

## SOL AKCİĞER ALT LOBU İÇİNE RÜPTÜRE DESENDAN TORASİK AORT ANEVİZMASI: OLGU SUNUMU

### DESCENDING THORACIC AORTIC ANEURYSM RUPTURED INTO THE LEFT LOWER PULMONARY LOBE: A CASE REPORT

Özalp KARABAY\*, Mehmet GÜZELÖZ LU\*, Smail YÜREKLİ\*, Aydın FİANLI\*\*, Ahmet ÖNEN\*\*, Cenk ERDAL\*, Erdem SİLİSTRELİ\*, Eyüp Sabri UÇAN\*\*\*, Ünal AÇIKEL\*

\*İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp-Damar Cerrahisi A.B.D., \*\*Göğüs Cerrahisi A.B.D.,

\*\*\*Göğüs Hastalıkları A.B.D., İzmir.

#### Özet

Masif hemoptizi farklı etiyolojik sebeplerden kaynaklanan nadir bir durumdur. Bu sebepler arasında akciğer kaynaklı enfeksiyon, malignensi, travma, iatrojenik ve kardiyovasküler nedenler yer alır. Torasik aort anevrizmal (TAA) olgular çevre dokuların erozyonu veya aort anevrizmasının ekspansiyonu sebebiyle ana şikâyet olarak ağrı ile hastaneye başvurur. Nadir olarak, bu olgular anevrizmanın trakeobronşiyal ağacın erozyonundan kaynaklanan masif hemoptizi ile başvurur. Bu durum genellikle fataldır. Bizim 62 yaşındaki olgumuzda paroksizmal öksürükten sonra olufan masif hemoptizi öyküsü vardı. Yapılan incelemeden sonra, hastanın kliniği sol akciğer alt lobu içine rüptüre desendan TAA'sı ile açıklandı. Parsiyel kardiyopulmoner bypass ile distal aortik perfüzyonun sağlandığı desendan torasik aortaya tübüler greft interpozisyonu ile birlikte sol inferior lobektomi ameliyatı uygulandı. (Damar Cer Der 2005;14(3):45-48).

**Anahtar Kelimeler:** Masif hemoptizi, Desendan torasik aort anevrizması.

#### Abstract

Massive hemoptysis is a relatively rare condition originating from different etiological causes. Among these, the leading causes are of pulmonary origin such as infection, malignancy, trauma, iatrogenic causes and of cardiovascular origin. Patients with aneurysm of thoracic aorta usually admit to the hospital with pain as the chief complaint developing due to expansion of the aortic aneurysm into or erosion of the surrounding tissues. Rarely, these patients admit with massive hemoptysis as the chief complaint, originating from the erosion of the tracheobronchial trunk by the aneurysm. This situation is usually fatal. Our case is a 62-year-old male admitting with massive hemoptysis occurring after a paroxysm of cough. After the examinations, it was revealed that he had an aneurysm of descending TAA ruptured into left inferior pulmonary lobe. He has undergone a successful operation of left inferior lobectomy and concomitant tubular graft interposition into the descending thoracic aorta providing distal aortic perfusion under partial cardiopulmonary bypass. (Turkish J Vasc Surg 2005;14(3):45-48).

**Keywords:** Massive hemoptysis, descending thoracic aortic aneurysm

#### Yard. Doç. Dr. Özalp KARABAY

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kalp ve Damar Cerrahisi ABD  
35340 Söğütözü / ZMİR  
Tel: 0532 2570311  
Fax: 0232 4123210  
e-mail: ozalp.karabay@deu.edu.tr

## GİRİŞ

Masif hemoptizi, nispeten nadir rastlanan bir durum olup birçok sebebe bağlı olabilir. Bu sebepler arasında; infeksiyon, malignensi, travma, iyatrojenik kaynaklar (örneğin pulmoner arter kateterizasyonu) gibi pulmoner kökenli olanlar ve kardiyovasküler hastalıklar ön planda gelir. TAA'sı olan olgular sıklıkla, anevrizmanın çevre dokulara ekspansiyonu veya çevre dokuları erode etmesinden kaynaklanan aort ile bafıvururlar. Bu tip olgularda daha az sıklıkta, anevrizmanın trakeobronşiyal aort erozyonundan kaynaklanan masif hemoptizi kliniği vardır. Masif hemoptizisi olan olguların klinik gidişi genellikle aort seyretmekte ve acil müdahale edilmeyen olgularda masif hemoptiziye bağlı ölüm kaçınılmaz olmaktadır. Bu yazımızda; rüptüre TAA olgusunda kısa sürede gerçekleştirilen cerrahi girişim ve bafırlı sonucumuzu sunmak istedik.

## OLGU SUNUMU

62 yaşındaki erkek olgu; öksürük krizi sonrası aortından bol kan gelmesi şikâyeti ile acil olarak üniversitemize sevk ediliyor. Üç hafta önce hemoptizi öyküsü olan olgunun, bafıvuru günü yaklaşık 2 Litre hemoptizisi olması üzerine dâil merkezde gerekli volüm replasmanı yapılarak hemodinamik stabilite sağlanıyor. Yapılan tetkikler sonucu sol akciğer alt lobda kitle (malignite) ve buna bağlı hemoptizi düşünülerek olgu merkezimize sevk edildi. Özgeçmişinde KOAH öyküsü mevcut olan olgunun fizik muayenesinde her iki akciğerinde yaygın ronkus ve wheezingi vardı. Hastanın diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Üniversitemizde yapılan torakoabdominal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde, en geniş yerinde 5.5 cm çapa ulaşan, istmusun 2 cm altından bafılayıp diafragma seviyesinde sona eren 11 cm boyutunda desendan TAA'sı ve diafragmatik hiattan hemen önce anevrizmatik dilatasyon izlenen, desendan aortanın komfluluğunda 4x3.5 cm büyüklüğünde hematoma ile uyumlu görünüm tespit edildi. Radyolojik görünüm sol akciğer inferior loba rüptüre desendan TAA'sı olarak değerlendirildi (fiekil 1).



**Resim 1:** MR incelemede sol akciğer inferior loba rüptüre desendan aort anevrizması'nın görünümü.

Tedavi için anevrizmektomi ve desendan aortaya tübüler greft interpozisyonu kararı verilen olguya selektif entübasyonla intratrakeal genel anestezi altında sol anterolateral oblik pozisyonunda torakal insizyon yapıldı. Torakotomi sonrası; sol akciğer inferior lobunun hematoma ile dolu olarak desendan aort anevrizması'nı tamponedecek flekilde çepeçevre yapıldı ve görüldü. Sol alt pulmoner venden venoz, sol femoral arterden arteriyel kanülasyonla kalp çalışırken parsiyel bypass uygulandı. Distal aortik perfüzyon sağlanarak; hematoma ile sınırlı ve fonksiyone olmayan atelektatik sol alt lob desendan aort anevrizması ile birlikte eksize edildi. Desendan aortaya tübüler greft interpozisyonu uygulanarak cerrahi işlem sorunsuz olarak tamamlandı. Postoperatif dönemde toplam 3 gün yoğun bakımda kalan olgu daha sonra servis izlemine alındı. Postoperatif kontrol amaçlı yapılan MR anjiyografisinde desendan torasik aortaya yerleştirilen greftin ve greft anastomoz düzeylerinin normal kalibrasyonda ve patent olduğu ayrıca arkus aortada ve abdominal aortadan çıkan ana vasküler yapılarda anevrizmatik segment

bulunmadı ve sözü edilen damarların patent oldukları saptandı (fiekil 2).



**Resim 2:** Postoperatif MR anjiografisinde desendan torasik aortaya yerleştirilen greftin ve greft anastomoz düzeylerinin normal kalibrasyonda ve patent görünümü

## TARTIŞMA

TAA etiyojisinde; bağıta medial dejeneratif hastalık olmak üzere kistik medial nekroz, ateroskleroz, aortit, disseksiyon, infeksiyon ve travma bulunmaktadır. Anevrizma rüptürü riskini belirleyen faktörler içerisinde en önemlileri; anevrizmanın çapı (özellikle 5 cm üzeri), kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), akciğerin devam ediyor olması ve hastanın yaşıdır<sup>(1)</sup>. Bunların dışında sigara, hipertansiyon (özellikle diastolik), renal yetmezlik ve bağ dokusu hastalığı diğer risk faktörlerini teşkil etmektedir. TAA'lar genellikle asemptomatiktir fakat akciğer ve yandaş organlara baskıya bağlı ses kısıklığı, yutma güçlüğü, hematemez, pnömoni, öksürük, hemoptizi ve nörolojik bulgular olabilir. Akciğer parankimine rüptüre olan veya bronşu erode eden aort anevrizması veya disseksiyonu, akut ve masif hemoptiziye yol açabilir ve bu durum cerrahi açıdan aciliyet oluşturmaktadır<sup>(2)</sup>. Aortobronkopulmoner

fistüller, desendan TAA'sı ile birlikte görülen masif hemoptizi olgularının %85'inden sorumludur. Görülen tipik semptomlar sırt ağrısı, öksürük, dispne ve hemoptizidir<sup>(3)</sup>. Kanama sıklıkla masif olup nispeten hafif olduğu durumlar da olur. Bizim olgumuzda; 3 hafta önce kısa süreli ve az miktarda hemoptizi öyküsü mevcuttu. Sonrasında acil olarak müracaat ettiği merkezde 3 ünite kan verilerek vital fonksiyonların sağlandı, yaklaşık 2 litre hemoptizi öyküsü vardı. Direkt akciğer grafisinde; sol plevral sıvı ve sol hemitoraks hematomla şüpheli görünümdeydi. Rüptüre TAA olgularında cerrahi mortalite %97-100 olup, elektif rezeksiyon geçiren hastalara göre çok yüksektir<sup>(4)</sup>. TAA'lı olgulara sigara öyküsü %90, koroner arter hastalığı %67, KOAH %42, kronik böbrek yetmezliği %38, geçirilmiş nörolojik atak %12 gibi risk faktörleri sıklıkla bulunmaktadır ve peroperatif dönemde bu faktörlere yönelik önlemler alınmalıdır. Bizim olgumuzda da 50 yaş 1 paket/gün sigara öyküsü ve tedavi altında olan KOAH öyküsü vardı.

Tedavide, hasta planlanan cerrahiye göre sol lateral dik veya sol anterolateral oblik pozisyonda yatırılarak insizyon yapıldı. Cerrahi teknik olarak basit klempaj yöntemi veya distal aort perfüzyonu kullanıldı. TAA'lı olgumuzda pulmoner ven ve femoral arterden kanülasyon yaparak kalp çalıştır durumda parsiyel bypass altında cerrahi işlem gerçekleştirildi. Bu işlemle distal dolaşım sağlanarak distal organlarda hipotansiyon ve spinal kord perfüzyonu üzerindeki olumsuz etkiler görülmeydi.

Svensson ve Crawford'un TAA'lı 1509 olguda yaptığı retrospektif incelemede hastane içi mortalite %10, 30 günlük mortalite %8, parapleji / paraparezi insidansı %16 bulundu. Ayrıca postoperatif dönemde pulmoner komplikasyon oranının %33, akut böbrek yetmezliği oranının %18, sepsis oranının %8, koagulopati oranının %4 saptandı<sup>(5)</sup>. Anthony L. Estrera ve arkadaşlarının 355 desendan TAA'na yönelik çalışmasında; cerrahi sonrası nörolojik defisit %2.3 ve hastane mortalitesi %8 olarak bildirilmektedir<sup>(6)</sup>. Bizim olgumuzda primer semptom hemoptizi olup postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon ve nörolojik defisit gözlenmedi. Desendan TAA'larında %97 başarı oranıyla uygulanan

ve düşük oranlarda perioperatif morbitide,mortaliteye sahip olan endovasküler stent greft yerleştirilmesi uygun vakalarda düşünülmelidir<sup>(7)</sup>.

Kliniği ağır olan ve mortalite oranı yüksek olan rüptüre TAA olgularında, cerrahi girişim çok hızlı şekilde gerçekleştirilmeli ve cerrahi ifleme bağlı komplikasyonları en aza indirmek için total veya parsiyel bypass uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Galla JD, Ergin MA, Lansman SL, DeAsla RA, Nguyen KH, McCullough JN, Griep RB. Identification of risk factors in patients undergoing thoracoabdominal aneurysm repair. J Card Surg 12:292-299,1997.
2. Russo P, Orszulak TA, Arnold PG, Abel MD, Stanson AW. Concomitant repair of a chronic traumatic aortic aneurysm with tracheal erosion. Ann Thorac Surg 1987;43:559-60.
3. Ramirez MT, Alvarez-Sala R, Martinez M, Gomez L, Prados C. Thoracic aortic aneurysm: a new etiology of pulmonary cavity. J Cardiovasc Surg (Torino) 1999;40:281- 3.
4. Johansson G, Markstrom U, Swedenborg J. Ruptured thoracic aortic aneurysms: a study of incidence and mortality rates. J Vasc Surg 1995;21:985-8.
5. Svensson LG, Crawford ES, Hess KR, et al. Experience with 1509 patients undergoing thoracoabdominal aortic operation. J Vasc Surg 17:357-370, 1993.
6. Estrera AL, Miller CC, Chen EP, Meada R, Torres RH, Porat EE, Huynh TT, Azizzadeh A, Safi HJ. Descending thoracic aortic aneurysm repair: 12-year experience using distal aortic perfusion and cerebrospinal fluid drainage. Ann Thorac Surg. 2005 Oct;80(4):1290-6.
7. Sayed S, Thompson MM. Endovascular repair of the descending thoracic aorta: evidence for the change in clinical practice. Vascular. 2005 May-Jun;13(3):148-57.