



Dev Anevrizmalar; İki Olgu

Hakan ÇAKIN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: İntrakranial anevrizmalar arter duvarının bozulması ile sıklıkla dallanma noktalarında gelişen vasküler problemlerdir. Kanamamış anevrizma insidansı Avrupa’da %3.2 dir. Anevrizmaların intraserebral kanama insidansı, dünya genelinde 9/100.000, kanamaya bağlı ölüm oranı ise %35 dir.

Dev anevrizmalar, boyutları 2,5 cm’ nin üzerinde olan anevrizmalar olarak tanımlanmıştır. Farklı çalışmalarda intrakranial anevrizmaların %2-5 ve %2-13 ünü oluşturdukları raporlanmıştır. Bu hastaların çoğu tromboemboliye bağlı şikayetler veya kitle etkisi sebebiyle hastanelere başvururlar. Subaraknoid kanamalar %20 oranında görülebilir. Tedavi seçiminde hem endovasküler, hem cerrahi yöntemler ayrı ayrı veya birlikte kullanılabilir. Birçok anevrizmada olduğu gibi dev anevrizmalar da hastaya özel tedavi planlaması gerektirir (1,2,3).

Bu yazıda, biri anterior dolaşımda MCA üzerinde bulunan 6x5 cm boyutunda, diğeri posterior dolaşımda Basiler Arter üzerinde olan 3x2.5 cm boyutunda ve eş zamanlı MCA üzerinde sakküler anevrizması olan ve cerrahi olarak tedavi ettiğimiz iki olguyu sunduk.

Olgu 1: 71 yaş erkek hasta bilinen sol orta serebral arter (MCA) üzerinde 6 x5 cm boyutunda dev anevrizması mevcut, levatirasetam kullanıyor. Bilinç bulanıklığı şikâyeti ile acil servisten kliniğimize yatırıldı. BT anjio ve DSA yapıldı. Anevrizmanın sol MCA bifurkasyonda yaklaşık 1-1,5 cm aktif dolan kısmı dışında düzensiz şekilde, 6x5 cm kese içerisine de akım veren parsiyel tromboze anevrizma ortaya kondu. Endovasküler olarak tedaviye uygun bir vasküler yapısı olmasına rağmen, anevrizma kesesinin temporal lob içerisinde yer kaplayıcı etkisi, ödem, şift ve klinik semptom oluşturması sebebiyle hasta operasyona alındı (Şekil 1).

Operasyon sırasında öncelikle sylvian diseksiyon ile başlanarak sol MCA M1-bifurkasyon ve M2 segmentleri ortaya kondu. M1 segmente geçici klip koyularak anevrizma içi basınç düşürüldükten sonra, bifurkasyondan temporal lob içerisine doğru uzanan ve tromboze büyük anevrizma kesesini oluşturan yaklaşık 1-1,5 cm ebatındaki anevrizma boynu ortaya kondu ve kliplenerek anevrizma kapatıldı. Geçici klbin çıkartılması sonrası Doppler ultrason yardımı ile anevrizmanın dolmadığı ve diğer vasküler yapıların çalıştığı kontrol edildi. Ardından mikroşirurjikal olarak temporal lob içerisini dolduran anevrizma kesesi açıldı ve Cusa ultrasonik aspiratör ile kese içi trombus total çıkartıldı. İçi boşalan kese paramkimden diseke edilerek ayrıldı ve MCA bifurkasyondaki kalıcı klipe kadar eksize edilerek total çıkartıldı. Ardından ikinci bir kalıcı klip booster klip olarak temporal lob tarafından ilk klbin mukavemetini artırmak için yerleştirildi. Ardından cerrahi sonlandırıldı. Hasta 24 saat içerisinde uyandırıldı ve sonrasında servise alındı (Şekil 2,3).

Olgu 2: 67 yaş kadın hasta Glaskow Koma Skoru (GKS) 4 olarak acil servise getirildi. Beyin BT de Fisher Grade 4 yaygın subaraknoid kanama (SAK), intraventriküle kanama görüldü. Yapılan BT anjioda sağ MCA da sakküler anevrizma ve Basiler tepede yaklaşık 3 cm boyutunda dev anevrizma saptandı (Şekil 4,5).

Hasta acil cerrahiye alındı. Önce sol lateral ventrikül içerisine eksternal ventriküler drenaj kateteri yollanarak kafa içi basınç kontrolü sağlandı. Ardından sağ hemikraniumda travma flebi insizyonla ilerlendi. Dekompressif kraniektomi uygulandı. Ardından mikroşirurjikal ilerlenerek sağ sylvian, optiko-karotit sistern ve karotiko-okülomotor üçgen açıldı. Basiler tepe yerleşimli dev anevrizma identifiye edilerek üzerinde bulunan araknoid membran açıldı. Basiler gövde üzerine bir adet geçici klip koyularak anevrizma içi basınç düşürüldü. Ardından bilateral posterior serebral arterler ve perforan arterler ortaya kondu. Anevrizma boynu kalıcı klip ile kapatıldı, geçici klip çıkarıldı. Doppler ultrason ile anevrizma domununun dolmadığı ve diğer vasküler yapıların çalıştığı görüldü. Ardından sylvian fissür içerisinde MCA bifurkasyonda bulunan sakküler anevrizma kliplendi. M2 segment süperior division üzerinde bulunan anjioda görülmeyen milimetrik anevrizmaya bipolar yardımcı ile shiring yapıldı ve üzeri kas ile wrapping yapılarak tedavi edildi.



Hasta ödem ve vazospazm riski için dekomprese olarak bırakıldı ve cerrahi sonlandırıldı. Postoperatif BT anjioda anevrizmaların kapandığı görüldü fakat bunun yanında tüm vasküler yapılarda yaygın vazospazm izlendi (Şekil 6-8).

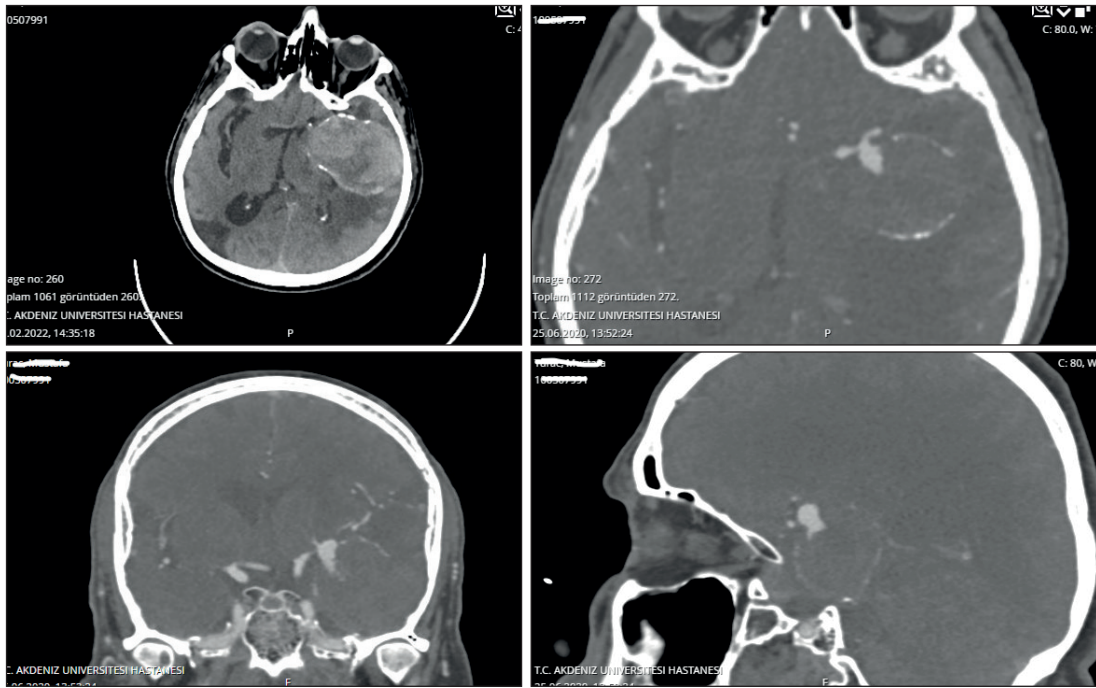
Hastanın post operatif GKS 6 ya yükselmesine rağmen, takip eden günlerde yaygın vazospazm ve genel durum bozukluğu sebebiyle hiç ekstübe olamadan yatışının 7. gününde exitus oldu.

Sonuç: Dev anevrizma tedavisi diğer anevrizmalardan çok farklılık göstermez. Anevrizma lokalizasyonu ve oluşturduğu klinik bulgular tedavi seçeneğinin belirlenmesi için önemlidir. Özellikle posterior fossada klinik bulgular daha gürültülü ve tedavi zor olabilir. Anevrizma primer coil, stent asisted coil veya flow diversion cihazları gibi endovasküler tekniklerle tedavi edilebilir, bunlara ek tedavi olarak cerrahi dekompresyon ihtiyacı olabilir. Cerrahi tedavi için primer kliplleme, vasküler trapping yanı sıra by pass gerektirebilir.

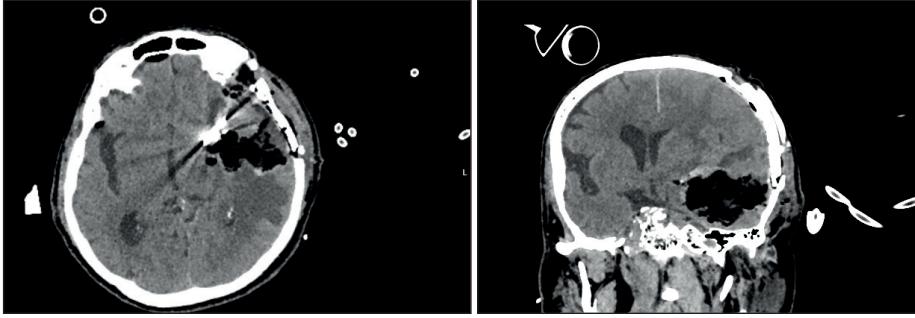
Burada cerrahi yöntemler ile tedavi ettiğimiz dev anevrizmalardan ilgi çekici olduğunu düşündüğümüz biri multiple anevrizma olan nadir 2 anevrizma olgusunu sunduk.

Kaynaklar

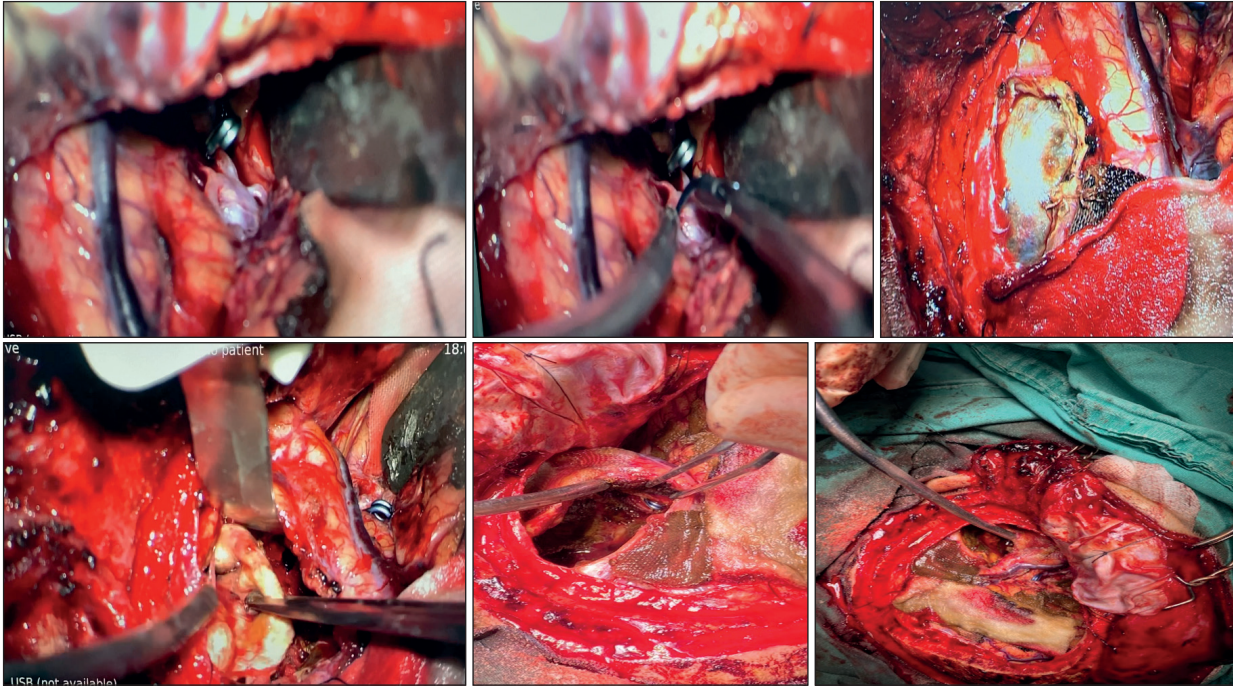
1. Gruber A, Gmeiner M. Current Strategies in the Treatment of Intracranial Large and Giant Aneurysms. Acta Neurochir Suppl. 2021; 132:19-26
2. Long XU, Xiaofeng D, Shuo W, Yong C et all. Giant Intracranial Aneurysms: Surgical Treatment and Analysis of Risk Factors. World Neurosurgery. June 2017.102:293-300
3. D'souza S. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. J Neurosurg Anesthesiol. July 2015.27(3):222-240



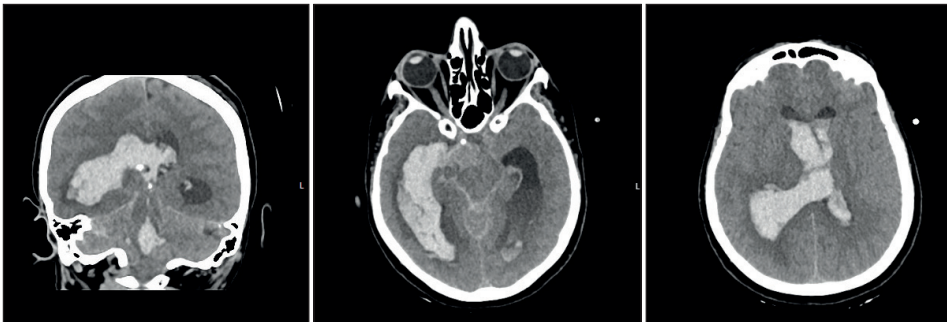
Şekil 1: Sol MCA dev anevrizma preoperatif BT ve BT anjio görüntüleri



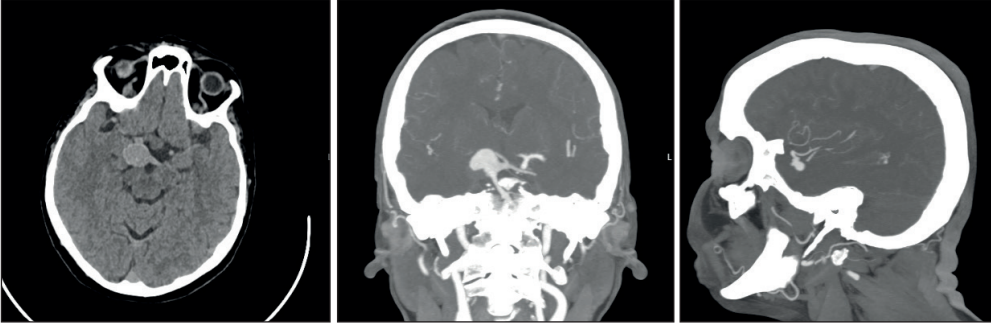
Şekil 2: Sol MCA dev anevrizma postoperatif BT görüntüleri



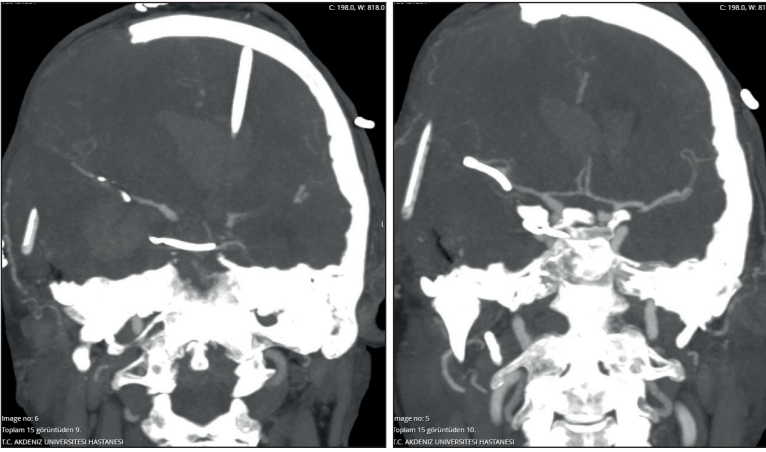
Şekil 3: Sol MCA dev anevrizma intraoperatif görüntüler



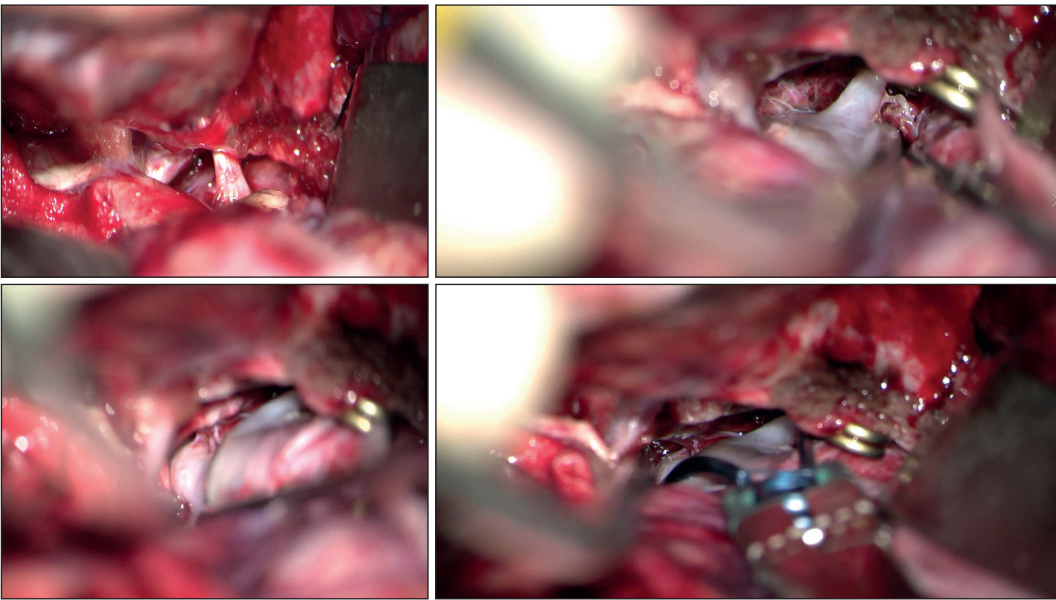
Şekil 4: Baziler Tepe ve sağ MCA anevrizması preoperatif BT SAK görüntüsü



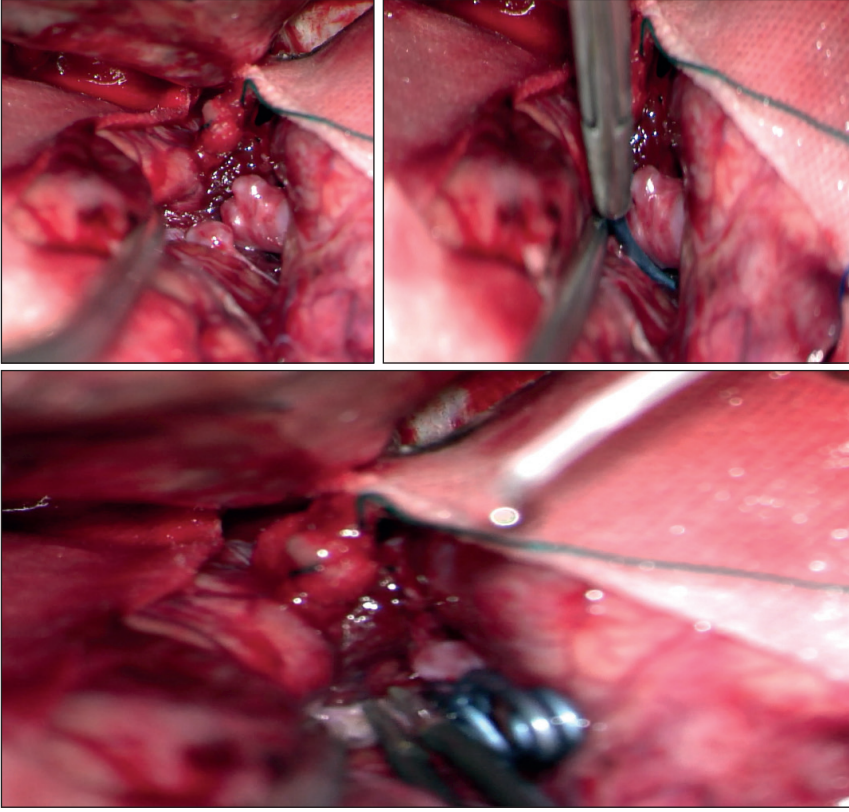
Şekil 5: Baziler Tepe ve sağ MCA anevrizması preoperatif BT Anjio görüntüsü



Şekil 6: Baziler Tepe ve sağ MCA anevrizması postoperatif BT Anjio görüntüsü



Şekil 7: Baziler Tepe anevrizması intraoperatif görüntüleri



Şekil 8: Sağ MCA anevrizması intraoperatif görüntüler

Not: Ek olarak Cerrahi video görüntüleri sözlü sunum sırasında kullanılacaktır.