağmen, ne yazık ki, postop 12.günde hasta multi-organ yetmezliğinden kaybedildi.



Resim 1. BT-Anjiyografide 8,74x9,04cm çapında dev çıkan aort anevrizması.



Resim 2A. Dev çıkan aort anevrizmasının intra-operatif görünümü **2B.** Greft replasmanı sonrası post-operatif görünüm

Anevrizmatik hastalar tanı konduktan sonra anevrizma çapı, yıllık büyüme hızı ve eşlik eden hastalıklar ile birlikte değerlendirilmelidir. Aort anevrizmalarında çap, rüptür riskinin bir göstergesidir ve anevrizmanın çapına paralel olarak rüptür riski de artar⁶. Elefteriades⁶, 1600 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, aort anevrizması (rüptür veya diseksiyon) 'un doğal komplikasyonları için sınır noktaları, çıkan aort için 6.0 cm'de ve inen için 7,0 cm bulunmuştur. Bu kritik boyutlara ulaştığında rüptür veya diseksiyon olasılığı çıkan aort için % 31, inen aort için % 43 olduğunu belirtmişlerdir. Elefteriades, çıkan aort için 5.5 cm'de ve inen aort için 6.5 cm'de girişim

yapılmasını önermişlerdir. Genel olarak asemptomatik çıkan aort anevrizmalarında cerrahi müdahale zamanlaması konusunda fikir birliği bulunmaktadır. Bu müdahale kriterleri çıkan aort çapının 5.5 cm'ye ulaşması, familial olgularda 5 cm'ye ulaşması, yılda 1 cm üzeri hızlı büyüme olarak kabul edilmektedir.

Sonuç olarak giderek artan yaşlı popülasyonda, aort anevrizmaları gibi daha sık görülen hastalıkların bası bulgusu veya rüptür olmaksızın tamamen asemptomatik, yaşamı tehdit eden bir hastalık olabileceği akılda tutulmalıdır.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: ECS, LA, AT, UT; Veri toplama: ECS, LA, AT, UT; Veri analizi ve yorumlama: ECS, LA, AT, UT; Yazı taslağı: ECS, LA, AT, UT; İçeriğin eleştirel incelenmesi: ECS, LA, AT, UT; Son onay ve sorumluluk: ECS, LA, AT, UT; Teknik ve malzeme desteği: ECS, LA, AT, UT; Süpervizyon: ECS, LA, AT, UT; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : ECS, LA, AT, UT; Data acquisition: ECS, LA, AT, UT; Data analysis and interpretation: ECS, LA, AT, UT; Drafting manuscript: ECS, LA, AT, UT; Critical revision of manuscript: ECS, LA, AT, UT; Final approval and accountability: ECS, LA, AT, UT; Technical or material support: ECS, LA, AT, UT; Supervision: ECS, LA, AT, UT; Securing funding (if available): n/a.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Günay Ş, Güllülü S.N. Yaşlılarda aort anevrizmalarına yaklaşım. Turk Kardiyol Dern Ars. 2017;45:93-5.
2. Setty N.S.H, Raghu R.T, Kharge J, Krishnanayak GB, Patil S, Raj V, Nishanth KR, Manjunath NC. Unusual non progressive idiopathic giant ascending aortic aneurysm—A rarity. Int J Surg Case Rep. 2016;25:203-6.
3. Zanini G, Pelati A, Bortolotti M, Tironi A, Pasini GF. Giant atherosclerotic ascending aortic aneurism. Intern Emerg Med. 2010;5:163-6.
4. Shah p, gupta n, goldfarb i, shamoon f. giant dissecting aortic aneurysm in an asymptomatic young male. Case Rep Vasc Med. 2015;2015:958464.
5. Srivastava V, AlHadid K, Saravanan P, Zacharias J, Bittar MN. Giant aneurysm of the ascending aorta. BMJ Case Reports. 2011;2011: bcr1120103504..
6. Elefteriades JA. Natural history of thoracic aortic aneurysms: indications for surgery, and surgical versus nonsurgical risks. Ann Thorac Surg. 2002;74:1877-80.