

İnflamatuvar Abdominal Aort Anevrizmasına Bağlı Bilateral Üreteral Obstrüksiyon (Olgu Sunumu)

Nevzat Erdil, Mehmet Ali Özatik, Haşmet Bardakçı, Murat Bayazıt, Oğuz Taşdemir, Kemal Bayazıt

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği

ÖZET

İnflamatuvar Abdominal Aort Anevrizması (AAA) tüm AAA içinde nadir görülen, ama perianevrizmal fibrozise bağlı çevre organ tutulumu ile ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir durumdur.

Üreter tutulumuna bağlı preoperatif renal disfonksiyon gelişen inflamatuvar AAA bir olguda teşhis ve tedavi yaklaşımını sunmaktayız.

Renal disfonksiyon olan ve AAA bulguları olan hastalarda üreter tutulumu olan inflamatuvar AAA olabileceği düşünülmeli, Compoterize Tomografi (CT), renal dopler sonografi, intravenöz pyelografi gibi yöntemlerle tanı doğrulanmalıdır. Cerrahi tedavinin geç kalınmadan yapılmasıyla renal fonksiyonlar geri döndürülebilmektedir.

Anahtar kelimeler: İnflamatuvar Abdominal Aort Anevrizması, Üreteral obstrüksiyon

SUMMARY

BILATERAL URETERAL OBSTRUCTION DUE TO INFLAMMATORY ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM (CASE REPORT)

Although inflammatory ones are rare among all abdominal aortic aneurysms, they may cause serious complications due to organ involvement with perianeurysmal fibrosis. Here we present our diagnostic and treatment approaches of an inflammatory abdominal aortic aneurysm with preoperative renal dysfunction due to bilateral ureteral involvement.

It should be kept in mind that patients presenting with signs of AAA and renal dysfunction may have an inflammatory AAA and ureteral involvement. Diagnosis should be confirmed with noninvasive studies as CT. Preservation of renal functions may be achieved with early surgical treatment.

Key words: Inflammatory Abdominal Aortic Aneurysms, Ureteral Obstruction

GİRİŞ

İnflamatuvar abdominal aort anevrizması (AAA) ilk 1935 yılında bildirilmiştir (1). İnflamatuvar AAA'da gözlenen perianevrizmal fibrozis tüm AAA'ların % 2-15'inde bulunur (2, 3-6). Fibröz tabaka etraf dokulara özellikle duodenuma ve bazen sol renal ven; veya arterlere yapışık durumdadır. CT preoperatif tanıda ve özellikle perianevrizmal fibrozisle komplike olmuş AAA tedavinin planlanmasında oldukça faydalıdır. Anevrizma onarımının inflamatuvar sürecin parsiyel veya

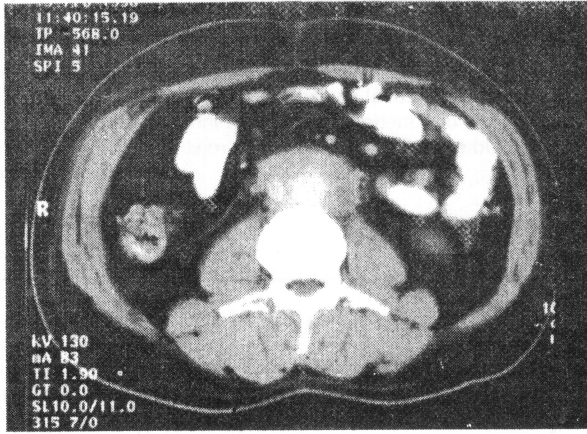
tam regresyonunu sağladığı çeşitli yayınlar da rapor edilmiştir (4, 5, 7-9).

Üreter obstrüksiyonu ile komplike olan inflamatuvar AAA'da greftle aort rekonstrüksiyonu ve üreter obstrüksiyonun doğru tanı ve erken cerrahi girişim sonucunda ortadan kaldırılması, hastanın renal disfonksiyonunu irreversibl hale gelmeden düzeltebilmektedir. Biz burada perianevrizmal fibrozise bağlı bilateral üreter obstrüksiyonu olup preoperatif hemodializ ihtiyacı duyan inflamatuvar AAA'lı bir hastada cerrahi tedavi ve obstrüksiyonun serbestleştirilmesi ile renal

fonksiyonların dramatik düzeldiği bir vakayı sunmaktayız.

Olgu Sunumu

44 yaşında erkek hasta, 3 aydan beri karın, bel ağrısı ve iştahsızlık şikayetleri olup tedavi amacıyla kliniğimize başvurmuştur. Hastanın hikayesinde 1.5 ay önce yapılmış kolektomi operasyonu ve 20 yıldır 1 paket/gün sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede hemodinami stabil, batında orta hatta göbek altında hassasiyet gösteren geniş, pülsatil abdominal kitle mevcut olup periferik nabızlar normaldi. Abdominal CT'de kaçak veya enfeksiyon gözlenmeyen, fakat çok dense özellikle anevrizmanın anterior duvarını bir katman şeklinde tutan 5 cm'lik infrarenal AAA gözlenmiştir. Anevrizma boynu proksimalde sol renal ven altında ve distalde aortik bifurkasyonu içine alacak şekildeydi (Resim 1).



Resim 1. İnflamatuar Abdominal Aort Anevrizmasının CT görüntüsü

Rutin tetkiklerde beyaz küre 12000 μ L, sedimentasyon 40 mm/saat, üre: 211 mg/dL, kreatin: 16.9 mg/dL, Na: 145 mmol/L, K: 5.2 mmol/L olarak saptandı. Diğer rutinler ve telegrafi normaldi. Ameliyattan 3 gün önceye kadar idrar miktarı normal olan hasta son 3 gün anürik seyretti. Hasta preoperatif nefroloji ve üroloji tarafından değerlendirildi. Has-

ta kreatin, üre yüksekliği ve anüri nedeniyle 2 kez hemodialize alındı. Hastada üreter obstrüksiyonu olan inflamatuvar AAA düşünlerek operasyona alındı.

Operasyon

Hasta operasyona alındı. Sağ radyal arter ve periferik venöz kateterizasyon sonrası anestezi indüksiyonu takiben entübe edildi. Genel anestezi altında supin pozisyonda göbek altı transvers insizyonla batin açıldı. Barsaklar dışarı alınarak aorta üstü retroperiton açılarak aortaya ulaşıldı. Sol renal ven altında anevrizma boynuna ulaşıldı. Anevrizma distalinde her iki kommon iliak artere ulaşıldı. Aortaya ve iliak arterlere damar klempsi konularak inflamasyon üstünden anevrizma kesesi açıldı. Aortada üstü kalın fibröz doku mevcuttu, ancak infekte görünüm yoktu. Distalde aortik bifurkasyonda damar kalitesi iyi olmadığından, aorto-biiliak 16 x 8 mm Hemashield pantolon greft takılmasına karar verildi. Anevrizma boynunda 3/0 prolen, pantolon greftin her iki bacağı kommon iliak arterlere uç uca 4/0 prolen kullanarak kontinü olarak greft inklüzyon tekniği ile aortik rekonstrüksiyon yapıldı. Anastomoz tamamlandıktan sonra periaortik inflamasyon içinde her iki üreterin geçtiği ve bası altında olduğu görüldü. Bası proksimalinde üreterler dilateydi. Her iki üreter yapışıklık içinden itina ile diseke edildi. Serbestleştirilme tamamlandığı anda her iki üreterin dolduğu gözlenildi.

Operasyon komplikasyonsuz olarak tamamlandı ve yoğun bakıma alındı. Hasta postoperatif 1. gün spontan olarak 5000 cc, 2. gün 3000 cc idrar çıkardı. Operasyondan çıktıktan sonra ilk üre: 108 mg/dL, Na: 124 mmol/L, K: 4.1 mmol/L; bir gün sonra üre: 70 mg/dL, Na: 138 mmol/l, K: 4.4 mmol/L geldi. Postop 3. günde yapılan rutin tetkiklerde üre: 32 mg/dL, kreatinin: 1.5 mg/dL, Na: 149 mmol/L, K: 4.3 mmol/l geldi. Böylece renal fonksiyonların komplikasyonsuz geri gel-

diği gözlemlendi. Nazogastrik sondası 1 gün sonra çıkarılan hastada postoperatif 2. günde sulu gıdaya başlandı. Hasta herhangi bir problemle karşılaşmadan postoperatif 8. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

İnflamatuvar AAA abdominal aort anevrizmalarının yaklaşık % 2-15'ini kapsayan farklı bir klinopatolojik durumdur. Karakteristik özelliği retroperitonda komşu yapıları içine alan yoğun inflamasyon ve fibrotik reaksiyonla birlikte anevrizma duvarındaki fibrozis ve desmoplazidir (3, 10, 11). Anevrizma duvarı kalındır ve elastin içeriği belirgin azalmıştır. İnflamatuvar süreç duodenumu % 90, inferior vena kava ve sol renal veni % 50, üreterleri ise yaklaşık % 25 tutar.

Abdominal veya sırt ağrısı olan hastada kilo kaybı ve yükselmiş sedim (ESR) varlığı ile inflamatuvar AAA'dan şüphelenmek gerekir. Bu hastalık diğer karın olayları ile karışabilir. Nitekim bizim vakamızda hasta 1.5 ay önce kolesistit tanısı ile kolesistektomi ameliyatı geçirmişti. CT sıklıkla anevrizma duvarındaki tipik kalınlaşmayı göstermektedir. CT görüntülemesindeki kalitenin artması inflamatuvar AAA tanısını kolaylaştırmıştır. Bununla birlikte tanıda Magnetic Rezonans'ın (MR) CT'ye üstünlüğü birçok yazıda bildirilmiştir (12-16).

Perianevizmal retroperitoneal fibrozise sekonder üreter obstrüksiyonun tanı ve tedavisi tartışmalıdır. Literatürde preoperatif üreteral stent ile operatif greft inklüzyonunun yapıldığı tedavi tercih edilmektedir. Çünkü anevrizma tamiri, inflamatuvar sürecin rezolüsyonu ve üreteral obstrüksiyonun ortadan kalkmasına neden olmaktadır. Operasyon esnasında etraf doku fazla diseke edilmemelidir. Çünkü yaralanmalara neden olabilir. Üreteral obstrüksiyon kanıtları varsa dikkatli şekilde üreterolizis yapılabilir (17). Bizim vakada bilateral üreterlerin tam obstrüksiyonu olduğu ve hasta hızla renal yetmezliğe doğru

gittiği için, operasyon esnasında greft inklüzyonu yapıldıktan sonra periaortik inflamasyon dokusu içinde üreterler bulunup diseke edildi ve üreter obstrüksiyonu ortadan kaldırılınca üreterlerin dolduğu görüldü.

Böyle renal fonksiyon bozukluğu görülen ve AAA bulguları olan hastalarda öncelikle inflamatuvar AAA ve üreter tutulumu olabileceği düşünülmeli; CT, MR gibi noninvaziv yöntemlerle tanı doğrulanmalı ve cerrahi tedavide geç kalınmamalıdır. Biz bu vakada, preoperatif anüriye giren hastanın zamanında cerrahi tedavisi ile renal fonksiyonların düzeldiği ve hastanın preoperatif olan şikayetlerinin geçtiğini gördük.

KAYNAKLAR

1. James TGI. Uremia due to aneurysm of the abdominal aorta. Br J Urol 1935; 7: 157.
2. Walker DI, Bloor K, Williams G, Gillie I. Inflammatory aneurysms of the abdominal aorta. Br J Surg 1972; 59: 609-614.
3. Pennell RC, Hollier LH, Lte JT et al. Inflammatory abdominal aortic aneurysms: A thirty-year review. J Vasc Surg 1985; 2: 859-869.
4. Linblad B, Almgren B, Bergqvist D et al. Abdominal aortic aneurysm with perianeurysmal fibrosis. J Vasc Surg 1991; 13: 231-239.
5. Brsch M, Schroeder TV, Lorentzen JE. Abdominal aortic aneurysm with perianeurysmal fibrosis. An analysis of 27 cases in 1004 AAA's treated in a single vascular centre. In: Chang JB, ed, Modern vascular surgery. Berlin: Springer-Verlag, 1994; 194-201.
6. Koch JA, Grutzer G, Jungblut RM, Kniemeyer HW, Modder U. Computertomographische Diagnostik des inflammatorischen Bauchortenaneurysmas. Rofo Fortschr Röntgentr Neuen Bildgeb Verfahr. 1994; 161: 31-37.
7. Plate G, Forsby N, Stigsson L, Salström J, Thörne J. Management of inflammatory abdominal aortic aneurysm. Act Chir Scand 1988; 1-54: 19-24.
8. Nachbur B, Marincek B, Lacob R et al. The impact of computed tomography in the diagnosis and postoperative follow-up of ureteric obstruction in aortoiliac aneurysmal disease. Eur J Vasc Surg 1989; 3: 475-492.
9. Stella A, Gariulo M, Faggioli GF et al. Postoperative course of inflammatory abdominal aortic aneurysms. Ann Vasc Surg 1993; 7: 229-238.
10. Goldstone J, Molose JM, Moore WS. Inflammatory aneurysm of the abdominal aorta. Surgery 1978; 83: 425-430.
11. Goldstone J, Molose JM, Moore WS. Inflammatory

- aneurysm of the abdominal aorta. Surgery 1978; 83: 425-430.
12. Tennant WG, Hartnell GG, Baird RN, Horrocks M. Radiologic investigation of abdominal aortic aneurysm disease: comparison of three modalities in staging and detection of inflammatory change. J Vasc Surg 1993; 17: 703-709.
 13. Tennant WG, Hartnell GG, Baird RN, Horrocks M. Inflammatory aortic aneurysms: characteristic appearance on magnetic resonance imaging. Eur J Vasc Surg 1992; 6: 399-402.
 14. Castrucci M, Mellone R, Colombo E et al. Magnetic resonance: preoperative assessment of abdominal aortic aneurysms. Comparison with surgical findings in 80 cases. Radiol Med Torino 1994; 87: 620-627.
 15. Birsch M, Norgaard HH, Roder O, Schroeder TV, and Lozentzen JE. Inflammatory Aortic aneurysms: Regression of Fibrosis after aneurysm Surgery. Eur J Vasc Endovasc Surg 1997; 13: 371-374.
 16. Chiesa R, Esposito G, Melissano G, Sonnello A, Mel-lone R, et al. The surgical treatment of inflammatory aneurysm of the abdominal aorta. The usefulness of nuklear magnetic resonance (MR) in the preoperative diagnosis. Mnevra Chir 1993; 48: 887-94.
 17. Soulie M, Tollon C, Soulo P, Mouly P, Plante P, Pontonnier F. Üreteral involvement in an inflammatory aneurysm of the abdominal aorta. Review of the literature. Prog Ürol 1995; 5 (4): 590-5.

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Nevzat ERDİL
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği
06100 Sıhhiye/ANKARA
Tel: 0312 - 310 30 80-12 17
Fax: 0312 - 312 41 20