

Abdominal Aortada İzole Diseksiyon: Olgu Sunumu

Isolated Dissection of Abdominal Aorta: Case Report

Dr. Levent ÇETİN,^a
Dr. Aslıhan KÜÇÜKER,^a
Dr. Murat CANYIĞIT,^b
Dr. Ayşegül KUNT,^a
Dr. Fethi SAĞLAM,^a
Dr. Abdulkadir BİLGİÇ,^a
Dr. Mete HİDİROĞLU,^a
Dr. Erol ŞENER^a

^aKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
^bRadyoloji Kliniği,
Girişimsel Radyoloji Bölümü,
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 22.12.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 05.03.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Aslıhan KÜÇÜKER
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
asliastan@yahoo.com

ÖZET İzole abdominal aort diseksiyonları nadir görülür. Bu nedenle doğal seyirleri hakkında çok bilgi yoktur. En sık görülen semptom abdominal ağrı olup, hastaların önemli bir bölümü ise semptomsuzdur. İzole akut abdominal aort diseksiyonu olan hastalarda hayat beklentisini iyileştirmek için, cerrahi yaklaşım veya endovasküler girişim önerilmektedir. Biz de, abdominal aort diseksiyonu olan ve cerrahi tedavi uyguladığımız bir hastayı, bu nadir hastalıkla ilgili literatür bilgileri eşliğinde sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Abdominal aorta, diseksiyon, endovasküler prosedürler

ABSTRACT Isolated abdominal aortic dissection is a rare event, so the natural history is unknown. Abdominal pain is the most common presenting symptom, but a significant number of patients are asymptomatic. To improve the life expectancy of patients with acute abdominal aortic dissection, aggressive surgical or endovascular management is suggested. Here we present a case of abdominal aort dissection that we treated surgically in view of the data obtained from the literature about this rare disease.

Key Words: Abdominal aorta, dissection, endovascular procedures

Damar Cer Derg 2011;20(3):94-6

Altmış dört yaşında kadın hasta bir haftalık karın ve sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan batın tomografisinde abdominal aortada diseksiyon saptandı. Hastanın özgeçmişinde mide kanseri sebebiyle 8 yıl önce geçirilmiş gastrektomi ameliyatı ve 7 yıl önce geçirilmiş insizyonel herni operasyonu öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde aort odağında 3/6 derece sistolik üfürüm ve batında palpabl kitle dışında patolojik muayene bulgusu olmayan hastanın distal nabızları palpabl olup iskemik bulgu yoktu. Hastanın ekokardiyografisinde sol ventrikül sistolik fonksiyonları normal ve asendan aorta 4 cm olarak saptandı. Batın ultrasonografisinde abdominal aortada yaklaşık 8 cm'lik bir segmentte çapı 35 mm'ye ulaşan dilatasyon gözlemlendi. Aorta içerisinde diseksiyonla uyumlu olabilecek bir görüntü de gözlemlendiği için abdominal bilgisayarlı tomografi çekildi. Torakoabdominal tomografide çıkan aorta, arcus aorta ve inen aorta çapları normal olup, terminal aortada kısa bir segment diseksiyona ait

flep görüntüsü izlendi (Resim 1). Bu seviyede aorta çapı 38 mm ölçüldü. Diseksiyon flebinin sağ iliak artere doğru uzandığı ve ağzını kapattığı gözlemlendi (Resim 2).

Hasta endovasküler stent konulması açısından değerlendirildi, ancak iliak arter çapları ince olduğu ve tortioze seyir gösterdiği için endovasküler girişim uygun görülmedi. Hastanın karın ağrısı şikayeti sebat ettiği için operasyon kararı verildi. Genel anestezi altında median laparotomi ile hasta açıldı. Abdominal aortaya ulaşıldı. 5x3 cm anevrizmatik dilatasyon mevcuttu. Bilateral ana iliak arterler bulunarak teyplerle dönüldü. Abdominal aortaya kros klemp konularak anevrizma kesesi açıldı. Kese içerisinde diseksiyon flebi mevcuttu. 8/16 mm Dacron Y greftin proksimal ucu abdominal aortaya uç-uca anastomoz edildi. Kros klemp kaldırılarak greftin distal uçları bilateral ana iliak arterlere uç-uca anastomoz edildi. Sonrasında infe-



RESİM 1: Bilgisayarlı tomografide terminal aortadaki diseksiyon flebi görüntüsü.



RESİM 2: Sağ iliak arter ağzını kapatan diseksiyon flebi görüntüsü.

rior mezenterik arter greft üzerine reimplante edildi. Kanama kontrolünü takiben batın kapatıldı.

TARTIŞMA

İzole infrarenal abdominal aorta diseksiyonu, nadir görülen bir patoloji olup, bu hastalığın doğal seyri ve tedavi stratejileri hakkındaki bilgiler, vaka sunumları ve küçük vaka serilerine dayandığı için, yeterince tanımlanmamıştır. Bu hastalarda hayat beklentisini iyileştirmek için, cerrahi yaklaşım veya endovasküler girişim önerilmektedir.¹ Aort diseksiyonu olan 398 hastayı içeren bir çalışmada, sadece 10 hastada (%2,5) diseksiyon abdominal aortada sınırlı bulunmuştur.^{2,3} 182 hastayı içeren bir otopsi çalışmasında da, sadece %1'inde abdominal aortaya sınırlı diseksiyon saptanmıştır.^{3,4} Farber ve ark. yaptığı 2004 tarihli bir literatür derleme çalışmasında, sadece 51 hasta toplanabilmiştir.⁵ %50 hastada abdominal diseksiyon, iliak veya femoral arterlere uzanım göstermektedir.⁶

Abdominal aort diseksiyonları, iatrojenik, travmatik veya spontan olarak sınıflandırılabilir. Torasik aort diseksiyonlarında kullanılan akut ve kronik tanımları da kullanılabilir.³ En sık görülen semptom abdominal ağrıdır ancak viseral iske mi, akut böbrek yetmezliği veya bacaklarda iske mi ile de gelebilir.¹ Tanıda ultrasonografi, tomografi, anjiyografi veya magnetik rezonans görüntüleme kullanılabilmesine rağmen biz bu hastalarda, abdominal bilgisayarlı tomografinin en pratik ve faydalı görüntüleme yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

İzole infrarenal abdominal aort diseksiyonunda tedavi seçenekleri konservatif veya cerrahi yaklaşım şeklindedir. Aort diseksiyonu anevrizma gelişimine yol açabileceği için, açık cerrahi girişim veya endovasküler tedavi yaklaşımı ağırlık kazanmaktadır. Bu hastalarda girişim yapılma sebepleri aort rüptürü, alt ekstremitelerde iskemisi, geçmeyen ağrı (ancak ağrının süresi tanımlanmamıştır), ilişkili aort anevrizması ve ilerde gelişebilecek aort anevrizmasının önlenmesi olarak sayılabilir.³ Disekte torasik aortada anevrizma gelişme riski %35'lere yaklaşmaktadır.^{3,7} Diseksiyon aort duvar bütünlüğünü bozacağı ve duvarı zayıflatacağı için, düşük riskli, 3 cm üzerinde aort çapı ve abdominal aort diseksiyonu olan tüm

hastalarda elektif tamir önerilmektedir.³ Bir başka çalışmada, iskemik kalp hastalığı gibi komorbiditeleri olan hastalarda endovasküler girişim düşünülmesi önerilmektedir.¹

Endovasküler stent ile tamir, son yıllarda sıklıkla açık cerrahiye alternatif bir seçenek olmaktadır. Ancak stent uygulamaları, bu damar duvarlarındaki frajilite sebebiyle oldukça dikkatle yapılmalıdır.⁶ Bu hastalarda aortoiliak segmentteki gevrek yapı, kılavuz tel ve katater manüplasyonları sırasında hasar riskini artırabilir. Anjiyografide gerçek lümenin ayırtilmesi kritik öneme sahiptir. Bu hastalarda cerrahi girişimin daha uygun olduğu söylenmektedir. Spontan abdominal aortik diseksiyonlarındaki cerrahi tedavi, düşük morbidite ve mortalite oranları ile ilişkili olduğu için, acil cerrahi gerektiren vasküler bir du-

rum olarak kabul edilmesini öneren çalışmalar olduğu gibi, asemptomatik izole abdominal aort diseksiyonlarında antihipertansif tedavi ve yıllık görüntüleme yöntemleri (BT veya MR) ile takip edilmesini öneren çalışmalar da vardır.^{3,8} Ancak bu hastalara yaklaşımla ilgili fazla veri yoktur. Cerrahi veya endovasküler girişim uygulanan hastalarda, medikal tedavi ile takip edilen hastalara oranla, daha düşük hastane içi ve uzun dönem mortalite oranları gözlemlendiği bildirilmiştir.¹

Bu bilgiler ışığında, infrarenal abdominal aort diseksiyonlarının, nadir görülmesine rağmen, semptomatik hastalarda cerrahi veya endovasküler girişimle, asemptomatik hastalarda da eğer medikal tedaviye karar verildiyse yakın BT görüntüleme tetkikleri ile takiplerinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Trimarchi S, Tsai T, Eagle KA, Isselbacher EM, Froehlich J, Cooper JV, et al. Acute abdominal aortic dissection: insight from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *J Vasc Surg* 2007;46(5): 913-9.
2. Hirst AE Jr, Johns VJ Jr, Kime SW Jr. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine (Baltimore)* 1958;37(3):217-79.
3. Farber A, Wagner WH, Cossman DV, Cohen JL, Walsh DB, Fillinger MF, et al. Isolated dissection of the abdominal aorta: clinical presentation and therapeutic options. *J Vasc Surg* 2002;36(2):205-10.
4. Roberts CS, Roberts WC. Aortic dissection with the entrance tear in abdominal aorta. *Am Heart J* 1991;121(6 Pt 1):1834-5.
5. Farber A, Lauterbach SR, Wagner WH, Cossman DV, Long B, Cohen JL, et al. Spontaneous infrarenal abdominal aortic dissection presenting as claudication: case report and review of the literature. *Ann Vasc Surg* 2004;18(1):4-10.
6. Porcellini M, Mainenti P, Bracale U. Endograft repair of spontaneous infrarenal abdominal aortic dissection. *J Vasc Surg* 2005;41(1):155.
7. Kato M, Bai H, Sato K, Kawamoto S, Kaneko M, Ueda T, et al. Determining surgical indications for acute type B dissection based on enlargement of aortic diameter during the chronic phase. *Circulation* 1995;92(9 Suppl): II107-12.
8. Kalko Y, Kafa U, Başaran M, Köşker T, Özçalışkan O, Yücel E, et al. Surgical experiences in acute spontaneous dissection of the infrarenal abdominal aorta. *Anadolu Kardiyol Derg* 2008;8(4):286-90.