

**PERİPARTUM DÖNEMDE SPLENİK ARTER ANEVİZMA RÜPTÜRÜ:
OLGU SUNUMU****Splenic Artery Aneurysm In Peripartum Period: Case Report****Atilla Karateke¹, Selin Taş Tertemiz¹, Raziye Keskin Kurt², Ebru Gelici³**¹*Hatay Antakya Doğumevi Hastanesi, Obstetrik ve Jinekoloji Kliniği, Hatay*²*Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Obstetrik ve Jinekoloji Departmanı, Hatay*³*Hatay Antakya Doğumevi Hastanesi, Anestezi Kliniği, Hatay***Özet:**

Splenic arter anevrizmaları (SAA), visseral arter anevrizmaları arasında en sık görülen anevrizma tipidir. SAA'nın rüptüre olması durumunda mortalitesi çok yüksektir. Kadınlarda daha sık görülen SAA, gebelerde fizyolojik olaylara bağlı olarak rüptür olma riski daha çok artar. Gebelerde SAA rüptürü, ani senkop ve şok tablosu ile klinikte karşımıza çıkar. Bu yazıda gebelerde çok nadir karşılaşılan SAA rüptür olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Splenic arter anevrizma, gebelik, rüptür

Abstract:

Splenic artery aneurysm (SAA) is the most common type of aneurysm in the visceral artery aneurysms. If SAA is ruptured, the mortality is higher. SAA which is more common in women, has increased risk of rupture depending on the physiological events in pregnant women. SAA rupture in pregnant women is encountered with sudden syncope and shock in the clinic. In this article, we aimed to present the rupture of SAA in pregnant women.

Key words: Splenic artery aneurysm, pregnancy, rupture

Geliş tarihi / Received: 13.05.2014 **Kabul tarihi / Accepted:** 28.07.2014

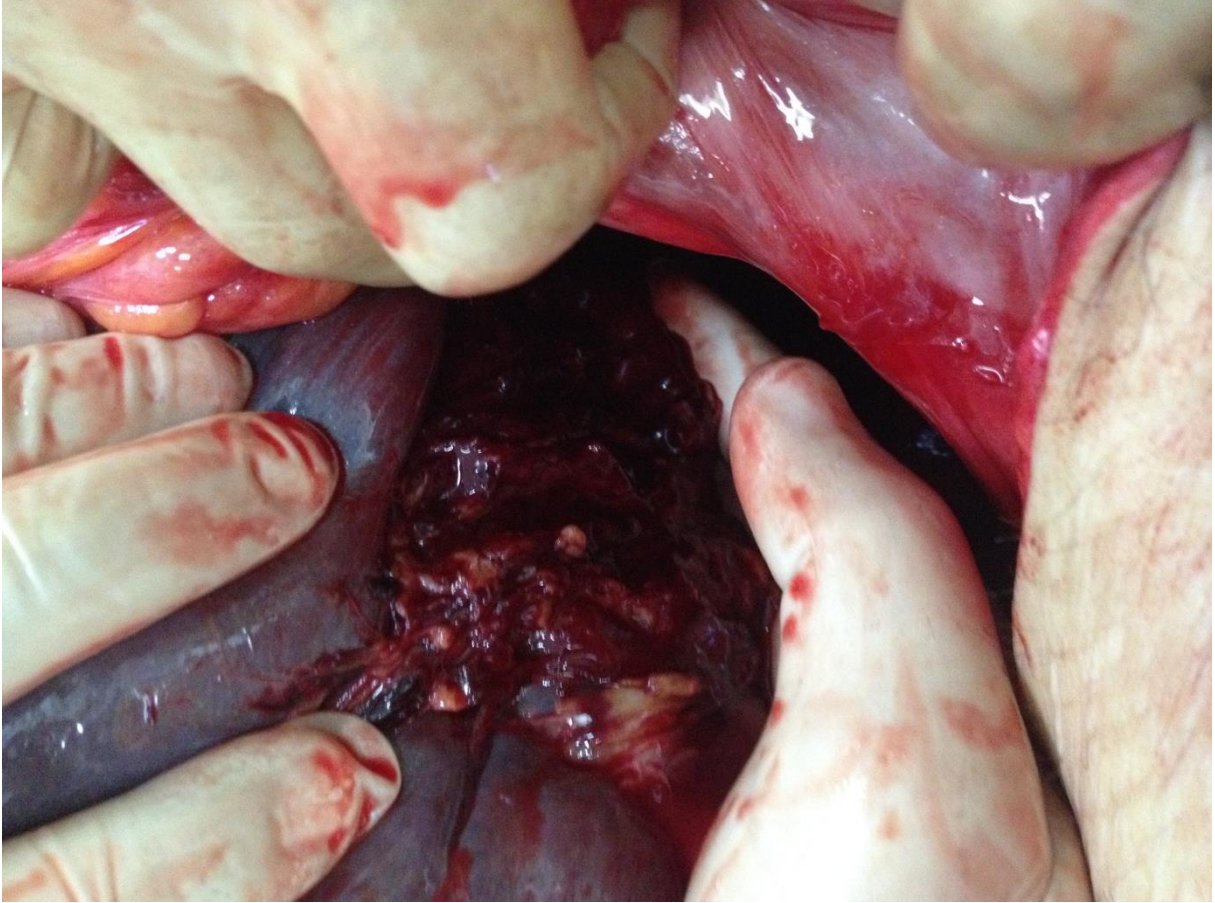
İletişim Adresi: Atilla Karateke, Hatay Antakya Doğumevi Hastanesi, Obstetrik ve Jinekoloji Kliniği, Hatay. drkarateke@gmail.com

GİRİŞ

Splenik arter anevrizmaları (SAA), visseral arter anevrizmaları arasında en sık görülen ve rüptüre olduğunda mortalite oranı yüksek olan bir patolojidir (1). En önemli komplikasyonu, anevrizma rüptürüdür (2, 3). Kadınlarda erkeklere oranla 4 kat daha fazla görülür (4). Etiyolojik faktörler arasında travma, ateroskleroz, medial fibrodisplazi ve gebelikteki hemodinamik ve hormonal durumlar yer alır (5, 6). Hormonal durumlar gebelikte damar duvarlarını inceltir. Bundan dolayı rüptür oranı gebede daha fazla artar (7). Gebelikte spontan SAA rüptürü çok nadir görülür (8). Gebelikte SAA rüptürü daha çok karşımıza ani bayılma, hipovolemik şok ve ani ölümle çıkar. Bu klinik parametrelerinden dolayı, SAA rüptürünün tanısı uterus rüptürü ve dekolman plasentadan dolayı gecikebilir. Gebelikte SAA rüptürü yaklaşık %70 mortal seyreder (9). Bu yazıda acile hemodinamik instabilite ile getirilen term gebede SAA rüptürü olgusunu ve tedavi yönetimini sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

39 yaşında G3P2Y2 olan 39 haftalık gebe sularının gelmesi şikayeti ile polklineğe başvurdu. Daha önceki gebeliklerde herhangi bir problem yaşamadığı öğrenildi. Bundan önceki bebekleri sezeryanla doğurduğu not edildi. Bu gebelikte hipertansiyon, diabetes mellitus ve yaygın ödem gelişmediği tespit edildi. Ayrıca antikoagülan ilaç almadığı öğrenildi. Hasta ultrasonografik muayene esnasında aniden bayıldı. Kan basıncı 40/20 mmHg ve kalp atım hızı 140/dk idi. Ultrasonografide batında yaygın serbest sıvı olduğu gözlemlendi. Uterus rüptürü ön tanısıyla median laparotomi yapıldı. 3100 gr apgar 1.dakika 4 ve 5. Dakika 6 olan kız bebek doğurtuldu. Yapılan explorasyonda uterus rüptürünün olmadığı tespit edildi. Bunun üzerine insizyon göbeğin üstüne doğru büyütüldü. Aort ve diğer büyük damarlarda rüptür olmadığı tespit edildi. Operasyon esnasında taze kırmızı kan ürünleri, taze donmuş plazma ve volüm genişleticiler verildi. Operasyonun 20.dksında kardiak arrest gelişti. Bütün etkili resüsitasyona rağmen hasta kaybedildi. Hastaya otopsi yapıldı ve sonucunda splenik arter anevrizma rüptürü olduğu tespit edildi. Dalak yüzeyinde 6x5x3 cmlik kanamalı alan gözlemlendi (Şekil 1).



Şekil 1. Dalakta rüptüre olmuş ve kanamalı alan

TARTIŞMA

İlk defa 1776 yılında Beussier ve ark. tarafından tariflenen SAA'nın gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir (7, 10). Kadınlarda daha sık görülmekte olup genellikle 60 yaşından sonra ortaya çıkar. Etiyolojisi net olarak açıklanamasa da ateroskleroz, medial fibrodisplazi, travma, portal hipertansiyon ve gebelikte değişen hormonal ve hemodinamik olaylar sayılabilir. Gebelikte artan kan akımı ve kardiyak output, sistemik hipertansiyon, portal konjesyon ve 3.trimesterde büyüyen uterusun iliak arter ve abdominal aortaya basısından dolayı splenik arterdeki kan akımı artar. Bu esnada gebelikteki hormonal değişiklikler damarlarda incelmeye neden olur. 3.trimesterde salınan relaxin splenik arterin elastisitesini azaltır. Ayrıca gebelikte artan estrojen ve progesterondan dolayı damar duvarları fazla kan akımına daha hassas olur. Bunun yanında gebelikte visseral arterler içerisinde artan kan akımından en çok etkilenen damar splenik arterdir. Gebelikte rüptür SAA'nın en tehlikeli komplikasyonu olup görülme olasılığı %2-9 oranındadır (4). Rüptür ihtimali anevrizmanın çapına bağlı olup genellikle 5 cm üzerindeki olgularda bu oran artar. Mortalite oranı %20'nin

üzerinde olup, özellikle 3. trimester gebelerde bu oran %70'ye çıkar (3, 5, 9). Fetal ölüm ise %95 civarındadır (4).

SAA %95 civarında asemptomatik seyreder. SAA rüptürü ise daha çok ani bayılma, hipovolemik şok ve ani ölümle karşımıza çıkar. SAA rüptürü semptomatik olana kadar batın içine ciddi oranda kanama olur. Bu esnada fetal distress gelişmeye başlar. Daha sonra klinik tablo yukarıda belirtildiği gibi uterus rüptürü ve dekolman plasenta ile karışacağından tanıda gecikme yaşanır.

Mortalite oranı yüksek olan SAA'nın erken tanısı ve tedavisi çok önemlidir. Gebede SAA rüptür tanısında USG, hem non-invaziv hem de pratik olduğundan daha çok tercih edilir. USG'de batında serbest sıvı görülür. Hasta genellikle hipovolemik şok aşamasında görülür. Tanıda ilk olarak % 70 oranında karışabilen uterus rüptürü ve dekolman plasenta gibi obstetrik acil durumlar düşünülür. Ardından laparotomi yapılır. Fetus çıkartıldıktan ve obstetrik durumlar dışlandıktan sonra operasyon tipi rüptürün yerine göre değişir. Anevrizma rüptürü proksimal segmentte ise basit ligasyon, rezeksiyon veya anastomoz düşünülebilir. Alt veya orta segmentte ise splenektomi ön planda düşünülmelidir.

Sonuç olarak hipovolemik şok tablosu ile acile getirilen 3.trimester gebede obstetrik aciller dışlandıktan sonra öncelikle SAA rüptürü düşünülmelidir. Ardından hem anne hem de fetusun hayatını kurtarmak amacıyla hızlıca tedavisine geçilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kalko Y, Ugurlucan M, Basaran M, Kafali E, Aydin U, Kafa U, et al. Visceral artery aneurysms. The heart surgery forum. 2007;10(1):E24-9.
2. Karaman K, Onat L, Sirvanci M, Olga R. Endovascular stent graft treatment in a patient with splenic artery aneurysm. Diagn Interv Radiol. 2005;11(2):119-21.
3. Sandford RM, Lloyd DM, Ross Naylor A. Laparoscopic ligation of splenic artery aneurysm. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques. 2006;16(2):102-3.
4. Özdemir AP ÖR, Işıksalan N, Tola M, Yurdakul, M ÖT. İki olgu ile splenik arter ve renal arter anevrizmasının gözden geçirilmesi. J Ist Faculty Med. 2011;74:32-4.
5. Reardon PR, Otah E, Craig ES, Matthews BD, Reardon MJ. Laparoscopic resection of splenic artery aneurysms. Surgical endoscopy. 2005;19(4):488-93.
6. Lee SY, Florica O. Laparoscopic resection of splenic artery aneurysm with preservation of splenic function. Singapore medical journal. 2008;49(11):e303-4.
7. Selo-Ojeme DO, Welch CC. Review: spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2003;109(2):124-7.
8. Gourgiotis S, Alfaras P, Salemis NS. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy: a case report. Advances in medical sciences. 2008;53(2):341-3.
9. Ha JF, Sieunarine K. Laparoscopic splenic artery aneurysm resection: review of current trends in management. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques. 2009;19(2):e67-70.
10. Di Vella G, Arpaio A, Marzullo A, Colonna M. Rupture of the spleen or splenic vessels (splenic emergency syndrome) in late pregnancy: a report of two autopsy cases. Forensic science international. 2008;176(2-3):e1-5.