

Cerrahi Girişim Sonrası Gelişen Dev Brakiyal Arter Psödoanevrizması

Giant Brachial Pseudoaneurysm After Surgical Intervention: Case Report

Fuat BÜYÜKBAYRAK,^a
Mehmet DEDEMOĞLU,^a
Eray AKSOY,^a
Özge YERLİKHAN,^a
Altuğ TUNCER^a

^aKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 26.11.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 24.03.2013

*Bu yazı, XV. Ulusal Vasküler Cerrahi Kongresi
(27-30 Ekim 2011, Antalya)'nde
poster bildiris olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Mehmet DEDEMOĞLU
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
mehmetdedemoglu@yahoo.com

doi: 10.9739/uvcd.2012-32884

Copyright © 2013 by
Ulusal Vasküler Cerrahi Derneği

ÖZET Üst ekstremitede görülen periferik arter yalancı anevrizmaları, alt ekstremitede görülen periferik arter yalancı anevrizmaları ile kıyaslandığında nispeten daha nadir görülürler. Son yıllarda tanı veya tedavi amacıyla periferik arterlerin invaziv girişiminin kullanımındaki artış ile, üst ekstremitede arter yalancı anevrizmaları çoğunlukla iyatrojenik veya travmatik olarak karşımıza çıkmaktadır. Müdahale edilmeyip, geç kalındığında ekstremitede veya parmak kayıpları gibi önemli fonksiyonel eksikliklere yol açabildikleri için, tanı konulup, cerrahi yaklaşımla tedavi edilmeleri önem taşımaktadır. Bu vakada, üst ekstremitede tromboembolisi nedeniyle brakiyal embolektomi uygulanan hastaya, taburculuk sonrası gelişen kolda şişlik-ağrı, elde uyuşma-karınalanma şikayeti ile kliniğimize başvurup, yapılan Doppler ultrasonografi sonrası psödoanevrizma tanısı konularak, acil cerrahi onarım uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Brakiyal arter; yalancı anevrizma

ABSTRACT Peripheral artery pseudoaneurysms in the upper extremity are seen relatively rarer compared to peripheral artery pseudoaneurysms in the lower extremity. In recent years, invasive interventions are more frequently used for diagnosis or treatment of peripheral arterial pathologies, and that is why upper extremity arterial aneurysms often appear to be iatrogenic or traumatic in origin. If they are not treated on time, they can cause functional defects as loss of the finger or the limb. Therefore, the surgical treatment is important in these patients. In our case; a giant brachial pseudoaneurysm has appeared after the surgical intervention due to upper extremity thromboembolism. The patient applied our clinic with swelling and pain of the arm, hand numbness and tingling. Pseudoaneurysm was diagnosed with Doppler ultrasonography and surgical repair was performed immediately.

Key Words: Brachial artery; false aneurysm

Damar Cer Derg 2013;22(2):242-4

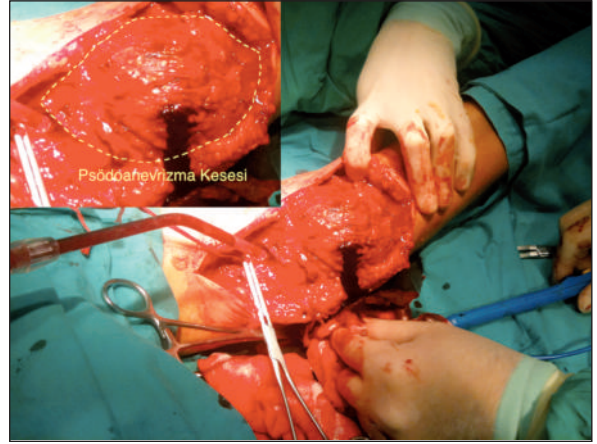
Periferik arteriyel psödoanevrizmalar günümüzde vasküler girişimsel yöntemlerin gelişmesiyle beraber sıklıkla iyatrojenik veya travmatik nedenlere bağlı görülmektedir.^{1,2} Bununla beraber bu girişimsel yöntemlerin son zamanlarda üst ekstremitede sık yapılması, üst ekstremitede görülen psödoanevrizma sıklığını da arttırmaktadır. Psödoanevrizmalar lokalizasyonlarına ve çaplarına göre değişik komplikasyonlara neden olduklarından, hastaların sıkı takibi gerekir. Büyük çaplı ve semptomatik olgularda bekletilmeden cerrahi müdahale yapılmalıdır.

OLGU SUNUMU

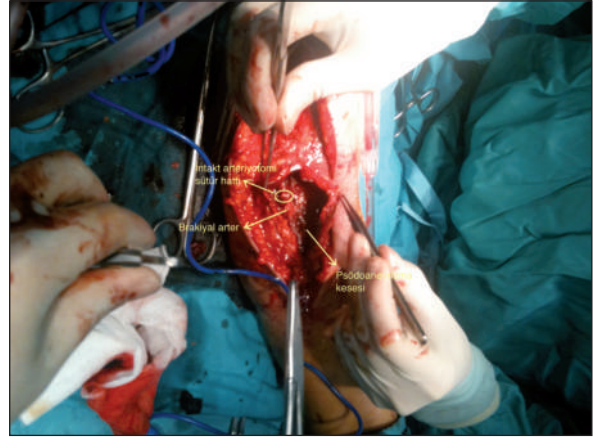
Akut arter tromboemboli tanısı ile önceden sağ brakiyal embolektomi ve akabinde gelişen sağ brakiyal arter psödoanevrizması nedeniyle opere olan 63 yaşında, her hangi bir ek hastalığı olmayan bayan hasta, 6 ay sonra sol brakiyal emboli tanısı ile hastanemize kabul edildi. Hasta sinüs ritminde olup, yapılan ekokardiyografide intrakardiyak trombüs lehine bulgu saptanmadı. Bununla beraber öyküsünde herhangi bir travma, ilaç kullanımı, bağ dokusu hastalığı yoktu. Hastaya acil şartlarda sol brakiyal arter embolektomisi uygulandı ve şifa ile taburcu edildi. Takiben 2 ay sonra; hasta bu bölgede ağrı, şişlik ve parmaklarda uyuşma şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol kol antekübital bölgede eski insizyon yerine uyan lokalizasyonda ağrılı, sert kıvamda, ele gelen pulsatil kitle tespit edildi. Kitlenin çevresi ekimotik görünümdeydi, ekstremitede iskemik bulgular saptanmadı, radyal ve ulnar nabızlar palpabl idi. Muayenede tril saptanmadı. Travma öyküsü olmayan hastanın, klinik ve laboratuvar verilerinde enfeksiyon bulguları saptanmadı. Ayrıca warfarin kullanım öyküsü yoktu ve koagülasyon testleri normaldi. Hastaya tanı amaçlı arteryel Doppler ultrasonografi (USG) yapıldı. Neticesinde sol brakiyal arter ile bağlantısı olan yaklaşık 90x35 mm boyutunda, kalın duvarlı, geniş psödoanevrizma kesesi izlendi, arteriyovenöz fistül saptanmadı. Hasta operasyona alındı. Genel anestezi altında sol antekübital bölgede longitudinal geniş kesisi yapılarak psödoanevrizma kesesine ulaşıldı (Resim 1). Kesenin proksimalinden, brakiyal arter teyple dönülerek askıya alındı. Kесе rezeke edildi, içerisinde bol miktarda hematoma boşaltıldı. Brakiyal arter yapısı normal idi, arter duvarında erozyon yoktu. Eski arteriyotomi yerinde ve kontrolü yapılan diğer bölgelerde kanama odağı saptanmadı (Resim 2). Hastanın operasyonu takiben ek sorunu gelişmedi. Postoperatif 4. günde sorunsuz taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde nörolojik ve vasküler muayene normal idi.

TARTIŞMA

Periferik arter psödoanevrizmaların görülme sıklığı, alt ekstremitelere göre üst ekstremitelerde daha azdır. On dokuzuncu yüzyıl ortalarına kadar psö-



RESİM 1: Sol antekübital bölgedeki psödoanevrizma kesesi.



RESİM 2: Açılmış psödoanevrizma kesesi, embolektomi sütür hattı.

doanevrizmaların etyolojisinde birinci sırada vasküler cerrahide kullanılan sütür materyali ve teknik yer alırken, kardiyolojik girişimsel yöntemlerdeki gelişmelerle birlikte, tanı ve tedavi amacıyla periferik arterlerin invaziv girişimi, veya travma (delici-kesici alet yaralanmaları) majör rol oynamaktadır.¹⁻³ Enfeksiyon, poliarteritis nodosa, konjenital arteryel defektler ve ateroskleroz da üst ekstremitelerde psödoanevrizma patogeneğinde diğer önemli nedenlerdendir. Arter duvarının tüm komponentlerinde bütünlüğün bozulması sonucu, damar dışına kanama ve hematoma oluşur. Hematom, fibröz bir organizasyonla elastik ve düz kas liflerinden yoksun ince duvarlı bir tabaka ile çevrilerek yalancı anevrizma formasyonu oluşturur. Olgumuzda psödoanevrizma etyolojisinde herhangi bir travma, bağ dokusu hastalığı öyküsü veya enfeksiyon bul-

gusu olmamakla beraber, daha önce geçirilmiş brakiyal arter embolisine bağlı cerrahi girişim öyküsü mevcuttur. Psödoanevrizma kesesi açıldığında herhangi bir arteriyel defekt ya da kanama odağı saptanmadı. Brakiyal embolektomi sonrası kapatılan arteriyotomi sütür hattı intakttı. Etiyolojideki muhtemel düşünce; çevre dokudaki kapiller sızıntısının hematoma ve psödoanevrizmaya sebep olmasıdır. Psödoanevrizma kesesi açıldığında sütür hattının intakt olması, arteriyel defekt ve kanamanın olmaması, ayrıca olguda daha önce sağ kolda görülen brakiyal psödoanevrizmada da aynı durumun görülmesi nedeniyle, bu düşünceyiz. Bununla beraber arter duvarında bir defektin olmaması, psödoanevrizma içindeki çevre doku ve özellikle sütür deliklerinden sızan hematoma kendini sınırlayarak, tampon etkisiyle arter ile psödoanevrizma arası bağlantıyı spontan kapattığı düşüncesindeyiz. Öte yandan, psödoanevrizma ile arter arasında bağlantı olmaması, mevcut kitlenin organize trombus olabileceği olasılığıyla akla getirmektedir. Ancak, olgudaki kitle içerisindeki hematoma kendini fibröz bir yalancı kese ile sınırlamıştı ve kitle psödoanevrizma görünümündeydi. Bu nedenle basit organize trombus olasılığı akla daha az yatkındır.

Gray ve ark.nın 12 olgu ile bildirdikleri seride, anevrizmaların ortalama çapları sırası ile; brakiyal arter 4,6 cm, radyal arter 2 cm, ulnar arter 1,4 cm idi.⁴ Bizim vakamız 9 cm'lik çap ile dev anevriz-

maya sahipti. İki santimetre ve altındaki anevrizmalarda spontan küçülme olasılığı yüksek olduğundan cerrahi tedaviye gerek duyulmazken, daha büyük çaptaki anevrizmalarda elektif cerrahi onarım düşük riskle yapılabilmesine karşın, müdahalede geç kalındığı takdirde hasta rüptür, yandaş ven basısına bağlı tromboz veya emboli riski ile karşı karşıya kalmaktadır.⁵ Son dönemlerde cerrahi dışı yöntemler de tedavi seçenekleri arasında olup; USG eşliğinde kompresyon, embolizasyon, kaplı stent konulması ve yine son yıllarda uygulanan direk trombin enjeksiyonu bunlar arasında bulunmaktadır.^{6,7} Olguların çoğu semptomatik olarak veya komplikasyonla başvurmakta olup, asemptomatik olanların da bir kısmı daha sonra semptomatik hale gelebilmektedir.

Sonuç olarak; üst ekstremitelerde psödoanevrizmaları nadir görülse de, psödoanevrizma yönünden şüphe duyulan hastalarda etiyoloji iyi bir şekilde araştırılmalıdır. Özellikle arter onarımları sonrasında da görülebileceği akılda tutulmalıdır. Bununla beraber, etiyoloji ne olursa olsun, semptomatik ve büyük çaptaki psödoanevrizmaların cerrahi onarımı geç kalınmadan uygulanmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Messina LM, Brothers TE, Wakefield TW, Zelenock GB, Lindenauer SM, Greenfield LJ, et al. Clinical characteristics and surgical management of vascular complications in patients undergoing cardiac catheterization: interventional versus diagnostic procedures. *J Vasc Surg* 1991;13(5):593-600.
2. Özcan H, Aytaç S. Alt ekstremitelerde arteriyel sistem patolojilerinde renkli doppler US uygulamaları. *Tanışal ve Girişimsel Radyoloji* 1998;4: 425-42.
3. Arslan C, Cantürk E, Kayhan B. [Giant pseudoaneurysm of axillary artery diagnosed lately: case report]. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 2009;21(3):481-3.
4. Gray RJ, Stone WM, Fowl RJ, Cherry KJ, Bower TC. Management of the aneurysms distal to the axillary artery. *J Vasc Surg* 1998;28(4): 606-10.
5. Crawford DL, Yuschak JV, McCombs PR. Pseudoaneurysm of the brachial artery from blunt trauma. *J Trauma* 1997;42(2):327-9.
6. Szendro G, Golcman L, Klimov A, et al. Arterial false aneurysms and their modern management. *Isr Med Assoc J* 2001;3(1):5-8.
7. Paricio-Carrion S, Collignon L. [Nonsurgical treatment of post-catheterization femoral pseudoaneurysm]. *Rev Med Liege* 2002;57(3): 155-60.