

## Karın Ağrısı ve Abdominal Kitle ile Gelen Abdominal Aort Anevrizma Olgusu

### Abdominal Aortic Aneurysm Case with Abdominal Pain and Abdominal Mass

Ertan Erdoğan

<sup>1</sup>Dr., Konak 7 no.lu Aile Sağlığı Merkezi, İzmir, Türkiye

#### Özet

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına genellikle; ayrışmamış, tanı konulamayan ve bariz semptomları olmayan hastalar başvurmaktadır. Bu tür hastalarda, tanı koymak genellikle çok güçtür. Bu şekilde, bir birinci basamak Aile Hekimliği Polikliniğine karın ağrısı şikayeti ile, gelen fizik muayene sonucu periumbilikal bölgede kitle saptanan; sevk sonrası abdominal aort anevrizma tanısıyla opere olan hasta paylaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Aile Hekimliği, anevrizma, birinci basamak, tanı

#### Abstract

Patients that are unrecognized, undiagnosed, and without obvious symptoms are generally apply to primary health care institutions. Diagnosis is usually very difficult in such patients. In this way; a patient who have complained of abdominal pain, detected mass in the periumbilical region after the physical examination and were diagnosed with abdominal aortic aneurysm after referral were shared.

**Key words:** Family medicine, aneurysm, primary care, diagnosis

Kabul tarihi: 04.12.2017

#### Giriş

Aort aort anevrizması (AAA) her yaşta görülebilmemesine rağmen genellikle 50-60 yaşlarında daha siktir (1). 60 yaş üzeri popülasyonda yaklaşık %2 oranında görülmektedir. Patogenezi en önemli faktör media tabakasındaki elastin ve kollajen dejenerasyonudur. Risk faktörleri arasında; ateroskleroz, hipertansiyon, diyabet mellitus (DM), hiperlipidemi ve sigara kullanımı sayılabilir. Anevrizma oluşumuyla seyreden kollajen veya otoimmün hastalıklar arasında; Takayasu hastalığı, dev hücreli arterit, temporal arterit, Behçet hastalığı, tekrarlayan polikondritis, tromboanjitis obliterans, poliarteritis nodosa, sistemik lupus eritamosus, skleroderma, Kawasaki hastalığı, romatoid artrit, juvenil romatoid artrit, Reiter sendromu, Sjögren sendromu, polimyaljia romatika, ankilozan spondilit, Paget hastalığı, ülseratif kolit, Reidel stroması ve Hashimoto tiroidit bulunmaktadır (2).

Abdominal aort anevrizmalarında; karın, bel ve kasıkta ağrı, bulantı, kusma, kilo kaybı, hematemez veya melena, sarılık, böbrek yetmezliği, sık idrara çıkma, bacak ağrısı, karın şişliği semptom olarak karşımıza çıkar. Periferik damar lezyonları olan

hastalarda, önceden femoral, popliteal anevrizması olan hastalarda ortaya çıkar (3,4). Klinik olarak önemli bir bölümü asemptomatiktir ve fizik muayene veya görüntüleme sırasında fark edilirler. Görüntüleme de ultrason (US), bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans (MR) kullanılır. En sık abdominal ve torasik aortada meydana gelmektedir. AAA'nın en ciddi komplikasyonu rüptürdür. Aortik rüptürde mortalite oranları %90'lara varmaktadır. Rüptür riski 5 cm üzerindeki veya yılda 0.5 cm'den hızlı büyüyen veya ağrılı AAA'lerde yüksektir. Bu gruba giren hastalarda tedavi endikasyonu vardır. Tedavi olarak AAA'nın ortadan kaldırılması için açık cerrahi girişim veya endovasküler yöntem kullanılabilir (5).

Bu vaka sunumu ile; Aile Hekimliği Polikliniğine karın ağrısı şikayeti ile gelen, fizik muayene sonucu periumbilikal bölgede kitle saptanan, sevk sonrası abdominal aort anevrizma tanısıyla opere olan hasta paylaşılmıştır.

## Vaka sunumu

Hasta 77 yaşında erkek, 1 aydır sürekli olmayan rahatsız edici karın ağrısı ve 2 aydır süren iştahsızlık şikayeti ile aile sağlığı merkezine başvuruyor. Genel olarak kendini iyi hissettiğini son 4-5 aydır çabuk yorulduğunu yürüyüş sırasında dinlenme ihtiyacı duyduğunu ifade ediyor. Hasta, karın ağrısının genelde periumbilikal bölgede olduğunu, uzun sürmediğini, sırta omuza veya aşağı bölgelere vurmadığını, gıdalarla yemekle bir ilişki tariflediğini vurguladı. Ağrıyla ilişkili ishal, kabızlık, şişkinlik olmadığını, fiziki aktivite, yorgunluk yaptığını fakat ağrıya sebep olmadığını ifade etti.

Özgeçmişinde 15 yıldır hipertansiyon (HT), 5 yıldır kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), 7 yıldır koroner arter hastalığı (KAH), 10 yıldır tip 2 DM ve yine 10 yıldır benign prostat hipertrofisi (BPH) mevcuttu. Fizik muayenesinde; tansiyon (TA) 120/70 mmHg, nabız:78/dak, kilo:91 kg, boy:177 cm, body mass index (BKI) 25,8 olarak bulundu. Kalp ritmik, solunum sistem muayenesinde ekspirumda uzama mevcuttu. Hepatosplenomegali yoktu. Periumbilikal bölgede 5x6 cm düzgün kenarlı kitle ele gelmekteydi. Kitle pulsatif, nabız belirgin, barsak sesleri olağan, batın rahat rijidite defans yoktu. Safra kesesi lojunda palpasyonda hassasiyet tespit edilmedi. Suprapubik hassasiyet, dizüri veya hematüri yoktu. Fizik muayene sonucu (periumbilikal bölgede 5x6 cm düzgün kenarlı kitle, pulsatif-nabız belirgin) pulsatif kitlenin anevrizma olduğu düşünülerek, hasta sevk edilmiş, 10 gün sonra da opere edilmiştir.

## Tartışma

Aort anevrizmaları hastaların çoğunda hiçbir şikayete yol açmaz. Anevrizma genellikle başka bir şikayet veya rutin sağlık tetkiklerinde tespit edilir. Büyük anevrizmalar bile semptom vermeyebilir. Semptom olarak en yaygın görülenler, göğüs ve karın ağrısıdır. Ağrı, aralıklı veya sürekli olabilir. Bazı hastalar karında nabız gibi ritmik bir atım hissi olduğunu ifade eder. Bu vaka da; karın ağrısı, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleri nedeniyle eşinin baskısıyla gelmişti. Hasta yaklaşık 1 aydır devam eden, sık olmayan karın ağrısından çok rahatsız olmamakla birlikte, iştah azalması olduğunu ve çabuk yorulduğunu

ifade ediyordu. Anemnez ve özgeçmiş bilgilerinden hareketle hastada mezenter arter iskemi, dispepsi, bilier kolik, peptik ülser, kronik pankreatit, kanser, apandisit gibi epigastrik üst batında ağrı yapan etyoloji akla gelmiştir. Gerek anemnez, gerek fizik muayene değerlendirilmesi sonucu bu hastadaki ağrı etyolojisinde yukarıda saydığımız bazı hastaları ekarte etmek yada ağrı paterniyle uyumlu olmadığı için etyolojik hastalıkların sayısını daha da aşağı çekmemiz mümkündür. Fakat hastalıkların çoğu için kesin tanı koyduracak imkanlara, birinci basamak sağlık kuruluşlarında sahip olmadığımız gerçektir.

Bu şekildeki ayrışmamış, tanı koyulamayan, bariz semptomları olmayan hasta gurubuyla en çok aile hekimleri karşılaşmaktadır. Bu tür hastalar genellikle, kontrole çağrılmakta, kontrol esnasında tanı konulabilmekte yada semptomların geçmesi, artmasına göre hareket edilmektedir.

Bu vaka bazında sistemik muayenin; tanı koymada etyolojide düşünülen hastalıkların sayısını azaltmada, kesin tanı-sevk-acil durumları değerlendirmede, hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarına güveninin daha da artması konularındaki önemi açıktır. Günümüz koşullarında; hasta yoğunluğu açısından her hastaya tam bir sistemik muayene yapılamadığı da bir gerçektir.

## Kaynaklar

1. Amunden S, Trippstad VA, Soride O. Abdominal aortic aneurysms a national multicenter study. Eur J Vasc Surg 1987;1;239-43.
2. Svensson LG, Crawford ES. Aortic dissection and aortic aneurysm surgery: clinical observations, experimental investigations and statistical analyses. Part III Curr Probl Surg 1993;30:1-172.
3. Calligaro KD et al. Diagnosis and Treatment of Aortic and Peripheral Arterial Aneurysms. Calligaro KD, Daugherty MJ, Hollier LH (ed.). Philadelphia, WB. Saunders Company, 1999.
4. Wolf YG et al. A current perspective on the natural history of abdominal aortic aneurysms. Cardiovasc Surg 1994;2:16.
5. Cleveland Clinic.  
[<https://my.clevelandclinic.org/departments/heart/about>] internet adresinden 21.10.2017 tarihinde erişilmiştir.

## İletişim:

Dr. Ertan Erdoğan

Konak 7 no.'lu Aile Sağlığı Merkezi, İzmir, Türkiye

Tel: +90.505.2722002

E-mail: erdoaner@yahoo.com.tr