

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

RENAL ARTER ANEVİZMALI BİR HASTANIN BAŞARILI CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

A SUCCESSFUL SURGICAL INTERVENTION OF A RENAL ARTERY ANEURYSM: REPORT OF A CASE

Ahmet ÖZKARA*, Erdal EGE*, Cüneyt NARİN*, Mehmet Orkun FAHSIVAR*, Gamze SARKILAR**, Yahya PAKSOY***, Ali SARIGÜL*, Mehmet YENİTERZ*

S.Ü. Meram tıp Fakültesi, *Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, ** Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, ***Radyodiagnostik Anabilim Dalı, Konya.

Özet

Renal arter anevrizması viseral anevrizmalar içerisinde oldukça ender rastlanmaktadır. Hızla ilerlemekte olan görüntüleme teknikleri sayesinde birçok renal arter anevrizması'nın sessiz kaldığı saptanmıştır. Yirmisekiz yaşında ve yeni teşhis edilmiş hipertansyonu olan erkek hastada yapılan incelemede sol renal arterde, aortadan ayrıldığı yerin 3 cm distalinde yaklaşık 3 cm genişliğinde anevrizma belirlenmiştir. Yapılan cerrahi müdahalede; sol renal arter bağlanıp, anevrizma rezeke edildikten sonra safen ven bypass operasyonu uygulanmıştır. Anevrizma dokusunun patolojik incelenmesinde, aterosklerotik zeminde geliştiği saptanmıştır. Hasta, operasyon sonrası 5. günde düşük doz beta blokerle taburcu edildi. 4 ay sonra yapılan kontrol manyetik rezonans (MR) anjiyografik incelemede safen greftin patent olduğu saptanmıştır.

Renal arter anevrizmalarında perkütan girişime uygun olmayan vakalarda, safen ven grefti ile bypass operasyonları kabul edilir tedavi seçeneği olabilir. (Damar Cer Der 2007;16(3):59-62).

Anahtar kelimeler: Böbrek arteri, Anevrizma

Abstract

Renal artery aneurysms are rarely seen in visceral artery aneurysms. Increasing use of diagnostic imaging studies has provided new insight into our current knowledge of renal artery aneurysms and, many of them are silent. A 28-years-old man suffered from newly diagnosed hypertension. Angiographic examination demonstrated a 3 cm aneurysm which was stated 3 cm distal of the left renal artery origin on the aorta. A saphenous vein graft bypass operation was performed successfully via paramedian abdominal incision. Pathologic examination pointed atherosclerotic etiology. The patient was discharged with moderate dose β -blockade therapy on the 5th postoperative day. Postoperative magnetic resonance (MR) angiographic examination showed a patent saphenous bypass graft.

We conclude that, in the renal artery aneurysms bypass operation with saphenous vein graft is an acceptable treatment option for the patients who are not suitable for percutaneous intervention. (Turkish J Vasc Sur 2007;16(3):59-62).

Key Words: Renal artery, aneurysm

Dr. Ali Sarigül

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı KONYA
Tel: 0332 2236527
Fax: 0332 2236181
E-mail: drasarigul@yahoo.com

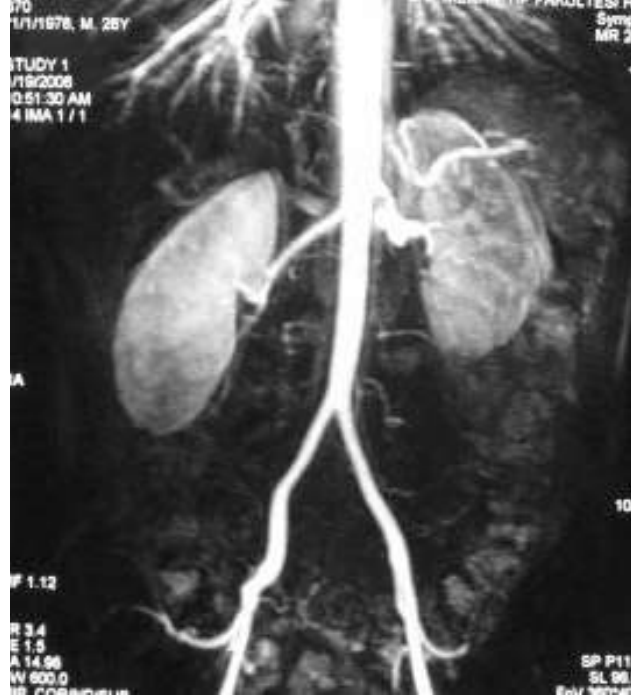
GİRİŞ

Renal arter anevrizmaları viseral anevrizmaların % 22'ni oluşturmaktadır⁽¹⁾. Anatomik olarak sakküler, fuziform, dissekan ve karma şekilde olarak sınıflandırılırlar. Sakküler, fuziform ve dissekan anevrizmalar olguların sırasıyla % 70, % 22,5 ve % 12'ni oluşturur⁽²⁾. En sık fibromusküler displazi ve ateroskleroza bağlı olarak oluşur⁽³⁾. Renal arter anevrizmasına eşlik eden patognomonik semptom ve bulgu yoktur. Başvuru yapılan hipertansiyon (% 55-75), hematüri (% 30), yan ağrı (% 11) ve hipertansiyona bağlı gelişen baş ağrısı (% 11) olabileceği gibi hasta asemptomatik de olabilir⁽¹⁾. Renovasküler hipertansiyonun, en yaygın nedeni aterosklerozdur⁽⁴⁾. Renal aterosklerotik lezyonların, diğer yerleşimli lezyonlardan farklı olarak, total oklüzyona ilerlemesi karakteristik özelliğidir^(4,5). Renovasküler hipertansiyon, çoğunlukla girifimsel yöntemlerle tedavi edilebilir. Tedavi edilmediği takdirde, renal iskemik nefropatiye neden olan sekonder hipertansiyonun en yaygın nedenidir^(6,7).

OLGU SUNUMU

Aralıklı olarak başının ense bölgesinde ağrıları olan ve bu sebeple hastaneye başvuran 28 yaşında erkek hastanın yapılan muayenesinde sistemik bir problem olmadığı ama 180/100 mmHg kan basıncı olduğu tesbit edilmiştir. Daha öncesinde tansiyon yüksekliğinin olduğunu bilmeyen hasta bu sebep ile herhangi bir antihipertansif ilaç kullanmamıştır. Hastanın hipertansiyonunun etyolojisi araştırılırken yapılan MR anjiyografi tetkikinde sol renal arter aortadan çıkım yerinde yaklaşık % 50'lik bir stenoz ve 3 cm distalinde yaklaşık 3cm genişliğinde anevrizma tespit edilmiştir (Resim 1). Tedavisi planlanırken hastanın genç olmasından dolayı ilk olarak beta bloker tedavi başlanmıştır, ardından stent konmaya çalışılmış ancak anevrizmanın önünde

ektazik bir alan tesbit edilmiş, bu durum stent koymayı engellediği için cerrahi tedavi kararı alınmıştır.



Resim 1. MR anjiyografi tetkikinde sol renal arter aortadan çıkım yerinde yaklaşık % 50'lik bir stenoz ve 3 cm distalinde yaklaşık 3cm genişliğinde anevrizma.

CERRAHİ TEKNİK

Genel anestezi altında medyan laparotomiyle batın açıldıktan sonra, sol renal artere ulaşmak amacıyla, inen kolon mediale doğru devrildi. 3x3 cm genişliğindeki anevrizmatik segment rezeksiyon yapıldıktan sonra, safen ven kullanılarak abdominal aort ile sol renal arterin hilusa 1 cm mesafe kalan bölgesine bypass gerçekleştirildi. Anevrizma dokusunun patolojik incelenmesinde aterosklerotik zeminde geliştiği saptandı. Hasta, operasyon sonrası 5. günde düşük doz beta blokerle taburcu edildi. 1 ay sonra kontrolde yapılan manyetik rezonans anjiyografik incelemede safen greftin patent olduğu saptanmıştır (Resim 2).



Resim 2. İki ay sonra kontrolde yapılan manyetik rezonans anjiyografik incelemede safen greftin patent olduğu saptanmıştır

TARTIŞMA

Renal arter anevrizmasına bağlı klinikte ciddi hipertansiyon görülebilmektedir. Cerrahi tedavi endikasyonu olan olgular; renovasküler hipertansiyon, distal renal arter embolisi, ağırlık ve hematüriye neden olan anevrizmaların yanı sıra dissekan anevrizmalar, gebe ve gebe olma potansiyeli olan kadınlardaki anevrizmalar ve büyüme gösteren anevrizmalardır^(8,9). Anjiyografik incelemelerin yaygın olarak kullanımıyla, renal arter anevrizmalarının sıklığından daha yüksek prevalansa sahip olduğu anlaşılmıştır. Prevalans farklı çalışmalarda % 0,1-1 arasında bildirilmektedir⁽²⁾. Cerrahi endikasyon konusunda anevrizma boyutu ile ilişkili yaygın olarak görüş birliği yoktur. Farklı ekoller 1-1,5 cm veya 2,5 cm'den büyük lezyonlarda operasyon uygulanması gerektiğini bildirmektedir⁽¹⁰⁾. Ekstrarenal sakküler ve fuziform anevrizmalarda cerrahi onarım önerilmektedir. Onarım için rezeksiyon ve primer onarım, uç-uca

anastomoz, ven grefti, arterin aortaya reimplantasyonu, sentetik greft ve splenorenal anastomoz uygulanabilecek cerrahi yöntemlerdir. Anevrizma cerrahisinde mortalite % 0-4 olarak bildirilmektedir⁽²⁾. Genellikle cerrahi onarım tercih edilmesine karşın perkutan girifimsel yöntemlerle de başarılı sonuçlarda bildirilmiştir. Literatürde perkutan stent greft yerleştirilmiş olan 1,5 cm çaplı sakküler renal arter anevrizması bildirilmiştir⁽¹¹⁾. Renal arter anevrizmasının klinik seyri ve ruptür riski tam olarak bilinmemektedir. Henrikson ve arkadaşları 21 hastadaki 34 renal arter anevrizmasının anjiyografi ile ortalama 35 aylık izleminde, 28 anevrizmanın boyutunda değişiklik olmadığını, 6 anevrizmada minimal büyüme, kalsifikasyon veya trombus oluşumunu bildirmiştir. Aynı seride soliter sakküler anevrizması olan 5 hastada cerrahi onarım uygulandı, diğerlerinin konservatif olarak izlendiği bildirilmiştir. Konservatif izlenen hastalarda anevrizmaya bağlı mortalite rapor edilmemiştir⁽⁹⁾. Aynı yazar, bir başka yayınında, takip edilen 56 anevrizmalı hastanın 15'nin opere edildiğini, 4 hastaya ruptür nedeniyle acil nefrektomi uygulandı, diğer hastaların komplikasyonsuz izlendiği bildirmiştir⁽¹²⁾. Diğer yandan Hubert ve arkadaşları çapları 0,3-4 cm arasında değişen (ortalama 1,5 cm) asemptomatik soliter sakküler anevrizması olan 45 hastanın ortalama 5,7 yıllık (1-17 yıl) konservatif izleminde anevrizma ile ilişkili komplikasyon gözlemediklerini ve asemptomatik olguların konservatif izlenebileceğini bildirmişlerdir⁽¹³⁾. Olgumuzda, MR anjiyografi ile tanı konan renal arter anevrizmasında perkutan girifime uygun olmaması nedeniyle, cerrahi yaklaşım tercih edilmiştir. Bu tip olgularda cerrahi yaklaşımın önemli sorun suprarenal aort klempinin yerleştirilmesidir. Prosedürün uzaması durumunda ya da aterosklerozun yaygın olduğu ya da hastalarda akut renal yetersizlik en sık karşımıza çıkabilecek komplikasyonlardandır. Uygun klempaj teknikleri

ve h>zl> cerrahi prosedür bu komplikasyonu en aza indirgemektedir. Olgumuzda inen kolon arteriyöre deviyeye edilerek, anatomiye hakim olunmuş ve suprarrenal aort klempinin rahatlıkla yerleştirilmiştir. Sonuç olarak; perkütan girişimin uygun olmadığı renal arter anevrizmalarında, aorta-renal bypass operasyonunun uygun yaklaşımla güvenilir olarak uygulanabileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Deterling RA. Aneurysm of the visceral arteries. J Cardiovasc Surg 1981;12:309-22.
2. Bulbul MA, Farrow GA. Renal artery aneurysms. Urology 1992;40:124-126.
3. Poutesse EF. Renal artery aneurysms: their natural history and surgery. J Urol 1966;95:297.
4. Schreiber MJ, Pohl MA, Novick AC. The natural history of atherosclerotic and fibrous renal artery disease. Urol Clin North Am 1984;11:383-92.
5. Moss JG. Radiological management of atherosclerotic renal artery stenosis. Intervent Radiol Monitor 1998;1:97-104.
6. Sos TA, Pickering TG, Sniderman K, et al. Percutaneous transluminal renal angioplasty in renovascular hypertension due to atheroma or fibromuscular dysplasia. N Engl J Med 1983;309:274-9.
7. Shanley PF. The pathology of chronic renal ischemia. Semin Nephrol 1996;16:21-32.
8. Hidai H, Kinoshita Y, Murayama T, et al. Rupture of renal artery aneurysm. Eur Urol 1985;11:249-53.
9. Henriksson C, Björkerud S, Nilson AE, Pettersson S. Natural history of renal artery aneurysm elucidated by repeated angiography and pathoanatomical studies. Eur Urol 1985;11:244-8.
10. Lumsden AB, Salam TA, Walton KG. Renal artery aneurysm: a report of 28 cases. Cardiovasc Surg 1996;4:185-189
11. Bui BT, Oliva VL, Leclerc G, Courteau M, Harel C, Plante R, Giroux D, Carignan L. Renal artery aneurysm: treatment with percutaneous placement of a stent-graft. Radiology 1995;195:181-182
12. Henriksson C, Lukes P, Nilson AE, Pettersson S. Angiographically discovered, non-operated renal artery aneurysms. Scand J Urol Nephrol 1984;18:59-62.
13. Hubert JP Jr, Pairolero PC, Kazmier FJ. Solitary renal artery aneurysm. Surg 1980;88:557-65.