

İDYOPATİK İZOLE DEV RADIAL ARTER ANEVİZMA OLGUSU A case of an idiopathic isolated giant radial aneurysm

Levent YILIK¹, Ufuk YETKİN¹, Aylin ORGEN ÇALLI², Bilgin EMRECAN³, Ali GÜRBÜZ⁴

Özet: Üst ekstremité periferik arter anevrizmalarının görülme sıklığı alt ekstremité periferik arter anevrizmalarından çok daha azdır. Literatürde radial arter anevrizmasına çok nadir rastlanıldığı ve genellikle travmatik orijinli olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada idyopatik etyolojili izole dev radial arter anevrizması bulguladığımız olguyu tanılandırım ve cerrahi tedavi yaklaşımları açısından literatür ışığında irdelemeyi amaçladık. Ekstremité tromboembolisi, gangren ve amputasyona neden olabildiği için radial arter anevrizmasının cerrahi tedavisi önem taşımaktadır. Cerrahi tedavisinin geciktirilmeden gerçekleştirilmesi ve operatif onarımın birinci seçenek olarak rutin uygulanmasının yanısıra gereğinde selektif olarak revaskülarizasyon prosedürünün de devreye sokulmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Anevrizma; Radial arter; Tromboemboli

Abstract: The frequency of upper extremity peripheral artery aneurysms is much less than lower extremity peripheral artery aneurysms. In literature radial artery aneurysm is very rare and usually has a traumatic origin. In this study we aimed to investigate a case of idiopathic isolated giant radial artery aneurysm and evaluate diagnostic and therapeutic (surgical) approaches in the light of the literature. Surgical therapy of radial artery aneurysm is critical because it may cause thromboembolism in the extremity which may end up with gangrene or amputation. We conclude that timely surgical therapy and routine operative repairment are crucial; we also recommend selective revascularization procedure if necessary.

Key Words: Aneurysm; Radial artery; Thromboembolism

Üst ekstremité periferik arter anevrizmaları diğer periferik arter anevrizmaları ile kıyaslandığında nispeten daha nadir görülürler (1). Ancak üst ekstremité veya parmak kayıpları gibi önemli sakatlıklara neden olmaları açısından tanınmaları ve cerrahi olarak tedavi edilmeleri önem taşır. Distalde ve özellikle radial arter düzeyinde yerleşmiş ön kol lokalizasyonlu periferik arter anevrizmaları daha çok el ve parmaklarda tromboembolik komplikasyonlara neden olurlar (2). Literatür bilgileri dahilinde radial arter anevrizmasının çok nadir olduğu ve genellikle travmatik orijinden kaynaklandığına (3) tanık olmamıza rağmen idyopatik izole dev radial arter

anevrizması bulguladığımız olgunun tanı ve cerrahi tedavisini yine literatür ışığında aktarmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Olgumuz 77 yaşında erkek olup yaklaşık dört yıldır sağ el bileğinde giderek büyüme gösteren ağrılı kitle yakınması nedeniyle başvurmuştu. Fizik bakısında radial arter ve lateralini kapsayan beş x beş cm ebatlarında immobil sert özellikte kitle görüldü (Resim 1). Uyguladığımız Allen testi negatif sonuçlandı. Yapılan tüm biyokimyasal tetkikler normal sonuçlar arz ediyordu. Hastanın stabil vasıfta angina pectoris tariflemesi ve elektrokardiyogramında inferior ile lateral derivasyonlarında iskemik bulgular saptanması üzerine koroner anjiyografi ile eş zamanlı sağ üst ekstremité selektif periferik arteriyal anjiyografisi yapıldı. Medikal izlem kararı verilen koroner arter hastalığının yanısıra sağ radial arter ile bağlantılı

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İZMİR
Kalp ve Damar Cerrahisi. Uzm.Dr.¹, Dr.³, Doç.Dr.⁴,
Patoloji. Uzm.Dr.².

Geliş tarihi: 8 Ekim 2002

olduğu saptanan sakküler vasıfta izole dev radial arter anevrizması da saptanmıştı (Resim 2). Hastanın anamnezinde iatrojenik girişim ifade edilmemişti. Künt travma ya da delici-kesici alet yaralanması da tariflemiyordu. Bu patolojinin etyolojisinde aterosklerotik predispozan faktörün rol oynayabileceği düşünülerek olgu sağ radial arter yerleşimli izole dev anevrizma ön tanısıyla operasyona alındı.

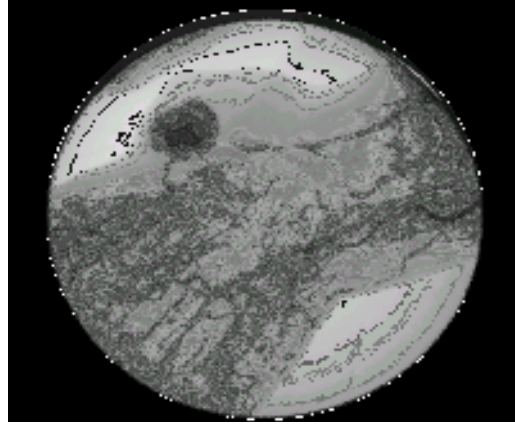
Cerrahi Teknik

Bupivakain ile sağ aksiller blokaj uygulanarak, pulzatil kitle üzerinden cilt insizyonu yapılarak anevrizmayı kaplayan ince cilt dekole edildi ve anevrizmatik kitle eksplorasyonu tamamlandı. Radial arterin kontrolü amacıyla askıya alınması da bu arada gerçekleştirilmişti. Radial arterin yanısıra n. radialis ve n. medianus da askıya alındı (Resim3). Direkt kitlenin üzerinden insizyon yapılarak gerçek anevrizmanın lümeninin içine ulaşıldı ve bol miktarda organize trombüs içerdiği

gözlemlendi. Bu trombotik materyaller çıkartıldı. Gerçek anevrizma kesesi disseke edilip çıkartıldı ve histopatolojik incelemeye gönderildi. Anevrizma oluşumuna katılım gösteren vasküler komponent, radial arterin superfisyel volonter daldıydı. Bu bulgu, koroner bujiler yardımıyla eksplore olunarak sağlandı (Resim 4). Bu volonter dalın katılım gösteren distal ve proksimal uçları Ino ipek ile ligate edildi ve anevrizma kese lokalizasyonu da 0 dexion ile primer kapatılarak, katların anatomik planda suture edilmesiyle operasyon sonlandırıldı. Anevrizma kesesinin histopatolojik incelemesinin sonucunda gerçek anevrizma özelliği taşıdığı saptandı. Bu incelemede yangısal infiltrasyon ve hiyalinizasyon izlenen damar duvarı lümeninde, ekstrasvazasyon göstermeyen hematoma alanları belirlendiği yorumu yapıldı (Resim 5). Hastanın ameliyat sonrası izleminde ek sorunu gelişmemesi ve sağ radial-ulnar nabızlarının alınıyor olması



Resim 1. Hastamızın sağ el bileğindeki immobil ve sert özellikteki kitlenin görünümü.



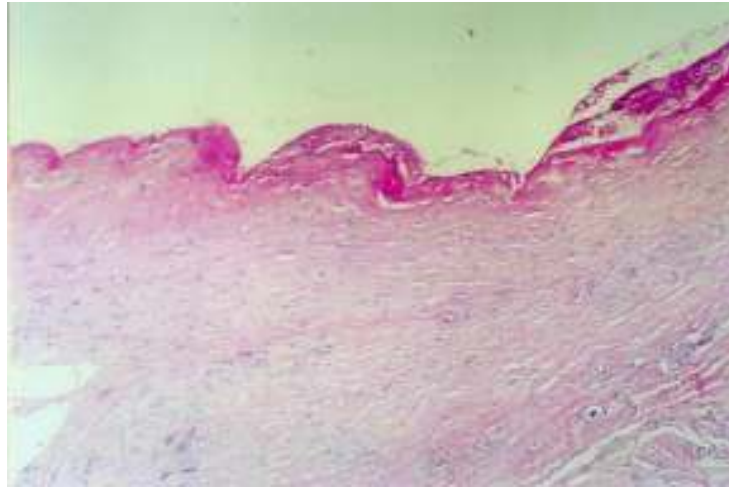
Resim 2. Sağ üst ekstremité selektif periferik arteriyel anjiyografide sakküler özellikle izole dev radial arter anevrizmasının anjiyogramı.



Resim 3. Operasyon esnasında anevrizmatik kitlenin komşuluğundaki sinir ve damar yapılarının askıya alındıktan sonraki eksplorasyonu.



Resim 4. Anevrizmatik kitle oluşumuna yol açmış olan sağ radial arterin superfisyal volonter dalının koroner bújiler aracılığıyla gösterimi.



Resim 5. Hematoxylineozin ile (x40 büyültmede) duvarında lenfositik yangısal infiltrasyon ve hiyalinizasyon izlenen damar duvarı lümeninde ekstravaze olmamış hematoma alanları görülmektedir.

üzerine postoperatuvar 3.günde tam cerrahi şifa ile taburculuğu gerçekleştirildi.

TARTIŞMA

Üst ekstremitte periferik arter anevrizmalarının görülme sıklığı, alt ekstremitte periferik arter anevrizmalarından çok daha azdır. Tutulan arterler

sıklık sırasına göre subklavian, aksiller, brakial ve çok daha az sıklıkla da el ve bilek arterleridir (1, 3-5). Ortalama yaşam ömrünün uzaması, tanı ve tetkik araçlarındaki ilerlemeler sayesinde bu tip anevrizmalara önceki yıllara oranla daha sık rastlanmaktadır (1).

Radial arter anevrizmaları üst ekstremitede görülenlerin içinde en nadir rastlanandır (3). Etiyolojisinde enfeksiyon, poliateritis nodosa, konjenital arteriyal defektler ve travma rol oynar. Künt veya penetre travma bu anevrizmaların en önde gelen sebeplerindedir (6). Radial arter düzeyinde gelişen psödoanevrizmaların ise en sık sebebini kanülasyona bağlı iatrojenik girişimler oluşturmaktadır (3). Travmatik orijinli radial arter anevrizmasında en sık görülen semptom rekürren kanama komplikasyonu gösteren sakküler özellik arz etmesidir (7). Olgumuzda künt ya da penetre travma öyküsü bulunmamakta olup ilgili anevrizma lokalizasyonunda bunu destekleyecek skar izlenimi de yoktu.

Radial arterin mikotik psödoanevrizması bahsedildiği gibi arteriyal kateterizasyonun geç ve sıradışı bir komplikasyonu olarak gözlenir. Genellikle de kan kültür antibiyogramında "staphylococcus aureus" pozitifliğine rastlanılır. Tipik olarak radial arter üzerinde doku nekrozu gösteren pulzatil kitle varlığı dikkat çekicidir (8).

Poliarteritis nodosa hastalarında olduğu gibi yumuşak (bağ) dokuyu tutan bir diğer patoloji olan nörofibromatozisli olgularda da bu sendromun bir parçası olarak vaskülopatiler görülmektedir. Radial arter anevrizması bu olgularda sıkça bulgulanmıştır (9). Bizim hastamızda yaşamının sekizinci dekatında hiçbir etyolojik faktör bulgulanmadan idiyopatik ve izole gelişim göstermiş dev radial arter anevrizması saptanmıştı.

Gray ve arkadaşlarının 1975 ile 1995 yıllarını kapsayan 20 yıllık periyotta aksiller arterin distalindeki üst ekstremitate gerçek anevrizmalarındaki tanı ve tedavi stratejileri ile sonuçlarını belirledikleri 19 olguluk serileri bu konuyla ilgili en kapsamlı çalışmadır (10). Bu çalışmada radial arter anevrizmalarında ortalama çap iki cm olarak belirlenmişken bizim hastamızda beş cm olarak tespit edilmişti. Gray'in bu serisinde başvuru nedeni olarak %67 oranını kapsayan kitle varlığı geliyordu. Bunu %33 oranında ağrı ve/veya parestezi yakınması izlemiştir. Bizim hastamızda da son dört yılda giderek ilerleme gösteren sağ el

bileği lateralindeki ağrılı şişlik semptom olarak belirlenmişti. Bahsedilen bu en geniş serideki tromboembolik komplikasyon görülme sıklığı %25 civarındaydı. İki cm ve altındaki anevrizmalarda nörolojik ya da tromboembolik komplikasyonlar gelişmedikçe sessiz yada asemptomatik kalabilmektedirler (3,10).

Tanusal araç olarak ilgili üst ekstremitenin arteriyal doppler ultrasonografisi ve/veya manyetik rezonans anjiyografisi yapılabilmekle beraber altın standart selektif üst ekstremitate arteriografisi olarak bildirilmektedir (4,11).

Sonuç olarak; aksiller arter distalinde gerçek anevrizma görülmesi nadir olup çoğunlukla da künt travmaya bağlıdır. Gray ve arkadaşlarının serisinde de belirttikleri üzere olguların %58'i semptomatik olarak ya da komplikasyonla başvurmakta olup, asemptomatik olanların da %33'ü daha sonra semptomatik hale gelebilmektedir (10). Üst ekstremitedeki aksiller ve distal yarleşimli periferik arter anevrizmaları toraks ve abdominal aort anevrizmalarına göre hasta için daha az tehlike oluşturmalarına göre hasta için daha az tehlike oluşturmalarına karşın; ekstremitate tromboembolileri, gangren ve amputasyonlara varan ekstremitate kayıplarına neden olmaları bakımından cerrahi tedavileri önem taşımaktadır. Bu nedenle bu olgularda cerrahi tedavinin geciktirilmemesi ve anevrizma için operatif tamirin rutin olarak yapılması, gerektiğinde de selektif olarak revaskülarizasyon uygulanmasını öneriyoruz.

KAYNAKLAR

1. Davidovic LB, Lotina SI, Jakovljevic NS. Aneurysms of the subclavian artery. *Srp Arh Celok Lek* 2000;128:184-190.
2. Nugud OO, Hedges AR. Axillary artery pseudoneurysm. *Int J Clin Pract* 2001; 55: 494-499.
3. Walton NP, Choulhadry F. Idiopathic radial artery aneurysm in the anatomical snuff box. *Acta Orthop Belg* 2002; 68: 292-294.
4. Wang Z, Yu J, Wang X. Management of subclavian artery aneurysms. *Zhonghua Wai*

- Ke Za Zhi* 1996;34:359-360.
5. Napolitano AM, Napolitano F, Francomano F. Aneurysms of the subclavian artery: Clinical experience. *Ann Ital Chir* 1998;69:315-325.
 6. Agaja SB. Matchet cut injury at the wrist as a cause of traumatic radial artery aneurysm: a case report. *West Afr J Med* 2002;21:79-81.
 7. Dao KD, Venn-Watson E, Shin AY. Radial artery pseudoaneurysm complication from use of AO/ASIF volar distal radius plate: a case report. *J Hand Surg* 2001;26:448-453.
 8. Tsao JW, Neymark E, Gooding GA. Radial artery mycotic pseudoaneurysm: an unusual complication of catheterization. *J Clin Ultrasound* 2000; 28: 414-416.
 9. Singh S, Riaz M, Wilmshurst AD, Small JO. Radial artery aneurysm in a case of neurofibromatosis. *Br J Plast Surg* 1998;51: 564-565.
 10. Gray RJ, Stone WM, Fowl RJ, Cherry KJ, Bower TC. Management of true aneurysms distal to the axillary artery. *J Vasc Surg* 1998; 28:606-610.
 11. Ho PK, Weiland AJ, McClinton MA. Aneurysms of the upper extremity. *J Hand Surgery* 1987; 12: 39-44.