

Abdominal Aort Anevrizmalarında Cerrahi Tedavi Sonuçları*

Kemal NAZLIEL, Alp DOLGUN, Fatih YORULMAZ, Ertan YÜCEL

* VII. Periferik Vasküler Cerrahi Kongresinde (İstanbul, 1994) bildiri olarak sunulmuştur.

SSK Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği

ÖZET

Abdominal aort anevrizması öldürücü olarak bilinen bir patolojidir. Anevrizmaların rüptüre olmasını önlemek için ilk yaklaşımlar, ligasyon, wrapping, elektrotermik koagülasyon gibi anevrizma içerisinde pıhtı oluşturmaya yönelik girişimlerdir. 1951 yılında Dubost, ilk kez bir abdominal aort anevrizması vakasında aortik homograft uygulayarak anevrizmayı başarıyla tedavi etmiştir.

SSK Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniğinde Şubat 1985-Şubat 1994 yılları arasında 63 abdominal aort anevrizması vakasına cerrahi girişim uygulanmıştır. 6 vakada (% 9.5) rüptüre anevrizma tespit edilmiştir. Genel mortalite 4 vaka ile % 6.3 dir.

Anahtar kelimeler: Abdominal aort anevrizması

SUMMARY

Results of Surgical Treatment of Abdominal Aortic Aneurysms

Abdominal aortic aneurysm is known as a fatal pathologic process. Early attempts to prevent rupture of aneurysm included ligation, wrapping or electrothermic coagulation of the aneurysmal sac to induce trombosis. Dubost in 1951 operated a case with abdominal aortic aneurysm and replaced an aortic homograft with success.

Between the dates of February 1985-February 1994, 63 cases with abdominal aortic aneurysm have been operated in Cardiovascular Clinic at SSK Ankara Hospital. 6 cases (% 9.5) were ruptured aneurysms. Mortality is % 6.3 with 4 cases.

Key words: Abdominal Aortic Aneurysm

GİRİŞ

Anevrizma herhangi bir arter segmentinin çeşitli faktörlerin etkisiyle normal yapısını kaybedip zayıflaması sonucu anormal dilatasyonu ile kendini gösteren bir damar hastalığıdır.

Anevrizmaların günümüzden 2000 yıl önceden beri tanındığı bilinmektedir. Klinik bulguları ise

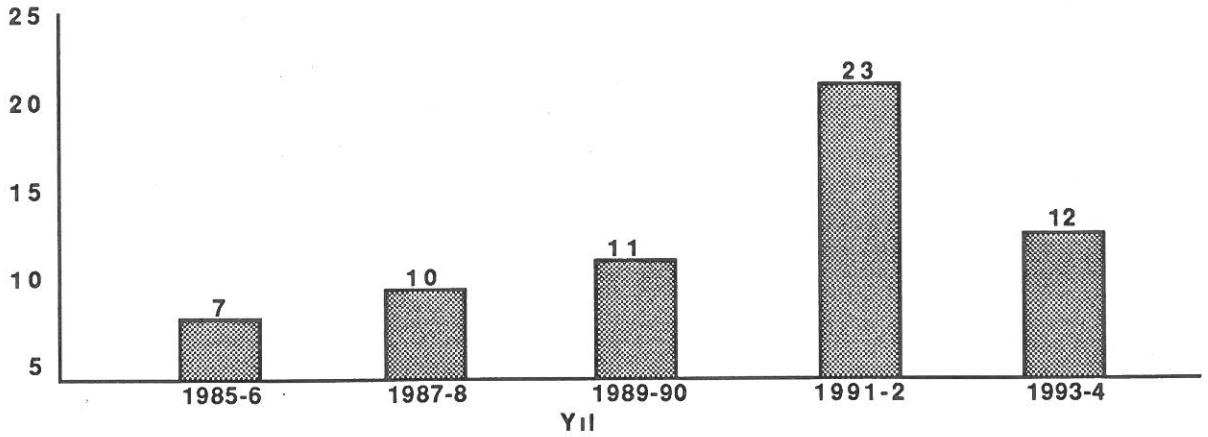
16. yüzyılda Ambrois Pare tarafından tarif edilmiştir (1). İlerleyen yıllarda özellikle 18. ve 19. yüzyıllarda birçok palyatif tedavi metodları, özellikle periferik anevrizmalarda uygulanmaya başlanmıştır. 1710 yılında Anel anevrizmaya dokunmadan hemen proksimalinden bağlamış, 1785 yılında da bir popliteal arter anevriz-

masında Hunter, anevrizmanın uzağından kendi adıyla bilinen kanal bölgesinde superfisiyal femoral arteri bağlamıştır (2). Tam olarak bir anevrizmanın tedavisi ise 1906'da Goyenes'in popliteal arterde, 1907'de Lexer'in iliak arterde anevrizmayı tamamen çıkartıp kalan defekti safen ven kullanarak tamir etmesiyle gerçekleşmişti (1, 2). Abdominal aort anevrizmalarının ilk başarılı cerrahi tedavisi 1951 yılında Dubost tarafından abdominal aort anevrizması rezeke edilip, aortik homogreft kullanılarak yapılmıştır

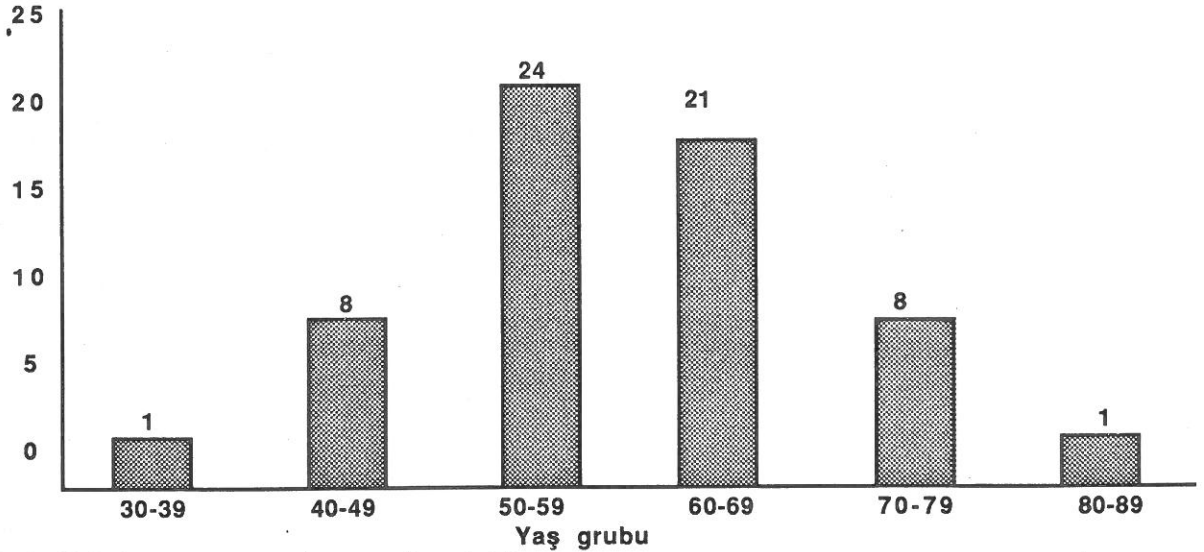
(1, 2, 3, 4). Türkiye'de de ilk başarılı abdominal aort anevrizması rezeksiyonu ve greft uygulanması 1960 yılında Akata O. tarafından gerçekleştirilmiştir (3).

MATERYAL VE METOD

Bu yazımızda SSK Ankara Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğinde Şubat-1985 Şubat 1994 tarihleri arasında ameliyat edilen 63 abdominal aort anevrizmalı vaka sunulmuştur. Vakaların yıllara göre dağılımı Şekil 1'de görül-



Şekil 1. Vakaların yıllara göre dağılımı



Şekil 2. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımı

mektedir. En genci 38, en yaşlısı 86 yaşındadır. Yaş ortalaması 59'dur. Vakaların % 70'i 50-70 yaşları arasında toplanmıştır (Şekil 2). Hastaların 54'ü erkek (% 86), 9'u kadındır (% 14).

Taniyi kesinleştirmek ve daha ayrıntılı bilgi elde edebilmek için radyolojik (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, anjiyografi) tetkiklere başvurulmuştur.

57 vaka elektif şartlarda opere edilmiştir. 6 vakada (% 9.5) rüptüre abdominal aort anevrizması görülmüştür. Kolona fistülize olan 1 ve karın ağrısı ve acil servise başvuran 1 vakada acil şartlarda ameliyata girilmiştir. Kliniği nispeten stabil seyreden ancak radyografik olarak rüptür olduğu gösterilen 4 vaka yarı acil koşullarda ameliyat alınmıştır.

Hastalarımıza uyguladığımız cerrahi girişimler tablo 1'de gösterilmiştir. Hastalardan 19'una (% 30) PTFE grefti, 44'üne (% 70) Dakron grefti kullanılmıştır. Ayrıca semptomatik renal arter darlığı olan 2 hastaya (% 32.1) aorto sol renal arter safen bypass, 1 (% 1.6) hastaya da bilateral femoropopliteal safen bypass uygulanmıştır.

SONUÇLAR

Operatif mortalite yoktur. Perioperatif mortalite 3 vaka ile % 4.7 dir. Geç mortalite 1 vaka ile % 1.5'dir. Ölüm sebepleri tablo 2'de gösterilmiştir.

61 (% 97) vakada anevrizma oluşmasına neden olan faktör ateroskleroz olarak bulunmuştur 1

Tablo 1. Anevrizmalara uygulanan cerrahi girişim

Girişim	Vaka sayısı	%
Endoanevrizmal aortobifemoral greft implantasyonu	34	54
Endoanevrizmal aortobiiliak greft implantasyonu	21	33.3
Endoanevrizmal tübüler greft implantasyonu	7	11.2
Infrarenal aort ligasyonu+ ekstraanatomik bypass	1	1.5

Tablo 2. Toplam mortalite ve nedenleri

Mortalite	Sayı	%	Nedeni
Operatuar mortalite	0	0	-
Erken mortalite	3	4.8	2 vaka (% 3.1) M
Geç mortalite	1	1.6	1 vaka (% 1.6) ME*

* Myokard enfarktüsü

** Akut böbrek yetmezliği

(% 1.6) vakada behçet hastalığı sebep olarak gösterilmiştir 1 (% 1.6) vaka ise inflamatuvar anevrizma tanısı almıştır.

TARTIŞMA

Abdominal aort anevrizmaları bütün anevrizmaların % 80-90'ını oluşturur (1, 2). Bu vakaların % 95'inde ise anevrizma renal arterlerin distalidir (1, 2). Anevrizmaların etyolojisinde, sifiliz, mitokondiyar enfeksiyonlar, travma, dejeneratif hastalıklar ve ateroskleroz gibi çeşitli faktörlerin rol oynadığı belirtilmektedir. Abdominal aort anevrizmalarının % 98'inin aterosklerozla bağlı olduğu bildirilmektedir (1, 2, 3, 5).

Abdominal aort anevrizmaları hakkında daha ayrıntılı bilgi elde etmek için ultrasonografi, anjiyografi ve bilgisayarlı tomografi gibi yöntemler oldukça yararlıdır (1, 2, 3, 4, 5, 8).

Anjiyografi her vakada anevrizmayı tam olarak göstermeyebilir. Lümen çevresel olarak trombüsle kaplanmış olursa aterosklerotik aort görüntüsünde olabilir (2, 4). Bilgisayarlı tomografide anevrizma tanısında oldukça değerli bir metoddur (2, 4, 5, 9, 10).

Aort anevrizması tanısı konan hastalar diğer katle değerlendirilip diğer sistemlere ait aterosklerotik veya başka bir hastalık olup olmadığı araştırılmalıdır. Bu vakalarda anevrizmayla beraber % 7 karotis lezyonu, % 12 renal arter lezyonu olduğu bildirilmektedir (2). Birçok yayınlarda perioperatif ve postoperatif ge ölümünün en büyük sebebinin koroner arter hastalığı olduğu önemle belirtilmektedir. Bizim vaka grubumuzda da 2 (% 3.1) hastada semptom

atik renal arter darlığı tespit edilmiştir.

Tanı konulan abdominal aort anevrizmalarında tedavi cerrahidir. Bazı yayınlarda asemptomatik hastaların, eğer anevrizma çapı 6 cm'de küçük ise bazı yayınlarda da 4.5 cm den küçükse ameliyat edilmeksizin takip edilebileceği bildirilmektedir (1, 5, 9). Fakat biz tanı konulan vakalara ameliyat önermekteyiz. Çünkü küçük olması anevrizmanın rüptüre olmaya-çağının garantisi değildir. İstatistiki çalışmalar küçük vakalarda büyük semptomatik vakaların yaşam süreleri arasında fark olmadığını göstermiştir (2). Ayrıca beklemekle ileride ateroskleroza bağlı yeni risk faktörleri de ekleneceğinden hastaların ameliyatını daha da zorlaştıracaktır (1, 2).

Ameliyat edilmeyen vakalarda prognoz oldukça kötüdür. Hastaların % 80'i 5 yıl içinde rüptüre bağlı eks olmaktadır (1, 2, 3, 5). Ayrıca rüptür olmasa dahi alt ekstremitelerde tromboembolik komplikasyonlar ortaya çıkabilir (5).

Zamanımızda ameliyat mortalitesi geçen yıllar içinde artan tecrübeler, hastaların preoperatif daha iyi değerlendirilmesi ve postoperatif bakım şartlarının iyileşmesi sayesinde oldukça düşmüştür. Benzer yayınlarda genellikle hastaların ayrı ayrı kategoriler altında toplandığı, mortalite değerlerinin buna bağlı verildiği görülmektedir (2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12). Abdominal aort anevrizmalarında asemptomatik olanlarda mortalite % 1-5 civarında bildirilmektedir. Riskli veya rüptüre olanlarda mortalitenin % 10-40 arasında olduğu bu grup hastalarda komplikasyonların % 50'ye yaklaştığı bildirilmektedir (4, 8, 9). Bizim mortalitemiz de toplam % 6.3 ile kabul edilebilir düzeydedir.

KAYNAKLAR

1. Bozer AY, Böke E, Çetin M, Yener A, Günay İ: Abdominal aort anevrizmaları ve cerrahi tedavisi. Çağdaş Tıp Dergisi 6: 3-6, 1979.
2. Hertzer NH: Haimovic's Vascular Surgery: Abdominal aortic and iliac aneurysms: Haimovici H (ed)

Vascular Surgery, California, Appleton&Lange, 1989 pp: 622-650.

3. Akata O, Anadol E, Çağla T: Aorta abdominalis anevrizmalarında cerrahi tedavi sonuçları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 40: 169-180, 1987.
4. Payna DF, Rosenthal D, Lamis PA, Stanton PE: Infra-renal aortic aneurysms asymptomatic versus symptomatic. The American Surgeon 51: 94-96, 1985.
5. Günay İ, Bozer AY: Anevrizmalar: Damar Hastalıkları ve Cerrahisi 1. baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları A-50, Ankara 1984 pp: 23-55.
6. Loughlin K, Kearney G, Helfrinch W, Corey R: Ureteral obstruction secondary to perianurysmal fibrosis. Urology 24: 332-336, 1984.
7. Hodgson KJ, Webster DJT: Abdominal aortic aneurysm causing duodenal and ureteric obstruction. J. Vasc. Surg. 3: 366-368, 1986.
8. Hollier LH, Reigel MM, Kazmier FJ, Pairolero PC, Cherry KJ, Hallet JW: Conventional repair of abdominal aortic aneurysm in the high-risk patient J. Vasc. Surg. 3: 712-717, 1986.
9. Snider RL: One surgeon's ten year experience with aortic aneurysm surgery in smaller community hospital, J Vasc Surg 5: 437-439, 1987.
10. Weinbaum FI, Dubner S, Turner JW, Pardes JG: The accuracy of computed tomography in diagnosis of retroperitoneal of abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg 5: 437-439, 1987.
11. Reigel MM, Hollier LH, Kazmier FJ, O'Brien PC, Pairolero PC, Cherry KJ, Hallet JW: Late survival in abdominal aortic aneurysm patients: The role of selective myocardial revascularisation on the basis of clinical symptoms J Vasc Surg 5: 22-27, 1987.
12. Hertzer NR, Young JR, Beven EG, O'Hara PJ, Graor RA, Ruschaupt WF, Malyoek LC: Late results of coronary bypass in patients with infrarenal aortic aneurysms. Ann Surg 205: 360-370, 1987.

Yazışma Adresi

Dr. Kemal NAZLIEL
Tunalı Hilmi Cad. 34/10
Kavaklıdere-Ankara