

Pott Hastalığı ile Birlikte Ortaya Çıkan Aortik Psödoanevrizma

İlhan ELMACI *, Türkan TANSEL **, Bülent ASLAN ***

ÖZET

Aortokoroner bypass cerrahisi giderek azalan riskle uygulanmakta iken, aortik psödoanevrizma gibi nadir, fakat hayati tehlike arzeden komplikasyonların sayısı artma eğilimindedir. Bu makalede Pott hastalığı nedeniyle tedavi edilmekte olan 59 yaşındaki erkek hastada aortokoroner bypass cerrahisi uygulanmasından 4 yıl sonra gelişen, asemptomatik bir arkus aorta psödoanevrizması vakası sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler:

Düşünen Adam; 2001, 14(1): 53-56

SUMMARY

Although the surgical risk of aortocoronary bypass has slightly decreased, the frequency of an uncommon but usually fatal complication such as pseudoaneurysm of the aorta tends to increased. We report of case of 59-year-old man with Pott disease who developed an aortic arch pseudoaneurysm from the aortic cannulation site 4 years after an aortocoronary bypass surgery.

Key words:

GİRİŞ

Spinal cerrahi sırasında ortaya çıkan vasküler komplikasyonlar genellikle distal desenden ve abdominal aortanın iyatrojenik travmatik hasarı şeklinde olmaktadır (1,2). Desendan ve abdominal aortada, tüberküloz aortit, nadir görülen ve ciddi komplikasyonlara neden olan bir hastalıktır ve bugüne değin bildirilen vaka sayısı 30'un altındadır (3). Aortanın tüberküloz psödoanevrizması ise daha da nadir rastlanan, mortalitesi yüksek bir komplikasyondur ve bildirilen vakalar genellikle HIV (+) hastalarda sekonder enfeksiyon sonrası oluşan psödoanevrizma vakalarıdır (4).

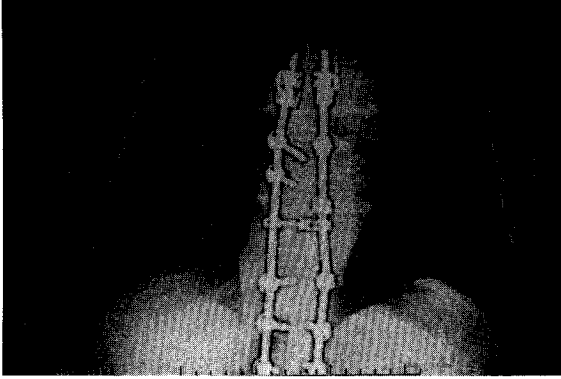
Aortada psödoanevrizma oluşumunda, aortanın kalifikasyonu ya da jeneralize aterosklerotik hastalık, uzun süreli hipertansiyon varlığı ve enfeksiyon pre-

dispozan faktörler olarak bilinmektedir (5-7). Bu makalede daha önce koroner bypass cerrahisi geçiren ve Pott hastalığı nedeniyle cerrahi girişim sonrası medikal tedavi altında iken insidental olarak saptanan asemptomatik, aortik kanülasyon bölgesinden başlayarak arkus aortaya uzanan nadir tipte bir psödoanevrizma olgusu literatür bilgileri ışığında sunulacaktır.

VAKA TAKDİMİ

4 yıl önce eforla gelen göğüs ağrısı yakınması nedeniyle aortokoroner bypass operasyonu uygulanan ve operasyon sonrası kardiyak hiçbir yakınması olmayan 59 yaşındaki erkek hasta 2 yıl önce sırt ağrısı nedeniyle interne edildi. Anamnezinde geçirilmiş akciğer tüberkülozu olan hastanın tetkiklerinde dorsal 6 ve dorsal 10. vertebraları arasında posterior ve

* Marmara Üniv. Marmara Tıp Fakültesi Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, ** İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, *** Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2. Beyin Cerrahisi Kliniği

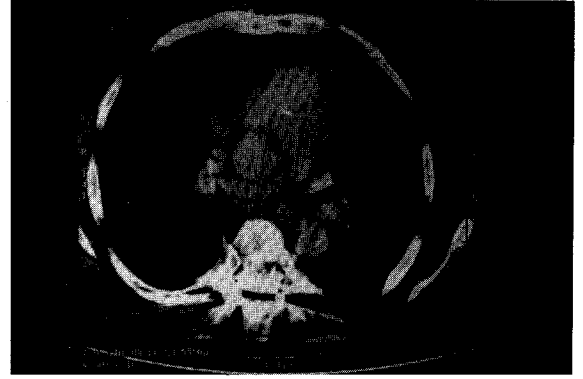


Resim 1. Telegrafisi; kalbin üst konturunda her iki yanda belirgin genişleme ve trakeanın sağa doğru itildiği görülüyor.

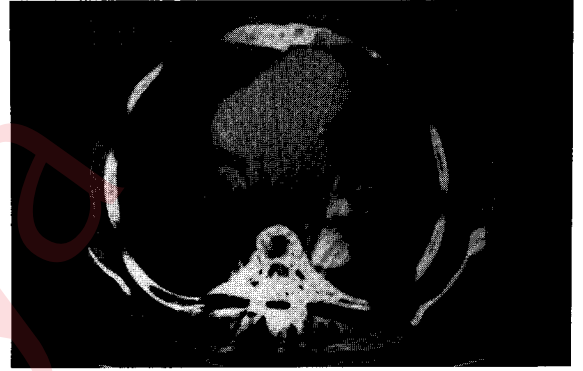
lateral kemik elemanlarında destrüksiyona yol açmış ve epidural bası oluşturan kitle tespit edilerek, dekompresyon ve stabilizasyon amaçlı cerrahi planlandı. Dorsal 6-10 laminektomi esnasında kemik elemanların litik değişikliğe uğradığı ve epidural mesafeden apse drenajı olduğu görülerek Pott hastalığı tanısı kondu. Dekompresyon sonrasında D5-L1 vertebraları arasına çubuk vida seti kullanılarak yapılan internal fiksasyon ile cerrahi işlem sonlandırıldı.

Ameliyat sonrası dönem sorunsuz geçti ve patolojik incelemeler Pott hastalığı tanısını teyid etti. Anti-tüberküloz tedavi altına alınan hasta poliklinik takibinde iken operasyon sonrası 2. senede insizyondan sero-pürülan akıntı mevcudiyeti nedeni ile tekrar hastaneye yatırıldı. Açık yara bakımı ve antibiyotik tedavisine rağmen insizyonun kapanmaması ve pürülan drenajın devam etmesi nedeniyle reoperasyon planlanarak kontrol amaçlı spinal tomografi çekildi. Tomografide arkus aortadaki anevrizmatik genişliğin görülmesi üzerine inceleme genişletildi. Torakoabdominal kompüterize tomografi ile tüm aorta ve dallarının incelenmesi sonrasında kardiyovasküler cerrahi bölümüne konsültasyonu yapıldı. Geçirdiği aortokoronar bypass operasyonundan sonra hiçbir yakınması olmayan hasta efor dispnesi ve göğüs ağrısı tarif etmiyordu. Fonksiyonel kapasitesi klass 1 olarak bulundu. Fizik muayenede kardiyovasküler sistemde patolojik bulgu tespit edilmedi.

Telegrafide kalp gölgesi geniş olarak tespit edildi (Resim 1). Çıkan ve inen aorta gölgesi geniş idi, tra-



Resim 2a. Toraks tomografisi; asendan ve desendan aortanın normal sınırlardaki imajına karşın arkus aortada aortik kanülasyon bölgesine uyan yerden başlayan psödoanevrizma formasyonu.



Resim 2b. Tüm arkusu içine alan ve çapı 11 cm olan psödoanevrizma; sternumla olan yakını komşuluğu görülüyor.

kea orta hattan sağa doğru itilmiş görünüyordu. EKG normal sınırlarda idi. EKO'da kalp fonksiyonları iyi, aort kapak normal yapıda bulundu. Torakoabdominal CAT'de asendan aortada brakiosefalik trunkusun hemen proksimalinden, aortik kanülasyon bölgesine uyan yerden başlayan ve tüm arkus aortayı kapsayan, çapı 11.1 cm olan büyük sakküler psödoanevrizma tespit edildi (Şekil 2a, b). Brakiosefalik, karotid ve subklavyan arterler normal yapıda ve çapta idi. Asemptomatik olmasına rağmen lezyonun büyüklüğü ve rüptür riski nedeniyle cerrahi girişim kararı verilen hasta Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'ne refere edildi.

TARTIŞMA

Kalp cerrahisi sonrası postoperatif 2. hafta ile 10 yıl arasında değişen zaman sürelerinde ortaya çıkabilen

psödoanevrizmalar koroner bypass ve aort kapak cerrahisi sayısında ve redo operasyonlarda belirgin artış sonucu daha sık oranda karşımıza çıkmaktadır ve genellikle aortik duvarın küçük bir bölümünün devamlılığının bozulması ile başlar (8). Psödoanevrizmalar genellikle küçük ve klinik olarak asemptomatiktir. İlk operasyondan uzun yıllar sonra rutin akciğer filmlerinde yada aortografik tetkik sırasında rastlantı sonucu saptanabilir. Büyük çaplara eriştiğinde etraf dokulara bası yaparak semptomlara neden olur. Bunlardan en önemlisi koroner arter ve ven greftlerine bası ile angina, miyokardiyal iskemi ve infarktüse neden olmasıdır (9,10). Disfaji, stridor ve pulsatil parasternal kitle bulguları verebilir (9). Ameliyat şekline göre değişen lokalizasyonlarda ortaya çıkar. Aortokoroner bypass cerrahisi geçiren hastalarda genellikle aortik kanülasyon bölgesi, en sık oluşma yeridir (11). Bundan başka koroner anastomoz hattı, aortotomi ve kardiyoplejik kanülü ya da iğne bölgesinde de görülebilir. Aort kapak operasyonunda ise en sık oluşma yeri aortotomi hattı, daha az oranda ise aortik kanül yeridir (11,12). Etiyolojide, alta yatan enfeksiyon varlığı, bildirilen psödoanevrizma olgularının % 50'den fazlasında tespit edilmiştir (11). Mikotik ya da infekte psödoanevrizmalar mediastinal enfeksiyonun direkt yayılımı ya da hematogen yayılımla oluşur. En sık görülen organizmalar *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas*'tır (7). Enfeksiyon, operasyon sırasında bakteriyel kontaminasyon, uzak bir odaktan hematogen yolla yayılım ya da mediasten-sternum gibi çevre dokulardan direkt invazyonla gelişebilir.

Tüberküloz enfeksiyonuna bağlı psödoanevrizma gelişimi çok nadirdir ve mortalitesi (% 50) çok yüksektir (3). Aortanın tüberkülozla tutulumu, aortit ya da mikotik psödoanevrizmalara neden olabilir. Tüberküloz zemininde mikotik anevrizmalar yine aortik duvarın devamlılığının bozulduğu küçük bir noktadan, enfeksiyonun yayılımı sonucu gelişir (13). Aktif antitüberküloz tedavi ile akciğer tutulumunun kontrol altına alınabilmesine rağmen anevrizmanın genişlemesi ve ekspansasyonu devam eder. Tüberküloz enfeksiyonu sonrası asendan, desendan ve abdominal aortadan sakküler psödoanevrizma oluştuğu literatürde gösterilmiştir (4-13). Bizim vakamızda ise psödoanevrizma oluşumu nadir bir şekilde aortik kanül bölgesinden başlamış ve asendan aorta yerine arkusa doğru genişlemiştir. Bu formasyonun ne-

deninin tüberküloz enfeksiyonunun aortanın enfekte vertebra korpuslarına olan komşuluğundan yayılımla olduğu sonucuna varılabilir.

Tanıda CAT incelemesi noninvaziv yöntem olarak önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda çevre dokulardaki sternal osteomyelit, mediastinal abse, perikardiyal enffüzyon gibi lezyonların, komplikasyonların tanısında etkilidir. MRI anjiografinin cerrahi sonuçlarla korelasyon gösterdiği bildirilmektedir.

Aortografi en değerli bilgiyi verir, fakat invaziv bir teknik olarak, non-invaziv bir teknik olarak CAT tercih edilebilir. Kardiyak kateterizasyon ve aortografi lezyonun kesin identifikasyonu dışında koroner bypass sonrası gelişen psödoanevrizmalarda greft patensini ve eşlik eden koroner lezyonları gösterir.

Cerrahi tedavi genelde genişleme eğilimi olan semptomatik psödoanevrizmalarda düşünülür fakat asemptomatik bile olsa büyük anevrizmalar beklenilmeden tedavi edilmelidir. Mikotik anevrizmalarda yüksek oranda rüptür anevrizmalar beklenilmeden tedavi edilmelidir. Mikotik anevrizmalarda yüksek oranda rüptür riski nedeniyle cerrahi tedavi acilen yapılmalıdır. Bu vakalarda aortanın patchplastisi, anevrizmografi ve direkt sütür ile başarılı bir şekilde tamiri dışında, homogreft ile replasmanı uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Lim KE, Fan KF, Wong YC, Hsu YY: Iatrojenik upper abdominal aortic injury with pseudoaneurysm during spinal surgery. *J Trauma* 46:729-31, 1999.
2. Murakami R, Tajima H, Chikawa K, Kobayashi Y, Sugizaki K, Yamamoto K, Kurokawa A, Kumazaki T: Acute traumatic injury of the distal descending aorta associated with thoracic spine injury. *Eur Radiol* 8:60-2, 1998.
3. Allins AD, Wagner WH, Cossman DV, Gold RN, Hiatt JR: Tuberculosis infection of the descending thoracic and abdominal aorta: a case report and literature review. *Ann Vasc Surg* 13:439-44, 1999.
4. Golzarian J, Cheng J, Giroz F, Bilfinger TV: Tuberculous pseudoaneurysm of the descending thoracic aorta: successful treatment by surgical excision and primary repair. *Tex Heart Inst J* 26:232-5, 1999.
5. Nicholson WJ, Crawley IS, Logue RB, Dorney ER, Cobbs BW, Hatcher CR: Aortic root dissection complicating coronary bypass surgery. *Am J Cardiol* 41:103-107, 1978.
6. Yoshida K, Oshima H, Murakami F, Matsuura A, Hibi M, Kawamura M: Non-mycotic pseudoaneurysm in the ascending aorta following cardiac surgery. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 47:295-7, 1999.
7. Sabri MN, Henry D, Wechsler AS, DiSciascio G, Vetovec

GW: Late complications involving the ascending aorta after cardiac surgery: recognition and management. *Ann Heart J* 121:1179-83, 1991.

8. Mary M, Gardiner GA, Miller RH: The truth about false aneurysm. *AJR* 145:193-94, 1985.

9. Morisette M, Lemire J, Poirier N, Bettez P: False aneurysm of the ascending aorta presenting as an acute myocardial infarction: a late complication of aortocoronary bypass. *Chest* 79:591-2, 1981.

10. Hamilton DL, Firmin RK, Millar-Craigh MW: Images in cardiology: pseudoaneurysm of the thoracic aorta presenting with angina. A late complication of aortic valve surgery. *Heart* 79:310,

1998.

11. Sullivan KL, Steiner RM, Smullens SN, Griska L, Meister SG: Pseudoaneurysm of the ascending aorta following cardiac surgery. *Chest* 93:138-43, 1988.

12. Flick WF, Hallermann FJ, Feldt RH, Danielson GK: Aneurysm of the aortic cannulation site: successful repair by means of peripheral cannulation, profound hypothermia, and circulatory arrest. *J Thorac Cardiovasc Surg* 61:419-23, 1971.

13. Bojar RM, Turner MT, Valdez S, Haskal R, McGowan K, Khabbaz KR: Homograft repair of a tuberculous pseudoaneurysm of the ascending aorta. *Chest* 114:1774-1776, 1998.

beciya