

İNFLAMATUAR ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI

Ergun Salman*

İlhan Maviođlu**

Orhan Veli Dođan**

Mete Hidirođlu**

Ertan Yücel***

Rüptüre olmamış abdominal aorta anevrizmalarının cerrahi tedavisi düşük morbidite ve mortaliteye sahiptir. Bu olgularda ender olarak beklenmeyen teknik zorluklar yaratan ve cerrahi riski artıran problemlerle karşılaşılabilir. Bu problemlere sebep olan bir patolojik antite de inflamatuvar abdominal aorta anevrizmasıdır (İAAA). İAAA'ları abdominal aorta anevrizmalarının % 5-10 unu kapsarlar, sıklıkla erkeklerde görülürler (2,3,4,5,7,8,9,10). Klinik olarak anevrizma, rüptür bulguları olmadan, şiddetli karın ağrısı ile karşımıza çıkar. Patolojik olarak aorta duvarının belirgin kalınlaşması, beyaz görünümü ve yoğun perianevrizmal fibrozis ile karakterizedir, bu fibröz reaksiyon çeşitli anatomik yapıları sararak tüm yönlerde yayılır. Özellikle duodenum, vena kava inferior ve sol renal ven anevrizmaya sıkıca yapışmıştır (2,4,7,8,9). İAAA'ları bilateral üreter obstrüksiyonuna da yol açabilmektedir (1,2,9,11).

Birçok vakada tanı, akut abdomen veya rüptüre abdominal aorta anevrizması düşünülerek hasta ameliyata alındığında ameliyat sırasında konmaktadır (7,9,10). İAAA'larının gros görünümü kolayca farkedilir. Anevrizma yoğun, parlak beyaz fibröz bir doku ile kaplanmıştır ve sıklıkla çevredeki retroperitoneal dokular, duodenumun dördüncü bölümü, üreterler, sigmoid kolon ve çevredeki venler fibrozisten etkilenmiştir (1,2,4,5,7,8,9,10,11).

Son yıllarda abdominal komputere tomografi ile preoperatif dönemde tanı konulabileceği belirtilmektedir (1,6,8,11).

Bu Çalışma S.S.K. Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniğinde yapılmıştır.

* S.S.K. Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniđi Uzmanı

** S.S.K. Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniđi Asistanı

*** S.S.K. Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Klinik Şefi, Doç. Dr.

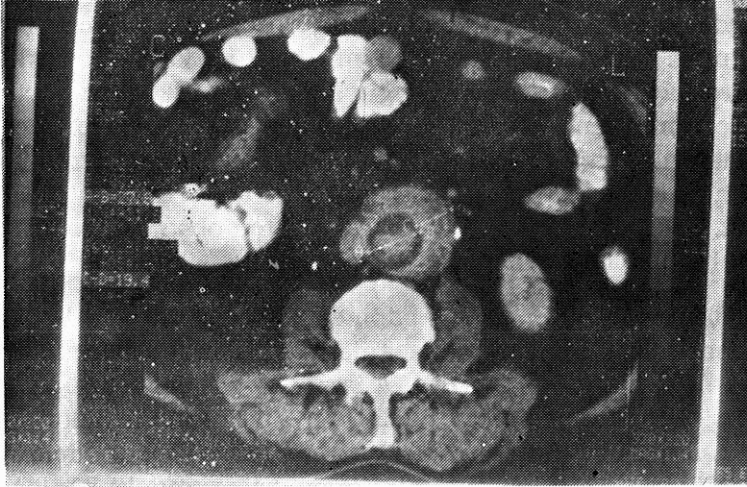
Geliş Tarihi : 24 Kasım 1992

Kabul Tarihi : 28 Mayıs 1993

Ameliyat sırasında İAAA'sı saptandığında duodenumu ve venöz yapıları zedelemekten kaçınmak için cerrahi yaklaşımda belli modifikasyonların yapılması gerekmektedir (2,3,4,7,8,9). Birçok hasta greft interpozisyonu ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. İAAA'larında rüptür atherosklerotik abdominal aorta anevrizmalarına göre daha nadirdir (2,8,9).

VAKA TAKDİMİ

KS 63 yaşında erkek hasta şiddetli karın ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Fizik incelemede vital bulguları normal sınırlarda bulunan hastanın karın muayenesinde sert, pulzatil olmayan bir kitle saptandı. Hastanın diğer sistemlerinin fizik incelemesinde anormal bir bulgu yoktu. Laboratuvar bulguları da normal sınırlarda idi. Acil olarak çekirtilen torakal ve abdominal komputere tomografi sonucu infrarenal yerleşimli dissekan aorta anevrizması şeklinde geldi (Şekil 1).



Şekil : 1 : İnflamatuvar anevrizmanın CT görünümü. Geniş perianevrizmal fibrozis beyaz olarak, mural trombus siyah olarak görülmekte.

Şiddetli karın ağrısı nedeniyle hasta acil olarak ameliyata alındı. Median laparotomi ile karına girildi. Retroperitoneal bölge yaygın fibrozis nedeniyle güçlük ve kısmen disseke edilebildi. İnfrarenal yerleşimli 7 x 8 cm. boyutlarındaki anevrizma parlak beyaz renkli sert fibrozis dokusu ile kaplıydı, duodenumun distal bölümü ve çevre dokular sıkı şekilde anevrizmaya yapışık. Anevrizma her iki iliak arteri de

içine alıyordu. Anevrizmanın yoğun invaziv fibrozis nedeniyle serbestleştirilemeyeceği anlaşıldı. Aorta infrarenal seviyeden klemlendi. Her iki eksternal iliak arter bağlandı. Anevrizma sol lateral duvarından açılarak 18 x 9 mm.'lik dakron bifurkasyon grefti aorto-bifemoral pozisyonda implante edildi. Proksimal anastomoz renal arterler distalinde aortaya uç-uca distal anastomozlar her iki femoral artere uçyan yapıldı. Ameliyat sırasında dokuz ünite kan kullanıldı. Postoperatif izleminde sorunu olmayan hasta sekizinci gün taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan kontrolünde herhangi bir yakınması yoktu.

TARTIŞMA

Ciddi karın ağrısı olan, rüptür bulguları olmayan anevrizmalı hastalarda ilk olarak İAAA akla gelmelidir. Bu hastaların büyük bir kısmının ağrı dışında başka bir yakınması yoktur (3,9). İAAA larının % 50 sinde sedimantasyonun yüksek olduğu bildirilmektedir (2,9). Bizim olgumuzda sedimantasyon normal sınırlarda bulunmuştur.

Ultrasonografi ve komputere tomografi (CT) İAAA tanısını koymada en güvenilir yöntemlerdir (2,3,8,10,11). CT ile abdominal aorta anevrizmalarında aortanın çapı, anevrizma içerisindeki trombus miktarı ve lümen çapı ölçülebilmektedir (6,11). Çeşitli otörler basit anevrizmaların düzgün duvarlı, periferik kalsifikasyonlu olduğunu buna karşılık inflamatuvar anevrizmaların kalsifik aorta çevresinde değişen miktarlarda yumuşak doku ile çevrelendiğini belirtmektedirler (1,2,3,6,8,11). Anevrizma rüptürü de benzer periaortik dansite oluşturmaktadır. Ancak İAAA sındaki perianevrizmal fibrozis ile rüptüre anevrizmalardaki retroperitoneal hematoma veya taze kanın CT de farklı kontrastlar verdiği bu nedenle İAAA olgularının tanısının preoperatif CT ile konulabileceği bildirilmektedir (6,8,11). Fiorani ve arkadaşları İAAA larında yaptıkları bir çalışmada intravenöz kontrast madde verilerek çekilen CT lerde aortanın dört katmandan oluşan tipik görünümü I-Aortanın çevresinde kalın inflamatuvar doku 2 - Yer yer kalsifiye normal kalınlıkta aorta duvarı 3 - Normal miktarda intralümenal trombus 4 - Genişliği artmış lümen olarak yayınlamışlardır (4). Otörler aynı zamanda fibröz doku miktarının anevrizmanın ön kısmında daha fazla, sol arka-yan kısmında ise az olduğunu bildirmektedirler (4).

İAAA larının histopatolojik inceleme sonuçları adventisya tabakasının ve periadventisyal katmanların belirgin bir desmoplastik reaksiyon ve fibrozis ile kaplandığını, bu kronik inflamatuvar reaksiyo-

nun lenfositler ile plasma hücrelerinden oluştuğunu göstermiştir. Ayrıca abdominal aorta anevrizmalarının tersine media tabakasının belirgin olarak incelendiği ve adventisya tabakasının kalınlaştığı saptanmıştır (3,7,9).

Braxton ve arkadaşları İAAA olan bir hastada vena kava inferior tıkanıklığı ve buna bağlı olarak bilateral alt ekstremitte ödemi rapor etmişlerdir (1). Birçok yazar İAAA larının büyük bir kısmında fibröz reaksiyonun duodenumu ve vena kava inferioru etkilediğini, duodenum ve vena kava inferiorun anevrizmaya yapıştığını, daha az sıklıkla daince bağırsak, sigmoid kolon, sol renal ven ve üreterlerin etkilendiğini bildirmektedir (2,3,4,5,7,8,9,10).

Ameliyat sırasında inflamatuvar anevrizmanın görünümü kolayca ayırtdılır. Anevrizma parlak beyaz, kalın bir dokuyla kaplanmış tir (7,9). Bu olgularda anevrizmanın çevre dokulardan disseke edilmesi gerekir, anevrizmanın disseksiyonu çevredeki dokulara özellikle de duodenuma zarar verebilir, çok ciddi komplikasyonlara, fazla miktarda kanamaya neden olabilir. Çevre dokuların intraoperatif zedelenme insidansının % 4,7 ile % 15 arasında değiştii rapor edilmiştir (2,8,9). Pennell ve arkadaşları İAAA larında operatif mortaliteyi % 7,9 olarak bildirmektedirler. Bu ölümlerin % 30 u direkt olarak anevrizmaya yapışık abdominal organ zedelenmeleri nedeniyle olmuştur (7).

Çeşitli komplikasyonlar görülmesine rağmen transperitoneal yaklaşım İAAA larının onarımı için standart cerrahi girişim olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda Fiorani ve arkadaşları sol retroperitoneal yaklaşımın özellikle İAAA larının onarımı için avantajlı olduğunu rapor etmişlerdir, bu şekil anevrizmaya fibrozis ve inflamasyonun en az olduğu bölgeden yaklaşılarak anevrizmaya yapışık organların zedelenmesinin önlendiği, ayrıca ekstraperitoneal yaklaşımla infrarenal seviyeden aortanın kolayca klempe edilebildiği bildirilmektedir (4). Bu yaklaşımın en belirgin dezavantajı sağ iliak arter ile sağ renal arterin yeterince kontrol altına alınmamasıdır. Fiorani ve arkadaşları ekstraperitoneal yaklaşımın yukarıda belirtilen dezavantajının genellikle fazla sorun yaratmadığını bildirmekle birlikte bu yaklaşıma tam alışık olmayan cerrahların transperitoneal yaklaşımı tercih etmelerini önermektedirler (4).

Etiyolojisi bilinmemesine rağmen opere edilen İAAA vakalarının takibinde bizim olgumuzda olduğu gibi hastaların yakınmalarının kaybolduğu, yara iyileşmesinin normal olduğu ve suni greft ile ilgili bir sorunla karşılaşmadığı bildirilmektedir (2,4,9,11).

ÖZET

İnflamatuvar abdominal aorta anevrizmaları nadir görülen patolojiler olup tüm abdominal aorta anevrizmalarının % 5-10 unu teşkil ederler. Başlangıç bulguları sıklıkla değişkendir. Şiddetli ağrı ile birlikte çevre anatomik yapılarda (bağırsak, üreter, vena kava inferior) obstrüksiyon görülebilir. Makalede 63 yaşında inflamatuvar abdominal aorta anevrizmalı bir olgu takdim edilerek literatür gözden geçirilmektedir.

Anahtar Kelimeler : İnflamatuvar anevrizma, İnflamatuvar abdominal aorta anevrizması.

SUMMARY

Inflammatory Abdominal Aortic Aneurysm : A Case Report

Inflammatory abdominal aortic aneurysms are uncommon disorders that represent 5-10 % of abdominal aortic aneurysms. Their presentation is often variable and may include pain and obstruction of adjacent anatomic structures (intestin, ureters, inferior vena cava). A 63 year-old man with inflammatory abdominal aortic aneurysm is presented and the literature about this subject is reviewed.

Key Words : Inflammatory aneurysm, Inflammatory abdominal aortic aneurysm.

KAYNAKLAR

1. Braxton JH ve ark : Inflammatory abdominal aortic aneurysm masquerading as occlusion of the inferior vena cava, *Vasc Surg* 12 : 527, 1990.
2. Brigham RA Youkey J Salander JM : Inflammatory aneurysms of the abdominal aorta, *Vasc Surg* 20 : 225, 1986.

3. Cullenward MJ ve ark : Inflammatory aortic aneurysm (periaortic fibrosis) : Radiologic imaging, *Radiology* 159 : 75, 1986.
4. Fiorani P ve ark : Extraperitoneal approach for repair of inflammatory abdominal aortic aneurysm, *Vasc Surg* 5 : 692, 1991.
5. Goldstone J Malone JM Moore WS Inflammatory aneurysms of the abdominal aorta, *Surg* 83 : 425, 1978.
6. Pahira J Wein A Baker J : Bilateral complete ureteral obstruction secondary to an abdominal aortic aneurysm with perianeurysmal fibrosis : Diagnosis by computerized tomography, *Urol* 121 : 103, 1979.
7. Pennell RC Hollier LH Lie JT : Inflammatory abdominal aortic aneurysms : A thirty year review, *Vasc Surg* 2 : 859, 1985.
8. Ramirez AA ve ark : CAT scans of inflammatory aneurysms : A new technique for preoperative diagnosis, *Surg* 91 : 390, 1982.
9. Savarese RP Rosenfeld JC DeLaurentis DA : Inflammatory abdominal aortic aneurysm, *Surg Gynecol Obstet* 162 : 405, 1986.
10. Sterpetti AV Schultz RD Hunter WJ : Inflammatory aneurysms of the abdominal aorta : Incidence, pathologic and etiologic considerations, *Vasc Surg* 9 : 643, 1989.
11. Walker DI ve ark : Inflammatory aneurysms of the abdominal aorta, *Br J Surg* 59 : 609, 1972.