

# Yoğun Bakımda Sistofiks Yerleştirilmesine Bağlı Gelişen Aort Anevrizma Rüptürünün Yönetimi

*Aortic Aneurysm Rupture Management Due to the Placement of Cystofix in Intensive Care unit*

Esra ÖZAYAR<sup>1</sup>, Aysun KURTAY<sup>1</sup>, Merve BAYRAKTAROĞLU<sup>1</sup>, Handan GÜLEÇ<sup>2</sup>,  
Çağrı ŞENOCAK<sup>3</sup>, Eyüp HORASANLI<sup>2</sup>

## Öz

Sistofiks kateter uygulaması yoğun bakımda özellikle yaşlı ve büyük prostat nedeniyle idrar sondası takılamayan hastalarda ürologlar tarafından uygulanan işlemdir. Bu invaziv işlem abdominal aort anevrizması olan hastalarda ciddi komplikasyon nedeni olabilir. Bu komplikasyonun yoğun bakım doktorlarınca erken fark edilerek, iyi yönetimi hayat kurtarıcı olabilmektedir. Olgumuzda abdominal aort anevrizması olan hastamızın sistofiks kateteri takılma işlemi sırasında gelişen aort anevrizma rüptürü ve kardiyak arrestteki yönetimimizi sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Aort anevrizması, kateter, rüptür, sistofiks,

## Abstract

Cystofix catheter application is a procedure which is performed by urologists in the Intensive Care Unit (ICU) to the patients that urinary catheter cannot be inserted because of old age and large prostate. This invasive procedure can lead to serious complications in patients with abdominal aortic aneurysm. Early recognition and management of complications by intensivists in the ICU can be lifesaving. In our case, we aimed to report our management in a patient with abdominal aortic aneurysm who developed aortic aneurysm rupture and cardiac arrest during cystofix catheter insertion procedure.

**Key word:** Aortic aneurysm, catheter, rupture, sistofix,

### İletişim Adresi:

Uzm.Dr. Aysun Kurtay  
SBÜ Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği  
Telefon : + 90 532 5141808 • E-posta: aysunkurtay@yahoo.com

<sup>1</sup> SBU Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara/Türkiye

<sup>2</sup> Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara/Türkiye

<sup>3</sup> SBU Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara/Türkiye

## Olgu

Femur kırığı nedeniyle operasyonu planlanan 80 yaşında erkek hastanın preoperatif kardiyoloji polikliniğinde yapılan ekokardiyografisinde; EF:%50, 1<sup>o</sup> MY, 2<sup>o</sup> TY ve desenden aortta dilatasyon tespit edilen hasta ASA III olarak değerlendirildi. Spinal anestezi altında femoral çivi uygulaması yapılan hasta postoperatif takip amaçlı yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Yoğun bakıma kabulde Glasgow Koma Skalası (GKS) 15, oryante, koopere ve vital bulguları stabil idi. Hastanın yoğun bakımda idrar çıkışı olmaması üzerine spinal anesteziye bağlı idrar retansiyonu olduğu düşünülerek idrar sondası takılmasına karar verildi. Tarafımızdan idrar sondası takılmayarak üroloji konsültasyonu istendi. Üroloji doktorlarınca sistofiks takılmasına karar verildi. Üroloji doktoru tarafından ultrason eşliğinde sistofiks takılmaya çalışılırken, sistofiks kateterinden idrar torbasına yaklaşık 700 ml ani kan dolması ile beraber hastada ani hipotansiyon, şuur kaybı ve solunum arresti gelişti. Sistofiks kateteri klemlenerek hasta entübe edildi. Mekanik ventilatöre bağlandı.



**Resim 1.** Siyah ile gösterilen alan anevrizma; Kırmızı ile gösterilen alan mural trombus

Kan basıncı 60/40 mmHg olan hastaya efedrin 10 mg puşe yapılarak hızlı kristaloid ve kolloid infüzyonuna başlandı. Kan merkezinden acil kan istemi yapıldı. Sağ subklavyen bölge temizliği yapılarak subklavyen ven kateterizasyonu ve femoral arter kateterizasyonu

yonu yapıldı. Noradrenalin infüzyon 0.02 µg/kg/dk dozunda başlandı. Bradikardinin ardından asistoli gelişen hastada kardiyak kompresyonlar başlatıldı. Üç dakikada bir, 1mg adrenalin puşe yapılan hastanın kardiopulmoner resüsitasyonu sırasında, 4 ünite O Rh(-) eritrosit süspansiyonun hızlı infüzyonları yapıldı. Yaklaşık 10 dakikalık resüsitasyon sonrasında hastanın EKG'si normal sinüs ritmine döndü. Kan basıncı 100/60 mmHg seviyesinde stabillendi. Hastanemiz koşullarında büyük damar cerrahisi operasyonları yapılamadığından hasta hızla üst merkeze sevk edildi. Aynı tarihli dış merkezde çekilen abdomen tomografisinde mural trombus tespit edilmesi üzerine hastanın acil operasyona alındığı öğrenildi (Resim 1). Hastanın endovasküler greft uygulanarak, operasyondan 2 gün sonra kardiyovasküler cerrahi yoğun bakımdan ekstübe olarak taburcu olduğu bilgisine ulaşıldı.

## Tartışma

Suprapubik kateterizasyon yoğun bakımlarda lokal ya da genel anestezi altında direkt mesaneye bir kateterin yerleştirilmesi şeklinde uygulanır. Bu uygulamada bakteriüri oranları daha düşüktür, üretral darlık gelişmemesi ve miksiyonun kontrol edilebilmesi ve üretral idrar sondası takılmayan hastalarda geçici olarak idrar drenajı sağlayan invaziv bir yöntemdir. Yoğun bakımda yapılan her işlemde olduğu gibi bu işlemde komplikasyonlarının yoğun bakım doktoru tarafından bilinerek dikkatli takibi gerekmektedir. Literatüre bakıldığında sistofiks kateteri takılmasının ciddi komplikasyonuna pek rastlanmamakla beraber kateterin yerleştirilmesine bağlı hematüri, mesane duvarında ödem ve mesane spazmı dışında kateter düğümlenmesi bildirilen komplikasyonlar arasındadır<sup>1-4</sup>.

Aort anevrizması erkek ve 5. dekadangın sonra daha sık olduğu göz önüne alınarak yoğun bakımda uygulanan invaziv işlemlerde dikkat ve takip önem arz etmektedir<sup>5</sup>. Anevrizma olgularının %75 i asemptomatik seyretmekte ve semptomlar genellikle anevrizma kesesinin büyümesi ile çevre dokulara bası sonucunda rüptür, embolisasyon ve tromboza bağlı ortaya

çıkar. İşlemin deneyimli ellerde ultrason eşliğinde yapılması güvenilirliği arttırmaktadır<sup>6</sup>.

### Sonuç

Yoğun bakımda yapılacak tüm müdahalelerde ortaya çıkabilecek komplikasyonların neler olabileceğini bilmek erken fark edebilmek ve iyi yönetmek hayat kurtarıcıdır.

### Kaynaklar

1. Villeta M.,Castillo OA A rare complication asociated to a suprapubic cystostomy: Catheter Knotting Arch.Esp. Urol 2007; 60: 95-96.
2. Arda IS,Ozyaylalı I An unusual complication of suprapubic catheterization with Cystofix: Catheter knotting within the bladder. Int. Journal of Urology 2001; 8:188-9
3. Gardikis S, Soultanidis C Suprapubic catheter knotting :an unusual complication. Int. Urol. Nephrol. 2004;36:537-9.
4. Ceylan C,Artaş H Cystofix catheter (14F) knotting within the bladder :an unusual complication S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2011;18: 104-6.
5. Alcorn HG, Wolfson SK,Sutton-Tyrell K. Risk factors for abdominal aortic aneurysms in older adults enrolled in the Cardiovascular Health Study. Arterioscler Thromb Vasc Biol 1996;16:963-970.
6. Brian J. Flynn, Robert J. Larke Prospective study of the Transurethral Suprapubic endo-cystostomy (T-SPEC®): an 'inside-out' approach to suprapubic catheter insertion. Int Urol Nephrol. 2015; 47: 257–262.