

HEPATIC ARTERY ANEURYSM: A RARE CASE REPORT

HEPATİK ARTER ANEVİRİZMASI: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Harun Arslan¹, Ayşe Arslan², Sebahattin Çelik³, Edip Gönüllü⁴

¹Van Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

²Van Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

³Van YYÜ Sağlık Yüksekokulu Biyokimya Bölümü

⁴Van Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi Kliniği

ÖZET

Bütün visseral arter anevrizmalarının % 80'ini oluşturan splenik ve hepatik arter lezyonları nadirdir, fakat potansiyel olarak hayatı tehdit eder. Hastaların çoğu asemptomatik olduğu için tanı genellikle radyolojik incelemeler sırasında rastlantısal olarak konulur. Rüptür ana komplikasyon olup vakaların %60-80'inde görülür. Biz bu vakada, hepatik arter anevrizmasının bilgisayarlı tomografi bulgularını sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Anevrizma, Bilgisayarlı Tomografi, Hepatik arter

ABSTRACT

Accounting for 80% of all visceral artery aneurysms, splenic and hepatic artery lesions are rare but potentially life threatening. Hepatic artery aneurysms are a rare but a clinically significant phenomenon. Because most patients are asymptomatic, the diagnosis is usually made as an incidental finding during radiological examinations. Rupture is the main complication that occurs in 60%-80% of the cases. In this case we aim to present computed tomography findings of a hepatic artery aneurysm.

Key words: Aneurysm, Computed Tomography, Hepatic artery

Yazının alınma tarihi: 10.03.2014, Kabul tarihi: 12.07.2014, Online basım: 01.01.2015

Yazışma Adresi:

Dr. Edip GÖNÜLLÜ
Van Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi Kliniği, Van
Tel: +905057672488
Fax: +90 432.2168352
E-mail: edipgonullu@gmail.com

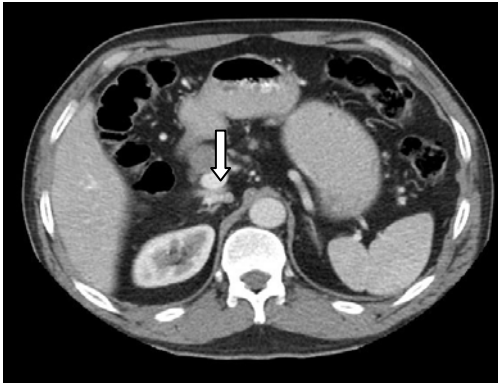
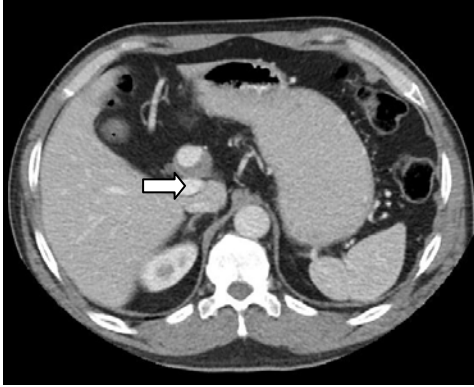
GİRİŞ

Visseral arter anevrizmaları nadirdir, ancak mortalitesi yüksektir. Süreç olarak ani başlangıçlıdır, bu anevrizmaların ilk klinik semptomu akut ruptürdür ve perioperatif morbidite ve mortaliteye sebep olan hemodinamik instabiliteyle ilişkilidir. İntra abdominal patolojilerin teşhisi için kesitsel görüntüleme teknolojilerinin kullanımının artmasıyla birlikte asemptomatik visseral anevrizmaların tanınması artmıştır (1).

Etiyolojide ateroskleroz, travma ve enfeksiyonlar sorumlu tutulmaktadır. Hepatik arter anevrizması; intrabdominal anevrizmalar içerisinde infrarenal aorta, iliak arterler ve splenik arterden sonra 4. sırada yer alır. Hepatik arter anevrizmaları % 80 ekstrahepatik, % 20 intrahepatik yerleşimlidir (2). Akut batin şikayetiyle acile başvuran hastanın çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) sonrası hepatic arter anevrizması tanısı alan olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU

33 yaşında, geçmeyen karın ağrıları sonrası acile başvuran erkek hastaya, transabdominal yaklaşımla US yapıldı. US incelemede, orta hatta, hepatic arter trasesine uyan bölgede, 35x26 mm boyutunda düzgün sınırlı, anekoik yapıda lezyon saptandı. Çekilen kontrastlı BT'de portal ven anteriorunda trunkus çöliakus'un distalinde yer alan bölgede tromboze hepatic arter anevrizması olduğunu saptadık (Resim1,2,3). Bilgisayarlı tomografide ek bulgu saptanmayan hastanın rutin biyokimyasal tetkikleri normal olarak bulundu.



Resim 1,2:Aksiyel kontrastlı BT de Hepatik arterde tromboze anevrizmatik görünüm(ok)



Resim 3: Koronal reformat kontrastlı BT de hepatic arterde tromboze anevrizmatik görünüm mevcut(ok)

TARTIŞMA

Visseral arterlerden en çok gerçek anevrizma oluşumu gözlenen splenik ve hepatic arterlerdir, sırasıyla bütün visseral arter anevrizmalarının %60 ve %20'sini oluştururlar. Sporadik anevrizmal dejenerasyon, geriye kalan splanknik sirkülasyonda arada bir gözlenmektedir ve tek tek arterler arasında toplamın % 5'inden azını oluşturmaktadır (1). Splenik dolaşımdaki anevrizma oluşumlarında, hepatic arter en çok rastlanan ikinci yerdir. Bu lezyonların gerçek insidansıyla ilgili kısıtlı veriler mevcuttur. Bilindiği kadarıyla nadir görülürler, literatürde sadece 500 bildirilmiş vaka vardır. Travmatik anevrizmalar dışındakiler, çoğunlukla hayatın altıncı dekadında görülür (3). Bu hastalar da visseral ve nonvisseral dolaşımda, sırasıyla %31 ve %42 oranında eşlik eden anevrizma görülür (4). Hepatic anevrizmaların %77'si karaciğer proksimalinde izole, %20'sinde intra ve ekstraparankimal olarak kombine ve %3'ü de yalnızca karaciğer içinde lokalizedir. Splenik arter anevrizmalarının aksine, hepatic dolaşımdaki lezyonlar 3:2 oranında erkek ağırlığı gösterir (5). Bizim vakamızda da anevrizma ekstrahepatik yerleşimliydi. Eski yayınlarda hepatic arter anevrizmaları baskın olarak mikotik orjinliken, bakteriyel endokarditin tedavisindeki gelişmeler bunu altta yatan etiyoloji olarak ortadan kaldırmıştır. Splenik arter lezyonlarına benzer olarak birçok vakada gerçek hepatic arter anevrizmaları çoğunlukla medial dejenerasyonla ilişkilidir veya ateroskleroza ikincildir. Hipertansiyon birçok vakada en çok görülen komorbidite iken, fibro muskuler displazi veya poliarteritis nodosa'lı hastalar, hepatic arter anevrizması oluşumunda en yüksek riske sahip olarak görülmektedirler. Daha da önemlisi, bu durumlar yüksek ruptür riskiyle ilişkilidir, bazı serilerde ruptüre hepatic anevrizmaların neredeyse %50'sini oluşturmaktadırlar (6).

Literatürde çoğu hepatic arter anevrizması BT tarama veya anjiyografilerde rastlantısal olarak teşhis edilmektedir(5). Semptomatik anevrizması olan hastaların çoğu, *Quincke* hemobili klasik

triadının (sarılık, bilier kolik, gastrointestinal hemoraji) bir veya daha fazlasını gösterirler(4). Hızlı genişleyen anevrizmalar, karın veya sırt ağrısıyla kendini gösterir ve büyük anevrizmalar bilier dallanmalara ekstra hepatik basya sebep olabilirler. Bu lezyonların bilier dallanmalara dekompresyonu göreceli olarak yaygınken, peritoneal kaviteye ruptürle gelen hastalar nadirdir. Bu lezyonların altında yatan etiyoloji genellikle künt veya delici travmatik yaralanmaya sekonder veya karaciğerin içinde farkına varılmamış iatrojenik yaralanmadır. Lezyonun ortaya çıkması genellikle yaralanmadan ortalama 5-7 ay sonra gerçek anevrizmadakine benzer şekilde hemobili, hemate mez, karın ağrısı ve sarılık semptomlarıyla, gecikmiş ama semptomatik bir şekilde olmaktadır. Bu lezyonların insidansı bilinmemesine rağmen, %20'ye varan mortalitesiyle, yüksek oranda ruptür riskiyle agresif tedavi yaklaşımı gerektirmektedir (7). Visseral arter anevrizmalarının tedavisi edilmeden, doğal süreçleri ve tedavi sonrası getirileri hakkında kısıtlı bilgi yüzünden, bu lezyonların kesin tedavi algoritması yapılamamıştır. Literatürdeki devam eden bir tartışma, iyi huylu splenik ve hepatik arter anevrizmalarının tedavisi için uygun bir çap kriteri olmuştur. Genel olarak 2.0 cm'den büyük anevrizmaların onarımı önerilse de, en son yayınlar 3.0 cm'nin daha uygun bir basamak olduğunu düşündürmüştür (6). İyi huylu visseral anevrizmaların ruptür riskini düşük olduğu hakkındaki artan kanıtlara rağmen, mevcut hiçbir veri, 2.0 cm. ve 3.0 cm. arasındaki lezyonların, daha büyük lezyonlardan değişik bir doğal sürece sahip olduğuna ait bir konsepti desteklememektedir. Bundan dolayı, iyi cerrahi riskli hastalarda, 2.0 cm. veya daha geniş çaptaki anevrizmalara elektif olarak müdahale etmek uygun görünmektedir (5). Bu lezyonların genel olarak iyi huylu doğal süreçleri bağlamında, endovasküler tekniklerin artan kullanımı, bu öneriyi değiştirecek kadar risk-yarar oranını etkilememiştir, fakat bunun yerine, yerleşmiş açık cerrahi tekniklere alternatif yaklaşımlar sunmak tadır. İntrahepatik anevrizmaların tedavisi için açık cerrahi seçenekleri kısıtlıdır, sıklıkla ilgili karaciğer parankiminin rezeksiyonunu gerektirir. Esaslı bir morbidite ile ilişkili olarak, endovasküler bir yaklaşım bu lezyonların tedavisinde primer tedavi modalitesi olmuştur(8). Güncel literatür çalışmalarında ağır portal ven darlığı ve önceden karaciğer yetmezliği olmayan hastalarda karaciğer de iskemik hasar oluşturmadan hepatik arter embolizasyonu güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır(9).

Bizim olgumuz hastanemizde tedavi için yeterli teknik imkanlar olmadığı için bir üst merkeze sevk edilmiştir.

Sonuç olarak; akut karın nedeniyle acile başvuran hastalarda hepatik arter anevrizması da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ruptüre olduğunda mortalite oranı yüksek olan hepatik arter anevrizmalı hastalara erken teşhis için US ve BT gibi noninvaziv ve hızlı görüntüleme modaliteleri uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1) Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ, et al: Splenic artery aneurysms: Two decades experience at Mayo clinic. Ann Vasc Surg 2002; 16(4): 442-9.

2) Schick C, Ritter RG, Balzer JO, et al. Hepatic artery aneurysm: treatment options. Eur Radiol 2004; 14(1): 157-9.

3) Abbas MA, Fowl RJ, Stone WM, et al: Hepatic artery aneurysm: Factors that predict complications. J Vasc Surg 2003; 38(1): 41-5.

4) Tessier DJ, Stone WM, Fowl RJ, et al: Clinical features and management of splenic artery pseudoaneurysm: Case series and cumulative review of literature. J Vasc Surg 2003; 38(5): 969-74.

5) Carr JA, Cho JS, Shepard AD, et al: Visceral pseudoaneurysms due to pancreatic pseudocysts: Rare but lethal complications of pancreatitis. J Vasc Surg 2000; 32(4): 722-30.

6) Lynch J, Montgomery A, Shelmerdine S, Taylor J; Ruptured aneurysm of an aberrant left hepatic artery. BMJ Case Rep. 2013; doi: 10.1136/bcr-2013-201409.

7) Sessa C, Tinelli G, Porcu P, et al: Treatment of visceral artery aneurysms: Eescription of a retrospective series of 42 aneurysms in 34 patients. Ann Vasc Surg 2004; 18(6): 695-703.

8) Chiesa R, Astore D, Guzzo G, et al: Visceral artery aneurysms. Ann Vasc Surg 2005; 19(1): 42-8.

9) Mine T, Murata S, Ueda T, Takeda M, Onozawa S, Yamaguchi H, Kawano Y, Kumita SI :Contribution of extrahepatic collaterals to liver parenchymal circulation after proper hepatic artery embolization. J Gastroenterol Hepatol. 2014 Mar 14. doi: 10.1111/jgh.12571.