

Gebelikte Splenik Arter Anevrizmasına Bağlı Gelişen Özefagus Varis Kanaması

Esophageal Variceal Bleeding due to Splenic Artery Aneurysm in Pregnancy

Gökhan Dindar, Melis Bektaş, Tülay Özer, **Mesut Sezikli**

SBÜ Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Derince, Kocaeli, Türkiye

ÖZ

Splenik arter anevrizmaları visseral arter anevrizmaları içinde en sık görülendir. 5. ve 6. dekatta daha sık izlenmekle birlikte bütün yaş gruplarında görülebilir. Genellikle asemptomatiktir ve tesadüfen saptanır. Nadir olarak portal hipertansiyon nedeni ile özofagus varis kanaması ilk bulgusu olabilir. Kadınlarda daha sıktır. Portal hipertansiyon, gebelik, ateroskleroz, DM, alfa 1 antitripsin eksikliği, konnektif doku hastalıkları, kalıtsal vasküler hastalıklar ile ilişkilidir. Amacımız splenik arter anevrizmasının gebelikte portal hipertansiyon ile ilişkili olarak hayatı tehdit eden rüptür, özofagus varis kanaması gibi komplikasyonlara neden olabileceğinin gösterilmesidir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, özofagus varis kanaması, splenik arter anevrizması

ABSTRACT

Splenic artery aneurysms are the most common in visceral artery aneurysms. It can be seen in all age groups, although more frequent in the 5th and 6th decades. It is usually asymptomatic and is detected incidentally. Rarely it can be a cause of portal hypertension and esophageal variceal hemorrhage may be its first finding. It is more common in women. It is associated with portal hypertension pregnancy, atherosclerosis, DM, alpha 1 antitrypsin deficiency, connective tissue diseases and hereditary vascular diseases. Our aim is to demonstrate that splenic artery aneurysm may cause complications such as life-threatening rupture, esophageal variceal hemorrhage in relation to portal hypertension during pregnancy.

Keywords: pregnancy, esophageal variceal bleeding, splenic artery aneurysm

İletişim / Correspondence:

Dr. Mesut Sezikli

SBÜ Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Gastroenteroloji, Derince, Kocaeli, Türkiye

E-mail: drsezikli@hotmail.com

Başvuru Tarihi: 01.01.2017

Kabul Tarihi: 30.03.2017

GİRİŞ

Visseral arter anevrizmaları nadir görülmesine rağmen en sık splenik arterde olur (1). Genellikle asemptomatiktir, potansiyel olarak hayatı tehdit eder. Kadınlarda daha sıktır. Splenik arter anevrizmaları etiyolojik olarak portal hipertansiyon, gebelik ve ateroskleroz(2), konjenital veya kalıtsal vasküler hastalıklar, konnektif doku hastalıkları, DM, alfa -1 antitripsin eksikliği ile ilişkilidir. Gebelikte intraperitoneal veya portal hipertansiyona bağlı kanamalar ile hastaneye başvuru olabilirler(3). Non-sirotik gebelerde idiopatik portal hipertansiyona bağlı kanamalar sık görülse de portal hipertansiyonun nadir bir nedeni olan splenik arter anevrizması da kanamaya neden olabilir.

OLGU SUNUMU

29 yaşında 32 haftalık 2. gebeliği olan hasta kırmızı renkte kusma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde kronik karaciğer hastalığı, aşırı öğürme, peptik ülser, ilaç kullanımı yoktu. Yatışında hematolojik lab tetkikleri Hemoglobin: 8,3gr/dl, hemotokrit: 25, trombosit:173000 idi. Yapılan gastroskopi işleminde kanamalı özefagus varisleri olduğu gözlemlendi. Band ligasyon işlemi uygulanarak kanama durduruldu. Somatostatin infüzyonu başlandı. Hasta aynı gün amnion mayi gelmesi ve uterus kontraksiyonlarının başlaması nedeniyle acil doğuma alındı. Bebek fetal ağırlık:2200gr doğdu. Fetal asfiksi olmadı(Takipleri sağlıklı olarak devam etmektedir). Sezeryan sonrası 2 gün Kadın Doğum servisinde takip edilen hastanın genel durumu iyi, vitalleri stabil idi. Hastanın yatışının üçüncü gününde aktif taze kan kusma şikayetinin olması üzerine ikinci kez gastroskopi yapılmak üzere gastroenteroloji kliniğine devredildi. alt uça tekrar band atıldı. Mide fundus ve kardiya bölgesinde varis izlenmedi. Somatostatin infüzyonu 5 güne tamamlandı. Batın muayenesinde karın yumuşak, defans ve rebound yoktu. Traube kapalı idi. Hastaya tüm abdomen USG, portal

venöz doppler USG çekildi. Portal ven, Splenik ven, Hepatik ven, Vena cava inferior açık olarak saptandı. Trombozis saptanmadı. Dalak normalden büyük, uzun aksı 15 cm olarak ölçüldü. Dalak hiler bölge düzeyinde tortioze dilate(en geniş çapı 19 mm) venöz yapılar izlendi. Karaciğer normal boyutlarda ve düzgün konturlu, Safra kesesi hacmi ve duvar kalınlığı normal, intra ve ekstrahepatik safra yolları doğal görünümdeydi. ANA, ANTI-ds DNA, AMA, ASMA, Liver kidney mikrozomal antikor değerleri negatif geldi. Hastanın böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, hepatit belirteçleri normaldi (Üre:14, Cre:0,53, ALT:25, AST:39, GGT:11, ALP:56, LDH:196, Albumin:1.9, PTZ:14.2, INR:1.2, APTT:21.6, Hbsag:Negatif, Anti-HCV:Negatif). Hipoalbuminemi için albumin replase edildi. Albumin düşüklüğü öncelikle gebeliğe bağlandı. Hastanın özgeçmişinde kronik karaciğer hastalığı, oral kontraseptif kullanım öyküsü, hematolojik hastalığı, portal ven trombozu yoktu. Hasta taburculuktan 2 hafta sonra gastroenteroloji poliklinik takibine alındı. Karaciğer iğne biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu portal alanların bazılarında özellikle venöz yapılarda hafif derecede kalınlaşma izlendi. Vasküler yapının tam değerlendirilmesi için batın BT Anjiyografi yapıldı. Karaciğer normal boyutlarda ve düzgün kontürlü, dalak boyutu artmıştı. Splenik arter normalden geniş ve ileri derece kıvrıntılı seyretmekte idi. Sol splenik arter distalinde yaklaşık 35mm çapa ulaşan sakküler anevrizmatik dilatasyon alanları gözlemlendi (Resim 1-2).



Resim 1-2: Dalak hiler bölgede 2,5cm ve distal arter bölgesinde 3,5cm anevrizmatik oluşum görülüyor.

Çölyak trunkus, her iki renal arter, superior ve inferior mezenterik arter, ana iliak, internal ve eksternal iliak arterler normaldi. Dalak parankiminde 8mm ve 5mm çaplarında ölçülen 2 adet anevrizma mevcuttu. Distal özefagus kardiya düzeyi, gastrohepatik ligaman içerisinde, mide küçük kurvatura düzeyinde çok sayıda kıvrıntılı variköz yapıda venöz genişlemeler, ayrıca peripankreatik alanda dalak hilus ile splenorenal bölgede çok sayıda variköz venler mevcuttu. Hastaya aynı ay içinde splenik arter anevrizmasına coil embolizasyon işlemi yapıldı. İşlem sonucu sol splenik arterde orijinden 3-4cm uzaklıkta başlayan multisegmenter stenozlar ve dalak içinde bazı kesimlerde daha küçük boyutlarda 1cm altında intraparankimal anevrizmalar dikkati çekmekte idi. Splenik arterde en büyüğünün çapı 2,5cm bulan anevrizma ve intraparankimal daha küçük anevrizmayı içeren multiple anevrizmaların coil embolizasyonu gerçekleştirildi. Hasta şu an stabil ve düzenli olarak propranolol 2x1/2 almaktadır.

TARTIŞMA

Gebelik ve portal hipertansiyon birlikteliği seyrek görülen bir klinik tablodur(4). Gebelikte kan hacmi %40-45 artar; artan kan hacmi ve kardiyak output portal sistemde de basınç artışına neden olarak, varis kanaması riskini arttıracak düşünülebilir. Sirotik olmayan portal hipertansiyon olgularında gebelikte özefagus varis kanaması sıklığı % 0-43 arasında değişmektedir (5,6,7). Splenik arter anevrizmalı (SAA) hastalarda portal hipertansiyon daha az rastlanan bir komplikasyondur (8). Visseral arter anevrizmaları nadir görülen patolojiler olup %60-80'ini splenik arter anevrizmaları oluşturur(9). Genel popülasyonda %0,02-10,4 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir. Yaşla insidansı artar, 5 ve 6. dekatlarda daha sık görülür. Kadınlarda daha sık görülmektedir; özellikle gebelik sırasındaki hormonal değişikliklere bağlı olarak damar duvarının zayıflaması ve artmış splenik kan akımı

anevrizma gelişimine yatkınlık oluşturabilir (10,11). Splenik arter anevrizmasının en önemli komplikasyonu rüptürdür. Hamilelerde ise bu oran %20-50 olup özellikle 3. Trimester en tehlikeli dönemdir(12). Bu yüzden erken tanı çok önemlidir. Tanıda splenik arteriyografi kullanılırken gebelerde ultrasonografi ve doppler daha uygundur. Bizim hastamızın tanısında portal venöz doppler, batin BT anjiografiden yararlandı. Öyküsünde portal hipertansiyona neden olabilecek ek patoloji, kronik karaciğer hastalığı öyküsü olmaması nedeniyle hastanın idiyopatik portal hipertansiyon(İPH) olabileceği düşünüldü ve karaciğer biyopsisi yapıldı. Hastanın portal venöz doppler ultrasonografisinde portal ven açık saptandı. Karaciğer biyopsisinde portal alanlarda venöz yapılarda kalınlaşma ve hafif fibrotik değişiklikler görüldü. Bu bulgular idiyopatik portal hipertansiyon diğer adı ile hepatportal skleroz lehine idi. Lakin İPH tanısı için splenoportal aksın görüntülenmesi şarttır. Rutin usg tetkikinde splenik arter değerlendirilmesi zorluk arz edebilir. Ayrıca İPH tanısı SAA tanısı tam ekarte edilmeden konacak olursa hasta anevrizma komplikasyonları ile başbaşa kalabilecektir. İPH tanısı bu nedenle bir ekatasyon tanısıdır diyebiliriz. İPH ve splenik arter anevrizması tedavi planlamasında hastanın yaşı, cinsiyeti, var olan semptomları, anevrizmanın büyüklüğü ve nedeni dikkate alınmalıdır. Portal hipertansiyonlu olgular yaygın kollateral nedeniyle açık cerrahi için uygun olmayabilir. Günümüzde küçük asemptomatik anevrizmalara cerrahi önerilmemektedir (13). Ancak bu olgularda arteriyel embolizasyon girişimi başarıyla uygulanabilir (14). Son yıllarda gelişen teknoloji ile transkateter embolizasyon, ilaç kaplı stent greft uygulaması, perkutan coil, trombin enjeksiyonu gibi yöntemler yaygınlaşmıştır. Anevrizmanın 2 cm'den büyük olduğu durumlarda tedavi önerilmektedir (15). Proksimal yerleşimli

anevrizmalarda splenektomi gerekli olmayabilir. Splenik pediküldeki, dalak kapsülüne komşu lezyonlarda rekonstrüksiyonun teknik olarak zor olacağı düşünülmektedir (16). Anevrizma splenik arterin distal bölgesinde ise, standart tedavinin splenektomi ile birlikte anevrizmektomi veya olgumuzda olduğu gibi anevrizma tesadüfen tespit edilmişse, transkateter embolizasyon, ilaç kaplı stent greft uygulanması veya perkutan coil veya trombin enjeksiyonu gibi perkutan girişimsel tekniklerle de tedavi edilebilir. Olgumuzda dalak hiler bölgede 2,5 cm ve distal arter bölgesinde 3,5 cm'e ulaşan sakkuler anevrizma oluşumu gözlemlendi. Hastanın genç olması, splenik arter rüptürü geçirmemiş olması, dalağın korunması ihtiyacı, pankreas patolojisinin eşlik etmemesi, dev anevrizma olmaması, gibi nedenlerle tedavide splenektomi düşünülmeydi. Olgumuzda coil embolizasyon yapılarak splenik arter distal parankimal ve öncelikle intraparakimal anevrizmalara coil atılmış kontrol anjiyografide anevrizmaların tamamı oklude olarak görülmüş ve işlem sonrası komplikasyon izlenmemiştir. Hastanın işlemden 3 ay sonraki kontrol üst gis endoskopisinde varislerinde ilerleme olmadığı ve stabil olduğu görüldü.

SONUÇ

Splenik arter anevrizmasında portal hipertansiyon ve özefagus varis kanaması nadir görülen bir durumdur. Özellikle gebelikteki hormonal değişim ve vasküler volum artışı ile birlikte splenik damar duvarını zayıflatarak anevrizma oluşumunu arttırabilir. Endovasküler tedavi; daha az invaziv ve kolay uygulanabilir olması, hastanede kalış süresinin kısa olması, komplikasyon oranının düşük ve başarı oranının oldukça yüksek olması nedeniyle, cerrahi tedaviye tercih edilen, artan sıklıkta uygulanan ve güncel tedavi yöntemidir(11). Olgumuz genç bir olguda nonsirotik portal hipertansiyona bağlı özefagus varis kanaması

geliştiğinde spleno portal aksın tam olarak değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Gökalp G, Erdoğan C, Hakyemez B. Portal Hipertansiyonla Birlikte Splenik Arter Anevrizması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 35 ;47-49, 2009
2. Abad C, Montesdeoca-Cabrera D, Saez-Guzman T. Splenic artery aneurysm. Review of two surgically operated cases. An Med Interna 2006;23:130-2.
3. Yavuz H ve arkadaşları. Non sirotik portal hipertansiyon nedeni olarak splenik arter anevrizması Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı 1997 8:355-357
4. Britton RC. Pregnancy and esophageal varices. Am J Surg 1982;143: 421- 425.
5. Varma RR, Michelsohn NH, Borkowf HI, et al. Pregnancy in cirrhotic and noncirrhotic portal hypertension. Obstet Gynecol 1977; 50: 217-222.
6. Kochhar R, Kumar S, Goel RC, et al. Pregnancy and its outcome in patients with noncirrhotic portal hypertension. Dig Dis Sci 1999; 44: 1356-1361.
7. Aggarwal N, Sawhney H, Vasishta K, et al. Non-cirrhotic portal hypertension in pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2001; 72: 1-7.
8. Trastek VF, Pairolero PC, Joyce JW: Splenic artery aneurysms, surgery 1982, 91:694-99
9. Lee PC, Rhee RY, Gordon RY, et al. Management of splenic artery aneurysms: the significance of portal and essential hypertension. J Am Coll Surg 1999; 189:483-90.
10. Selo-Ojeme DO, Welch CC. Review: spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;109:124-7.
11. Dereli Y. ve arkadaşları. Splenik Arter Anevrizmasında Coil Embolizasyon)Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara, TÜRKİYE 09.07.2013
12. Pescarus R, Montreuil B, Bendavid Y. Giant splenic artery aneurysms: case report and review of the literature. J Vasc Surg 2005;42:344-7.
13. Kalko Y, Ugurlucan M, Basaran M, et al. Visceral artery aneurysms. Heart Surg Forum 2007;10:E24-9

14. Upchurch GR, Zelenock GB, Stanly JC. Splanchnic artery aneurysms. In: Rutherford RB, editor. Vascular surgery. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 1565-81.
15. Carr S, Pearce W, Vogelzang R, et al. Current management of visceral artery aneurysms. Surgery 1996; 120:627-33
16. Sürgit Ö, Akkurt G, İnan A, ve ark. Splenik arter anevrizma olgusunda laparoskopik anevrizma rezeksiyonu ve laparoskopik splenektomi. Yeni Tıp Dergisi 2011;28:120-2