

Pelvik Kitlelerin Ayırıcı Tanısında Arteria İliaca Externa Anevrizması (Nadir Bir Olgu)

Dr. Gülseren ERHAN (1), Dr. HasanBEKTAŞ (2), Dr. Güler BAĞBOZAN (1),
Doç. Dr. Serpil BOZKURT (3)

ÖZET

Pelvik kitle tanısıyla opere edilen bir arteria iliaca eksterna anevrizma rüptürü olgusu sunulmuştur.

Pelvik kitlelerin ayırıcı tanısında, çok nadir görülse de bir anevrizma da olabileceğini düşünmek ve daha ayrıntılı ve dikkatli inceleme yapmak gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Arteria iliaca eksterna anevrizma, pelvik kitle

SUMMARY

Arteria iliace eksterna aneurysm in differential diagnosis of pelvic masses.

In this report, a case with rupture of an arteria iliaca eksterna aneurysm who was operated for pelvic masses was presented. Vascular aneurysms should be kept in mind in differential diagnosis of pelvic masses, and careful physical examination should be done as well as more detailed radiological and laboratory investigations.

Key Words: Arteria iliaca eksterna aneurysm, pelvic masses.

GİRİŞ

Pelvik kitlelerin tanısı gerek jinekolojik muayene gerekse görüntüleme yöntemleri ile kolaylıkla konulabilmektedir. Ayırıcı tanıya giren diğer kitleler ise gerekli inceleme ve konsültasyonlar sonucunda ekarte edilebilmektedir. Ancak bazı durumlarda tanı konulması, sanıldığı kadar kolay olmamaktadır.

Arteria iliaca eksterna anevrizması da nadir görülen ve düşünülmediği, şüphelenilmediği zaman tanısı hemen hemen hiç konulamayan bir durumdur (1, 2). Burada da abdomino-pelvik kitle gibi değerlendirilen ve opere edilen bir arteria iliaca eksterna anevrizma rüptürü olgusu sunulmuştur.

OLGU

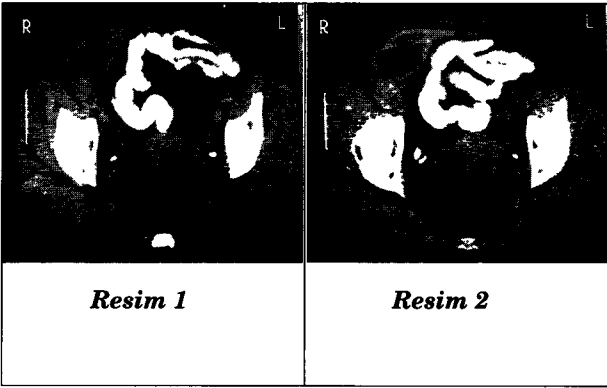
62 yaşındaki hasta, 6/8/1995 tarihinde karında özellikle sağ alt kadranda ağrı yakınması ile SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları Doğum Acil polikliniğine başvurdu. Yapılan jinekolojik muayenesinde; perine, vulva, vagina normal, spekulum ile kollum temiz, atrofik görünümdeydi. Vaginal tuşede; uterus tam olarak değerlendirilemedi, Sağ önde pubis yanından başlayan, spinalar hattın üstünden sağ lomber bölgeye dek uzanan sınırları tam olarak alnamayan, kistik yapıda ekstragenital olması muhtemel bir kitle palpe edildi ayrıca overler ele gelmedi. Arterial kan basıncı 130/100 mm Hg, nabız dakika sayısı 100/dk, ateş 36,4 C olarak ölçüldü. Genel Cerrahi konsültasyonu istendi; kitlenin ekstragenital olmadığının bildirilmesi üzerine hasta jinekoloji kliniğine abdomine-pelvik kitle ön tanısıyla yatırıldı. Hastanın anamnezinde yakınmalarının 1.5 ay önce başladığı ve gittiği doktorlar tarafından birçok tetkikler istenildiği fakat sonuç alınmadığı öğrenildi. Dışarıda 4/8/1995 tarihinde yapılmış olan batın bilgisayarlı tomografisinde; uterusun normal olduğu, pelvis sağ yan tarafta kistik görünümde kitle izlendiği abse veya nekrotik bir lenfadenopati olabileceği, mezenterik dansite artışının mevcudiyeti ve periton içinde serbest sıvı görüldüğü rapor edilmişti (Resim 1-

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanı (1)

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 4. Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı (2)

SSK Eğitim Hastanesi, 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi (3)

2). Ultrasonografik incelemesinde; uterus 58x42x33



Resim 1-2 Olgunun pelvis tomografisinden bir kesit görülmektedir.

Sağda pelvis posterior bölgesinde, kistik kitle imajı ve batında serbest sıvı dikkati çekmektedir.

Figure 1-2 Pelvic CT scan of the case.

There is a cystic mass imaging at the posterior site of the pelvis in right and ascites in abdomen.

mm boyutlarında, endometrial eko düzenli, endometrial membran kalınlığı 4mm olarak ölçüldü, overler görülemedi. Batında yaygın sıvı gözlemlendi, sağ yanda pelvisi dolduran karaciğer altına kadar varan kistik komponenti ağır basan düzensiz sınırlı kitle görünüşü mevcuttu.

Rutin preoperatif tetkikleri yapıldı. Anemi bulguları dışında (hemoglobin 7.4 g/dl, hematokrit %23.4) patolojik bir değer saptanmadı. Hastaya iki ünite kan transfüzyonu yapıldı.

Genel Cerrahi kliniği ile tekrar görüşüldü. Yapılan rekonsültasyon sonucunda kitlenin ekstra genital olma olasılığı göz önüne alınarak operasyonun, kendi kliniklerinde birlikte yapılmasına karar verildi.

Hasta 7/8/1995 tarihinde abdomino-pelvik kitle tanısıyla operasyona alındı. Göbek üstü ve altı median insizyonla batına girildi. Batında kısmen pıhtılı yaklaşık 500cc kan mevcuttu. Visseral ve perietal periton üzerinde toplu iğne ucu büyüklüğünde tüberkülozu düşündüren noduler oluşumlar saptandı, peritondan biyopsi alındı. Batın sağ ön yan ve arka tarafı da içine alan retroperitoneal yerleşimli bir şişlik saptandı. Eksplorasyonun devamında karın ön duvarı yapılarından peritonun ayrılmış olduğu görüldü. Periton ile karın ön duvarı katları arasında girilerek sağ yan retroperitoneal bölgeye ulaşıldı. Burada bol miktarda pıhtı (yaklaşık 1-1.5 litre) ve devam eden kanama saptandı. Pıhtı pelvis giriminden karaciğer sağ lob düzeyine kadar olan bölgeyi tamamen doldurmuştu, temizlendikten sonra periton içe doğru dekole edilerek aorta abdominalis, arteria iliaca communis ve dalları ortaya çıkarıldı. Arteria iliaca

externanın femoral kanaldan geçmeden önceki kısmında yaklaşık 3-4 cm çapta bir anevrizma görüldü. Anevrizmanın bir yerden rüptüre olduğu (2-3 mm'lik bir alan) ve aktif şekilde kanamasının devam ettiği görüldü. Arteria iliaca externa askıya alındı, damar yapısı bozulmuş anevrizma kısmı eksize edildi, kalp damar cerrahi tarafından kalan sağlıklı dokuya dacron yama grefti konuldu. Sağ alt ekstremitede distal nabazan alınamayınca Fogerty kateteri ile embolektomi yapıldı. Hemostazı takiben sağ yan retroperitoneal bölgeye ve cilt altına dren konularak batın kapatıldı. Peroperatif ve postoperatif toplam 12 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Antibiyoterapi, tromboz profilaksisi uygulandı. Postoperatif yara enfeksiyonu dışında herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, 28/8/1995'te şifa ile taburcu edildi. Operasyon sırasında alınan periton biyopsisi sonucu; hemorajik nekroz, kısmen yabancı cisim tipinde nonspesifik peritonit (prot no 5458/95) olarak geldi.

TARTIŞMA

İliak arter anevrizmaları jinekoloji rutininde görülmeyen ve genel cerrahi pratiğinde de oldukça nadir görülen olgulardır. Bir yayında Amerika'daki kadınlarda ilhak, femoral ve popliteal arter anevrizma insidansı 0.26-1/100.00 olarak bildirilmektedir (3).

Weimann ve ark (4) Kalp Damar Cerrahisi Ünitesinde 22 yılda 22 iliak arter anevrizma olgusu bildirmişler ve bunların da ancak %22.7'sinde semptom veren anevrizma rüptürü saptanmıştır.

İliak arter anevrizmalarının semptom verene dek tanınmadığı, pelvisin derinliklerinde yer aldıkları için palpe edilemedikleri bilinmektedir. Pulsatil abdominal kitle ise çok ender görülür, ancak rektal tuşede pulsasyon hissedilebilir (1). Tanıda iyi anatomi bilgisi ve rüptür potansiyelinin bilinmesi ile ileri derecede şüphelilik önemli yer tutmakla birlikte, çoğunlukla laparotomi sırasında tesadüfen ya da otopside tanınabilmektedirler (1). Direkt pelvis grafisinde anevrizma duvarına ait kalsifikasyonlar görülebildiği ancak bunların flebolit şeklinde yanlış değerlendirildiği ya da pelvis kemikleri ile superpoze olup görülemediği belirtilmektedir. Ultrasonografide pulsatil kitle görülebilir ve doppler analizi ile tanı konulabilir. Abdomino-pelvik tomografi (CT) hemodinamik durum normal ise aortografi yapılması takiben rüptürü önlemek ya da rüptür oluşmuşsa tedavi amacıyla cerrahi girişim önerilmektedir. Magnetik rezonans anjiyografi ile de %100'e yakın doğrulukta tanı konulabilmektedir (5).

Olgumuzda oldukça nadir görülebilen bir durum olması nedeniyle ön planda anevrizmadan şüphelen-

nilmedi. CT raporu da tanıda yönlendirici değildi, pelviste kistik kitle, apse? gibi yorumlanmaktaydı. Ultrasonografide ise pulsasyon dikkatimizi çekmedi, lezyonun lokalizasyonunun derinde (femoral kanala girişte) olması ve rüptür sonucu oluşmuş hematoma basısı gibi nedenlerle pulsasyon görülmemiş olabilir. Belki şüphelilik, doppler analizi ile birlikte daha ayrıntılı bir sonografik bakıda tanı konulabilirdi fakat patolojinin nadirliği, pelviste bu tür kitlelere jinekologların abse veya kist şeklinde yaklaşım alışkanlığı, tomografik yorumun olaya açıklık getirmemesi, cerrahi konsültasyonunda da anevrizma düşünülmemesi nedeniyle tanı preoperatif konulamadı.

İliak anevrizmalarının en sık rastlanan klinik şeklinin, retroperitona ve bazen serbest periton boşluğuna rüptürü ile birlikte ağrı ve şoka giden tablo olduğu bildirilmektedir. Mesane ve rektuma rüptür olguları da literatürde yayımlanmıştır (6, 7). Büyük anevrizmaların alt ekstremitelerde venöz konjestiyon, sinir köklerinde bası ile uyluk ve bacağı yayılan ağrı yapabildiği, kolon basısı ile kabızlık, uretral tıkanma ile renal yetmezliğe neden olduğu bildirilmiştir (8).

Olgumuzda tek semptom, uyluk bölgesinde fazla olmak üzere karnın sağ tarafında orta şiddette ağrıydı. Anevrizma çapının küçüklüğü, rüptür sonrası kanamanın yavaş ve uzun sürede olması nedeniyle hasta şok tablosu mevcut değildi. Olgunun genel durumunun iyi, hemodinamiğinin bozuk olmaması (TA 130/100 mm Hg, Nb100/dk) ve de en önemlisi başlangıçta bir anevrizma rüptürü olabileceği düşünülmediğinden kliniğe yatırılmasını takiben acil bir girişim planlanmadı. Preoperatif tetkiklerinin çok kısa sürede tamamlanmasından sonra yatışının ertesi günü operasyona alındı.

Operasyon sırasında anatomisinin ileri derecede bozulabileceği, üreterlerin kanamaya bağlı yer değiştirebileceği bu nedenle dikkatli bir eksplorasyon gerektiği bildirilmektedir (8). Olgumuzda da sağ üreter güçlkle bulunarak askıya alındı. Fakat anevrizma rüptürünün saptanması ve greft uygulaması fazla güçlük yaratmadı. İliak anevrizmaların mortalitesinin aort anevrizmalarının iki katı olduğu, rüptür olasılığının anevrizma boyutuyla ilişki olmadığı, 4 cm'den küçük anevrizmaların bile rüptüre olabileceği bildirilmektedir (1-3). Nitekim olgumuzda da 3.5 cm boyutlarında bir anevrizma ve üzerinde 2-3 mm'lik bir rüptür mevcuttu.

Anevrizma operasyonlarında, kanama, renal yetmezlik, greft infeksiyonu, bacak kaybı, parapleji gibi %5-10'lara varan komplikasyon oranı bildirilmektedir (2). Ortalama 6-10 yıl sonra yalancı anevrizma (damar duvarı içermeyen, fibroz kapsülle çevrili pulsatil hematoma) gelişebileceği, bu nedenle postoperatif 5. yılda CT yapılması ve her 5 yılda bir tekrarlanması

önerilmektedir (9). Olgumuzda operasyon sırasında ve sonraki dönemde önemli bir komplikasyon gözlenmedi. Yalnızca yara enfeksiyonu gelişti bu nedenle hastanede yatış süresi 20 güne kadar uzadı. Bunun da olgunun yaşlı olması, kanamaya bağlı anemisinin bulunması, operasyonun uzun sürmesi gibi nedenlere bağlı olabileceği düşünüldü. Şifa ile taburcu edilen hastaya 5 yıl sonrasında CT yaptırması önerildi.

Sonuç olarak, rutin jinekoloji pratiğinde görülmeyen ancak nadir de olsa karşılaşılabilecek bir anevrizma rüptürü olgusu dolayısıyla, pelvik kitlelerin ayırıcı tanısını yaparken daha dikkatli inceleme yapmak ve damarsal kökenli bir nedeni de akıldan çıkartmamak gereklidir.

KAYNAKLAR

- 1- **Bernhard VM:** İliak anevrizmanın eksizyonu In: *Mastery of Surgery* Nyhus M, L, Bakerr R, J. Nobel Tıp Kitabevi Cerrahide Modern Teknikler. Çev Ed: Dağoğlu T, Bozfakioğlu Y, Değerli Ü. 1987, 1334-40.
- 2- **Way W L:** *Current Surgical Diagnosis & Treatment.* Ninht Ed, Appleton & Lange 1991, 738-40.
- 3- **Lawrence PF, Lorenzo-Rivero S, Lyon JI:** The incidence of iliac, femoral, and popliteal artery aneurysms in hospitalized patients. *J Vas Surg* 1995, 22(4): 409-15.
- 4- **Weimann S, Tauscher T, Flora G:** Isolated iliac artery aneurysms. *Ann. Vasc. Surg* 1990,4(3): 297-301.
- 5- **Kaufman JA, Geller SC, Petersen MJ, Cambria RP, Prince MR:** Mr Imaging (Including MR angiography) of abdominal aortic aneurysms: comparison with conventional angiography. *Am J Roentgenol* 1994; 163(1): 203-10.
- 6- **Katoh j, Shindo S, Kina S, Katahira S; Osowa H:** Rupture of an isolated internal iliac artery aneurysm into the rectum: report of a case. *Surg-Today* 1995; 25(6): 554-6.
- 7- **Kajikawa T, Satoh S, Banya Y, Fujioka T, Kubo T:** Rupture of an external iliac artery aneurysm into the bladder. a case report and review of the literature. *Hinyokika-Kiyo* 1995, 41(2): 141-3.
- 8- **Minato N, Itoh T, Natsuaki M, Ohteki H, Ueno T, Kosaka Y:** Surgical treatment of isolated iliac artery aneurysm with ureteral obstruction and/or renal failure. *J. Cardiovasc. Surg Torino* 1990, 31(2): 189-93.
- 9- **Juhan C, Espinozo H, Alimi Y, Cerquetta P:** False anastomotic iliac aneurysms. (How to detect them?) *Chirurgia* 1992, 118(1-2)