

Ultrasonografi İle Tanı Konulan Bir Superior Mezenterik Arter Anevrizması Olgusu

Zafer SİVRİ*
M.Yurtkuran SADIKOĞLU*
Erol KILIÇ*
Müfit PARLAK**
Ercan TUNCEL***

ÖZET

Ultrasonografik olarak tanı konulan bir superior mezenterik arter anevrizması olgusu; çok seyrek görülmesi ve genellikle fatal seyirli komplikasyonlara yol açması nedeniyle, ilgili literatür gözden geçirilerek sunulmuştur.

SUMMARY

A Case of Superior Mesenteric Artery Aneurysm Diagnosed by Ultrasound

The superior mesenteric artery (SMA) aneurysm is very uncommon and causes fatal complications. In this paper a case of SMA aneurysm diagnosed by ultrasound is presented and related literature has been reviewed.

Superior mezenterik arter (SMA) trunkusunun anevrizması oldukça seyrek görülür. Otopsilerde 1/12.000 oranında görüldüğü bildirilmiştir¹. Splanknik arter anevrizmaları içinde % 5.5 görülme sıklığı ile son sırayı alır. Etyolojide % 58 oranı ile mikotik etken ilk sıradadır¹⁻³. Bu hastalarda enfeksiyon kaynağı sıklıkla kalbin sol tarafına yerleşmiş non hemolitik streptokokların oluşturduğu subakut bakteriyel endokarditdir. Bunun dışında özellikle ilaç bağımlılarında görülen non

* Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

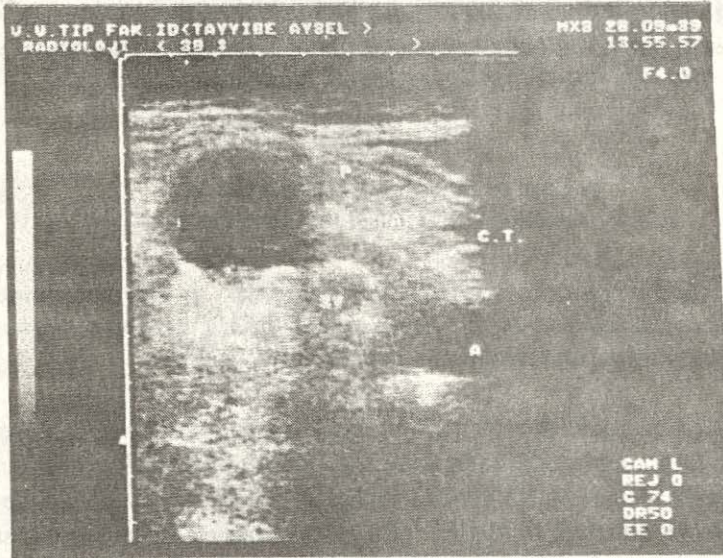
** Yar. Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

*** Prof. Dr. ; U. Ü. Tıp Fak. Radyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

kardiak septisemiler de etken olabilmektedir. Literatürde eskiden sıkça bildirilen sifilitik anevrizmalar ise günümüzde pek görülmemektedir². SMA anevrizmalarının diğer nedenleri arteriyoskleroz, medial dejenerasyon ve travmadır¹⁻⁴. Eski olguların büyük çoğunluğu kadındır. Yeni yayınlarda ise cinsiyet farklılığı görülmemektedir. Mikotik anevrizmalı hastaların çoğu 50 yaşın altındadır. Mikotik olmayan anevrizmalar ise en sık 60 yaş civarında görülürler. Bu gruptakiler yırtılmadan önce genellikle intestinal angina şeklinde prodromal bulgu verirler².

OLGU

Kırk yaşındaki kadın hasta karın ağrısı yakınması ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde KB = 100/80 mmHg, nabız = 68/dk, ateş = 36.7 C idi. Karın yumuşaktı, barsak sesleri normoaktifti, palpabl kitle ve üfürüm yoktu. Genel durumu iyi olan hastanın diğer sistem muayeneleri ile rutin kan ve idrar tetkikleri normaldi. Özgeçmişinde üç hafta önce geçirilmiş hemoroid operasyonu ve 23 yıl önce yapılmış apendektomi dışında özellik saptanmadı. Düz karın röntgenogramı normaldi. Ultrasonografide epigastriumda aortanın önünde 3.5 cm büyüklüğünde, düzgün konturlu, yuvarlak, pulsasyon göstermeyen hipoeoik bir kitle saptandı (Resim: 1). SMA'in aorttan çıkışından 3-4 cm sonra kitle ile birleşiyor olması bu arterin anevrizmasını düşündürdü. İncelemede diğer abdo-

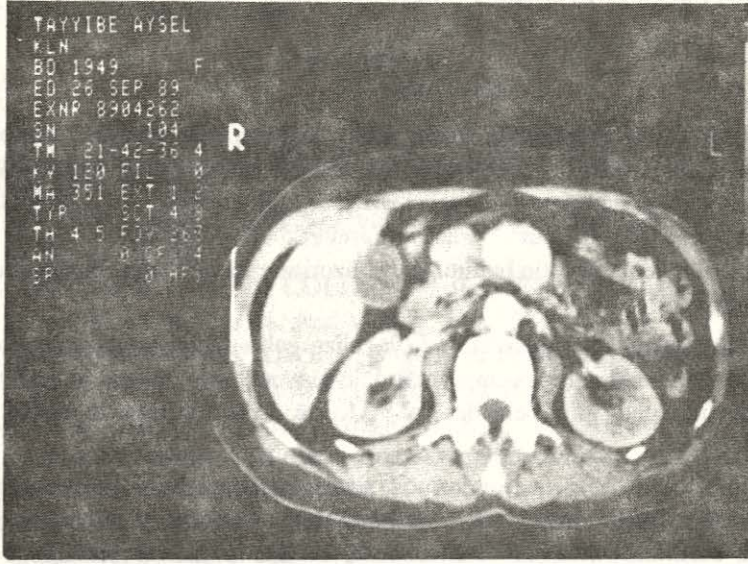


Resim: 1

Sagittal alınan US kesitinde anevrizmanın SMA ile ilişkisi görülmektedir.

minal organlar doğaldı. BT de aortanın önünde, düzgün konturlu, yuvarlak, 35 mm büyüklüğünde hipodens bir kitle saptandı. Dinamik çalışmada kitlenin arteriyal fazda aorta ile eş zamanlı homojen yoğun kontrast tuttuğu izlendi (Resim:

2). Anevrizma tanısı kesinleşmekle birlikte ameliyat planlaması için abdominal aortografi yapıldı. Burada da SMA trunkusunda 3.5 cm büyüklüğünde sakküler



Resim: 2

BT de anevrizmanın aorta ile eş zamanlı, yoğun kontrast tuttuğu görülmektedir.



Resim: 3

Anjiografide SMA trunkusundan çıkan sakküler anevrizma görülmektedir.

anevrizma ortaya çıktı (Resim: 3). Operasyonda hastaya sol safen venden alınan otogreft ile anevrizma rezeksiyonundan sonra by-pass yapıldı. Ameliyat sonrası komplikasyonu olmayan hasta postoperatif 12. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

SMA anevrizmalarında klinik tablo karakteristik değildir. Semptomatik hastalarda epigastrium ve umblikusta lokalize intermittant künt veya keskin ağrılar olabilir. Bu semptomlara bulantı ve kusma eşlik edebilir. Ateş özellikle mikotik anevrizmalarda görülür^{1,3}. Fizik muayenede epigastriumda pulsatil, hareket ettirelebilen hassas bir kitle bulunması ve üzerinde sistolik üfürüm duyulması çok anlamlıdır^{1,2,5,6}.

Hastamızda da epigastriumda lokalize gelip geçici künt karın ağrılarının bulunması, tanımlanan bu semptomatolojiye uymaktadır. Ancak olgumuzda bulantı, kusma ve ateş gibi belirtiler yoktu. Karın muayenesinde de pozitif bir bulgu saptanmadı.

Düz karın röntgenogramlarında, arteriyoskleroza bağlı anevrizmaların duvarında "curvilinear" kalsifikasyonlar görülebilir. Mikotik anevrizmalarda nadir olan bu kalsifikasyonlar yan röntgenogramda üst lumbar vertebraların önünde bulunurlar. Halka şeklindeki kalsifikasyonun posterior kesiminde defekt bulunması tipiktir. Bu defekt anevrizmanın orijinini gösterir⁵. Hastamızın düz karın röntgenogramı normaldi.

SMA anevrizmalarının tanısında ultrasonografi çok yararlı ve invaziv olmayan bir yöntemdir. Epigastrium veya umblikusta düzgün konturlu, hipoekoik yuvarlak bir kitle görülür. Kitlenin pulsasyon göstermesi tanıyı destekler. Arterle kitlenin ilişkisinin saptanması ise kesin tanıyı sağlar, ancak bu her olguda gösterilemez. Böyle olgularda, şüpheli kitleden, anevrizma olasılığını da göze alarak ince iğne aspirasyon biyopsisi önerilmektedir⁷. Olgumuzda kitlenin SMA ile ilişkisi açıkça görüldüğü için lezyonun tanınması kolay oldu.

Tanıda invaziv olmayan bir diğer yöntem olarak radyonüklid görüntüleme kullanılır. Dinamik çalışmada karaciğer vizüalize olmadan önceki arteriyel fazda SMA lokalizasyonunda normal dışı fokal aktivite artışı izlenir⁸.

Bilgisayarlı tomografide, olgumuzda olduğu gibi hipodens yuvarlak bir kitle şeklinde görülen lezyonun arteriyel fazda yoğun kontrast tutması anevrizma için tipiktir. Öteden beri anevrizmalarda kesin tanı yöntemi olan anjiyografi, ameliyat planlaması için yapılması zorunlu bir inceleme yöntemidir⁵⁻⁷.

SMA anevrizmalarında rüptür, tromboz ve distal embolizasyon sıkça görüldüğü için operasyon gereklidir. Klasik operasyon şekli anevrizmektomi veya anevrizma ligasyonudur. Buna ek olarak by-pass da yapılmaktadır^{1,2}. Son zamanlarda ise SMA ve diğer splanknik arter anevrizmalarında, yalnız başına veya cerrahi ile birlikte transkateter embolizasyon yöntemi başarı ile uygulanmaktadır⁹.

Yırtıldıklarında mortalitesi yüksek olan bu lezyonların önceden saptanması büyük önem taşır. Bu amaçla US'de belirlenen şüpheli olgularda, daha pahalı ve invaziv bir yöntem olan arteriyografiden önce dinamik BT ile anevrizma tanısının kesinleştirilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. DETERLING, R.A.: Aneurysm of the visceral arteries. *J. Cardiovasc. Surg.*, 12: 309-322, 1971.
2. RUTHERFORD, R.B.: *Vascular Surgery*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1984, p. 798-806.
3. GRAHAM, J. M., Mc COLLUM, C. H., DEBAKEY, M. E.: Aneurysms of the splanchnic arteries. *Am. J. Surg.*, 140: 797-801, 1980.
4. HAAGA, J.R., ALFIDI, R.J.: *Computed Tomography of the whole Body*. Vol. 2, C.V. Mosby Co. St Louis Toronto, 1983, p. 1025.
5. WEIDNER, W., FOX, P., BROOKS, J. W. and VINIK, M.: The Roentgenographic diagnosis of aneurysms of the superior mesenteric artery. *Am. J. Roentgenol.* 109: 138-142, 1970.
6. HOEHN, J. G., BARTHOLOMEW, L.G., OSMUNDSON, P.J. and WALLACE, R.B.: Aneurysms of the mesenteric artery. *Am. J. Surg.*, 115: 832-834, 1968.
7. MOURAD, K., GUGGIANA, P., MINASIAN, H.: Superior mesenteric artery aneurysm diagnosed by ultrasound. *Br. J. Radiol.*, 60: 287-288, 1987.
8. GLASS, E.C., HANSEN, S.K., DUBLIN, A.B., STADALNIK, R.C.: Detection of superior mesenteric artery aneurysm by radionuclide angiography. *Radiology*, 129: 122, 1978.
9. BAKER, K. S., TISNADO, J., CHO, S.-R., BEACHLEY, M.C.: Splanchnic artery aneurysms and pseudoaneurysms: Transcatheter embolization. *Radiology*, 163: 135-139, 1987.

Dr. Zafer SİVRİ
U.Ü. Tıp Fakültesi
Radyoloji Anabilim Dalı
BURSA