

Dev splenik arter anevrizması: Olgu sunumu

A giant splenic artery aneurysm: a case report

İhsan Sami Uyar, Faik Fevzi Okur, Beşir Akpınar, Feyzi Abacılar, Volkan Yurtman, Veysel Şahin, Mehmet Ateş

Şifa Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir, Türkiye

Splenik arter anevrizmaları genellikle asemptomatik seyir izleyen, ancak rüptür ve ölümcül kanama riski taşıyan, nadir görülen klinik durumlardır. Bu yazıda, batında pulsatil kitlesi olan 63 yaşında bir erkek olgu sunuldu. Bilgisayarlı tomografi (BT) ile tespit edildiği üzere, çapı 23 cm'ye ulaşan splenik arter anevrizması pankreasa sıkıca yapıştı. Anevrizma kesesi açık cerrahi yöntemle çıkartıldı ve splenik arter uç uca anastomoz edilerek, splenektomi yapılmasına gerek duyulmadı.

Anahtar sözcükler: Dev anevrizma; splenik arter; cerrahi yöntem.

Splenik arter anevrizması (SAA) visseral arter anevrizmaları içinde en sık görülen ve rüptür ihtimali ya da komşu organ erozyonu nedeniyle önem taşıyan abdominal bir lezyondur. Visseral arter anevrizmaları içinde en sık görülen anevrizma türü SAA olup tüm visseral anevrizmalar içinde yaklaşık %60-70 oranında rastlanır.^[1] Yaşla birlikte SAA rüptür olasılığı artmaktadır. Olguların %10.4'ünün 60 yaş üzerinde olduğu bilinmektedir.^[2] Daha çok kadınlarda görülen (kadın: erkek= 4:1) bu lezyonların genellikle 1/3'ü multipl olup daha çok arterin distalinde yerleşiktir. Ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografinin (BT) yaygın kullanımı asemptomatik SAA'nın giderek daha sıklıkla tespit edilmesini sağlamıştır. Literatürde anevrizma çapının 10 cm'nin üstünde olduğu olgular dev SAA olarak tanımlanmaktadır.^[3,4]

OLGU SUNUMU

Altmış üç yaşında, erkek hasta bir yıldır efor ve beslenme sonrası karın ve göğüs bölgesinde kısa süreli batıcı ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Klinik

Splenic artery aneurysms are uncommon clinical entities which usually follow an asymptomatic course having the risk for rupture and fatal hemorrhage. In this article, we present a 63-year-old male case with an abdominal pulsatile mass. As revealed by computed tomography (CT), a 23-cm diameter splenic artery aneurysm was strictly adherent to pancreas. The aneurysmal sac was excised through open surgical method and end-to-end anastomosis was performed on the splenic artery without any need to perform splenectomy.

Key words: Huge aneurysm; splenic artery; surgical method.

öyküde yedi sene öncesinden başlayan kronik pankreatit yakınması nedeniyle hastaneye yatırılıp tedavi gördüğü öğrenildi. Nedene yönelik kardiyak, göğüs hastalıkları ve gastroenterolojik değerlendirmeler sırasında yapılan abdominal USG'de kitle lezyonunun vasküler kökenli olduğu görüldü. Tüm batın BT sonrasında da çölyak arteriyografi yapıldı. Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde splenik arterin orta bölümünde 23 cm çapında sakküler anevrizma bulunduğu tespit edildi. Anevrizma kesesi, pankreas dokusuna sıkıca yapışık idi ve ilk değerlendirmede pankreas başına ait bir kitle imajı oluşturuyordu (Şekil 1, 2).

Hastaya öncelikle hastalığı ile ilgili sözlü açıklamalarda bulunuldu, sonrasında ayrıntılı bilgilendirme onam formu imzalatılarak alındı. Hastaya laparotomi uygulandı. Çölyak arter gövdesi eksplere edildi. Splenik arterin orta bölümünde yaklaşık 23 cm çapında duvarı kalsifik sakküler anevrizma eksplere edildi (Şekil 3). Kitle pankreas dokusundan titizlikle ayrıldı. Kitle eksize edildi. Sonrasında splenik arter uç-uca anastomoz edilerek işlem sonlandırıldı. Splenektomi

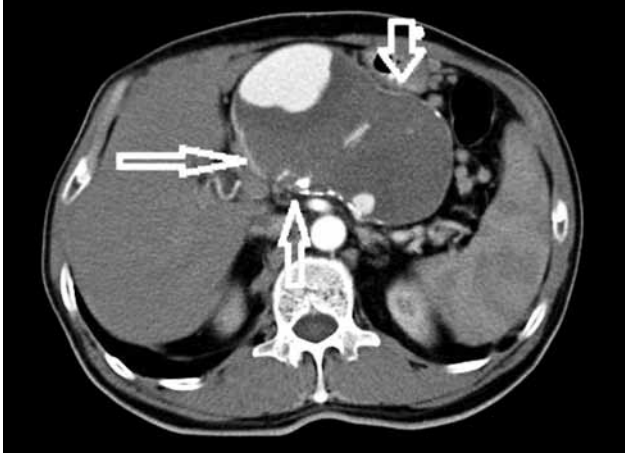


Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.6286
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 29 Kasım 2011 *Kabul tarihi:* 28 Şubat 2012

Yazışma adresi: Dr. İhsan Sami Uyar, Şifa Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 35240 Konak, İzmir, Türkiye.

Tel: 0232 - 343 44 45 e-posta: ihsansami@hotmail.com

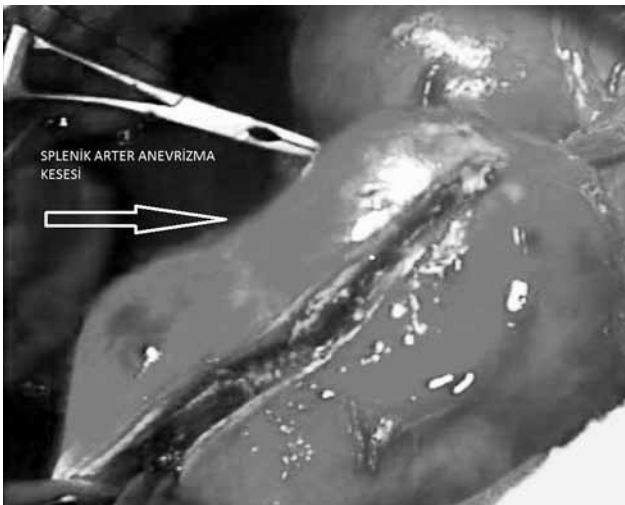


Şekil 1. Lezyonun pankreastan net sınırlarla ayrımının yapılmadığı bilgisayarlı tomografi kesiti.

yapılmadı. Ameliyat sonrası dönem sorunsuz geçirildi. Çıkarılan materyalin histopatolojik incelemesi sonucunda trombus materyalleri ve arter duvarı rapor edildi. Çekilen kontrol BT anjiyografi sonucu splenik arterin çapı ve seyri tamamen normal olarak değerlendirildi ve hasta 4. günde hastaneden taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolde hastanın tüm yakınmaları kaybolmuştu.

TARTIŞMA

Visseral arter anevrizmaları seyrek görülmesine karşın (%0.16) rüptür ihtimali veya erozyona bağlı ciddi kanama potansiyeli taşımaları nedeniyle önemli lezyonlardır. Bunlar içinde en sık görülen SAA olup 60 yaş üzeri hastalardaki otopsi çalışmalarında oran %10'ları bulabilmektedir.^[4]



Şekil 3. Ameliyat sırasında splenik arter anevrizmasının görünümü.



Şekil 2. Dev anevrizma kitlesinin görüntüsü.

Etyolojik olarak literatürde ateroskleroz, fibromusküler displazi, portal hipertansiyon, iskemi ve travma sonrasında görülen SAA olguları bildirilmiştir. Ateroskleroz en sık neden olup lezyonların %80'inde anevrizma duvarı kalsifiktir.^[4-6] Jung ve ark.nın^[7] olgu serisinde %26.7 kronik pankreatit ve pankreatik psödokist, %6.7 akut pankreatit ile birliktelik saptanmıştır. Arter duvarının elastik yapısındaki dejenerasyonun anevrizmanın gelişiminde rol oynadığı bildirilmiştir.^[8] Hasta asemptomatik olabilir



Şekil 4. Ameliyat sonrası çekilen bilgisayarlı tomografi anjiyografi.

veya batında pulsatil bir kitlenin fark edilmesiyle de hastaneye başvurabilir.

Splenik arter anevrizmasının en önemli komplikasyonu rüptürdür. Rüptür bazen ilk ve tek bulgu olabilir, her yaşta görülebilmekle beraber yaşla rüptür ihtimali artar. Rüptür olasılığı %2-9 oranında değişmektedir.^[2,3] Anevrizma çapı 2 cm'yi aştığında rüptür tehlikesi fazladır. Rüptüre olgularda mortalite %20'dir.^[2,7] Hamilelerde ise bu oran %20-50 olup özellikle 3. trimester en tehlikeli dönemdir.^[3] Splenik arter anevrizması olgularının %80'inin duvarının kalsifik olmasına karşın bunun rüptüre karşı koruyucu olmadığı bilinmektedir. Rüptür genellikle karın boşluğuna olur ve hızla hemorajik şok gelişir. Bağırsak lumenine ve splenik ven içine rüptür olguları da bildirilmiştir.^[9] Gebelikte rüptür olduğunda anne için mortalite oranı %70 iken, fetus için bu oran %95'dir.^[2] Progresif büyüme ve rüptür nedeniyle erken tanı çok önemlidir. Asemptomatik olgular rastlantı sonucu tanınabilir. Ultrasonografi, BT, anjiyografi gibi abdominal inceleme yöntemleri ile tanı koymak mümkündür. Özellikle küçük ve nonkalsifik lezyonlarda USG yeterli olabilir Ancak Doppler sonografi daha değerlidir.

Son yıllarda artan oranlarda SAA bildirilmesine karşın literatürde tedavi konusunda fikir birliği yoktur. Tedavi planlamasında hastanın yaşı, cinsiyeti, var olan semptomları, anevrizmanın büyüklüğü ve nedeni dikkate alınmalıdır. Günümüzde küçük asemptomatik anevrizmalara cerrahi önerilmemektedir.^[1] Çapı 2 cm'den büyük asemptomatik ve tüm semptomatik olgular tedavi edilmelidir çünkü bu olgular rüptür riski taşırlar.^[10] Beta bloker ajanların rüptür riskini azaltabileceği vurgulanmıştır.^[11]

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.^[12-14] Rüptür durumunda, 2 cm'den büyük lezyonlarda veya pankreatik psödokistyle birlikte olan olgularda açık cerrahinin daha iyi olduğunu bildiren yayınlar vardır.^[4,15] Açık cerrahi sırasında anevrizmanın yerine ve büyüklüğüne uygun; rezeksiyon + ligasyon, rezeksiyon + rekonstrüksiyon, rezeksiyon + splenektomi gibi seçenekler söz konusudur. Günümüzde dalağın korunması önerilmektedir.^[3] Proksimal yerleşimli anevrizmalarda splenektomi gerekli olmayabilir. Splenik pediküldeki, dalak kapsülüne komşu lezyonlarda rekonstrüksiyonun teknik olarak zor olacağı düşünülmektedir.^[16] Geniş splenik arter anevrizmalarında bazen uygulanan distal

pankreatektomi morbiditesi yüksek bir cerrahi işlem olarak kabul edilmektedir.^[14] Portal hipertansiyonlu olgular yaygın kollateral nedeniyle açık cerrahi için uygun olmayabilir. Ancak bu olgularda arteriyel embolizasyon girişimi başarıyla uygulanabilir.^[4] Sürgit ve ark.^[16] aynı hastada aynı seansa laparoskopik yöntemle splenektomi ve anevrizma rezeksiyonu uygulamışlardır.

Bizim olgumuzda anevrizma çapı 23 cm olarak ölçüldü. Hastanın kronik pankreatit öyküsü vardı ve BT görüntülemesinde pankreasa sıkı yapışıklık görüldü. Bu nedenle bizim olgumuzda elektif şartlarda cerrahi tedavi uygulandı. Pankreas dokusuna yapışık olan anevrizma pankreastan dikkatlice diseke edildi. Lezyonun diseksiyonunda dikkatli davranıldı ve sonrasında splenik arter uç-uca anastomoz edildi. Kontrol anjiyografisinde darlık saptanmadı (Şekil 4). Ameliyat sonrası dönemde sorun yaşanmadı ve hasta 4. gün taburcu edildi.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Kalko Y, Ugurlucan M, Basaran M, Kafali E, Aydin U, Kafa U, et al. Visceral artery aneurysms. Heart Surg Forum 2007;10:E24-9.
2. Özdemir AP, Ökten RS, Işıksalan N, Tola M, Yurdakul M, Ölçer T, et al. İki olgu ile splenik arter ve renal arter anevrizmasının gözden geçirilmesi. J Ist Faculty Med 2011;74:32-4.
3. Pescarus R, Montreuil B, Bendavid Y. Giant splenic artery aneurysms: case report and review of the literature. J Vasc Surg 2005;42:344-7.
4. Upchurch GR, Zelenock GB, Stanly JC. Splanchnic artery aneurysms. In: Rutherford RB, editor. Vascular surgery. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 1565-81.
5. Trastek VF, Pairolero PC, Bernatz PE. Splenic artery aneurysms. World J Surg 1985;9:378-83.
6. Mentzel HJ, Seidel J, Vogt S, Vogt L, Kaiser WA. Vascular complications (splenic and hepatic artery aneurysms) in the occipital horn syndrome: report of a patient and review of the literature. Pediatr Radiol 1999;29:19-22.
7. Jung SI, Joh YG, Um JW, Suh SO, Whang CW, Corbascio M. The Seoul experience of splenic artery aneurysms. Ann Chir Gynaecol 2001;90:10-4.
8. Barrett JM, Caldwell BH. Association of portal hypertension and ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy. Obstet Gynecol 1981;57:255-7.
9. Carr SC, Pearce WH, Vogelzang RL, McCarthy WJ,

- Nemcek AA Jr, Yao JS. Current management of visceral artery aneurysms. *Surgery* 1996;120:627-33.
10. Merlo M, Cumino A, Pecchio A, Carignano G, Mioli PR, Cassolino P. Splenic artery aneurysm. Two successfully operated cases. *Minerva Cardioangiol* 1998;46:123-6. [Abstract]
 11. Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ, Gloviczki P, Oldenburg WA, Pairolero PC, et al. Splenic artery aneurysms: two decades experience at Mayo clinic. *Ann Vasc Surg* 2002;16:442-9.
 12. Matsumoto K, Ohgami M, Shirasugi N, Nohga K, Kitajima M. A first case report of the successful laparoscopic repair of a splenic artery aneurysm. *Surgery* 1997;121:462-4.
 13. Lai PB, Leung KL, Lau WY. Laparoscopic repair of a splenic artery aneurysm. *Surgery* 1998;123:247-8.
 14. Røkke O, Søndena K, Amundsen SR, Bjerke Larssen T, Jensen D. Successful management of eleven splanchnic artery aneurysms. *Eur J Surg* 1997;163:411-7.
 15. Pulli R, Dorigo W, Troisi N, Pratesi G, Innocenti AA, Pratesi C. Surgical treatment of visceral artery aneurysms: A 25-year experience. *J Vasc Surg* 2008 ;48:334-42. doi: 10.1016/j.jvs.2008.03.043.
 16. Sürgit Ö, Akkurt G, İnan A, Dener C. Splenik arter anevrizma olgusunda laparoskopik anevrizma rezeksiyonu ve laparoskopik splenektomi. *Yeni Tıp Dergisi* 2011;28:120-2.