

Pulsatil torakal kitle: Nadir görülen bir sol ventrikül psödoanevrizması

Pulsatile thoracal mass: a rare case of large left ventricular pseudoaneurysm

Adem GÜLER, Alper UÇAK, Murat BAŞARAN,
Yücel ÖZEN, Melih Hulusi US, Ahmet Turan YILMAZ

Sol ventrikül psödoanevrizmaları, akut miyokart enfarktüsü, travma, enfeksiyon, kapak ve ventriküler cerrahi sonrası gelişirler. Bu yazıda, toraks ön duvarında pulsasyonu kolayca görülebilen bir sol ventrikül psödoanevrizması sunuldu. Elli beş yaşındaki kadın hasta, koroner arter baypas (CABG) ve sol ventrikül gerçek anevrizma onarım ameliyatı sonrası altıncı haftada kliniğe sol toraks ön duvarında kolaylıkla görülen ve trill alınan pulsatil kitle ile başvurdu. Kontrastlı toraks tomografisinde, sol toraks ön duvarında interkostal mesafeyi aşmış cilt altı yağ dokusuna yakınlık gösteren yumuşak doku kitlesi görüldü. Sol ventrikülografide geniş bir sol ventrikül apikal psödoanevrizması saptandı. Femoral kanülasyon ile kardiyopulmoner baypasa girilen hastada, endo-anevrizmorafi ve CABG x 1 ameliyatı gerçekleştirildi. Hasta 15. gün şifa ile taburcu edildi. Kontrol ekokardiyografisinde başarılı anevrizma tamiri rapor edilen hasta, ameliyat sonrası beşinci ayda olup takibi devam etmektedir. Sol ventrikül psödoanevrizması sıklıkla kalp yetersizliği ile kendini gösterir, ancak bazı hastalar nükseden taşiaritmi, tromboembolizm, progresiv dispne, non-spesifik göğüs ağrısı ya da hafif şikayetlerle başvurabilirler. Kalp cerrahisi geçirmiş ve göğüs ön duvarında pulsatil kitle şikayetiyle başvuran bir hastada mutlaka sol ventrikül psödoanevrizması ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Göğüs pulsatil kitle; sol ventrikül psödoanevrizma.

Left ventricular pseudoaneurysms (LVPA) develop after myocardial infarction, trauma, infection and either valvular or ventricular surgery. We present here an unusual case of LVPA appearing like a pulsatile mass, which was easily seen from the chest wall. A 55-year-old woman was admitted to our clinic with a pulsatile mass and trill, easily seen on the anterior chest wall 6 weeks after coronary artery bypass graft (CABG) surgery and endoaneurysmorrhaphy operation. Contrast-enhanced tomography showed a soft tissue mass detected close to the subcutaneous fat tissue of the anterior chest wall located in the left hemithorax. Left ventriculography was consistent with a large pseudoaneurysm in the apical wall of the left ventricle. Cardiopulmonary bypass was established with femoral cannulation, and endoaneurysmorrhaphy and CABG x 1 operations were carried out. The patient was discharged home on postoperative day 15. Follow-up echocardiography showed successful repair and shrinkage of the aneurysm, and the patient remained asymptomatic without any clinical event during our follow-up. LVPA usually present with heart failure. However, some patients may have recurrent tachyarrhythmia, progressive dyspnea, nonspecific chest pain, or thromboembolism, or remain clinically silent. When a patient is seen after cardiac surgery with a pulsatile mass detected on the chest wall, LVPA should be considered in the differential diagnosis.

Key Words: Thoracal pulsatile mass; left ventricular pseudoaneurysm.

Sol ventrikül psödoanevrizması (LVPA) sıklıkla akut miyokart enfarktüsü sonrası görülen ve tipik olarak sol ventrikül inferior ve posterior duvarında yerleşimli ölümcül seyredabilen bir komplikasyondur.^[1] Bu yazıda, ameliyat sonrası altıncı haftada toraks ön duvarında pulsatil kitle ile başvuran sol ventrikül psödoanevrizmalı 55 yaşındaki kadın hasta sunuldu.

dur.^[1] Bu yazıda, ameliyat sonrası altıncı haftada toraks ön duvarında pulsatil kitle ile başvuran sol ventrikül psödoanevrizmalı 55 yaşındaki kadın hasta sunuldu.

OLGU SUNUMU

Hasta, koroner arter baypas (CABG) ve sol ventrikül gerçek anevrizma onarımı sonrası; ameliyattan sonra altıncı haftada kliniğimize sol toraks ön duvarında inspeksiyonla kolaylıkla görülen ve trill alınan pulsatil kitle şikayetiyle başvurdu (Şekil 1a).

Hastanın hikayesinde hipertansiyon, tip II diyabet ve hiperlipidemi olan hasta, ilaç tedavisi olarak asetil salisilik asit, metoprolol, anksiyolitik, oral antidiyabetik kullanmaktaydı. Hastanın fiziksel incelemesinde, sol meme altında kalp apeksine uyan bölgede kalp tepe atımı belirgin ve palpasyonda pulsasyon ve trill alınan bir kitle mevcuttu. Oskültasyonda sistolo-diyastolik üfürüm duyulan hastanın arka-ön göğüs radyografisinde kalp silüetinde genişleme ve sol kostodiyafematik sinüste kapalılık belirlendi. Elektrokardiyografik incelemesinde non-spesifik ST değişiklikleri mevcut olan hastanın yapılan ekokardiyografisinde apikal bölgede yerleşimli psödoanevrizma ve birinci derece mitral yetersizliği saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sol ventrikül apikal bölgeden köken alan ve komşu interkostal mesafeyi aşmış ciltaltı yağ dokusuna uzanan psödoanevrizma ile uyumlu yumuşak doku kitlesi rapor edildi (Şekil 1b).

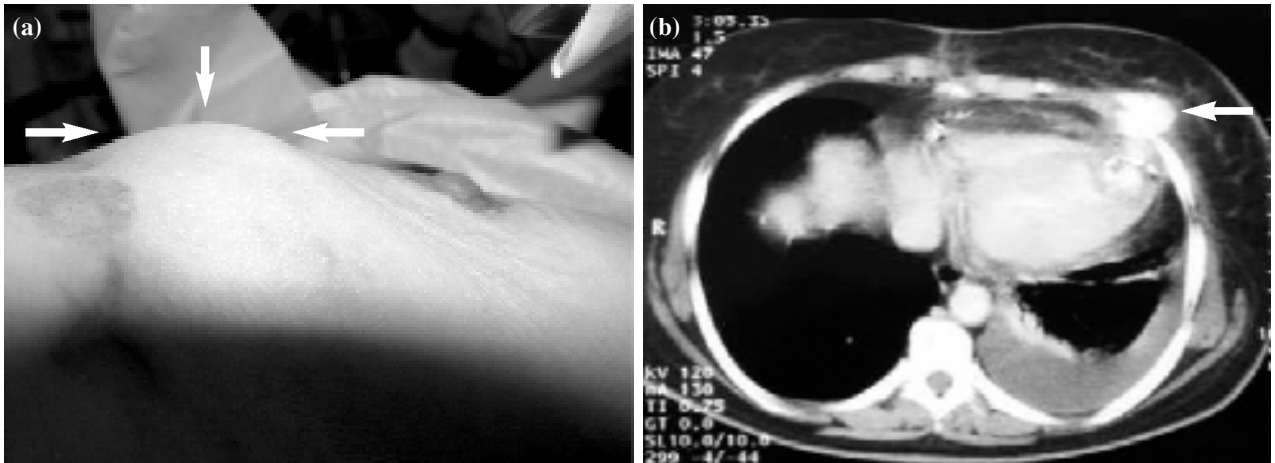
Hastanın anjiyografik incelemesinde sol ön inen artere (LAD) giden sol internal mamaryan arter (LIMA) greftinin açık; fakat, LAD distal yatağının iyi kalitede olmamasına bağlı olarak zayıf dolmuş gösterdiği belirlendi. Sağ koroner artere giden radial arter greftinde ise *string sign* mevcuttu.

Hasta acil şartlarda ameliyata alındı. Sağ femoral arter ve ven kanüle edilerek kardiyopulmoner baypa-

sa girilmesini takiben, sternotomi yapılarak perikardiyal ve plevral yapışıklıklar giderildi. Yapışık sahada kalan LIMA grefti kalp disseke edilirken, hasarlandı ve bağlandı. Yoğun plaklı bir yapıya sahip olduğu belirlenen LAD damarına, uygun lümen olmadığı için yeniden baypas yapılmadı. Radial arter grefti disseke edildiğinde, ameliyat öncesi anjiyografi görüntülerinde *string sign* bildirilen greftte kan akımının yeterli olduğu saptandı. Bununla beraber, radial arterde muhtemel spazma bağlı olarak oluşabilecek pompa çıkışı hemodinamik bozukluk ihtimalini ortadan kaldırmak için sağ koroner artere safen ven ile ilave baypas yapıldı. Takiben psödoanevrizma kesesi açılarak eski ameliyata ait yama eksize edildi. Anevrizma bölgesindeki apikolateral ve inferolateral alanlardaki miyokart dokusu son derece frajildi. Bu bölgelerin dikiş tutmaması gözönüne bulundurularak, sağlam miyokart bölgesinden geçilen teflon destekli tek tek dikişlerle, anevrizma ağzına uygun ebatlardaki Dacron yama yerleştirildi. Hasta problemsiz bir şekilde kardiyopulmoner baypasdan ayrıldı ve düşük inotropik destek ile yoğun bakıma alındı. Yoğun bakımdan üçüncü gün çıkan hasta 15. gün taburcu edildi. Ameliyatta alınan materyallerin kültüründe bakteri üremedi. Efor kapasitesi klas I olan hastanın takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Sol ventrikül psödoanevrizmaları kalp cerrahisi sonrası nadir de olsa görülebilen, fakat ölümcül seyretme potansiyeli yüksek olan ciddi komplikasyonlardır. Transmural miyokart infarktüsü (Mİ), toraks travması, endokardit ve kardiyak cerrahi sonrası görülebilen psödoanevrizmalar, antero-apikal yerleşimli gerçek anevrizmaların tersine daha çok poste-



Şekil 1. (a) Hastanın göğüs ön duvarının ameliyat öncesi görünümü. (b) Hastanın toraks bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

ro-inferior yerleşimlidir.^[2] Bu hastalar genellikle kalp yetersizliği, nökseden taşiaritmi, tromboembolizm, post-Mİ subakut tamponat, progresiv dispne, non-spesifik göğüs ağrısı ya da hafif şikayetlerle başvurabilirler. Genellikle küçük dar boyunlu olan bu anevrizmalarda anevrizma kesesinin, plevra ve çevre dokular tarafından sınırlandırılmasından dolayı büyük boyutlar görülmez. Küçük boyutları nedeniyle bu tür anevrizmaların genellikle asemptomatik seyretmesi, rutin incelemeler sırasında tanı konmasını oldukça zorlaştırır. Özellikle bizim olgumuz gibi göğüs ön duvarında büyük bir pulsatil kitle ile başvuran olgu sayısı oldukça nadirdir.

Literatürde, anevrizmorafi veya mitral kapak cerrahisi sonrası psödoanevrizmalar bildirilmiştir. Perek ve arkadaşlarının^[3] sekiz olguluk serilerinde cerrahi ve erken dönem mortalite bildirilmemiştir. Büyük ebatlardaki anevrizmalarda %30-45 rüptür insidansı bulunduğu için, medikal yaklaşım uygulanan olgularda mortalite oranı %48 olarak bildirilmiştir. Bu oran cerrahi girişim yapılan hastalarda ise %10'un altına düşmektedir.^[4,5] Bu nedenle cerrahi girişim bu tür hastalarda hayat kurtarıcıdır.

Rüptür direkt olarak iskemik nekrotik alanın büyüklüğüne ve anevrizma kesesindeki duvar stresine bağlıdır. Anevrizma kesesinden perikarda olan sızma hafif olup uzun dönemde tamponad ile kendini gösterebilir ya da bizim olgumuzda olduğu gibi kısa sürede dev boyutlara ulaşabilir. Erken dönemde oluşan bu psödoanevrizmalarda genellikle enfeksiyon veya dikiş ayrılması ön plana çıkmaktadır. Civelek ve arkadaşları gerçek anevrizma onarımı sonrası dördüncü ayda *S. aureus* saptanan apse ve sonrasında cilde fistüle olan LVPA bildirmişlerdir. Aynı olguda LVPA dört kez tekrarlamış ve dördüncü ameliyatta M. pectoralis majör ile kardiyomiyoplasti yapılarak tedavi edilebilmiştir.^[5] Bizim olgumuzda enfeksiyon bulguları yoktu ancak yama dikişlerinde ayrılma vardı. Hastanın ilk ameliyatı sırasında Gortex yama, 3/0 prolen ile anevrizma kesesinin boynuna devamlı dikiş tekniği kullanılarak dikilmişti. Daha sonra anevrizma kesesi, yama üzerine 2/0 Etibond ile devamlı dikiş tekniği kullanılarak kapatılmıştı. Hipertansiyonu olan hastada kardiyak kontraksiyonların sürekli travma etkisi ile devamlı dikişin lateral kısmında

(septumun karşı tarafında) ayrılma meydana gelmiştir. Bu olgudan sonra, kliniğimizde endoanevrizmorafi ameliyatı gerçekleştirilen hastalarda, devamlı dikiş tekniğine ek olarak dikiş hattını yamanın dört bir yanına konulan teflon destekli dikişlerle desteklemeye başladık. Fibröz dokunun dikiş tutma kapasitesi canlı miyokart bölgesine göre çok daha yüksek olduğu için yama dikişlerinin mutlaka fibröz rimden geçmesine dikkat edilmelidir. Eğer fibröz rim altında canlı miyokart bölgesinden dikiş geçmek gerekecek ise, buraların teflon destekli ek dikişlerle kuvvetlendirilmesi gerekir. İskemiye bağlı olarak dikişler atabilir. Ancak hastanın sirkumfleks koroner arter sisteminin normal olması, LAD bölgesinde anevrizma dokusu dışında kalan birinci septal ve birinci diyagonal koroner arterlerin açık olması ve sağ koroner arter perfüzyonunun baypas greftle yeterli sağlanması nedenleri, psödoanevrizma oluşumunda dikiş hattının yetersiz perfüzyonu ihtimalini bertaraf etmektedir.

LVPA, kalp cerrahisi ve Mİ sonrası oluşursa sinsi seyredebilir ve hasta atipik bulgularla polikliniğe ve acil servislere başvurabilir. Ayırıcı tanıda interkostal arter anevrizması, dren yerinde A-V fistül, hematoma gibi nedenler gözönünde bulundurulmalıdır. Bu tür hastalarda hikaye mutlaka özenle alınmalı, LVPA tanılardan biri olarak mutlaka akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Davutoglu V, Soydinc S, Zincirkesen S, Dinckal H, Cagliyan CE. An unusual case of postoperative giant left ventricular pseudoaneurysm. *Int J Cardiol* 2004;97:323-5.
2. Milojevic P, Neskovic V, Vukovic M, Nezic D, Djukanovic B. Surgical repair of a leaking double postinfarction left ventricular pseudoaneurysm. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2004;128:765-7.
3. Perek B, Jemielity M, Dyszkiewicz W. Clinical profile and outcome of patients with chronic postinfarction left ventricular false aneurysm treated surgically. *Heart Surg Forum* 2004;7:E132-5.
4. Hoey DR, Kravitz J, Vanderbeek PB, Kelly JJ. Left ventricular pseudoaneurysm causing myocardial infarction and cerebrovascular accident. *J Emerg Med* 2005;28:431-5.
5. Civelek A, Akıncı E, Berki T, Gürbüz A, Balkanay M, Işık Ö ve ark. Anevrizmektomi sonrası enfeksiyona sekonder gelişen rekürren sol ventrikül pseudo anevrizması ve rüptürün değişik ventriküloplasti teknikleri ile tamiri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 1996;Cilt 4, Sayı 3.