

Akut Böbrek Yetmezliğinin Nadir Bir Nedeni: İzole İliyak Arter Anevrizması

A Rare Cause of Acute Renal Failure: Isolated Iliac Artery Aneurysm

Fatih Dede, Birgül Öneç, Deniz Aylı, Veli Atalay

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Ankara

ÖZET

İzole iliak arter anevrizması, tüm abdominal aort anevrizmaları arasında oldukça nadirdir. Genellikle asemptomatik olmasına rağmen; iliak sistemin üreterler ve mesane ile yakın komşuluğu nedeniyle çeşitli genitoüriner sistem bulguları ile karşımıza çıkabilir. Biz 82 yaşında erkek bir hastada izole iliak arter anevrizmasına bağlı gelişen ve mortal seyreden postrenal akut böbrek yetmezlikli bir olguyu sunduk ve konu ile ilgili literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Anahtar sözcükler: akut böbrek yetmezliği, hidronefroz, iliak arter anevrizması, obstrüktif üropati

ABSTRACT

Iliac artery aneurysms are commonly associated with abdominal aortic aneurysms, and isolated iliac artery aneurysms are rare. Isolated iliac artery aneurysm is commonly asymptomatic at diagnosis, though it can present rupture or symptoms caused by pressure on adjacent organs (obstructive urinary symptoms). We here report a case of acute renal failure in a 82-year-old patient due to a mortal isolated iliac artery aneurysm.

Keywords: acute renal failure, hydronephrosis, iliac artery aneurysm, obstructive uropathy

2006;15 (4) 227-229

Giriş

Abdominal aortada anevrizmatik dilatasyon olmaksızın, iliak sistemdeki bir ya da daha çok genişleme izole iliak arter anevrizması (İİAA) olarak adlandırılır ve oldukça nadirdir. Tüm abdominal aort anevrizmaları (AAA) değerlendirildiğinde sıklığı %0.9-2.5 arasındadır (1-3). İİAA'lar; iliak sistemin üreterler ve mesane ile yakın komşuluğu nedeniyle, hidronefroz ve mesane disfonksiyonu gibi genitoüriner sistem bulguları ile karşımıza çıkabilir (1-4). Bu yazıda idrar miktarında azalma ve hematüri ile başvuran bir hastada, İİAA'ya eşlik eden postrenal akut böbrek yetmezlikli (ABY) bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

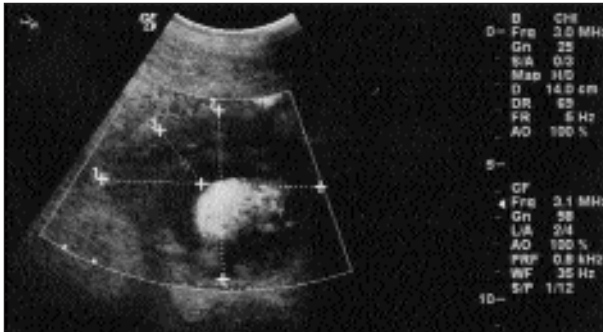
Seksen iki yaşındaki erkek hasta idrar miktarında azalma yakınması ile başvurdu. Kliniğimize başvurusundan 5 gün önce, idrar yapamama ile başvurduğu dış bir merkezde glob vezikale saptanan hasta, 24 saat süreyle üretral kateter ile takibe alınmış. Kateter çekildiğinde idrar çıkımı olmayan ve makroskopik hematürisi gelişen hasta, serum kreatinin değerinin 5 mg/dL saptanması üzerine ileri tetkik amaçlı kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde, yeni tanı diyetle regüle diabetes mellitus (3 ay) ve demans öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde, tansiyon arteriyel: 150/80 mmHg ve nabız 85/dk idi. Tüm odaklarda 2/6° sistolik üfürüm, alt ekstremitelerde 2+, gode bırakan ödem ve suprapubik hassasiyet mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 7.1 g/dL (14-16), sedimentasyon: 34 mm/sa, üre: 262 mg/dL (10-50), kreatinin: 6.7 mg/dL (0.6-1.3), fosfor: 5.3 mg/dL (2.5-4.6), ürik asit: 10.2 mg/dL (2-8), AST: 171 U/L (5-35), ALT: 121 U/L

Yazışma Adresi: Dr. Fatih Dede
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Nefroloji Kliniği, Sıhhiye, Ankara
Tel : 0 (312) 310 30 30/3029-3114-3322
E-posta : fatded@yahoo.com

(0-55), serum demiri: 15 µg/dL (40-170), TDBK: 172 µg/L (250-425) saptandı. Diğer hemogram ve biyokimya parametreleri normal sınırlardaydı. PA akciğer grafisinde üst mediastende genişleme ve sağ sinüste kapalılık mevcuttu. EKG NSR'ydı. 24 saatlik idrar: volüm 700 cc, kreatinin klirensi 8 ml/dk, protein: 925 mg/gün olarak saptandı. Kompleman ve immünoglobülinler normaldi. Yapılan abdominal ultrasonografisinde (USG), solda grade III hidroüreteronefroz ve komşuluğunda sol iliyak arterde 61 mm çapında, 120 mm uzunluğunda anevrizmatik dilatasyon ve lümeninde laminer görünümde trombüs saptandı. Alt ekstremitelerdeki Doppler USG'de, sol iliyak arterde bifurkasyon düzeyinde başlayan ve yaklaşık 10 cm segment boyunca devam eden, sirküler tarzda, en geniş yerinde yaklaşık 8 cm çapında olan ve 2 cm kalınlığında trombüs içeren anevrizmatik dilatasyon tespit edildi. (Resim 1). Hasta, bu dönemde üretral kateter eşliğinde hidrasyon artırılarak takip edildi ve kreatinin düzeyi 5.2 mg/dL'ye geriledi. Postrenal ABY düşünülen ve bilgisayarlı tomografi (BT) planlanan hasta, hipotansiyon, taşikardi ve periumbilikal ekimoz gelişmesi üzerine kardiyovasküler cerrahiye danışıldı ve İİAA rüptürü ön tanısıyla acil operasyona alındı. 10 mm greft kullanılarak aorta-sol eksternal iliyak bypass ve sonrasında bu greftten 10 mm greft kullanılarak, sol internal iliyak artere bypass yapıldı. Operasyon sonrası 5. günde mezenter arter embolisi gelişen hasta tekrar operasyona alındı. Sol hemikolektomi yapılan hasta, operasyon sonrası 18. saatte şok tablosu ile yaşamını kaybetti.

Tartışma

İliyak arter anevrizmaları (İAA) genellikle AAA ile ilişkilidir ve bu nedenle İİAA nadirdir. İİAA, otopsi serilerinde genel popülasyonda %0.008-0.03 arasında



Resim 1. Renkli Doppler USG'de; sol iliyak arterde bifurkasyon düzeyinde başlayan anevrizmatik dilatasyon.

değişen sıklıkta saptanmaktadır (1,2). Erkeklerde ve 7-8. dekadlarda sık gözlenmektedir (2,3). İİAA'ların %89'u ana iliyak arterde, %10'u internal iliyak arterde olup, yalnız %1'i eksternal iliyak arterde lokalizedir (2). Yaklaşık yarısı asemptomatiktir. Günümüzde görüntüleme yöntemlerinin daha sık kullanılmasıyla asemptomatik dönemde tesadüfen saptanan küçük anevrizma sayısı artmıştır. McCready ve arkadaşları, semptomatik anevrizmalarda ortalama çapı 7.8 cm olarak bildirmişlerdir (5). Sıklıkla yakın komşuluğundaki bağırsak segmentleri, mesane, üreter ve pelvik venlere bası yaparak ve bazen de rüptürle karşımıza çıkabilir (3,4). İdrar yapmada zorluk, üriner retansiyon, üreter obstrüksiyonuna bağlı renal kolik, hidronefroz, piyelonefrit ve renal yetmezlik ile karşımıza çıkabilir. Nadiren intermitan hematüri ve mesane içine rüptür bildirilmiştir (1-4). Schuler, İİAA'lı 69 hastada yaptığı etiyolojik çalışmada, intravenöz piyelografi veya retrograd piyelogram ile, 12 hastada İİAA'ya bağlı üriner obstrüksiyon varlığını göstermiştir (6).

İİAA tanısında B mode USG ve BT ölçümleri benzer etkinlikte olup, USG 0.03±0.06 cm hata payı içermektedir. USG ile görüntülenen anevrizmanın kontrastlı BT veya BT anjiyografi ile çevre yapılar ile ilişkisi ortaya konulabilir. Tanıda ayrıca manyetik rezonans (MR) görüntüleme ve MR anjiyografi sık olmakla birlikte kullanılmaktadır (4,7). Yaşlı popülasyonun giderek arttığı ülkemizde, hidronefroz saptanan olgularda İAA mutlaka akılda tutulmalı ve renal fonksiyon bozukluklarının ayırıcı tanısında tarama tetkiki olarak kullandığımız USG'den yararlanılmalıdır.

İİAA saptanan olgular, anevrizmanın çapı başta olmak üzere, cerrahi girişim için dikkatle değerlendirilmelidir. Çünkü erken müdahale mortalite ile yakından ilişkili görünmektedir. Elektif operasyonlarda mortalite %0-33 olarak bildirilmişken, rüptür sonrası yapılan acil operasyonlarda, mortalite bazı serilerde %75'e kadar çıkmaktadır (1-3). Björck ve arkadaşları, elektif aortailiyak cerrahi sonrası mezenter iskemi sıklığının %2.8 olduğunu, bu oranın rüptür sonrası acil operasyonlarda ise arttığını (%7.3) göstermişlerdir. Rutin sigmoidoskopi ile postoperatif tarama yapıldığında ise, bu oranlar elektif ve acil operasyonlar için sırasıyla, %4.5-8.9 ve %15-60'a kadar çıkmaktadır. Aynı çalışmada tüm vakalarda 30 günlük mortalite %12, mezenter iskemi gelişenlerde %41 ve ilk operasyonu rüptür sonrası acil operasyon olanlarda, eşlik eden mezenter iskemi varlığında %47 olarak saptanmıştır (8). Semptomatik ve bası bulgusu saptanan tüm hastalarda ve 4

cm üzerindeki tüm anevrizmalarda cerrahi onarım önerilmektedir (7). Rutin taramalarda pelvik bölgede saptanan AAA dikkatle değerlendirilmeli ve risk faktörlerine göre gereğinde elektif cerrahi planlanmalıdır. Bizim hastamız da, literatürle uyumlu olarak hem anevrizmanın çapı, hem de trombüs mevcudiyeti ve buna bağlı cerrahi sonrası gelişen mezenter iskemi nedeniyle yüksek risk grubundaydı ve anevrizmaya yönelik cerrahi girişim sonrası mezenter iskemi nedeniyle yaşamını kaybetti.

Biz, İİAA ve buna bağlı gelişen hidronefroz ve akut böbrek yetmezlikli bir olguyu sunduk. Yaşlı nüfusun giderek arttığı ve USG gibi basit ve etkin tarama tetkiklerinin giderek yaygınlaştığı düşünüldüğünde, rutin taramalar esnasında saptanan benzer olguların iyi değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin ortaya konularak elektif cerrahinin planlanmasının, hastaların gelecekte karşılaşabileceği ve mortal seyredebilecek komplikasyonların azalmasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Dosluoglu HH, Dryjski ML, Harris LM. Isolated Iliac Artery Aneurysms in Patients with or without Previous Abdominal Aortic Aneurysm Repair. *Am J Surg* 1999;178(2):129-132.
2. Levin, Schroeder TV. Isolated Iliac Artery Aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998;16:342-344.
3. O'Driscoll D, Fitzgerald E. Isolated Iliac Artery Aneurysms with Associated Hydronephrosis. *J R Coll Surg Edinb* 1999;44(4):197-9.
4. Dix FP, Titi M, Al-Khaffaf H. The Isolated Internal Iliac Artery Aneurysm-A review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;30:119-29.
5. McCready RA, Pairolero PC, Gilmore JC, et al. Isolated iliac artery aneurysms. *Surgery* 1983;93(5):688-93.
6. Schuler JJ, Flanigan DP. Iliac artery aneurysms (2 nd ed). J Bergan and JST Yao. *Aneurysms Diagnosis and Treatment*. New York, Grune & Stratton 1982, pp 469-85.
7. Santilli SM, Wersing SE, Lee ES. Expansion Rates and Outcomes for Iliac Artery Aneurysms. *J Vasc Surg* 2000;31(1 Pt 1):114-21.
8. Björck M, Bergqvist D, Troëng T. Incidence and Clinical Presentation of Bowel Ischaemia After Aortailiac Surgery-2930 Operations from a Population-based Registry in Sweden. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1996;12:139-44.