

## Spontan tromboze olan rüptüre aort anevrizması

### Spontaneous thrombosed ruptured abdominal aortic aneurysm

Ömer Yazgan<sup>1</sup>, Sibel Yazgan<sup>1</sup>, Ayla Büyükkaya<sup>2</sup>, Ramazan Büyükkaya<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

<sup>2</sup>Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Düzce

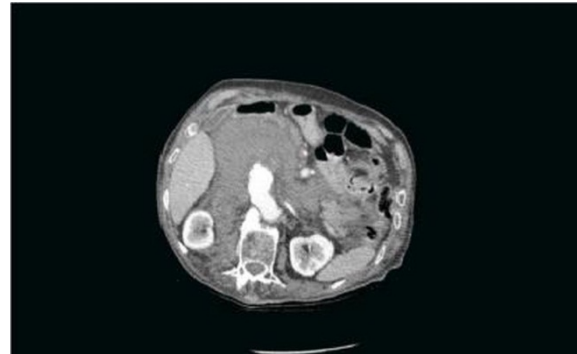
<sup>3</sup>Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Düzce

Sayın Editör,

Yapılan çalışmalarda abdominal aort anevrizmasının (AAA) yaşlı erkeklerde görülme sıklığının %3-8 arasında değiştiği bildirilmiştir. AAA gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin yaklaşık %1'inden sorumludur. Yaşlı erkeklerde bu oran %2'ye ulaşmaktadır (1). Rüptüre abdominal aort anevrizması günümüzde hala yüksek oranlarda mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Mortalite rüptüre sahip olgularda %50-60 civarındadır (2). Intraperitoneal rüptür hemen daima çok hızlı hemodinamik bozulma ve acil cerrahi müdahaleye gereksinim gösterse de, retroperitoneal rüptür bizim olgu da olduğu gibi çok nadiren spontan tromboze olmaktadır (3). AAA rüptürü olan hastalar acil servise bizim vakamızda olduğu gibi hipotansiyon ve şok ile gelirler. Ayrıca rüptüre aort anevrizmalı olgularda görüntüleme bulguları piyojenik vertebral spondilit, osteomyelit veya retroperitoneal neoplazi ile karışabileceğinden tanısı güçtür ve karakteristik görüntüleme bulgularının bilinmesini gerektirir. Erken tanı ve hedefe yönelik tedavi başarılı sonuca ulaşmak için şarttır. Şoktaki bir hastada abdominal aorta çapı >5 cm ise ekarte edilene kadar olgu abdominal aort anevrizma rüptürü olarak kabul edilmelidir (4). Bu olgu çalışmasının amacı, şok tablosu ile acil servise başvuran hastada abdominal aort anevrizma rüptürü görüntüleme bulgularını sunmak ve literatür ile karşılaştırmaktır.

89 yaşında erkek hasta şuuru kapalı ve hipotansif olarak acil servise getirildi. Diğer vital bulguları stabildi. Hidrasyon sonrası şuuru açılan hastadan tanı amaçlı iv kontrastlı batin BT tetkiki istendi. Yapılan iv kontrastlı batin BT de abdominal aortada renal arter çıkımlarından başlayıp iliak bifurkasyona dek 14cm kraniokaudal uzanım gösteren ve en geniş

yerinde 7 cm'ye varan anevrizmatik dilatasyon saptandı. Dilate segmentte içerisinde 5cm kalınlığında trombus mevcuttu. Anevrizmatik segment düzeyi retroperitoneal alanda superior mezenterik arter düzeyinden başlayıp sağda iliak arter bifurkasyonuna kadar uzanan en geniş yerinde 32mm'ye varan hipodens alan izlendi (Resim 1).



**Resim 1.** Rüptüre anevrizma ve çevresinde hipodens alan (tromboze alan), anevrizma proksimali.

Anevrizma lümeni ile komşuluğundaki hipodens alan arasında kontrast madde geçişi izlenmedi (Şekil 2).



**Resim 2.** Rüptüre anevrizma ve çevresinde hipodens alan (tromboze alan), anevrizma distali.

Bu görünüm tromboze olmuş abdominal aorta anevrizmasının retroperitoneal rüptürü olarak tanı aldı (Resim 3).



**Resim 3:** Anevrizma rüptürünün sonlanma kısmı.

AAA'lar gerçek anevrizmalar içinde en sık görülen anevrizmalardır. AAA'na bağlı ölümler tüm ölümler içerisinde 14. sırada yer almaktadır. Abdominal aort anevrizması özellikle 65 yaş üzeri erkeklerde önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Ortalama yaşın artışıyla birlikte AAA görülme sıklığı artmıştır. Toplumda görülme sıklığı % 1-8 civarındadır (5). En çok görüldüğü yer infrarenal düzeydir. Medial elastin tabakasının infrarenal aortta daha az bulunması bu bölgede anevrizma gelişimi için predispozan faktör oluşturmaktadır (6). Gerçek AAA'lar ateroskleroz, doğuştan lezyonlar, konnektif doku metabolizmasının herediter bozuklukları, Marfan sendromu, tuberosklerozis, künt travmalar, aortik diseksiyon, aortitis, primer mikotik infeksiyonlar, Takayasu hastalığı, Behçet hastalığı ve kistik medial nekrozis gibi alta yatan çeşitli patolojilere bağlı olarak gelişebilmekle birlikte olguların çoğunda böyle bir neden tespit edilememiştir. Rüptür riski ve uzun dönem operasyonsuz yaşam oranı anevrizma çapı ile ters orantı göstermektedir. Beş yıllık rüptür riski 7 cm ve üzeri çaplarda ki anevrizmalar için %75' lerce iken, 4 cm altında ki anevrizma çaplarında bu oran %10'ların altındadır. Semptom baslangıcı ve hipovolemik sok süresi, koroner arter hastalığı varlığı, bilincin kapalı olması, ileri yaş ve kardiyopulmoner resusitasyona ihtiyaç duyulması gibi unsurlar hasta yaşam oranları ve cerrahi başarı üzerine belirgin negatif etkiye neden olmaktadır (7). Rüptür, tanı

konulmamış abdominal aort anevrizma olgularının yaklaşık %70'in de ilk belirti olarak karsımıza çıkar. AAA rüptürünün klasik triadı; abdominal ağrı veya sırt ağrısı, hemodinamik şok ve pulsatil abdominal kitledir. Rüptür yaklaşık %10 vakada abdominal aortanın anterolateral duvarından peritoneal kaviteye olur. %80-90 civarı ise posterolateral duvardan retroperitonea olur ve bu rüptür anterolateral rüptüre göre daha az mortaliteye sahiptir (8). Rüptür nadiren Vena cava inferiora, bilier duktusa ve duodenuma fistülize olabilir (9). AAA rüptürünün tanısı klinik, ultrason ve BT taraması ile konur. Abdominal aort anevrizması tanısında USG en çok tercih edilen yöntemdir. Özellikle anevrizma çapının tanımlanmasında iyi veri sağlar, ancak üst segmentlerin sınırını tespitinde yetersiz kalabilir. Bilgisayarlı tomografi hem çapı tanımlamada hem de rüptürün tespitinde daha iyi olanaklar sağlar. Kontrast madde kullanımı gerektirdiğinden üre-kreatin düzeyi yüksek hastalarda sorun oluşturabilir. Bu durumda, MR anjiyografi yararlı olur (10). AAA'larda çap 5 cm ve üzerinde ise erken tanı ve cerrahi girişim hayat kurtarıcıdır (2). Abdominal aort anevrizmasında elektif şartlarda cerrahi onarımda mortalite %1-5 civarında iken, acil şartlarda yapılan operasyonlarda ise %40-60 gibi yüksek değerlerdedir (11). Son 10 yıllık zaman diliminde cerrahiye alternatif olarak yaygınlaşan endovasküler abdominal anevrizma tamiri ile ilgili deneyimler artmaktadır. Ancak endovasküler tedavi sadece cerrahiye uygun olmayan, yüksek riskli, iyi seçilmiş olgularla kısıtlıdır. Yıllık takiplerinde anevrizma çapı artan veya rüptür belirtileri gösteren AAA'nın standart tedavisi cerrahidir (12). Bu nedenle AAA'ya bağlı ölümleri azaltmak için tanı anevrizma rüptüre olmadan konmalı ve uygun zamanda gerekli girişim yapılmalıdır.

### Kaynaklar

1. Schermerhorn ML, Cronenwett JL. The UK small aneurysm trial. J Vasc Surg 2001;33(2):443.
2. Sterpetti AV, Cavallarc A, Cavallan N. Factors influencing the rupture of abdominal aortic aneurysm. Surg Obstet Gynecol 1991;173 (3):175-8 .
3. Kutay V , Ekim H, Karadağ M, Yakut C. Retroperitoneal Bölgeye Rüptüre Olmuş Dev

Abdominal Aort Anevrizması Cerrahi Onarımı [Surgical repair of huge abdominal aortic aneurysm ruptured to retroperitoneal region]. *Van Tıp Dergisi* 2004;11 (1):29-31

4. Atkinson PR, McAuley DJ, Kendall RJ, Abeyakoon O, Reid CG, Connolly J et al. Abdominal and Cardiac Evaluation with Sonography in Shock (ACES): an approach by emergency physicians for the use of ultrasound in patients with undifferentiated hypotension. *Emerg Med J* 2009;26(2): 87-91.

5. Sakalihan N, Limet R, Defawe OD. Abdominal aortic aneurysm. *Lancet* 2005;365(9470):1577-89.

6. Halloran BG, Davis VA, McManus BM, Lynch TG, Baxter BT. Localization of aortic disease is associated with intrinsic differences in aortic structure. *J Surg Res* 1995;59(1):17-22.

7. Hollier LH, Wisselink W. Abdominal aortic aneurysm. In: Haimovici H, eds. *Haimovici's Vascular Surgery*, 4th ed. Massachusetts: Blackwell Science 1996;797-827

8. Brimacombe J, Berry A. Haemodynamic management in ruptured abdominal aortic aneurysm. *Postgrad Med J* 1994 ;70(822):252-6.

9. Halpern VJ, Kline RG, D'Angelo AJ, Cohen JR. Factors that affect the survival rate of patients with ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 1997;26(6):939-48.

10. Demirağ KM, Bahçivan M, Menekşe S, Saraç A, Kolbakır F, Keçelgil TH, İnfrarenal abdominal aort anevrizmaları ve cerrahi tedavisi [Infrarenal abdominal aortic aneurysm and its surgical treatment] . *Turkish J Vasc Surg* 2005; 14(1):29-34.

11. Choksy SA, Wilmink AB, Quick CR. Ruptured abdominal aortic aneurysm in the Huntingdon district: a 10-year experience. *Ann R Coll Surg Engl* 1999;81(1):27-31.

12. Shames ML, Thompson RW. Abdominal aortic aneurysms. Surgical treatment. *Cardiol Clin* 2002;20(4):563-78.

