

Spontan Gelişmiş Nontravmatik Süperfişiyal Temporal Arter Anevrizması: Olgu Sunumu

Spontaneously Developed Nontraumatic Superficial Temporal Artery Aneurysm: A Case Report

İbrahim Önder Yeniçeri¹, Bünyamin Güney¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Muğla

Özet

Süperfişiyal temporal arter (STA) anevrizmaları nadirdir. Süperfişiyal temporal arterde gelişen anevrizmatik dilatasyonların çoğu psödoanevrizmadır. Arterin anatomik olarak kafa travmalarında kolay hasarlanabilir yerleşiminde olmasından dolayı anevrizmalar çoğunlukla posttravmatik oluşurlar. Tüm STA anevrizmalarının sadece %5-8'i spontan nontravmatik anevrizmalardır. Bu yazıda 65 yaşındaki kadın hastada spontan gelişmiş STA anevrizmasının radyolojik bulgularını literatür eşliğinde gözden geçirdik.

Anahtar Kelimeler: BT Anjiyografi, Yüzeysel Temporal Arter, Anevrizma

Abstract

Superficial temporal artery (STA) aneurysms are rare. Most of the aneurysmatic dilatations in STA are pseudoaneurysms. Aneurysms are usually posttraumatic as a result of the fact that the artery is anatomically easily damaged in the trauma. Only 5-8% of all STA aneurysms are spontaneous nontraumatic aneurysms. In this article, we reviewed the radiological findings of a spontaneously developed STA aneurysm in a 65 year-old female patient in the light of relevant literature.

Keywords: BT Angiography, Superficial Temporal Artery, Aneurysm

Başvuru Tarihi / Received: 25.01.2017

Kabul Tarihi / Accepted : 19.09.2017

Giriş

Süperfişiyal temporal arter (STA) anevrizmaları nadirdir. Süperfişiyal temporal arterde gelişen anevrizmatik dilatasyonların çoğu psödoanevrizmadır. Arterin anatomik olarak kafa travmalarında kolay hasarlanabilir yerleşiminde olmasından dolayı anevrizmalar çoğunlukla posttravmatik oluşurlar. (1). Tüm STA anevrizmalarının sadece %5-8'i spontan nontravmatik anevrizmalardır (2,3). Diğer gerçek anevrizmalarda olduğu gibi konjenital nedenler gelişiminde önemli rol oynasa da hipertansiyon ve arteriyoskleroz gibi edinsel nedenler patogeneizde en önemli faktörlerdir. Fokal ve büyük olduklarında tespiti kolay olmakla birlikte küçük lezyonlar insidental olarak fark edilebilir. Ultrasonografi ve Doppler ile diğer nonvasküler lezyonlardan kolaylıkla ayırt edilebilmektedir, bilgisayarlı tomografi anjiyografi (BTA) ile anevrizma uzanımı ve yerleşimi net bir şekilde gösterilebilmektedir. Biz bu yazıda STA'de anevrizmatik dilatasyonu olan bir olguyu literatürü gözden geçirerek sunuyoruz.

Olgu

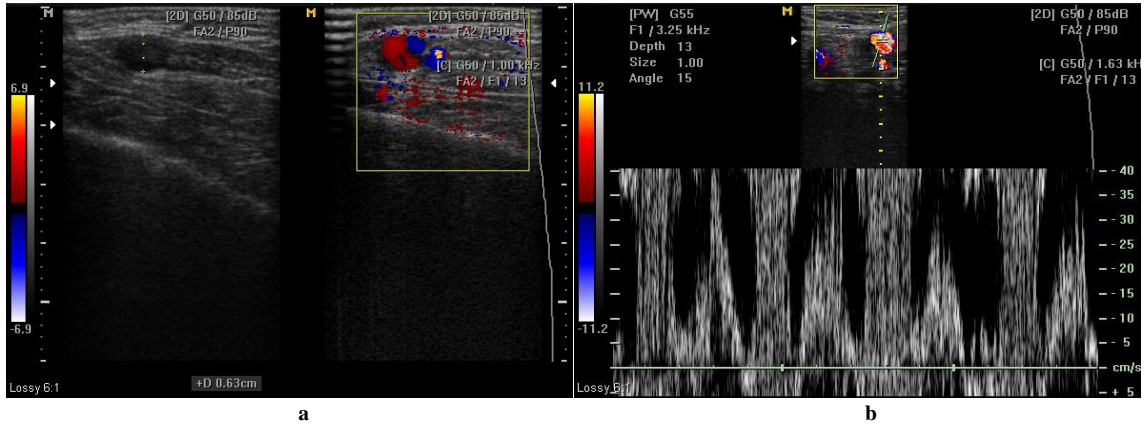
64 yaşında kadın sağ şakak bölgesinde ara ara olan ağrı ve son zamanlarda belirginleşen şişlik yakınmaları mevcuttu.

Olgunun özgeçmişinde mitral valv replasmanı operasyonu, hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus (DM), hiperlipidemi, hafif derecede pulmoner hipertansiyon, atrial fibrilasyon ve konjestif kalp yetersizliği vardı. Bu nedenle olgu oral antikoagulan, antihipertansif ve insülin kullanıyordu.

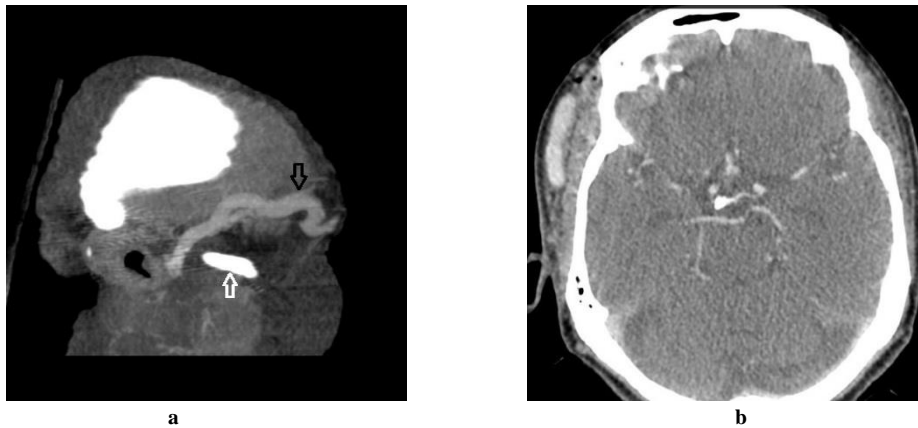
Başvuru sırasında arteriyel tansiyonu 110/80 mmHg, nabız 65 atım/dk ve ateş 36.7 derece idi. Fizik muayenesinde sağda şakak bölgesinde hafifçe pulsatil özellikte, yaklaşık 5 cm dolayında geniş alanda bir şişlik mevcuttu. Şişlik olan alanda ciltte eritem veya ekimoz yoktu. Bu alana yönelik bir travma anemnezi yoktu. Şişliğin birkaç yıl içerisinde gittikçe ve yavaşça belirginleştiğini ifade etti. 2 yıl önce dış merkezde çekilen kontrastsız beyin tomografisinde beyinde atrofik değişiklikler ve periventriküler dansite azalmaları tarifleniyordu. Şişliğe yönelik yapılan renkli Doppler ultrasonografide sağda preauriküler bölgeden anterior ve kraniale doğru uzanan yaklaşık 6 cm'lik bir segmentte içerisinde arteriyel trifazik kodlanmalar içeren dilate vasküler yapı izlendi. Bu vasküler yapının çapı en geniş yerde 6.3 mm ölçülüyordu (Resim 1). Anevrizmatik dilatasyon gösteren bu yapının tam uzanımının tespit edilmesi için BTA yapıldı. BTA'da zigomatik ark düzeyi kranialinde kalan düzeyden itibaren STA'yı içine alan geniş bir segmentte düzensiz dilatasyon izlendi (Resim 2). Mural trombüs ve diseksiyon görünümü mevcut değildi. Willis poligonunda eşlik eden anevrizma izlenmedi.

Olguya lezyonun fokal olmaması ve eşlik eden özellikle kardiyak sorunlar nedeni ile takip önerildi.

Adres / Correspondence : Bünyamin Güney
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı,
Muğla
e-posta / e-mail : bunyaminguney@mynet.com



Resim 1. a. Gri skala ve renkli doppler ultrasonda süperfişyal temporal arter çapı 6,3 mm ölçülmüştür.
b. Anevrizma lümeninden alınan spektral doppler ultrason incelemede trifazik arteriel spektral akım formu gözlenmektedir.



Resim 2. a. Sagittal MİP(maksimal intensity projection) BT görüntüde zigomatik arkın (beyaz ok) komşuluğunda fuziform STA anevrizması (siyah ok).
b. Willis poligonu düzeyinden geçen aksiyel BT anjiyografi kesitinde sağda fuziform anevrizmatik dilatasyon gösteren STA.

Tartışma

STA anevrizmaları gerçek ve yalancı anevrizmalar olarak ikiye ayrılır. Yalancı anevrizmalar gerçek anevrizmalardan daha sıktır. Posttravmatik ve geçirilmiş cerrahiye sekonder gelişebilirler. Posttravmatik olanlar genellikle travmadan 2-6 hafta sonra ortaya çıkarlar (4).

Gerçek anevrizmalarda etyoloji karanlık olmakla birlikte, arteriyosklerotik dejenerasyonlar, arteriyopatik ve kronik arteritik süreçler ile arteriyel duvardaki konjenital değişiklikler sorumlu tutulmaktadır (5). Marano ve ark. 50 otopsi spesmeni üzerinde yaptıkları çalışmada STA dış çapını, zigoma seviyesinde 2.2 mm ölçülmüşlerdir (6). Bizim olgumuzda zigomanın kranialinde, STA iç çapı en geniş yerde 6.3 mm ölçülmüştür.

Sıklıkla pulsatil şişlikler olarak ortaya çıkarlar. Bazı olgularda lokal ağrı veya baş ağrısı da olabilir. Bazen bu bölgedeki sebace kistler, lipom, fibrom, hemajiom, lenfadenopati gibi fokal lezyonlar ile karışabilir. Eğer görüntüleme yapılmadan bu lezyonlara yönelik iğne biyopsileri yapılacak olursa yoğun kanamaya neden olabilirler. Renkli Doppler'in ultrasonografi ile tanı rahatlıkla konulabilmektedir. Lezyonun tam uzanımının

saptanması için ve gerekiyorsa tedavi planını yapmada BTA yardımcı olabilir.

Nadir olmalarına bağlı olarak bu tür anevrizmaların gidişatları net olarak doküman edilememiştir. STA anevrizma kanamaları oldukça nadirdir ve buna bağlı skalp hematomu rapor edilmemiştir (7). Anevrizmektomi genellikle semptomları geçirmek için yapılmaktadır fakat literatürde tedavi yapılabilmesi için önerilen eşik bir değer bulunmamaktadır (8). Ligasyon ve eksizyon STA anevrizmalarının kesin tedavidir, endovasküler tedavi parotis bezi ve fasial sinir ile yakın komşuluktaki lezyonlarda opsiyonel bir yöntem olabilir (9,10). Olgumuzda anevrizmanın yaygın olması, eşlik eden kardiyak sorunlar ve rüptür olasılığının düşük olması nedeniyle takip seçeneği öncelikli düşünülmüştür.

Sonuç olarak şakak bölgesinde palpable lezyon varsa, pulsasyon alınamıyorsa bile ayırıcı tanıda STA anevrizmaları da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bölgedeki lezyonlara görüntüleme yapılmadan müdahale STA olasılığı nedeni ile sorunlara neden olabilir. Ayırıcı tanıda ultrasonografi tek başına yeterlidir. Operasyon düşünülen olgularda BTA başarılı bir şekilde

anevrizmanın tüm uzanımı ve komşuluklarını gösterebileceğinden kullanılabilir.

Hasta Onamı: Hasta onamı 22.10.2014 tarihinde alınmıştır.

Kaynaklar

1. Peick AL, Nichols K, Curtis JJ, Silver D. Aneurysms and pseudoaneurysms of the superficial temporal artery caused by trauma. *J Vasc Surg* 1988;8(5):606-10
2. Ezoe K, Shono M, Mizoguchi F, Hada S. Superficial temporal artery aneurysm. *Hifuka no Rinsho* 1988;30:1077-81.
3. Wei W, Akkersdijk GP. Spontaneous aneurysm of the superficial temporal artery. *Lancet* 2011;378(9):168.
4. Mann GS, Heran MK. Percutaneous thrombin embolization of a posttraumatic superficial temporal artery pseudoaneurysm. *Pediatr Radiol* 2007;37:578-80.
5. Persellin ST, Cohen MD, Ginsburg WW, Calamia KT, Waldorf JC, Khor A. Temporal artery bruits in a patient with giant cell arteritis. *J Rheumatol* 2003;30:191-2.
6. Marano SR, Fischer DW, Gaines C, Sonntag VK. Anatomical study of the superficial temporal artery. *Neurosurgery*. 1985;16(6):786-90.
7. Kim E. True aneurysms of the superficial temporal artery: Diagnosis and treatment. *Clin Neurol Neurosurg*. 2014;126:64-8.
8. Van Uden DJ, Truijers M, Schipper EE, Zeebregts CJ, Reijnen MM. Superficial temporal artery aneurysm: diagnosis and treatment options. *Head Neck* 2013;35:608-14.
9. Hakan T, Ersahin M, Somay H, Aker F. Pseudoaneurysm of the superficial temporal artery following revision of a middle cerebral artery aneurysm clipping: case report and review of the literature. *Turk Neurosurg* 2011;21:430-4.
10. Hong JT, Lee SW, Ihn YK, Son BC, Sung JH, Kim IS. Traumatic pseudoaneurysm of the superficial temporal artery treated by endovascular coil embolization. *Surg Neurol* 2006;66:86-8.