

# Radial Arter Anevrizması

Dr. Onursal Buğra, Dr. Ali Fedakar, Dr. Ahmet Şaşmazel, Dr. Orhan Fındık

## ÖZET

Üst ekstremitate arter anevrizmaları diğer periferik arter anevrizmalarına göre daha nadir görülürler. Radial arter anevrizmalarının genellikle travmatik orijinli olduğu bildirilmektedir. Radial arter düzeyinde gelişen psödoanevrizmalar sıklıkla invazif girişimlerden sonra görülürler. Distalde ve özellikle radial arter düzeyinde yerleşmiş arter anevrizmalarının el ve parmaklarda tromboembolik komplikasyonlara neden olduğu bildirilmiştir. Bu yazıda idiyopatik izole radial arter anevrizması olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Radial arter, anevrizma.

## ABSTRACT

### Radial Artery Aneurysm

Upper limb aneurysms are less frequently seen than the other aneurysm. Radial arterial aneurysm is usually associated with the trauma. Interventional procedures can cause pseudoaneurysm at the radial artery puncture sites. Radial artery aneurysm may cause the thromboembolic events at the fingers and the hand. We present a case of isolated radial arterial aneurysm with idiopathic origin.

**Key Words:** Radial artery, aneurysm.

## GİRİŞ

Radial arter anevrizmalarının genellikle travmatik ya da iyatrojenik kaynaklı olduğu bildirilmektedir (1). Bu nedenle genelde psödoanevrizma formasyonu şeklinde olur. Gerçek radial arter anevrizmaları ise oldukça nadir görülür ve çoğunlukla kitle nedeniyle hekime başvurulur (2-4). Özellikle radial arter düzeyinde yerleşmiş arter anevrizmaları el ve parmaklarda tromboembolik komplikasyonlara neden olduğunda hasta ağrı ve/veya parestezi yakınması ile başvurabilir (3,4). Bu yazıda giderek büyüyen ağrılı kitle şikayeti ile başvuran idiyopatik izole radial arter anevrizması olgumuzu sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

55 yaşında kadın hasta, 2 yıldır sol el bileğinde giderek büyüyen ağrılı kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol el bileğinden 3 cm distalde, 3x2 cm boyutunda pulsatil kitle tespit edildi (Şekil 1). Allen testi negatifti. Anamnezin-

de ek hastalık, anevrizma bölgesinde tıbbi girişim, travma ya da delici-kesici alet yaralanması öyküsü yoktu. İzole idiyopatik radial arter anevrizması tanısıyla cerrahi girişim planlandı. Lokal anestezi altında kitle üzerinden yapılan insizyon ile anevrizma eksplore edildi. Kanama kontrolü amacıyla el bileğinde anevrizma kesesinin proksimaline steril turnike uygulandı. Kesenin proksimal ve distalinde radial arter dönüldü (Şekil 2). Proksimal ve distal uçlar ligatüre edildi. Anevrizma kesesi rezeke edildi. İşlem sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon görülmedi. Anevrizma dokusunun histopatolojik incelemesinde gerçek anevrizma olduğu saptandı.

Kartal Koşuyolu Yüksek  
İhtisas E. A. Hastanesi,  
Kalp ve Damar Cerrahisi  
Kliniği, İstanbul, Türkiye.

Geliş Tarihi: 03 Şubat 2010

Kabul Tarihi: 10 Haziran 2010

## İletişim Adresi

Dr. Onursal Buğra,  
Kartal Koşuyolu Yüksek  
İhtisas E.A. Hastanesi,  
Kalp ve Damar Cerrahisi  
Kliniği, İstanbul, Türkiye.

Telefon:

0216 459 44 40

Faks:

0216 459 63 21

e-posta:

obugra@kosuyolu.gov.tr

**Şekil 1.** Anevrizmanın Preoperatif Görünümü



**Şekil 2.** Anevrizma Kesesinin İntraoperatif Görünümü



## TARTIŞMA

Üst ekstremitte arter anevrizmalarının tutulan arterlerin sıklık sırasına göre dağılımı subklavian, aksiller, brakial ve daha az sıklıkla da radial ve ulnar arterlerdir (1,3,5). Anevrizma gelişiminde sıklıkla travma (künt ya da kesici), iyatrojenik (arteriyel monitorizasyon ya da kateterizasyon) daha az olarak enfeksiyon (staphylococcus aureus), poliarteritis nodosa, Marfan sendromu, konjenital arteriyel patolojiler rol oynar (6,7). Olgumuzda travma öyküsü olmadığı gibi, yukarıda bahsedilen predispozan hastalıklardan biri de mevcut değildi. Bu nedenle izole idiopatik gerçek radial arter anevrizması tanısı kondu. Anevrizma dokusunun histopatolojik incelemesinde gerçek anevrizma olduğu saptandı.

İzole radial arter anevrizmalarında sıklıkla hekime başvuru nedeni kitledir. Ancak tromboembolik olaylar geliştiğinde ağrı ve/veya parestezi, soğuma şikayeti ile de başvurabilirler. Gray ve arkadaşlarının 1975-1995 yıllarını kapsayan, aksiller arter distalindeki üst ekstremitte gerçek anevrizmalarındaki 19 olguluk serilerinde başvuru nedeni

olarak % 67 kitle, % 33 oranında ağrı veya parestezi olarak belirtilmiştir (4). Aynı seride tromboembolik olay görülme oranı %25 olarak bildirilmiştir. Bizim olgumuz 2 yıldır sol el bileğinde giderek büyüyen, ağrılı kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu.

Pulsatil kitle tespit edilmesi ile tanı klinik olarak da konabilir. Arteriyel doppler ultrasonografi, manyetik rezonans anjiyografi ya da selektif üst ekstremitte anjiyografi ile tanısı kesinleştirilir. Ayrıca bu tanısız metotlarla psödoanevrizma ya da gerçek anevrizma ayırıcı tanısı yapılabilir.

Radial psödoanevrizmalar cerrahi olarak onarılabildiği gibi Terumo TR band kullanılarak noninvaziv olarak kapatılabilir(8). Gerçek radial arter anevrizmalarının tedavisi tromboembolik komplikasyonlara neden olmadan önce cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Yaygın olarak uygulanan cerrahi prosedür anevrizma kitlesinin çıkarılması ve proksimal ve distalden arterlerin bağlanmasıdır (2,3,9). Ancak bunun yapılabilmesi için Allen testine göre yapılmalı eğer ulnar ark eli beslemede yeterli ise o zaman tercih edilebilir. Ulnar ark eli beslemede yeterli olmuyorsa revaskülarizasyon uygulanmalıdır (2). Olgumuzda Allen testi negatif ve radial arter çapı çok ince olduğu için rezeksiyon ve proksimal ve distalden ligasyonu uyguladık.

Sonuç olarak gerçek radial arter anevrizmaları nadir olgulardır. Tromboemboli gangren veya rüptür riski nedeniyle tanısı konulduğunda cerrahi olarak rezeke edilmesini ve gereken vakalarda da revaskülarizasyon uygulanmasını öneriyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Ho PK, Weiland AJ, McClinton MA. Aneurysms of the upper extremity. *J Hand Surgery* 1987; 12: 39-44.
2. Yaghoubian A, de Virgilio C. Noniatrogenic aneurysm of the distal radial artery: a case report. *Ann Vasc Surg*. 2006;20:784-6.
3. Yılık L, Yetkin U, Çallı OA, Emrecaan B, Gürbüz G. İdiopatik izole dev radial arter anevrizma olgusu. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2003;25:111-5.
4. Gray RJ, Stone WM, Fowl RJ, Cherry KJ, Bower TC. Management of true aneurysms distal to the axillary artery. *J Vasc Surg* 1998;28:606-10.
5. Davidovic LB, Lotina SI, Jakovljevic NS. Aneurysms of the subclavian artery. *Srp Arh Celok Lek* 2000;128:184-90.
6. Mandegar MH, Saidi B, Roshanali F. Pseudoaneurysm after radial artery cannulation. *Ann Thorac Surg*. 2010;89:1306.
7. Goertz O, Kapalschinski N, Stricker I, Hauser J. Aneurysm of the radial artery in a patient with marfan syndrome. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 2010;42:307-9.
8. Liou M, Tung F, Kanei Y, Kwan T. Treatment of radial artery pseudoaneurysm using a novel compression device. *J Invasive Cardiol*. 2010;22:293-5.
9. Walton NP, Choulhadry F. Idiopathic radial artery aneurysm in the anatomical snuff box. *Acta Orthop Belg* 2002;68:292-4.