

Spontan Rüptüre Splenik Arter Anevrizması

Spontaneous Rupture of Splenic Artery Aneurysm: Case Report

Ekin İLKELİ,^a
Selim ÇAPCI,^b
Tarhan ÇINAR,^a
Ayşegül KOÇ,^a
İlhan MAVİOĞLU,^a
Murat DİKMENGİL^a

^aKalp ve Damar Cerrahisi AD,
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^bKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Atatürk Devlet Hastanesi, Düzce

Geliş Tarihi/Received: 08.10.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 03.01.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Ekin İLKELİ
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi AD, Düzce,
TÜRKİYE/TURKEY
ekinilkeli@hotmail.com

ÖZET Asemptomatik ancak rüptüre olduğunda oldukça ölümcül olabilen splenik arter anevrizmalarının acil durumlarda tedavisi önemli bir klinik antitedir. Bu yazıda; acil servise karın ağrısı, hipotansif atak ve nefes darlığı ile başvuran 60 yaşında bir kadın olgu sunuldu. Bilgisayarlı tomografi ve arteriyografi sonrası distal splenik arter hizasında rüptüre anevrizma tespit edildi. Batında yaygın sıvısı, sol hemitoraksta plevral sıvısı olan hipotansif hastaya, acil cerrahi müdahale ile anevrizma rezeksiyonu+splenektomi uygulandı.

Anahtar Kelimeler: Rüptür, kendiliğinden; anevrizma, rüptüre; splenik arter

ABSTRACT The treatment of asymptomatic splenic artery aneurysms, which can be fatal when ruptured, is an important clinical entity in emergency situations. In this paper, a 60-year-old woman who admitted to emergency service with the abdominal pain, hypotensive attack and dyspnea was presented. Ruptured aneurysm was detected at the level of distal splenic artery on computerized tomography and arteriography. During emergency surgery, aneurysm resection and splenectomy were performed in the patient with a diffuse abdominal effusion, left hemithorax pleural effusion and hypotension.

Key Words: Rupture, spontaneous; aneurysm, ruptured; splenic artery

Damar Cer Derg 2015;24(2):130-3

V iseral arter anevrizmaları içinde en yaygın olanı %66 ile splenik arter anevrizmalarıdır. Bunu %20 ile hepatik arter, %5,5 ile çölyak trunkus izler.¹ Dalak infarktüsü ve kanama dışında ölümcül seyreden rüptür komplikasyonu %2 ile %10 arasında bildirilmiştir.² Nispeten nadir bir klinik durum olsa da, rüptüre anevrizma katstrofik sonuçlara neden olabilir. Bu komplikasyon yaşla birlikte artmaktadır.³ Splenik arter anevrizması (SAA) spontan rüptürü, daha çok gebelik dönemindeki kadınlarda görülmüş ve %70 mortalite rapor edilmiştir.⁴ Rüptüre spontan SAA acil bir durumdur ve erken tanı son derece önemlidir. Günümüzde bilgisayarlı tomografi (BT) ve arteriyografi ile erken tanı koymak mümkündür. Acil servise başvuran hastalarda en sık; ani başlayan karın ağrısı, hemodinamik instabilite, hipotansiyon, kusma ve nefes darlığı görülmektedir.

Semptomatik SAA tedavisinde açık cerrahi, laparoskopik ligasyon veya transkütan embolizasyon elektif koşullarda önerilmekle beraber, rüptüre

SAA tedavisindeki amaç kanamayı kontrol etmek ve hastanın hemodinamik stabilitesini sağlamaktır.⁴ Bu nedenle acil cerrahi operasyon bu hastalarda hayat kurtarıcıdır.

Biz bu olguda acil servise hemodinamik kolaps ile başvuran bir rüptüre splenik arter anevrizmasının acil cerrahi tedavisini sunduk.

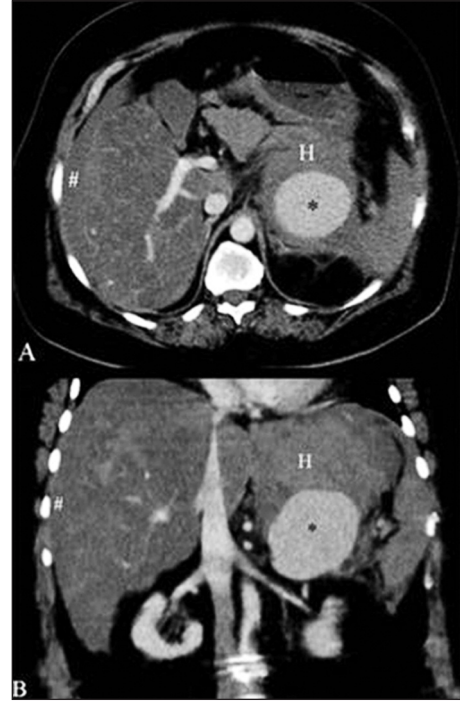
OLGU SUNUMU

Altmış yaşında kadın hasta acil servise üç saat önce karın bölgesinde ani başlayan ağrı ve nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Genel durumu kötü olan hastada bulantı-kusma, karın bölgesinde hassasiyet ve solunum güçlüğü vardı.

Fizik muayenede kan basıncı 60/40 mmHg, nabız 120/dk idi ve batında rebaund ve defans pozitif iken, sol hemitoraksta orta ve bazallerde solunum sesleri alınmıyordu. Diabetes mellitus ve hipertansiyonu olan hastanın ilaçlarının düzenli kullanmadığı öyküsünden öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 7,24 g/dL, hematokrit %21,7, platelet 14 000, kreatinin 1,31 mg/dL olarak ölçüldü.

Yapılan batın ultrasonografi (USG) ve kontrastlı BT sonucunda, dalak hilusuna komşu kesimde yaklaşık 7x6,5 cm boyutlarında, düzgün konturlu, periferinde sıvı koleksiyonu izlenen rüptüre splenik arter anevrizması ile uyumlu görünüm saptandı. Perihepatik alan ve batında yoğun sıvı koleksiyonu, sol hemitoraksta plevral sıvı saptandı (Resim 1). Takiben yapılan arteriyografide splenik arter distal kesiminde kontrast geçişi olan, ancak rüptür sonucu konturları net tespit edilemeyen splenik arter anevrizması görüldü (Resim 2). Hasta bilgilendirilmiş onam formu alınarak operasyona alındı.

Operasyonda median laparotomi uygulandı. Batın açılarak yaklaşık 2000 mL hemorajik sıvı boşaltıldı. Kan basıncının düşmesi üzerine anevrizma kesesi hızla bulunarak çölyak arter gövdesine doğru kleplendi. Dalakta atrofi ve dalak kapsülünde lacerasyon olması üzerine splenektomi uygulandı. Anevrizma kesesi rezeke edilerek splenik arter ligatüre edildi. Hasta postoperatif gelişen multi-sistem organ yetmezliği nedeniyle 4. günde kay-



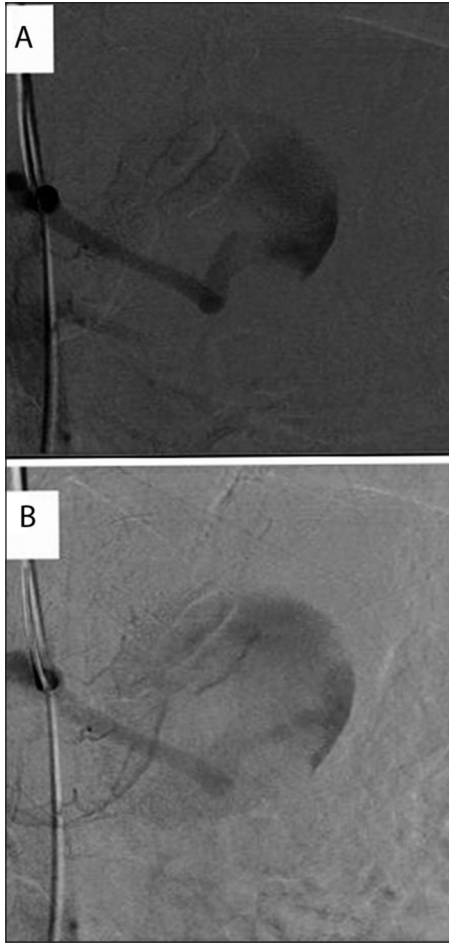
RESİM 1: Aksiyel (A) ve koronal reformat (B) kontrastlı bilgisayarlı tomografi kesitlerde splenik arter anevrizması (*) ile çevresini saran hematoma (H) ve mezenterik yağlı dokuda çizgilenme tarzında dansite izlenmekte. Ayrıca perihapatik sıvama tarzında hemoraji ile uyumlu serbest sıvı koleksiyonu (#) izlenmektedir.

bedildi. Çıkarılan anevrizma kesesinin histopatolojik incelemesi trombus ve anevrizmatik arter duvarı olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

SAA herhangi bir yaşta görülse bile, daha çok kadınlarda, sıklıkla 5.-6. dekatta, splenik arterin distal segmentinde ortaya çıkar.⁵ Spesifik bir neden bilinmese de, suçlanan etiyolojik faktörler arasında; arteroskleroz, fokal arteriyel inflamasyon, pankreatit, hipersplenizm, portal hipertansiyon, travma, gebeliğe bağlı hormonal ve hemodinamik değişiklikler, karaciğer transplantasyonu ve splenomegali vardır. Literatürde 10 cm'den büyük anevrizmalar bildirilmiştir, ancak 3 cm'den büyük anevrizmalar nadir görülür ve 5 cm'den sonra rüptür riski artar.⁵

Asemptomatik SAA genellikle 2 cm'den küçüktür ve çoğunlukla otopsi bulgularında tespit edilmiştir. Ancak uluslararası literatürde 400'den fazla rüptüre SAA bildirilmiştir.⁶ Rüptüre SAA kli-



RESİM 2: A. Arteriyografide kontrast ekstrevasyonu olan rüptüre splenik anevrizma. B. Arteriyografide splenik arterin distal segmentinde rüptüre anevrizma.

nik prezentasyonu; sıklıkla epigastrik bölgede ağrı, bulantı-kusma, vital bulgularda kararsızlıktır. Hipovolemik veya hemodinamik şok tablosunun gelişmesinde iki önemli evre bulunmaktadır. Birincisi, kanamanın kendini Foreman Winslow ile sınırlaması, ikincisi de intraperitoneal alana yayılmasıdır. İntraperitoneal alana yayılmadan önceki ilk evrede hemodinamik koşullar hastaya sorumlu hekim tarafından erken tanı koyma fırsatı sağlar. BT veya arteriyografi ile günümüzde erken tanı koymak mümkündür. Bu beraberinde hastayı erken opere etme fırsatını doğurur. Aynı zamanda intraoperatif evrede gelişen hipovolemik şok tablosuna müdahale etme imkanı sağlar. Aksi takdirde, agresif resüsitasyon sonrası embolizasyon veya cerrahi tedavi seçeneği olsa bile, mortalite riski artmaktadır.

Bu noktada sıvı replasmanın şekli önem arz etmektedir. Hemostaz sağlanmadan yapılan agresif sıvı replasmanı kan kaybını arttırabilir, hipotermi ve koagülasyon bozukluğuna neden olabilir. Özellikle penetran travmatik kanamalarda, eğer hastada hemorajik şok tablosu mevcut ise agresif sıvı replasmanı yerine permisif hipotansif resüsitasyon yapılmalıdır. Agresif sıvı resüsitasyonu pıhtılaşma faktörlerinde dilüsyona neden olabilir. Beyin travmalı hastalarda da hipotansiyona sekonder beyin hasarı oluşabileceğinden, bu yaklaşım beyin travmalı hastalarda uygun olmayabilir. Benzer şekilde akciğer kontüzyonu olan hastalarda agresif sıvı tedavisi akciğer ödemi artırabilir ve akciğer kompliyansını düşürebilir. Yeterli kan replasmanı ile birlikte uygun sıvı replasmanının yapılması en doğru tercih olacaktır.⁷

Rüptüre SAA cerrahi tedavisini oluşturan ana unsur; hayati tehlike oluşturan splenik arterin ligasyonu, takiben anevrizmanın rezeksiyonu ve splenektomidir. Acil cerrahi esnasında yeterli kan replasmanı yapılmalıdır. Genellikle anevrizmanın splenik arter orta-distal segmentinde olması ve hastanın içinde bulunduğu hemodinamik koşullar splenektomi yapmayı gerektirse de, eğer dalakta inspeksiyonla iskemik alan bulguları yoksa ya da atrofi veya laserasyon tespit edilmemişse, ve proksimal segment yerleşimli anevrizmalarda splenektomiden kaçınılmalıdır. Splenektomi genellikle anevrizmanın rezeksiyonu ve/veya ligasyonuna ek olarak gerçekleştirilir. Ancak çok sayıda peripancreatik ve perisplenik kollateral arterler splenik arterin cerrahi ligasyonundan sonra etkin perfüzyonu sağladığından, splenektomiden bazen kaçınılabılır.⁷ Cerrahiden altı ay sonra yapılan kontrol manyetik rezonans görüntüleme bu vasküler varyasyonlar ispatlanmıştır.⁸

Hastamızda da yeterli sıvı replasmanına rağmen hemodinaminin stabil olmaması, anevrizmanın distal segment yerleşimli olması ve inspeksiyonda dalakta laserasyon tespit edilmesi nedeniyle, splenik arter ligasyonu sonrası anevrizma rezeksiyonu ve splenektomi uygulandı. İmkan dahilinde; hastanın durumu da fatal ise, kanama kontrolü ve hemodinaminin stabilleşmesi için endolüminal aortik oklüzyon kateteri oldukça etkili olabilir. İnternal

aortik okluzyon özellikle rüptüre abdominal aort anevrizmalarında kullanılmakta, ve batında daha rahat çalışma olanağı sağlamaktadır.⁹

Rüptüre SAA hastalarda hipotansiyon, taşikardi ve hemodinamik kollaps ile beraber kardiyak arrest kaçınılmazdır. Rüptüre SAA acil cerrahi tedavisi, rüptüre olmamış elektif SAA tedavisine kıyasla farklı bir tedavi stratejisi gerektirir. Klinik

şüphe, erken tanı, resüsitasyon, operasyon öncesi ve intraoperatif yeterli kan ve sıvı replasmanı ile beraber erken cerrahi müdahale, tedavinin anahtar unsurlarıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Pulli R, Dorigo W, Troisi N, Pratesi G, Innocenti AA, Pratesi C. Surgical treatment of visceral artery aneurysms: A 25-year experience. *J Vasc Surg* 2008;48(2):334-42.
2. Pescarus R, Montreuil B, Bendavid Y. Giant splenic artery aneurysms: case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 2005;42(2):344-7.
3. Uyar İS, Okur FF, Akpınar B, Abacılar F, Yurtman V, Şahin V, et al. Dev splenik arter anevrizması: Olgu sunumu. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2013;21(3):799-802.
4. Gourgiotis S, Alfaras P, Salemis NS. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy: a case report. *Adv Med Sci* 2008; 53(2):341-3.
5. Ali S, Verma V, R S, Wani I. Giant splenic artery aneurysm: case report. *ISRN Surg* 2011;2011: 383450. doi: 10.5402/2011/383450.
6. Pavlis T, Seretis C, Gourgiotis S, Aravosita P, Mystakelli C, Aloizos S. Spontaneous Rupture of Splenic Artery Aneurysm during the First Trimester of Pregnancy: Report of an Extremely Rare Case and Review of the Literature. *Case Rep Obstet Gynecol* 2012;2012: 528051.
7. Gourgiotis S, Gemenetzis G, Kocher HM, Aloizos S, Salemis NS, Grammenos S. Permissive hypotension in bleeding trauma patients: helpful or not and when? *Crit Care Nurse* 2013;33(6):18-24.
8. Perino A, Proto E, Calagna G, Granese R, Agrusa A, Guarneri F, et al. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy: is splenectomy always necessary? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91(11): 1349-50.
9. Ozkan M, Uysal A, Keser S, Baykan EC, Koramaz I. Intraaortic balloon catheter use as an occluder in ruptured abdominal aortic aneurysm. *Anadolu Kardiyol Derg* 2007; 7(1):74-5.