

AORT ANEVİZMASI

YAKIN DOĐU ÜNİVERSİTESİ
SHMYO İLK VE ACİL YARDIM BÖLÜMÜ
YRD DOÇ DR SEMRA ASLAY
2015

- Ani ölümün önemli bir nedenidir
- Sıklığı yaşla birlikte artar
- 50 yaş altında nadir rastlanır
- E>K
- Aile öyküsü olanlarda daha siktir
- Aort dışı vasküler yapılarda bilinen anevrizması olanlarda sıklığı fazladır
- Konnektif doku hastalığı olanlarda daha sık

Patogenez

- Aort duvarının internal basınca karşı dayanıklılığının yetersiz gelmesi sonucu bölgesel genişleme oluşur
- Hipertansiyon önemli bir etyolojik neden
- Konnektif doku hastalıkları, aterosklerotik risk faktörleri duvar direncini düşürerek riski artırır

- Media tabakasında destrüksiyon mevcuttur
- Elastin, kollajen miktarı ve fibrolameller yapılar belirgin olarak azalmıştır
- Normal aortada elastin miktarının distale indikçe azalıyor olması, infrarenal anevrizmaların daha sık görülmesi ile ilişkilendirilebilir
- Histolojik kesitlerde intimada ateroskleroz ve mediada belirgin incelme görülür
- İntraluminal trombüs ve adventisyada inflamatuvar infiltrasyon eşlik eder

Psödoanevrizmalar

- İntimanın hasarlanmasına bağlı media tabakasına doğru ülserasyon oluşmasıdır
- Bu lezyonlar yavaşça genişleyip derinleşerek psödoanevrizma oluşturur
- Genellikle inen aortada bulunurlar
- Diseksiyon ve rüptür beklenmez

Anastomotik anevrizmalar

- Vasküler cerrahi geçirmiş hastaların anastomoz bölgelerinde gelişir
- Rüptür ve masif kanamalar gelişebilir
- Sızıntı tarzında hafif kanamalar görülebilir
- Anastomotik oluşumların komşuluğundaki dokuları erode etmesi sonucu aorta-enterik fistüller oluşur ve masif gis kanamaları gelişebilir

Klinik

Abdominal aort anevrizmaları (AAA)

- Senkop
- Karın-sırt ağrısı
- Şok
- Ani ölüm (genellikle intraperitoneal rüptür ve masif kanamaya bağlıdır)

- Hastalarda genellikle ani başlangıçlı ve ciddi karın-sırt ağrısını takiben senkop görülür.
- Kompansatuar mekanizmaların devreye girmesi ile serebral perfüzyon artarak bilinç yerine gelir ancak hastalar tıbbi yardıma ulaşmadan tekrar bilincini kaybeder

- Hastaların %50 si kesilme-yırtılma tarzında karın ve sırt ağrısı tarifler
- %10-12 si senkopla gelir
- Yan ağrısı, kasık ağrısı, kalça, suprapubik veya izole kadran ağrısı da görülebilir
- Bulantı, kusma, tenesmus görülebilir

- Palpasyonda hassasiyet ve zayıf hastalarda anevrizmanın palpe edilmesi mümkün olabilir
- Retroperitoneal hematoma bulguları (cullen, grey-turner, iliopsoas sign)
- Skrotal hematoma, inguinal kitle görülebilir
- Femoral sinir basısı sonucu nöropati görülebilir
- Femoral nabızlar etkilenmez

- Aortaenterik fistüller açıklanamayan gis kanamaları olan hastalarda akla gelmelidir
- Aortik greft öyküsü olan hastalarda risk artar (duodenum daha çok etkilenir)
- Fistül kanamaları genelde masiftir
- Aortik anevrizmalar çevre venöz yapılar da erode ederek arteriovenöz fistüllere yol açabilir

- AAA nadiren kronik ve kendini sınırlayıcı şekilde rüptüre olabilir
- Retroperitoneal fibrozis gelişir, inflamatuvar cevaba bağlı ağrı vardır
- Hastalığın ciddiyetine rağmen hastaların genel durumu iyidir

- Asemptomatik anevrizmalar fizik muayene veya radyolojik görüntülemeler sırasında tesbit edilebilir
- 5 cm den büyük olanlar hızla genişleme ve rüptür riski yüksek olduğundan yakın takip edilmeli ve cerrahi açısından değerlendirilmelidir
- 5 cm den küçük olan AAA lar izlenebilir
- Semptomatik anevrizmalar her zaman acil olarak değerlendirilmelidir

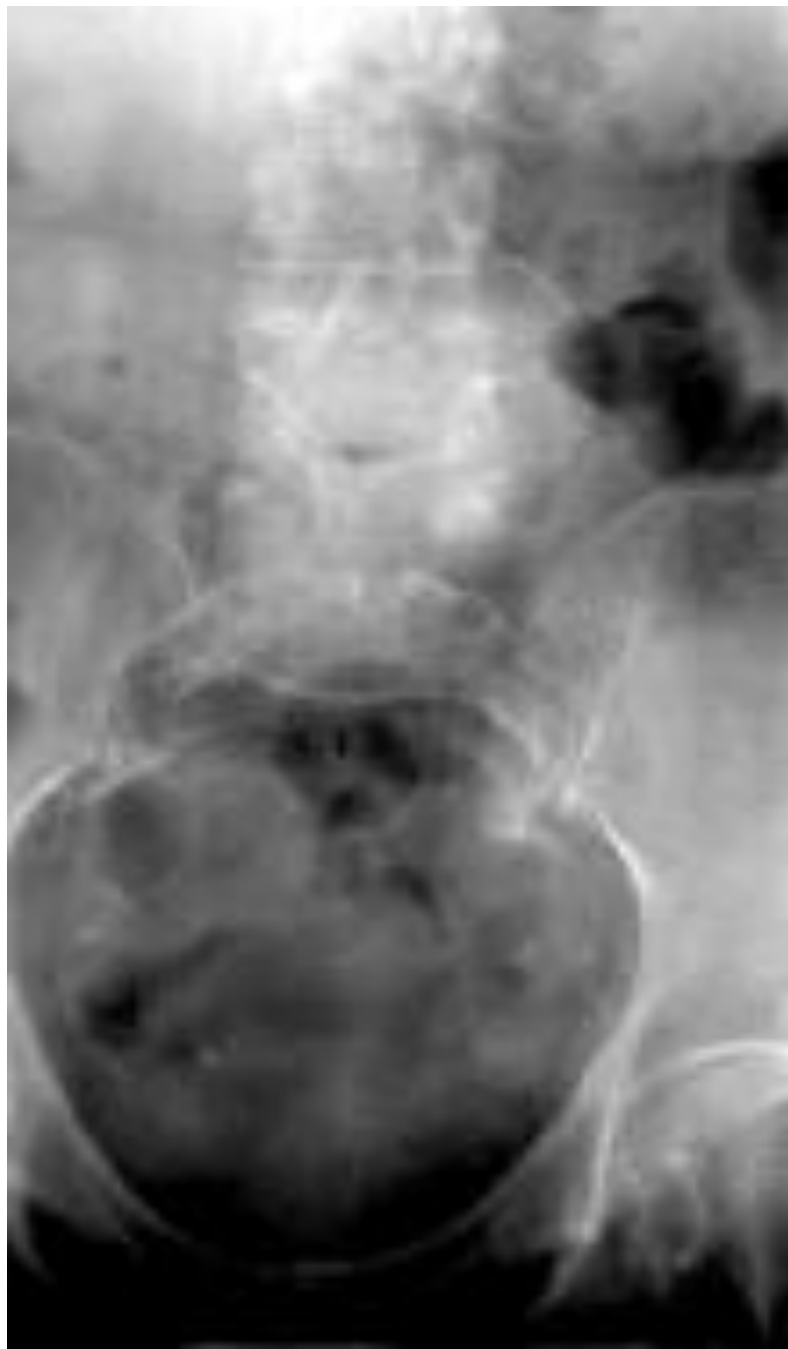
Tanı

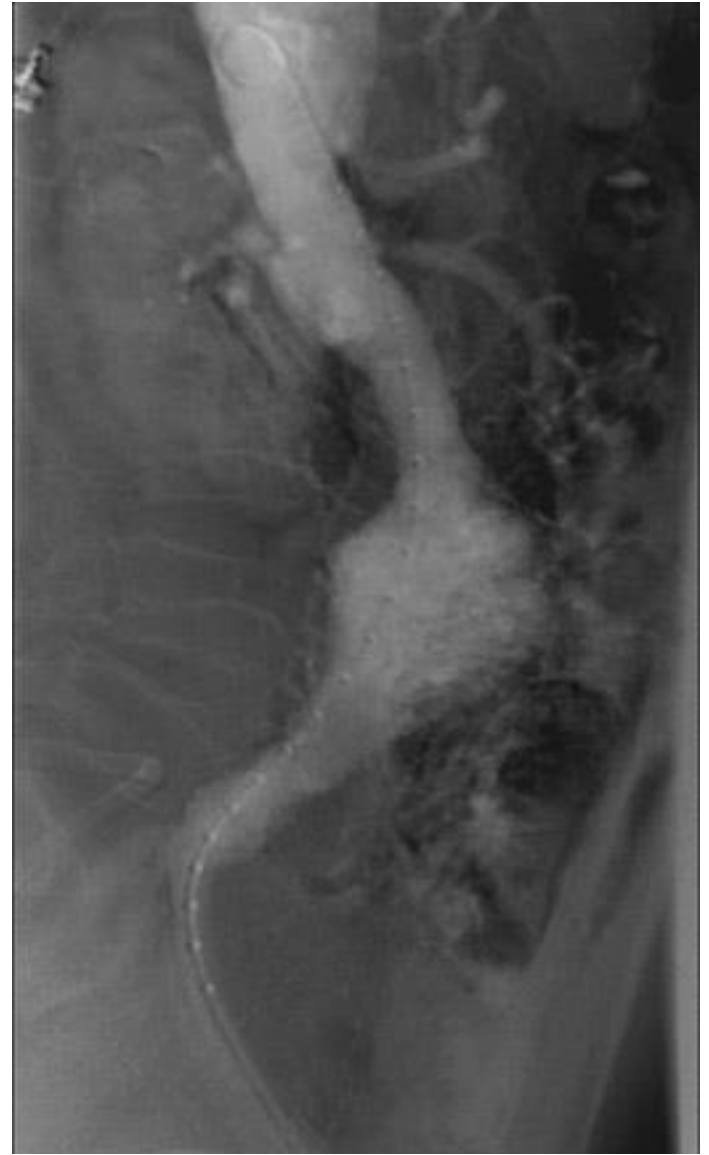
- Senkop, karın ağrısı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı ve şokla gelen tüm hastalarda düşünölmelidir
- Ağrı ile birlikte oluşın senkop ve şok aortik hastalığı kuvvetle destekler
- Ağrısı olmayan hastalarda tanı güçleşir
- Birçok hasta gastroenterit, genitoüriner veya kas iskelet sistemi ağrıları gibi tanılar alabilir
- Tanılı KAH, KOAH gibi hastalıkların bulunması durumlarda tanı güçleşir

Tanı

- Aort dışı diğer büyük vasküler yapılarda da (splenik arter, iliak arter) anevrizmatik genişleme ve rüptür görülebilir
- Akla gelmediği sürece tanısı zordur
- Ölümcül kanamalara ve şoka yol açabilir

- Radyolojik görüntülemeler tanıda oldukça yardımcıdır fakat hastaya gerekli görülen cerrahi bir girişimi geciktirmesine neden olunmamalıdır
- Tanıda direkt grafi, ultrason, CT ve MR kullanılabilir
- Direkt grafilerde AAA lı hastaların % 65 inde kalsifiye olmuş ve genişlemiş aort kontürleri görülebilir





Acil yaklaşım

- Tüm semptomatik anevrizmalar acil cerrahi değerlendirme gerektirir
- Rüptüre olmuş anevrizmaların acilen ameliyata alınması gerekir
- Ameliyathaneye kadar ulaşabilen rüptürlerin %50 si ex olmaktadır
- Görüntüleme yöntemleri rüptür düşünülmeyen hastalarla sınırlı tutulmalıdır

- Standart resusitatif uygulamalarımız: iki geniş damar yolu, kardiyak monitorizasyon, oksijen desteği verilmeli
- Hastalar kan kaybı yönünden deđerlendirilmeli
- Agresif sıvı desteğinin zararlı olabileceği, kontrollü iv sıvı verilmesi gerekliliği tartışmalıdır