

Rüptüre abdominal aort anevrizmasının acil cerrahi tedavisi: Tanı ve tedavide 10 yıllık deneyim

Emergency surgical treatment of ruptured abdominal aortic aneurysm: a 10-year experience in diagnosis and treatment

Veysel Kutay

Esenler Avicenna Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sayın Editör,

Derginizin 2014 yılı 3. sayısında yayınlanan Halıcı ve ark.nın^[1] yazısını ilgiyle okudum ve eksik bulduğum bazı önemli konulara değinmek istedim.

Bilindiği üzere, abdominal aort anevrizması (AAA) rüptürü zamanında ve etkin olarak müdahale edilmez ise kaçınılmaz olarak ölümlü sonuçlanan çok ciddi bir klinik durumdur. Semptomsuz AAA'nın yeni başlayan şiddetli karın ağrısı ile semptomatik hale gelmesi yalnızca rüptür anlamına gelmez. Değişen hemodinamik durum nedeni ile intramural hemorajiye bağlı anevrizma kesesinin gerilmesi sonucunda da ortaya çıkabilir. Rüptür, retroperitoneal alana biriken hematoma bağlı ağrı ile kendini gösterebileceği gibi, intraperitoneal alana ani başlayan kanama sonucunda hipovolemik şok tablosu ile de ortaya çıkabilir. Retroperitoneal alana rüptüre olmuş ancak hemodinamik olarak stabil ve yürüyerek polikliniğe gelen hastalardan tutun da, acil servisten ameliyathaneye yetiştirilemeden arrest olacak kadar ciddi klinik tablo ile kendini gösteren geniş bir çerçevede karşımıza çıkabilmektedir. Bu bakımdan yazarlar semptomatik AAA ile rüptüre AAA ayrımını net olarak vurgulamamışlardır.

Mortalite öngördürücü puanlama sistemlerinden (POSSUM, MODS veya Hardman indeksi vb.) herhangi biri kullanılmamış, Tablo 1'de hastaların ameliyat öncesi risk faktörleri arasında hemogloblin düzeyleri, nörolojik durum ve hemodinamik verileri gibi çok önemli parametreler belirtilmemiştir. Batın bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre anevrizma

uzunlukları ve ortalama çapları verilmekle birlikte rüptür ve rüptür yeri hakkında bir bilgi verilmemiştir.

Yazarlar tartışma bölümünde ameliyat sırasında proksimal kanama kontrolünün kros klemp konularak sağlanamayacağı olgularda Foley sondası kullanarak intraaortik oklüzyon yaptıklarını ve bu endo-klemp yönteminin kan kaybını azalttığını, dolayısıyla mortaliteyi düşürdüğünü belirtmişlerdir. Anevrizma kesesini açarak el yordamı ile endoaortik olarak foley sondası yerleştirmenin kanama miktarını artırması yanında, doğru yerleşimin yapılmasındaki zorluklar, balonun suprarenal seviyede şişme ihtimali ve tromboemboli riskleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

İnfrarenal seviyede periaortik hematoma varlığı bu bölgeye aortik klemp konulmasını zorlaştırıcı bir durumdur. Alternatif yöntem olarak çok acil durumlarda, geçici olarak gastrohepatik omentumdan girerek supraölyak seviyede aortik kros klemp konulabilir. Renal ve intestinal iskemi ile parapleji riskini azaltmak için kanama kontrol altına alındıktan sonra kross klemp subrenal seviyeye indirilebilir. Özellikle iliyak bifurkasyon öncesi oluşan geniş hematomlarda, anatomik bütünlük bozulduğundan iliyak arterleri dönmek oluştura zorlaşır. Bu durumda kese açıldıktan sonra distalden retrograd akıma bağlı kanama kontrolü için iki taraflı iliyak arter orifisinin foley sonda ile oklüzyonu daha mantıklı ve kolay görünmektedir.

Yine acil kanamalı hastalarda proksimal abdominal aortu kontrol etmenin diğer basit bir yöntemi, subdiafragmatik seviyede aortun vertebraya doğru manuel kompresyonudur. Böylece kısa süreliğine de olsa hem zaman kazanılır hem de kros klemp konulacak periaortik alan diseksiyonu yapılabilir.

Ayrıca ameliyat sırasında olog kan transfüzyon sistemlerinin kullanılması oluşabilecek masif kan transfüzyonlarının önüne geçecektir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmiştir.



Finansman

Yazar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAK

1. Halıcı Ü, Yüksel V, Hüseyin S, Okyay A, Canbaz S, Sunar H. Rüptüre abdominal aort anevrizmasının acil cerrahi tedavisi: Tanı ve tedavide 10 yıllık deneyim. *Türk Gogus Kalp Dama* 2014;22:564-9.

Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

Öncelikle ‘Rüptüre abdominal aort anevrizmasının acil cerrahi tedavisi: Tanı ve tedavide 10 yıllık deneyim’ başlıklı çalışmamızı okuyup değerlendirdikten sonra çok değerli görüşlerini bizimle paylaşan ve yayıma katkıda bulunan ilgili yazarlara teşekkür ederiz. Çalışmamız retrospektif bir çalışma olup şiddetli karın ağrısı rüptüre abdominal aort anevrizması (AAA) nedeniyle ameliyat edilen hastalarda saptanan bir semptomdu. Çalışmamızda acil ameliyat gerçekleştirilen hastalarda mevcut olan rüptüre AAA, makalenin hastalar ve yöntemler bölümünde de belirtildiği üzere infrarenal tipteydi. Ameliyat öncesi dönemde şiddetli karın ağrısı yakınması olan hastalarda ayrıntılı öykü ve fizik muayene sonrası AAA şüphesi ile ayırıcı tanı için bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi görüntüleme yöntemi gerçekleştirilmiş ve kesin tanı konmuştur. Foley idrar sonrası kullanarak intraaortik proksimal akım oklüzyonu gerçekleştirilen hastalarda, ameliyat öncesi çekilen BT anjiyografi görüntülemeye abdominal aortta difüz aterosklerotik hastalık mevcuttu. Bu hastalarda, ameliyat sırası değerlendirmede infrarenal ve supraçölyak seviyede abdominal aortta kros klemp konmasına uygun yer saptanamadığından böyle bir yöntem tercih edildi. Abdominal aort anevrizması ameliyatı yapılması planlanan gerek elektif

gerekse rüptüre AAA olgularında, önerdiğimiz endoklemp yöntemi ile proksimal akım oklüzyonun sağlanabileceğinin akılda tutulmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz. İlgili yazarların, intraaortik oklüzyon uygulaması esnasında oluşabilecek risklere karşı dikkatli olunması konusundaki endişelerini paylaşıyoruz.

İlgili yazarların önerdiği manuel kompresyon yöntemi ise infrarenal ve supraçölyak seviyede abdominal aort duvarında ileri derecede kalsifikasyon olduğundan rüptür gelişimi riski ve renal arterler ile lomber arterlere aterotrombotik materyal embolisi riskinden dolayı tercih edilmedi. Otolog kan transfüzyonuna imkan veren ‘cell saver’ cihazı olmadığından otolog transfüzyon gerçekleştirilmedi ancak otolog kan transfüzyonlarının kullanılması ile masif kan transfüzyonlarının önüne geçilebileceği hususunda ilgili yazarların fikirlerini paylaşmaktayız.

Saygılarımızla

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ümit Halıcı,¹ Volkan Yüksel,² Serhat Hüseyin,² Ahmet Okyay,² Suat Canbaz,² Hasan Sunar²

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Samsun, Türkiye

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

İletişim adresi: Dr. Ümit Halıcı, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 55090 Samsun, Türkiye.

Tel: 0537 - 763 89 09 e-posta: umithalici@gmail.com