

İKİ OLGU İLE SPLENİK ARTER VE RENAL ARTER ANEVİZMASININ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

THE REVIEW OF ANEURYSMS OF VISSERAL AND RENAL ARTERIES WITH IN TWO CASES

Pınar ÖZDEMİR AKDUR, Rıza Sarper ÖKTEN, Nilgün İŞIKSALAN, Muharrem TOLA, Mehmet YURDAKUL, Tülay ÖLÇER, Turhan CUMHUR*

ÖZET

Visseral arter anevrizmaları çölyak arter, superior mezenterik arter, inferior mezenterik arter ve dallarını etkileyen intraabdominal anevrizmaları içerir. Renal arter anevrizmaları klasik olarak visseral arter anevrizmalarının dışında sınıflanırlar. Visseral arter anevrizmaları ve renal arter anevrizmalarının daha önceleri çok daha seyrek oldukları kabul edilirken günümüzde bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve ultrasonografinin rutin kullanıma girmesiyle semptomatik ve asemptomatik visceral arter ve renal arter anevrizmalarının tanı alma sıklıkları gün geçtikçe artmaktadır. Biz iki olgu ile visseral arter ve renal arter anevrizmalarını gözden geçirdik.

Anahtar kelimeler: Splenik arter, renal arter, anevrizma

ABSTRACT

Visceral artery aneurysms are intraabdominal aneurysms on celiac artery, superior mesenteric artery, inferior mesenteric artery and its branches. Renal artery aneurysms traditionally have not been included among visseral artery aneurysms. Visceral artery aneurysms and renal artery aneurysms which have been thought to be rare before, by common use of computed tomography, manyetic resonance imaging and ultrasonography, they are more frequently diagnosed now even if they have no symptoms. With these two cases we have reviewed the aneurysms of visceral and renal arteries.

Key words: Splenic artery, renal artery, aneurysm

OLGU

Birinci Olgu

İlk olgumuz 72 yaşında bir kadın hasta. Sol üst kadran ağrısı ile hastanemize başvuran hastanın 10 yıl önce başlayan ve ikili antihipertansif ajanla kontrol altında tutulan hipertansiyonu ve hiperlipidemisi (LDL: 215 mg/dL) vardı ancak diabetes mellitus ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Hastanın soygeçmişinde bir özellik yoktu. Yapılan fizik muayene, karın sağ yanında 35 yıl önce nonfonksiyone böbrek öntanısıyla yapılan sağ nefrektomiye ait skar izi dışında doğaldı. Hastanın rutin biyokimya testleri normal sınırlardayken hemogramında demir eksikliği anemisi tespit edildi. (Hemoglobin: 11,4 g/dL, MCV: 69,2 fL, MCH: 22,1 pg, ferritin: 5,4 ng/mL) Yapılan abdominal ultrasonografide sol böbrek orta kesim komşuluğunda 17x16mm boyutlarında düzgün sınırlı, hipoeoik görünüm izlendi. İncelemeye color Doppler eklendiğinde sol böbrek komşuluğundaki hipoeoik lezyonun renal arter bifurkasyonunda lokalize olan renal

arter anevrizması olduğu anlaşıldı. Ultrasonografik olarak renal arter anevrizması tanısı konan hastanın mevcut anevrizmasının ayrıntılandırılması amacıyla renal artere yönelik bilgisayarlı tomografi yapıldı. Tomografik anjiyografide solda çift renal arter izlendi. Dominant sol renal arter dallanma lokalizasyonunda 17 mm çaplı renal arter anevrizmasının yanısıra splenik arter distaline lokalize 11x10 mm çaplı sakküler splenik arter anevrizması izlendi.

İkinci Olgu

İkinci olgumuz 30 yaşında kadın hasta. Bir yıl önce ortaya çıkan hipertansiyon yakınması olan hastanın tedavisiz 220/120 mmHg'ya ulaşan ancak tekli antihipertansif ajanla kontrol altında tutulan hipertansiyonu vardı. Sigara kullanım öyküsü olmayan hastanın ailesinde genç yaşta hipertansiyon öyküsü olan yoktu. Hastanın rutin biyokimyası ve hemogramı normal sınırlar içerisindeydi. Hastaya yapılan tomografik anjiyografide sağ renal arter distal lokalizasyonunda

Date received/Dergiye geldiği tarih: 01.08.2009 - Dergiye kabul edildiği tarih: 04.02.2010

* Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
(İletişim kurulacak yazar: pinarozdemirakdur@msn.com)

anjiyografide sağ renal arter distal lokalizasyonunda anlamlı sınırın altında darlığa yolaçan hipodens bant ve distalinde poststenotik dilatasyonun yanı sıra renal arter dallanma noktasına lokalize 13x14 mm boyutlarında sakküler anevrizma izlendi.

GİRİŞ

Visseral arter anevrizmaları çölyak arter, süperior mezenterik arter, inferior mezenterik arter ve dallarını etkileyen intraabdominal anevrizmaları içerir. Renal arter anevrizmaları klasik olarak visseral arter anevrizmalarının dışında sınıflanırlar. Visseral arter anevrizmalarının %60-80'ini splenik arter anevrizmaları oluştururken, %20'sini hepatic arter anevrizmaları, %5,5'ni SMA, %4'nü çölyak arter anevrizmaları ve kalanını diğer abdominal arter anevrizmaları oluştururlar. Renal arter anevrizmaları ise oldukça nadirdir. Renal arter anevrizmaları otopsi serilerinde %0,3-0,7 oranında, anjiyografik prosedürlerde ise %1 oranında tespit edilirler (10,11,13,7).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Visseral arter anevrizmaları gerçek anevrizmaları ve psödoanevrizmaları içerir. Gerçek anevrizmalarda arteriyel duvar intakt olup ve anevrizma her üç arteriyel tabakayı da içerirken, psödoanevrizmalarda duvar bütünlüğü bozulmuştur. Visseral arteriyel anevrizmaların çoğu dejeneratiftir. Visseral arter anevrizmalarının diğer muhtemel nedenleri arasında ateroskleroz, fibromuskuler displazi ve kollejen hastalıkları sayılabilir (10).

Visseral arter anevrizmalarının en yaygın tipini oluşturan splenik arter anevrizmalarının gerçek insidansı bilinmemekle birlikte genel popülasyonda %0,02 ile %10,4 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir (1). Splenik arter anevrizmaları genelde yaşamın 6. dekadında karşımıza çıkarlar ve kadınlarda dört kat kadar daha siktir (10,13,1). Bizim de her iki hastamız da kadın olup olgulardan biri yaşamının 7. dekadındayken diğeri 3. dekadındaydı.

Splenik arter anevrizmasının etyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte splenik arter anevrizmasıyla ilişkili bazı faktörler ortaya çıkarılmıştır. Bu faktörler arasında ateroskleroz, arteriyel fibrodisplazi, arterit, kollajen vasküler hastalıklar, inflamatuvar ve infeksiyöz hastalıklar, alfa-1 antitripsin eksikliği, pankreatit, portal hipertansiyon ve gebelik sayılabilir (10,13,1).

Splenik arter anevrizmaları genelde asemptomatiktir ve büyüklükleri 2-4 cm arasında değişir. Sıklıkla splenik arter orta ve distaline lokalize olan anevrizmaların çoğu soliterdir, sakküler olma ve bifurkasyona yerleşme eğilimindedirler (10,11). Splenik arter anevrizmalı olgular nadiren semptom verirler ve bazen splenik arter anevrizması olan hastalar zaman zaman subskapular alana vuran sol üst kadranda ağrısından yakınabilirler (10,13). Bizim ilk hastamızda splenik arter distaline lokalize 11 mm çaplı sakküler bir anevrizma mevcut olup hasta zaman zaman ortaya çıkan sol üst kadranda ağrısından yakınmıyordu.

Splenik arter anevrizmalarında rüptür riski % 2 civarındadır. Rüptür sonrası mortalite oranının %20 ile 36 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Gebelikte rüptür genelde 3. trimesterde olur. Gebelikte ortaya çıkan rüptür tablosu hem

anne hem de fetus için oldukça öldürücü bir durumdur. Gebelikte rüptür olduğunda anne için mortalite oranı %70 iken , fetus için bu oran %95'tir. Rüptür durumunda çoğunlukla intraperitoneal kanama izlenirken bazen gastrointestinal trakta, pankreas veya dalağa kanama olabilir. Splenik arter anevrizması rüptüre olduğunda tablo oldukça dramatiktir. Rüptüre olgularda kardiyovasküler kolapsin eşlik ettiği ani sol üst kadranda ağrısı gelişebilir. Hastaların %20-30 kadarında double rüptür denen bir fenomen görülür. Başlangıçta anevrizma lesser sac içerisine rüptüre olur ve bu durumda hastanın hemodinamisi geçici olarak stabil seyrederek ancak bu ilk rüptürün ardından dakikalar veya saatler içerisinde lesser sac penetrasyonu ile peritoneal kavite içerisine serbest rüptür olur ve hasta kaybedilir (10,11,13,7,1).

Splenik arter anevrizmalarıyla eşzamanlı bulunan en sık nonsplenik anevrizma grubunu %3 oranıyla ekstrahepatik anevrizmalar oluştururken, splenik arter anevrizmalarıyla en sık eşzamanlı bulunan nonvisseral anevrizma grubunu ise %14 oranıyla renal arter anevrizmaları oluşturur (1,5). Bizim de ilk olgumuzda splenik arter anevrizmasına sol renal arter anevrizması eşlik ediyordu.

Renal arter anevrizmaları genel popülasyonda % 1 oranında karşımıza çıkarlar. Bu anevrizmalar, ortalama 60 yaş civarında ve kadınlarda daha sık olarak görülürler. Sağ böbrek renal arterinin tutulum sıklığı sol böbrek arterinden yüksektir. Renal arter anevrizmaları sakküler, fuziform, dissekan ve mikst tip olmak üzere dört tiptirler. Çoğunlukla ana renal arter bifurkasyonuna yerleşme eğiliminde olan renal arter anevrizmalarının çoğu sakküler ve nonkalsifiediler. İntrarenal anevrizmalar ise renal arter anevrizmalarının %10'undan azını oluştururlar (10,3,12). Bizim ilk hastamızda solda çift renal arter izlenmiş olup sol renal arterin dallanma noktasında, ikinci hastamızda sağ renal arterin dallanma noktasında lokalize olan birer adet sakküler anevrizma izleniyordu.

Renal arter anevrizmalarının çoğu asemptomatik olmakla birlikte anevrizma rüptürü, periferik vasküler yatağın embolizasyonu veya arteriyel tromboz gibi durumlarda anevrizma semptomatik olur. Renal arter anevrizmalarında görülen semptomlar patognomonik değildir. Renal arter anevrizmasına %73 vakada hipertansiyon, %30 vakada hematüri ve nadiren de pulsatil kitle eşlik eder. Hipertansiyon patofizyolojisinde sorumlu tutulan başlıca faktörler arasında renal arter stenozu, mikroembolizasyon, renal arter veya dallarının kompreyonu ve turbulan akım sayılabilir. Hematüri makroskopik veya mikroskopik hematüri şeklinde olabilir. Hematüri hipertansiyona, küçük damar trombozuna ve mikroinfarktlara bağlanır (8,4,2,14,6). Bizim her iki hastamızda hipertansiyon temel yakınmayken her iki hastanın anamnezinde hematüri öyküsü yoktu.

Gerek splenik arter anevrizmaları gerekse renal arter anevrizmaları genellikle asemptomatik olduklarından veya semptomatik olsalar dahi bizim olgularımızda olduğu gibi nospesifik semptomlarla seyrettiklerinden

genelde tesadüfen saptanırlar. Seyrek olarak karşımıza çıkan ancak ölümcül sonuçlarla karşılaşabilen bu hastaların değerlendirilmesinde ultrasonografi ilk basamak inceleme yöntemidir. Tomografik anjiyografi ile ise anevrizmanın kesin çapını, anevrizma duvarındaki olası trombüsü, gerçek lümen çapını, rüptüre ait olabilecek erken bulguları, anevrizmanın komşu organlarla ilişkisini ve kollateral dolaşımı değerlendirilebiliriz. Kateter anjiyografi ise kollateral dolaşımı ayrıntılı değerlendirmeye yardımcı olur. Günümüzde gelişen teknolojiyle birlikte bir olanak olarak tomografik anjiyografi, anevrizmanın ayrıntılı değerlendirilmesine olanak sağlaması, kollateral dolaşımı değerlendirebilmesi, ekstrasvasküler patolojileri ortaya koyabilmesi, minimal invaziv olması ve daha düşük doz radyasyonla çalışmaya olanak sağlaması gibi avantajlı yönleriyle anevrizmaların değerlendirilmesinde kateter anjiyografiye gerçek bir alternatif sunmaktadır (7,9).

KAYNAKLAR

1. Abbas M, Stone WM, Fowl RJ, Gloviczki P, Oldenburg WA, Pairolero PC, Hallett JW, Bower TC, Panneton JM, Cherry KJ. Splenic artery aneurysms: two decades experience at Mayo Clinic. *Ann Vasc Surg.* 2002; 16: 442-449.
2. Anoop T, Manjula R, Pappachan J, Biju MV, Sebastian A, Sujathan P. Heart failure: an unusual cause. *Internal Medicine.* 2007; 18: 597-599.
3. Bulbul M, Farrow G. Renal artery aneurysms. *Urology.* 1992; 40: 124-126.
4. Bonamigo T, Erling N, Faccini F. Rupture of saccular renal artery aneurysm: report of a case. *Surg Today.* 2002; 32: 753-755.
5. Berceci Scott A. Hepatic and splenic artery aneurysms. *Semin Vasc Surg.* 2005; 18: 196-201.
6. Dom P, Vos P. A case of a giant renal aneurysm. *British Journal of Urology* 1996; 77: 605-616.
7. Migliara B, Lipari G, Mansueti G, Riva F, Baggio E. Managing Anomalous Splenic Artery Aneurysm: a review of the literature and report of two cases. *Ann Vasc Surg.* 2005; 19: 546-552.
8. Mercier C, Piguët P, Piligian F. Aneurysms of the renal artery and its branches. *Ann Vasc Surg.* 1986; 1: 321-327.
9. Moriwaki Y, Matsuda G, Karube N, Uchida K, Yamamoto T, Sugiyama M. Usefulness of color Doppler ultrasonography and three-dimensional spiral computed tomographic angiography for diagnosis of unruptured abdominal visceral aneurysm. *Hepato-Gastroenterology.* 2002; 49: 1728-1730.
10. Noshier J, Chung J, Brevetti L, Graham AM, Siegel RL. Visceral and renal artery aneurysms: A pictorial essay on endovascular therapy. *Radiographics.* 2006; 26: 1687-1704.
11. Pescarus R, Montreuil B, Bendavid Y. Giant splenic artery aneurysms : case report and review of the literature. *The Society for Vascular Surgery.* 2005; 42: 344-347.
12. Porcaro A, Migliorini F, Pianon R, Antonioli SZ, Furlan F, De Biase V, Monaco C, Ghimenton C, Longo M, Comunale L. Intraparenchymal renal artery aneurysms case report with review and update of the literature. *International Urology and Nephrology.* 2004; 36: 409-416.
13. Trastek V, Pairolero P, Joyce JW, Hollier LH, Bernatz PE. Splenic artery aneurysms. *Surgery.* 1982; 91: 694-699.
14. Youkey J, Collins G, Orecchia P, Brigham RA, Salander JM, Rich NM. Saccular renal artery aneurysm as a cause of hypertension. *Surgery.* 1984; 97: 498-501.