

Dev arteriyosklerotik aksiller arter anevrizması: Olgu sunumu

A giant arteriosclerotic aneurysm of the axillary artery

Ömer Tetik,¹ Mehmet Yazıcı,² Kıvanç Bayatlı,¹ Ali Gürbüz¹

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir;

²İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

Arteriyosklerotik aksiller arter anevrizmaları çok nadirdir. Altmış dokuz yaşında erkek hasta, sağ kol ve önkolda uyuşma ve koltuk altında şişlik yakınmasıyla başvurdu. Hastaya, dokuz yıl önce sol aksiller arter anevrizması nedeniyle anevrizmektomi ve greft interpozisyonu yapılmıştı. Dupleks ultrasonografide 40x50 mm, dinamik toraks bilgisayarlı tomografide 44 mm boyutlarında aksiller arter anevrizması saptandı. Genel anestezi altında, aksiller arter anevrizması rezeke edildi. Histopatolojik incelemede arteriyosklerotik dejeneratif değişiklikler görüldü. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçiren hasta yedinci günde taburcu edildi.

Anahtar sözcükler: Anevrizma/cerrahi/radyografi; arteriyoskleroz; aksiller arter/cerrahi/radyografi.

Arteriosclerotic aneurysms of the axillary artery are very rare. A 69-year-old male patient presented with complaints of numbness in the right upper extremity and forearm and a swelling in the axilla. He had a nine-year history of aneurysmectomy with graft interpositioning for a left-sided axillary artery aneurysm. A giant axillary artery aneurysm was detected by Doppler ultrasonography (40x50 mm) and dynamic computed tomography of the thorax (44 mm). Under general anesthesia, the aneurysm was resected. Histopathologic examination showed arteriosclerotic degenerative changes. Following an uneventful course, the patient was discharged on the seventh postoperative day.

Key words: Aneurysm/surgery/radiography; arteriosclerosis; axillary artery/surgery/radiography.

Aksiller arter anevrizmaları oldukça nadir görülür. Çoğunluğu künt ve penetre travmalar sonucu gelişirler. Arteriyosklerotik aksiller arter anevrizmaları ise çok nadirdir. Brakiyal pleksusa komşulukları nedeniyle vasküler komplikasyonlar yanı sıra nörolojik komplikasyonlara da neden olurlar.^[1-6]

Bu yazıda, sol aksiller arter anevrizması nedeniyle anevrizmektomi yapıldıktan sonra gelişen sağ aksiller arter anevrizması nedeniyle ameliyat edilen bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Altmış dokuz yaşında, çiftçi, erkek hasta, sağ kol ve önkolda uyuşma ve koltuk altında şişlik yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Hasta, dokuz yıl önce sol aksiller arter anevrizması nedeniyle anevrizmektomi ve greft interpozisyonu, iki yıl önce de koroner arter hastalığı nedeniyle koroner arter baypas ameliyatı geçirmişti. Bu sırada sağ aksiller arter dilatasyonu saptanmış; fakat, ameliyata uygun görülmemekle hastaya bu açıdan kontrollere gelmesi söylenmişti. Ancak, kontrollere gelme-

yen hasta, iki yıl sonra büyük bir aksiller arter anevrizması nedeniyle kliniğimize başvurdu.

İlk muayenesinde kan basıncı 110/70 mmHg, kalp hızı 90 atım/dak ölçüldü; hasta sinüs ritmindeydi. Fizik bakısında sağ aksiller bölgede yaklaşık 60 mm boyutlarında pulsatil kitle görüldü. Her iki üst ekstremitede de arter nabızları elle alınıyordu. Elektrokardiyografide iskemi ve aritmi saptanmadı; submaksimal efor elektrokardiyografi testi negatifti. Miyokard iskemisi, anevrizmaya bağlı tromboembolik komplikasyon ve üst ekstremitate iskemisi saptanmadığı için koroner ve üst ekstremitate anjiyografisi çekilmedi. Dupleks ultrasonografide 40x50 mm, dinamik toraks bilgisayarlı tomografide (BT) 44 mm boyutlarında aksiller arter anevrizması saptandı (Şekil 1a). Transtorasik ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %50 idi ve hafif mitral yetersizlik vardı; laboratuvar incelemelerinde hiperlipidemi saptandı. Olguda bağ dokusu hastalığına ait herhangi bir bulgu görülmedi. Abdominal aort ve alt ekstremitate arteriyel sistemin dupleks ultrasonografik incelemesinde anevrizmaya rastlanmadı.

Geliş tarihi: 8 Mayıs 2004 Kabul tarihi: 8 Ağustos 2004

Yazışma adresi: Dr. Ömer Tetik, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 35360 İzmir.
Tel: 0232 - 243 43 43 / 2558 e-posta: omer_tetik@hotmail.com

Hastanın kullanmakta olduğu asetilsalisilik asit ameliyattan yedi gün önce kesildi ve düşük molekülü heparine başlandı. Hasta genel anestezi altında ameliyata alındı. Sağ deltoideopektoral-infraklaviküler insizyon yapıldı. Önce subklavyen arter, sonra distal aksiller arter askıya alındı. İntravenöz 1 ml heparin enjeksiyonundan sonra subklavyen ve aksiller arterlere vasküler klempler konularak yaklaşık 60 mm çapındaki aksiller arter anevrizması rezekte edildi (Şekil 1b, c). Politetraflouroetilen (PTFE) ringli tübüler greftle, sağ subklavyen-aksiller arter arasına interpozisyon uygulandı. Katlar anatomiye uygun olarak kapatıldı. Rezekte edilen anevrizma duvarının histopatolojik incelemesinde arteriyosklerotik dejeneratif değişiklikler saptandı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçen ve periferik nabızları elle alınabilen hasta yedinci günde taburcu edildi.

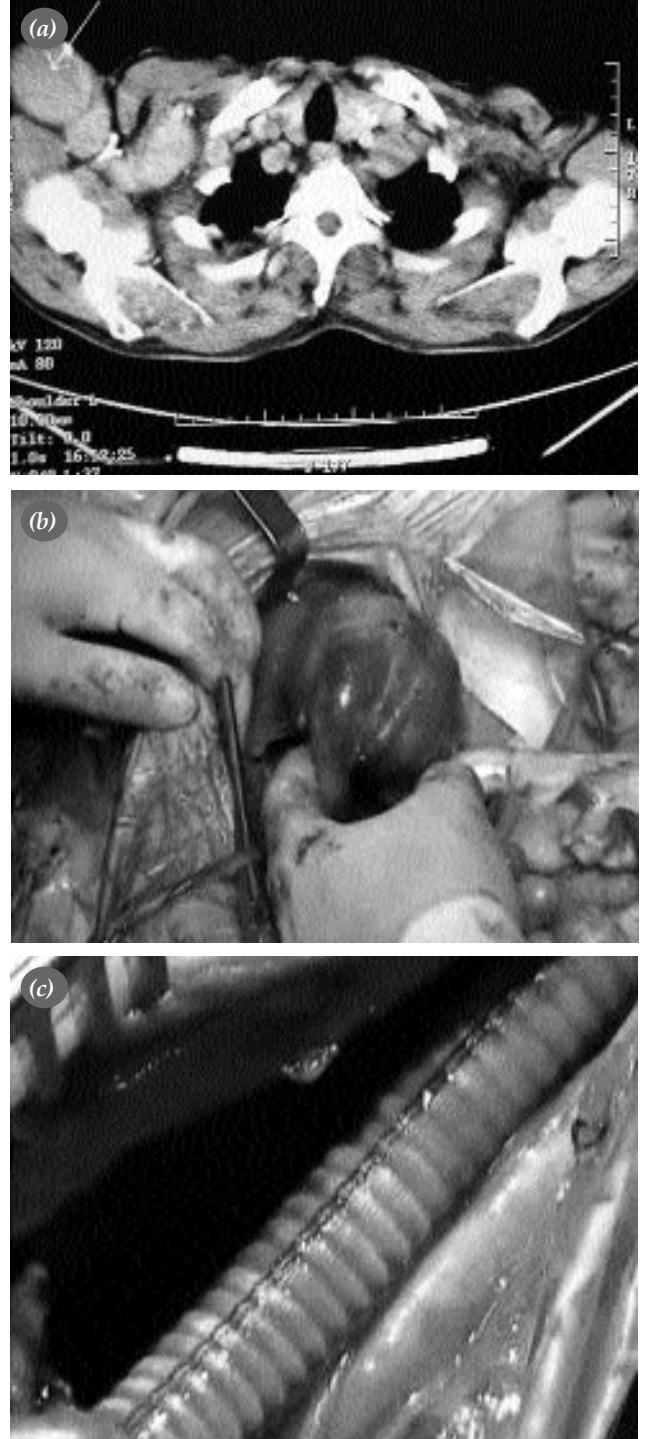
TARTIŞMA

Aksiller arter anevrizmaları oldukça nadirdir. Bu anevrizmaların çoğunun etyolojisinde künt ve penetre travma rol oynar. İyatrojenik nedenler ve travmaya ya da kronik koltukaltı değneği kullanımına bağlı, torasik çıkış sendromlu hastalarda postobstrüktif lezyonlar olarak da gelişebilir.^[7] Aterosklerotik nedenli gerçek aksiller arter anevrizmaları ise çok nadirdir. Szuchmacher ve Freed^[8] bir hastada iki taraflı, diğerinde ise tek taraflı olmak üzere iki olguda; Michalakos ve ark.^[11] bir, Neumayer ve ark.^[5] iki olguda aterosklerotik aksiller arter anevrizması bildirmişlerdir. İki taraflı aksiller arter anevrizmalarına çok nadir rastlanmaktadır. Her iki aksiller arterde aterosklerotik anevrizma olması, olgumuza özellik kazandırmaktadır.

Aksiller arter anevrizmaları, brakiyal pleksusa baskı yapmaları sonucu kalıcı veya geçici nörolojik bozukluklara neden olabilirler. Bu anevrizmaların önemli bir özelliği de tromboembolik komplikasyonlara neden olabilmeleridir.^[7,8] Olgumuzda sağ koltuk altında pulsatil kitle, sağ kol ve önkolda uyuşma şikayeti vardı. Sağ üst ekstremitede arteriyel nabızlar elle alınabiliyordu ve vasküler belirtileri yoktu. Selektif üst ekstremitte arteriyografi, torasik çıkış damarlarının travma, obstrüktif lezyon ve anevrizmal patolojilerinde en önemli tanı yöntemidir.^[1,6,7] Kontraslı BT ve renkli Doppler ultrasonografi de bu anevrizmalarda tanısal öneme sahiptir.^[9] Olgumuzda tanı için kontrastlı BT ve renkli Doppler ultrasonografi uygulandı.

Birçok vasküler sorunda endovasküler teknikler kullanılmasına karşın, geleneksel cerrahi yaklaşım halen en iyi yöntem olarak yerini korumaktadır. Aksiller arter anevrizmalarının cerrahi tedavisinde güncel yaklaşım, anevrizmektomi ve safen ven greftiyle interpozisyon uygulamasıdır. Komşuluk nedeniyle brakiyal pleksusa zarar vermemeye özen gösterilmelidir.^[1,6] Aksiller arter rekonstrüksiyonunda prostetik greftler başarıyla kulla-

nılıyorsa da, uzun dönem açıklık oranının daha iyi olması nedeniyle, üst ekstremitte arteriyel rekonstrüksiyonunda öncelikle safen ven greftinin tercih edilmesi gerekir.^[1,10] Olgumuzda safen ven daha önceki koroner baypas ameliyatında kullanıldığı için ringli PTFE greft



Şekil 1. Aksiller arter anevrizmasının (a) bilgisayarlı tomografik görünümü, (b) ameliyat anındaki görünümü ve (c) aksiller arterin greftlenmiş hali.

kullanılmıştır. Bazen komşu brakial ya da aksiller ven kullanılmaktadır. Fakat, bu venlerin duvarı çok ince olduğundan zamanla anevrizma gelişebilir. Bu nedenle, safen ven tercih edilen grefttir.^[7]

Nörolojik komplikasyonları ve tromboemboli nedeniyle ekstremitelerde iskemisini önlemek için, aksiller arter anevrizması cerrahi olarak rezeke edilmeli ve uygun vasküler greftle aksiller arter rekonstrüksiyonu yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Michalakis D, Lerais JM, Goffette P, Royer V, Brenot R, Kastler B. True isolated atherosclerotic aneurysm of the axillary artery. *J Radiol* 2003;84:1016-9. [Abstract]
2. Nugud OO, Hedges AR. Axillary artery pseudoaneurysm. *Int J Clin Pract* 2001;55:494.
3. Todd GJ, Benvenisty AI, Hershon S, Bigliani LU. Aneurysms of the mid axillary artery in major league baseball pitchers—a report of two cases. *J Vasc Surg* 1998;28:702-7.
4. McCready RA, Brown OW, Pairolero PC, Pluth JR, Hollier LH. Recurrence and rupture of an axillary artery aneurysm. *Am Surg* 1982;48:241-2.
5. Neumayer LA, Bull DA, Hunter GC, McIntyre KE, Yoshino MT, Aguirre ML, et al. Atherosclerotic aneurysms of the axillary artery. A report of two cases and a review of the literature. *J Cardiovasc Surg* 1992;33:172-7.
6. Tetik Ö, Yetkin U, Yılık L, Özsöyler İ, Gürbüz A. Sağ üst ekstremitelerde kalıcı nörolojik hasara neden olan sağ aksiller psödoanevrizması: Olgu sunumu. *Damar Cerrahisi Dergisi* 2002;2:102-4.
7. Tripp HF, Cook JW. Axillary artery aneurysms. *Mil Med* 1998;163:653-5.
8. Szuchmacher PH, Freed JS. Axillary aneurysms. *N Y State J Med* 1980;80:795-6.
9. Johnston RH Jr, Wall MJ Jr, Mattox KL. Innominate artery trauma: a thirty-year experience. *J Vasc Surg* 1993;17:134-40.
10. McCarthy WJ, Flinn WR, Yao JS, Williams LR, Bergan JJ. Result of bypass grafting for upper limb ischemia. *J Vasc Surg* 1986;3:741-6.