Damar Cerrahisi Dergisi 1993 (3), 122-126

Visseral Arter Anevrizmaları*

Yılmaz Özen, İsmet Taşdelen, Ender Gürpınar, Halil Bilgel, Ayhan Özdemir

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bursa

ÖZET

Visseral arter anevrizmaları, oldukça ender rastlanan, tanı ve tedavide güçlüklerle karşılaşılabilen ve bu durumda çok ciddi sonuçlara neden olabilen lezyonlardır. Bu çalışmada hastanemizde cerrahi tedavi uygulanan a. mesenterica superior, truncus coeliacus, a. splenica ve a. hepatica anevrizmalı 4 olgu ile ilgili görüşlerimiz ile literatür verileri irdelenmiştir.

SUMMARY

Visceral Artery Aneurysms

Visceral artery aneurysms are very rare lesions and when encountered the diagnosis and treatment may be difficult, and may cause very serious complications. In this study four patients with superior mesenteric artery (one case), coeliac truncus (one case), splenic artery (one case) and hepatic artery aneurysm (one case) who had been treated surgically at our hospital are presented and the literature is reviewed.

GİRİŞ

Visseral arter anevrizmaları, splanknik arterlerin çoğunu tutabilen, tanı ve tedavilerinde güçlükler bulunan heterojen bir lezyon grubunu oluştururlar.

Oldukça ender görülmelerine karşın, genellikle hayatı tehdit eden çok ciddi, bazen yanıltıcı kanamalarla ortaya çıkarlar ve çok kısa bir süre içinde tanı ve tedaviyi gerektirirler.

Nadir olarak şanslı bazı olgularda karın ağrısı ile birlikte tutulan organ ya da organlara ait semptom ve bulgular erkenen uyarıcı nitelikte seyreder ve günümüzün modern tanı yöntemlerinin uygulanmasıyla zamanında tanı konabilir ve cerrah da tedavi stratejisini belirleme fırsatı bulur.

Genel olarak etyolojileri, yerleşim ve görülüş biçimleri, doğal öykü ve tercih edilen tedavi yöntemleri farklı olabileceğinden her olgu ayrı bir antite olarak ele alınmalıdır.

Bu çalışmada değişik lokalizasyonda visseral arter anevrizmalı 4 olgu sunularak literatür gözden geçirilmiştir.

MATERYAL VE METOD

1 Olgu

T.A. 40 yaşında ev hanımı. 4 yıldan beri süregelen yaygın postprandial karın ağrısı ve bulantı ile özellikle son aylarda ağrıdan çekindiği

* Ulusal Damar Cerrahisi Kongresi 92 Ürgüp'te bildiri olarak sunulmuştur.

için yemek yiyememe sonucu kilo kaybı yakınmalarıyla başvurdu. Muayenesinde TA: 140/90 mmHg, NDS: 82. Göbek üstünde derin palpasyonla hassasiyet ve kitle saptandı. Dinlemekle hafif üfürüm vardı. Ultrasonografik incelemede paraaortik bölgede kitle (Tümör ?) olarak değerlendirildi. Eksploratris laparatomi yapıldı. A. mes. superior'un abdominal aortadan ayrılma yerinden 5 cm distalde 5x6x5 cm boyutlarında anevrizma tesbit edildi. Anevrizma eksizyonu ve safen ven interpozisyonu uygulandı. Preoperatuvar devrede sup. mezenterik arterin distaline nitrogliserinli serum perfüzyonu yapıldı. Postoperatif sorunu olmadı.

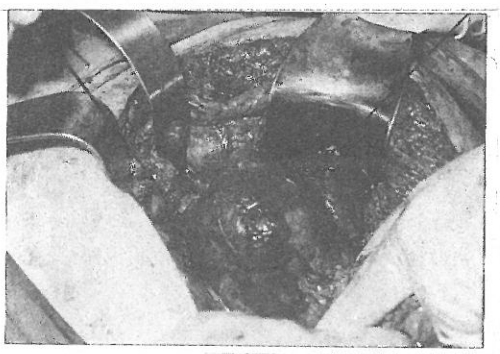
2. Olgu

N.Ş. 57 yaşında ev hanımı. 6 yıldan beri karnında rahatsızlık ve dolgunluk hissi, bazen yemeklerden sonra tüm karına yayılan ve birkaç saat süren şiddetli ağrı, bulantı ve kilo alamama yakınmaları ile başvurdu. Muayenesinde epigastriumda palpasyonla hassasiyet ve kitle saptandı. Ultrasonografide çöliak bölgede "damarsal yapılarla ilişkili kitle" olarak rapor edildi. Ameliyatta çöliak gövdede, Lineal, hepatik ve superior mezanterik arterleri içine alan 10x7 cm boyutlarında anevrizma belirlendi. Rezeke edilerek aorta bifurkasyonundan 14x7 mm. lik dacron knitted Y greft'in hepatik ve superior mezenterik artere anastomozu ile splenektomi yapıldı. Postoperatif sorunu olmadı. Cerrahi şifa ile taburcu edildi.

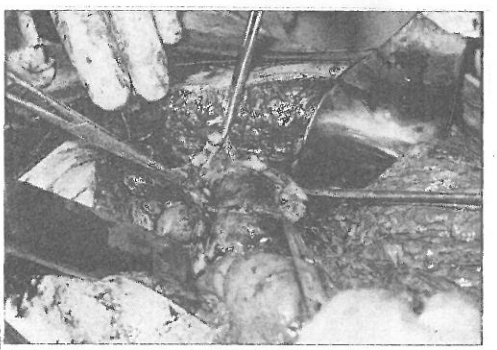
3. Olgu

M.E. 35 yaşında multipar ev hanımı. Karın sol üst kadranda lokalize ve sol skapulaya doğru yayılım gösteren ve eforla arttığı belirtilen ağrı ile anemi ve halsizlik yakınmalarıyla başvurdu.

Fizik muayenesinde belirgin bir patoloji tesbit edilmedi. Ultrasonografide 5 cm çapında splenik arter anevrizması tesbit edildi. Laparatomide splenik arterde 5 cm çaplı anevrizma tesbit edildi (Resim 1-2). Çift ligasyon ve splenektomi yapıldı. Postoperatif sorunu olmadı.



Resim 1.



Resim 2.

4. Olgu

N.L. 67 yaşında bayan hasta. Epigastriumda ağrı ve dispeptik yakınmaları nedeniyle peptik ülser tedavisi dahil birçok medikal tedavi uygulanmıştı. Son 1 ay içinde yakınmaları çok artan hastada gece yarısı abondan üst GİS kanaması başlamış ve şok tablosu içinde getirilmişti. Yoğun replasman ve resusitasyon sürdürülürken acil olarak ameliyata alındı. Duodenuma penetre olmuş hepatik arter anevrizması tesbit edildi (Resim 3).

Aktif kanama devam ediyordu ve mide duodenumu dolduran kan pıhtısı tarafından kısmen tampone durumdaydı. Sakkuler tarzdaki 5 cm çaplı anevrizma rezeke edilerek safen ven interpozisyonu uygulandı (Resim 4). Duodenumdaki defekt primer olarak sütüre edildi. Hasta postop-



Resim 3.



Resim 4.

eratif erken devrede gelişen akut myokard enfarktüsü ve ventriküler fibrilasyon nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA

Visseral arter anevrizmaları oldukça seyrek görülen lezyonlardır. Periferik arter anevrizmaları genellikle arterioskleroza bağlı gelişirken, visseral anevrizmaların etyolojisinde değişik birçok etken söz konusudur. Bu etkenlerin başlıcaları arterioskleroz, medial displazi, travma, cerrahi girişimler, gastrointestinal değişiklikler, mikotik embolizasyon, enfeksiyon, enflamasyon, kollajen vasküler hastalık ve konjenital anomalilerdir (1, 2, 3).

Klinik seyir genellikle nonspesifik karın ağrısı dispeptik yakınmalar gibi belirsiz semptomlar şeklindedir. Rüptür ile birlikte gelişen ani ve görültülü tablo çok kısa sürede tanı ve tedaviyi gerektirir. Kanama geliştikten sonra, cerrahi müdahale uygulanmasına zaman kalsa bile, lezyonun anatomik lokalizasyonu ve etyolojiye bağlı olmak üzere % 12-50 mortalite bildirilmektedir (4, 5, 6).

Visseral arter anevrizmaları en sık *splenik arterde* ve % 50'den fazla bir oranda görülmektedir (2). Daha çok bayanlarda görülürler ve kadın-erkek oranı 4:1'dir (7, 8). Bizim olgumuz da 35 yaşındaydı ve multipardı. % 7-20 oranında birlikte bulunabilen portal hipertansiyon (9) bizim hastamızda tesbit edilmedi.

Splenik arter anevrizmaları, primer arteriyel hasar (injury), pankreas ya da penetre ülser sonucu gelişmektedirler (5). Hamile kadınlarda gelişen anevrizmalar arteriyel dejenerasyon sonucu gelişir ve normal populasyona göre görülme sıklığı 8 kat fazladır. Bu olgularda esas hasarın nedeni, gebelik esnasında değişen hormonların etkisiyle medialdeki elastin komponentinde meydana gelen değişikliklerdir (7).

Gebelikte anevrizmal bir rüptür, hem fetus hem de anne için yüksek mortalite riski taşır (10, 11).

Hastalarda semptom ve klinik belirtiler az sayıda ve nonspesifiktir. Yayınlanmış 100 olgu'luk bir seride asemptomatik olgular % 17 olarak bildirilmiştir (12). % 40 olguda splenik arter anevrizması multipldir ve % 30 olguda hipertansiyon vardır (1).

Tanıda ultrasonografi sıklıkla yardımcı bir yöntemdir. Ancak splenik arter anevrizmasından kuşkulanıldığında en güvenilir yöntem anjiografidir.

En önemli komplikasyon olan rüptür geliştiğinde % 80 oranında periton içine kanama gelişir. Çapı 2 cm. den büyük olanlar yırtılmaya daha yatkın lezyonlardır. Olguların % 80'i kalsifiye olmakla birlikte bu kalsifikasyonun rüptürü önleyici bir etkisi yoktur (6). Olguların yaklaşık % 20'sinde geç rüptür görülmektedir (7). Bu durumda kanama küçük kurvatur içine doğru

gelişir ve giderek genişleyen bir hematom sol üst kadranda şiddetli bir ağrıya neden olur ve birçok başka intraabdominal akut batın patolojilerini andırır. Hematom patladığında ise şok tablosu hızla gelişir. Olayın bu şekildeki seyri *çifte yırtılma fenomeni* olarak tanımlanmıştır. Gebelerde gelişen rüptürlerde periton içi kanama şeklinde seyreder ve mortalite anne için % 75 bebek için % 95 olarak bildirilmiştir (3).

Genç olgularda dalağı koruyucu yaklaşımlar tercih edilir. Portal hipertansiyonlu olgularda çok sayıda kollateraller nedeniyle güçlüklerle karşılaşıldığından transkateter embolizasyon uygulanabilir (13).

Hepatik arter anevrizmalı olguların 1/3'ünde etken arteriosklerozdur (14). Travma, etyolojik faktör olarak halen ikinci sırada yer almakta, ancak sayı giderek artmaktadır (15). Olguların yaklaşık % 80 kadarı ekstrahepatik lokalizasyon gösterirler (7). Olguların çoğu semptomatikdir. Genellikle sağ üst kadranda lokalize sağ laterale ve posteriora yayılım gösteren ve yemeklerle ilgisi bulunmayan ağrı vardır. Safra kanallarına bası varsa biliyer kolik ve sarılık gelişebilir. Safra yollarına erozyonla açılma; gastrointestinal kanama, biliyer kolik ve sarılık triadı bulunan *hemobilia*'yı meydana getirir (16). Bazen geniş hepatik arter anevrizmaları periton boşluğuna rüptüre olabileceği gibi portal vene erode olup portal hipertansiyona ya da duodenuma erode olup masif üst GİS kanamasına yol açabilirler.

Rüptür komplikasyonu % 20-44 arasında görülmektedir ve mortalite % 100 olarak bildirilmiştir (1, 7). Bizim olgumuzda duodenuma penetrasyon ve erezyonla açılma sonucu masif üst gastrointestinal kanama ve derin şok tablosu mevcuttu. Hasta 67 yaşındaydı ve önceden bilinen kardiak sorunları vardı. Yoğun replasman ve resusitasyonu takiben ameliyata alınıp anevrizmektomi ve safen ven interpozisyonu yapıldı. Ancak erken postop. devrede miyokard enfarktüsü ve ventriküler fibrilasyon sonucu kaybedildi. Bu olgularda semptomlar gelişinceye kadar tanı koymanın güç olması önemli bir sorundur. En etkin yöntem anjiografidir ve hem tanı hem de cerrahi stratejinin belirlenmesinde büyük katkısı vardır.

Superior mezenterik arter anevrizmaları visseral arter anevrizmalarında üçüncü derecede sıklıkla görülürler ve tüm visseral anevrizmaların % 8 kadarını oluştururlar ve şimdiye kadar yaklaşık 100 olgu bildirilmiştir (6). % 50-60 kadarı mikotik orijinli olup bakteriyel endokardit veya ilaç bağımlılığı ile ileri derecede ilişkili görülmüştür (17). Diğer etkenler arterioskleroz, travma ve medial dejenerasyondur (18). Olguların çoğunda intestinal iskemiye bağlı semptomlar bulunur. Tanıda yine anjiografi en güvenilir yöntemdir.

Tanı konulmasını takiben tüm olgulara cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Olguların çoğunluğu mikotik orijinli olduğundan safen ven ile otojen greft kullanılmalı ve uzun süreli spesifik antibiotik verilmelidir. Akut tromboz ve intestinal iskemili olgularda revaskülarizasyon denenmeli, gerektiğinde rezeksiyon yapılmalıdır. Bizim olgumuzda da postprandial ağrı belirgin bir semptom olarak mevcuttu ve yemekten kaçınmaya bağlı olarak belirgin kilo kaybına neden olmuştu. Ameliyatta anevrizma eksize edilerek safen ven interpozisyonu uygulandı.

Çöliak arter anevrizmaları, visseral arter anevrizmalarının yaklaşık olarak % 4 kadarını oluştururlar (6). Çok büyük boyutlara ulaşmadığı taktirde klinik bulgular tanı koyduracak nitelikte değildir. Bizim olgumuzda 10x7x7 cm. boyutlara ulaşan kitle hem semptom hem de muayene bulguları yönünden uyarıcı nitelikteydi. Ultrasonografi kesin tanı için yeterli bilgi vermemekle beraber, klinik bulgularla birlikte değerlendirilince tanı koymak mümkün olmuştu. Ameliyatta anevrizma rezeke edildi ve 14x7 mm. lik dacron knitted-Y greft hepatik ve superior mezenterik arterlere anastomoz edildi ve splenektomi yapıldı. Postoperatif olağan seyirle hasta taburcu edildi.

Sonuç olarak, visseral arter anevrizmaları oldukça seyrek görülmekle birlikte sinsi seyirleri, prodrom belirti ve bulgularının pek bulunmayışına karşın rüptür komplikasyonunun çok büyük

oranda fatal seyretmesi nedeniyle şüpheli olguların ayırıcı tanısında titizlikle göz önünde bulundurulması gereken lezyonlardır.

KAYNAKLAR

1. Busuttil RW, Brin BJ. The diagnosis and management of visceral artery aneurysms. Surgery, 88 (5): 619-624, 1980.
2. Rogers DM, Thompson JE, Garrett WV, Talkington CM, Patman RD. Mesenteric vascular problems: a 26-year experience. Ann Surg. 195: 554-563, 1982.
3. Graham JM, McCollum CH, DeBakey ME. Aneurysms of the splanchnic arteries. Am J Surg 140: 787-801, 1980.
4. Stanley R Mandel, Poul F Öacgues, Matthew A. Mauro, Sanofsky S. Nonoperative management of peripancreatic arterial aneurysms. Ann Surg. 205 (2): 126-128, 1987.
5. Gadaez TR, Trunkey D, Kieffer RF. Visceral vessel erosion associated with pancreatitis. Arch Surg. 113: 1438-1440, 1978.
6. Busuttill RW, Freischla JA. Visceral arter aneurysms. Haimovici H. (ed) Vascular Surgery, Appleton-Century-Crofts, Conneticut, 1984, pp: 657-665.
7. Stanley JC, Thompson NW, Fry WJ. Splanchnic artery aneurysms. Arch Surg. 101: 689, 1970.
8. Stanley JC, Fry WJ. Pathogenesis and clinical significance of splenic artery aneurysms. Surgery. 76: 898, 1974.
9. Feist JG, Gajaraz A. Extra-and intrasplenic artery aneurysms in portal hypertension. Diagn Radiol. 125: 331, 1977.
10. Barrett J, Caldwell BH. Association of portal hypertansion and ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy. Obsttet Gynecol. 57: 225, 1981.
11. O'Grady JP, Day EJ. Splenic artery aneurysm rupture in pregnancy: A review and case report. Obstet Gynecol. 50: 627, 1977.
12. Trastek VF, Pairolero PC. Splenic artery aneurysms. Surgery. 91: 694, 1982.
13. Kadir S, Athanasou CA, Ring EJ. Transcaheter embolisation of intrahepatic arterial aneurysms. Radiol, 134: 335, 1980.
14. Wilson J. Lectures, Papers read before the Royal College of Surgeons, London 1814.
15. Hertzler PT, Thiele BL. Hepatic artery aneurysms. Surg Rounds. 32: 69, 1986.
16. Mathisen DJ, Anthanasoulis CA, Malt BA. Preservation of arterial blood flow to the liver. Goal in treatement of extrahepatic and posttraumatic intrahepatic aneurysms of the hepatic artery. Ann Surg. 196: 400- 1982.
17. Harlaftis NN, Akin JT. Hemobilia from ruptured hepatic artery aneurysm-report of a case and review of the literature. Am J Surg. 133: 229, 1977.
18. Christophe C, Burnist W. Ruptured mycotic aneurysm of the superior mesenteric artery secondary to bacterial endocarditis in a 6 year old girl. Radiology, 15: 202-205, 1985.
19. Gebauer VA. Aneurysm of the superior mesenteric artery: Its diagnosis and clinical significance. ROFO, 141: 529-532, 1984.

Yazışma Adresi
Yard. Doç. Dr. Yılmaz ÖZEN
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD
Gömükle, 16059 BURSA