

Splenik arter anevrizmalarında endovasküler yöntemler

Endovascular methods in the splenic artery aneurysm

Alper Uçak,¹ Veysel Temizkan,¹ Gökhan İnançil²

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, ¹Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, ²Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

Sayın Editör,

Derginizin 2013 yılı 3. sayısında yayımlanan Uyar ve ark.nın^[1] “Dev splenik arter anevrizması: Olgu sunumu” başlıklı yazısını ilgi ile okuduk. Uyar ve ark.,^[1] öyküsünde efor sonrası göğüste batıcı tarzda ağrısı ve geçirilmiş pankreatit tanısı olan 63 yaşındaki erkek hastaya, çekilen abdomen bilgisayarlı tomografi sonucunda 23 cm çapında dev splenik arter anevrizma tanısını koymuşlardır. Dev splenik arter anevrizmasını, kese rezeksiyonu ve splenik arterin uç uca anastomozu tekniğini kullanarak tedavi etmişlerdir. Öncelikle, bizim dikkatimizi çeken ve nadir görülen bu olgunun başarılı ameliyatından dolayı Uyar ve arkadaşlarını tebrik ederiz. Bunun yanında, dev splenik arter anevrizmalarının tedavisinde endovasküler yaklaşımlar konusunda birkaç noktaya değinmek istiyoruz.

Splenik arter anevrizmalarında geleneksel tedavi yöntemi cerrahi olmakla birlikte, splenektomi ve distal pankreatektominin de eşlik etmesiyle morbidite ve mortalitede (elektif cerrahi %5, acil olgular %40) önemli ölçüde artışlar görülebilmektedir.^[2,3] Bununla birlikte, son yıllarda endovasküler yaklaşımlar minimal invaziv ve hasta konforu açısından oldukça yaygın kullanılabilir hale gelmiştir.^[4] Endovasküler anevrizma onarımı stent greft, koil embolizasyon ya da vasküler tıkaç yöntemleri şeklinde uygulanabilmektedir. Uygun olgularda stent greft uygulaması ile anevrizma eksklüzyonu sağlanarak arteriyel akım korunabilmektedir.^[5] Koil embolizasyon ise dar boyunlu sakküler anevrizma ve kıvrımlı anevrizma tıkanmaları için mükemmel alternatif endo-

vasküler yaklaşımlardandır. Geniş boyunlu anevrizmalarda ise kesenin proksimali ve distaline koil atılarak anevrizma eksklüzyonu sağlanabilir. Yine anevrizma kesesindeki uygun boyna bağlı olarak vasküler tıkaçlar uygulanabilmektedir.^[4,5] Bu yöntemler aynı zamanda rüptüre splenik arter anevrizmalarında da iyi bir seçenek olabilir. Fakat, bası semptomları oluşturan dev anevrizmalarda cerrahi tedavi seçeneği altın standartı oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, dev splenik arter anevrizmalarında, endovasküler tedavi yaklaşımları lokal anestezi altında minimal invaziv olması, hasta konforu ve hastanede kalış süresinin kısa olması yönünden oldukça avantajlıdır. Aynı zamanda splenik akımı korumasından dolayı uygun olgularda uygulanabilirliği göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Uyar İS, Okur FF, Akpınar B, Abacılar F, Yurtman V, Şahin V ve ark. Dev splenik arter anevrizması: Olgu sunumu. Turk Kalp Dama 2013;21:799-802.
2. Lee PC, Rhee RY, Gordon RY, Fung JJ, Webster MW. Management of splenic artery aneurysms: the significance of portal and essential hypertension. J Am Coll Surg 1999;189:483-90.
3. Pulli R, Innocenti AA, Barbanti E, Dorigo W, Turini F, Gatti M, et al. Early and long-term results of surgical treatment of splenic artery aneurysms. Am J Surg 2001;182:520-3.
4. Uğur M, Alp İ, Arslan G, Şenay Ş, Selçuk İ, Selçuk A ve ark. Vasküler hastalıkların yönetiminde endovasküler ve hibrid uygulamalar: Kardiyovasküler cerrahi kliniği deneyimleri. Turk Kalp Dama 2012;20:230-42.
5. Manian U, Badri H, Coyne P, Nice C, Ashour H, Bhattacharya V. Endovascular Treatment of a Ruptured Splenic Artery Aneurysm using Amplatzer® Vascular Plug. Int J Biomed Sci 2009;5:81-4.

Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

Derginizin 2013 yılı 3. sayısında yayımlanan “Dev splenik arter anevrizması: Olgu sunumu” başlıklı yazımızla ilgili eleştirileri ilgi ile okudum. Öncelikle meslektaşlarımızın ilgilerine ve olumlu katkılarına çok teşekkür ederim.



Yapılan eleştiride/katkıda; “Sonuç olarak, dev splenik arter anevrizmalarında, endovasküler tedavi yaklaşımları lokal anestezi altında minimal invaziv olması, hasta konforu ve hastanede kalış süresinin kısa olması yönünden oldukça avantajlıdır. Aynı zamanda splenik akımı korumasından dolayı uygun olgularda uygulanabilirliği göz önünde bulundurulmalıdır” şeklinde özetlenen görüşlerini gönülden desteklediğimizi belirtmek isterim.

Bu görüşlerde belirtilen konulara, ayrıntıya girilmeden yazımızın tartışma bölümünde, beşinci paragrafta değinilmişti. “Tedavi yaklaşım seçenekleri; cerrahi girişim, transkütan embolizasyon veya laparoskopik ligasyondur. Anevrizmanın anatomik yapısı, hastanın klinik durumu ve kullanılacak teknik, tedavinin seçiminde önemlidir. Son yıllarda perkütan transarteriyel embolizasyon uygulamaları gittikçe artmaktadır. Seçilmiş olgularda laparoskopik onarım da uygulanabilir” ifadesi, sanırım eleştiri yazısında vurgulanan konularla paralellik arz etmektedir.^[1]

Bununla birlikte belirtmek istediğimiz birkaç husus aşağıda maddeler halinde sunulmuştur:

1. Büyük splenik arter anevrizmalarında, ders kitaplarında vurgulanan tedavi yaklaşımlarında ilk seçenek cerrahi yaklaşımlardır.^[2]
2. Koil embolizasyon daha çok psödoanevrizmalarda tercih edilen bir tedavi seçeneğidir.^[2] Bizim olgumuzda gerçek bir anevrizma saptandı, ayrıca anevrizma kesesinin içinin mural trombus ile dolu olması ve hastanın dalağının korunabilmesi cerrahi tedaviyi daha üstün kılmaktadır.
3. İyi yapılan açık cerrahi; sonuçlarının daha iyi bilinmesi, end-organ koruyucu olması ve zamanla yeni bir girişim gerektirmemesi gibi avantajlara sahiptir.
4. Çapı 23 cm'ye ulaşan dev bir splenik arter anevrizmasının endovasküler girişimlerle tedavi edildiği örneğine literatürde rastlamadık. Dolayısıyla böyle bir tedavi seçeneğinin sonuçları

konusunda yeterli veri bulunmamaktadır. Ayrıca bu çapta ve çevre dokulara bası semptomları veren bir anevrizmanın endovasküler tedavi sonrası yeterli regresyonundan bahsedilemez. Ders kitaplarında 6 cm'lik bir anevrizma, işlem sonrası en fazla 5 cm çapa gerileyebilmektedir.^[3]

5. Yazımızda belirtildiği gibi bizim olgumuzda nativ arter devamlılığı sağlanmış olup, endostent gibi yabancı materyal kullanımından ve bu materyallere ait oluşabilecek sekonder komplikasyonların önüne geçilmiştir.

Sonuç olarak, bizim olgumuzda, splenik arter anevrizma çapı 23 cm idi. Splenik arterin kıvrımlı yapısı, çevre organlarla yakın ilişkisi ve bası bulgularının olması (özellikle pankreas) perkütan invaziv işlemlerin kullanımını imkansız hale getirmiştir. Bizim olgumuzda dev bir anevrizma tam olarak rezeke edildi ve splenik arter bütünlüğü, dolayısıyla da dalak beslenmesi bozulmadı. Teknik olarak invaziv girişimlere uygun değildi.

Katkılarından dolayı tüm arkadaşlara teşekkür ediyoruz.

KAYNAKLAR

1. Uyar IS, Okur FF, Akpınar B, Abacılar F, Yurtman V, Şahin V ve ark. Dev splenik arter anevrizması: Olgu sunumu. Türk Kalp Dama 2013;21:799-802.
2. Stanley JC, Upchure GR, Henke PK. Treatment of splanchnic and renal artery aneurysms. In: Zelenock GB, Huber TS, Messina LM, Lumsden AB, Moneta GL, editors. Mastery of vascular and endovascular surgery. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 177-87.
3. Hinchliffe RJ, Hopkinson BR. Mastery of endovascular surgical treatment of abdominal aortic aneurysms. In: Zelenock GB, Huber TS, Messina LM, Lumsden AB, Moneta GL, editors. Mastery of vascular and endovascular surgery. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 139-47.

Tüm yazarlar adına,

İletişim adresi: Dr. İhsan Sami Uyar. Şifa Üniversitesi Bornova Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 35100 Bornova, İzmir, Türkiye.

Tel: 0505 - 740 88 13 e-posta: ihsansami@hotmail.com