

## Tromboze Dev Anevrizma: Olgu Sunumu

Burcu COŞKUN, Hakan ÇAKIN

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

**Giriş:** Bütün intrakranial anevrizmalar arasında, dev anevrizmaların (>25 mm) görülme oranı %3-13 arasında değişmektedir. Görülme sıklığının ortalama %5 civarında olduğu ve kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Dev anevrizmalar, yalnızca büyüklükleri ve genellikle kalsifiye olan boyunları nedeni ile değil, aynı zamanda kranial sinirler ve hayati önem taşıyan nöral yapılarla olan yakın ilişkileri nedeni ile de nöroşirürjinin çözümü en zor problemleri arasında yer almaktadır. Bu hastaların çoğu tromboemboliye bağlı şikayetler veya kitle etkisi sebebiyle hastanelere başvururlar.

Bu yazıda, BT anjiyo kesitlerinde 6 mm olarak ölçülen ancak intraop 2 cm'den büyük olduğu görülen tromboze sağ MCA anevrizma olgumuzu sunduk.

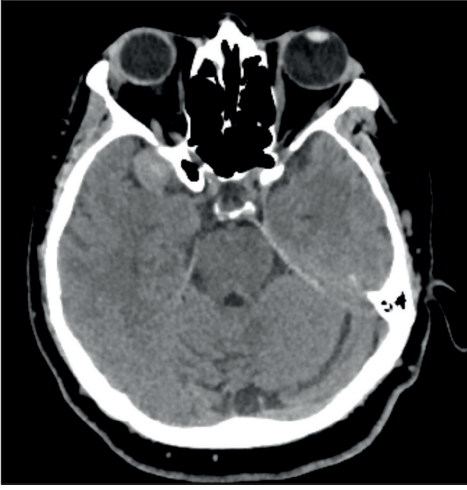
**Olgu:** 46 yaşında kadın hasta, 20-25 gündür olan vücudunun sol vücut yarısında uyuşma ve senkop nedeni ile dış merkez acil servise başvurmuş. Çekilen Beyin Bt'de sağ sfenoid kemik ala major komşuluğunda 2 cm çapında hiperdens lezyon saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş (resim 1). Çekilen BT anjiyo sağ MCA M1 segment distalinde 6 mm çapında sakküler anevrizmatik dilatasyon olarak raporlandı. Hastaya operasyon önerildi. (resim 2,3)

Operasyonda önce sağ sylvian diseksiyonla kafa tabanına ilerlendi. Sağ mca, sağ ica, sağ optik ve sağ a1 ortaya kondu. Optikokarotid sistem açıldı bos gelişi görüldü. Ardından sağ sylvian içerisinde sağ mca m1,m2 superior ve inferior division dalları ortaya kondu. Bifurkasyonda geniş tabanlı ve tabanından M2 dallarının çıktığı anevrizma görüldü. Ardından anevrizma etraf dokudan 360 derece serbestleştirildi. Tromboze kısım mikroşirürjikal olarak anevrizma domu açılarak eksize edildi ve anevrizma kliplenebilir morfolojik şekle remodeling yapılarak getirildi. Ardından 1 adet kalıcı ve 1 adet booster olmak üzere 2 adet klip anevrizma kullanılarak anevrizma kliplendi. Posteriorunda kalan rezidü anevrizmatik alan ise bir adet fenestre klip kullanılarak kapatıldı ve anevrizma toplam 3 adet kliple rezidüsüz olarak kapatıldı. (resim 4) Doppler usg yardımı ile tüm distal dallarda akım olduğu teyit edildi. Ardından cerrahi sonlandırıldı. Hasta 24 saat içinde uyandırıldı ve sonrasında servise alındı.

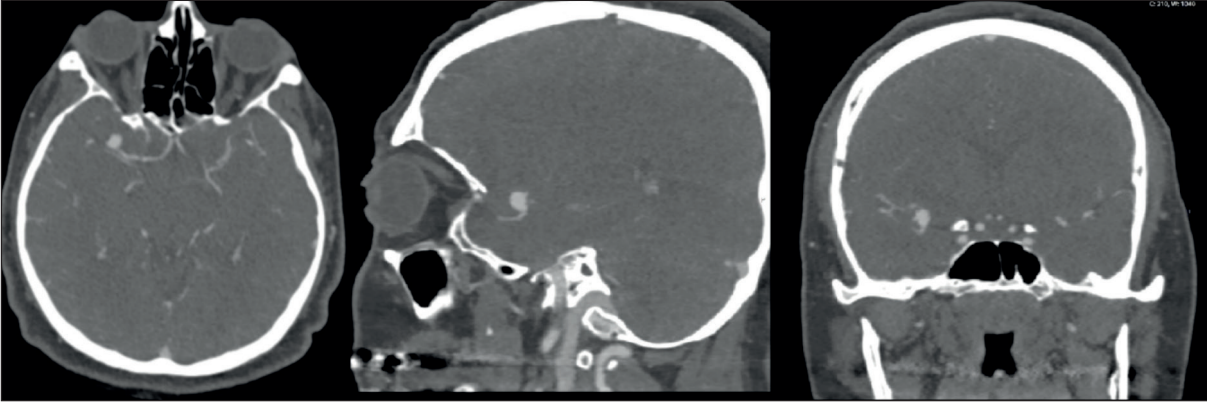
**Sonuç:** Kalsifiye veya tromboze anevrizmalara yaklaşım, özellikli bir bakış açısı ve planlama gerektirmektedir. Özellikle dev anevrizmalarda bu yaklaşım daha önemli hale gelmektedir. Anevrizmanın preoperatif değerlendirilmesi, mümkünse DSA ve 3D BT anjiyo ile beraber ayrıntılı yapılmalıdır. Tromboze veya kalsifiye kısım kontrast madde ile dolmayarak anevrizmanın asıl boyutu ve lokalizasyonunu gizleyebilir. Bu durumda operasyon sırasında planlananın dışında zor durumda kalınarak komplikasyonlar yaşanabilir. Çoğu zaman standart, klip ile kapatma tekniği yeterli olmayabilir. Anevrizma domuna remodeling yapılması, eksize edilmesi veya ana vasküler yapının kapatılması sebebiyle by-pass cerrahisi yapılması gerekebilir.

Size, örnek vakamızda BT Anjiyo ve DSA'da tam dolum göstermeyen ancak 3D Bt Anjiyo'da gerçek boyutuna en yakın görüntüyü veren tromboze komplike MCA bifurkasyon anevrizması sunduk.

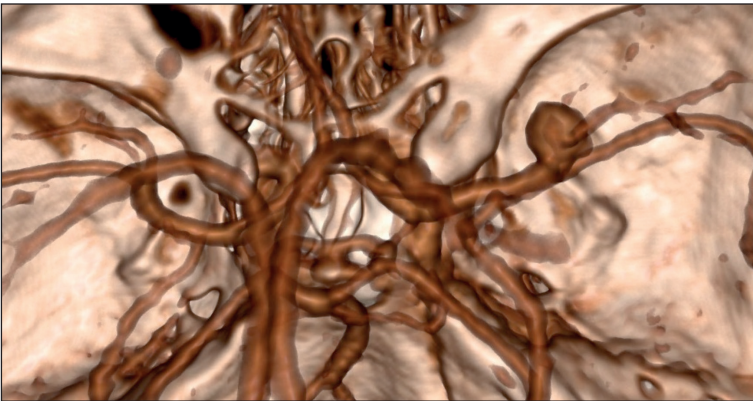
**Not:** Ek olarak cerrahi video görüntüleri sözlü sunum sırasında kullanılacaktır.



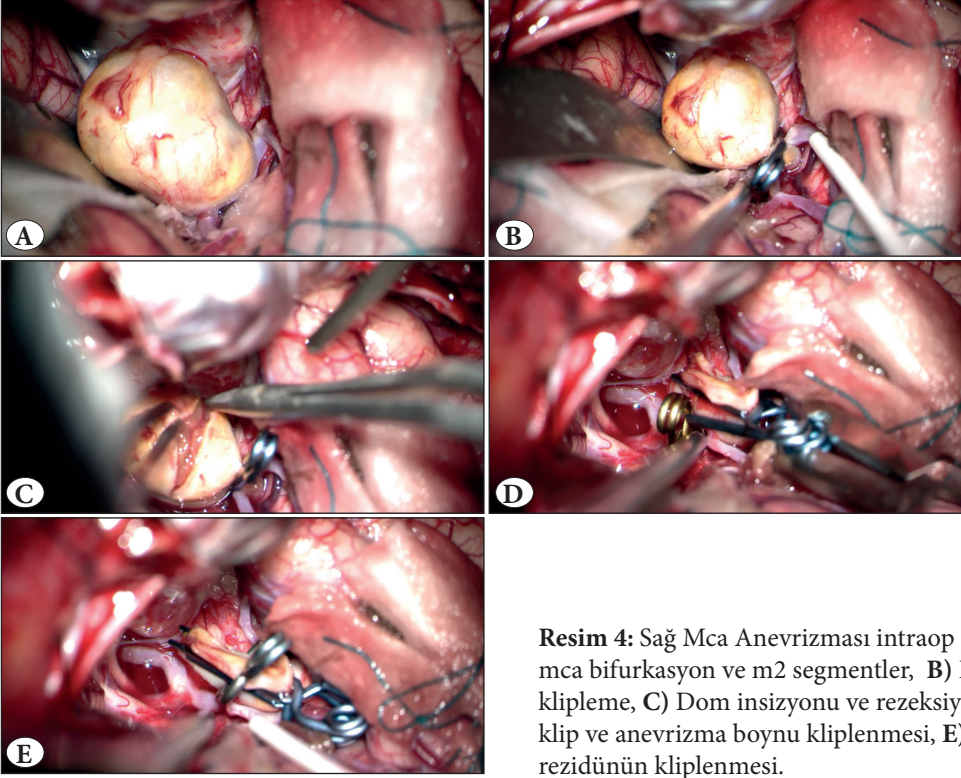
Resim 1: Preop Kontrastsız beyin Bt.



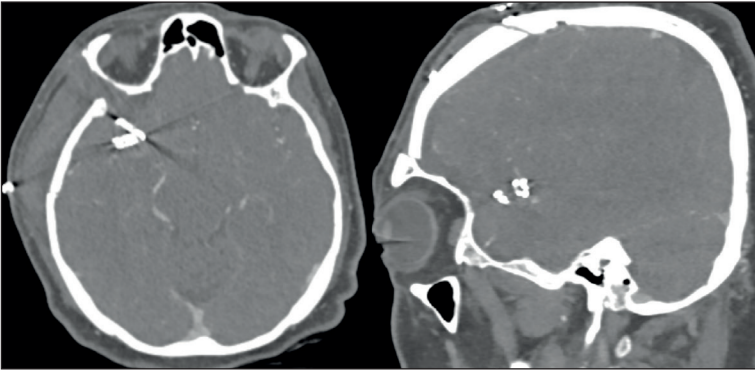
Resim 2: Beyin Bt Anjiyo, aksiyel, Sagittal, Coronal kesitler.



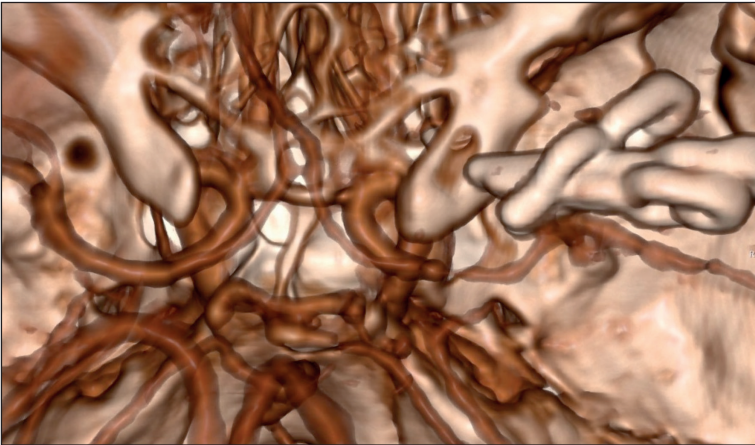
Resim 3: Beyin Bt Anjiyo 3D görüntü.



**Resim 4:** Sağ Mca Anevrizması intraop görüntüler. A) Anevrizma domu mca bifurkasyon ve m2 segmentler, B) Dom rezeksiyonu için geçici kliplene, C) Dom insizyonu ve rezeksiyonu, D) Mca m1 segmente geçici klip ve anevrizma boynu kliplenmesi, E) Fenestre klip ile boyunda kalan rezidünün kliplenmesi.



**Resim 5:** Postop dönemde çekilen Beyin Bt Anjiyo, Aksiyel ve sagittal kesitler.



**Resim 6:** Postop dönemde çekilen Beyin Bt anjiyo, 3D görüntü.