

Editöre mektup - UTD-320420

Sayın Editör,

Gökçe Şirin ve arkadaşları imzalı Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi'nin 2007 yılında 13(1) sayısında 60–62 sayfalar arasında yayınlanmış olan “ Travmatik süperfisyel temporal arter anevrizması: Olgu sunumu”başlıklı yazıyı ilgiyle okudum [1]. Öncelikle yazarları bu nadir görülen anevrizma olgusunu başarılı şekilde tedavi ettikleri için tebrik ediyorum. Bu makaleyle ilgili bazı noktalara temas etmek istiyorum.

1) Olguda tanı amacıyla anjiyografi tercih edilmiş. Oysa tanısal yöntemler arasında en uygun yöntemin iyi anamnez alınması ve yeterli fizik muayene yapılması olduğu bilinmektedir. Küçük ve tek anevrizmalarda bunlara ilaveten doppler ultrasonografi çoğunlukla yeterli olmaktadır. Böylece ek invaziv girişimlere ihtiyaç duyulmamaktadır. Ancak başvuru esnasında nörolojik hasar bulguları varsa, intrakranial patolojilerin araştırılması amacıyla anjiyografi ve bilgisayarlı beyin tomografisi yapılabilir. Ek olarak anevrizmaya eşik edebilen arteriovenöz fistül şüphesi varlığında anjiyografiye başvurulmalıdır. Yinede anjiyografinin %4–5 oranında toplam komplikasyon riskine sahip olduğu ve bunların içinde düşük de olsa inme ve nörolojik hasar riskinin bulunduğu hatırlanmalıdır. Ayrıca anjiyografinin bir çeşit lümenografi olması ve trombüs mevcudiyetinde yanıltıcı olabileceği aşikârdır. Psödoanevrizma tam olarak tromboze ise anjiyografi tanısal değer taşımamaktadır.

Doppler ultrasonografi ile nativ arter ve anevrizma bölgesinde fusiform genişleme ile beraber, dalgalı veya türbülant intraluminal arteriyel kan akımı, anevrizmanın trombüs içeriği ve yüksek periferik vasküler direnç saptanabilir [2]. Sonuçta Doppler ultrasonografinin anevrizma çapını ve trombüs içeriğini doğru olarak gösterebilen ve komplikasyon riski taşımayan noninaziv bir girişim olarak, tetkik aşamasında ilk tercih edilecek radyolojik yöntem olması gerektiğini düşünmekteyim. Ancak doppler ultrasonografi ile anevrizma kesesinin çevre yumuşak dokular ve kemik ile olan ilişkileri hakkında nispeten az bilgi elde edilebilmektedir. Bu durum eğer cerrahi esnasında problem oluşturacaksa bilgisayarlı tomografi yardımcı olacaktır.

2) Olgunun çıkarılan dokusunda histopatolojik inceleme yapılmamış. Ancak, psödoanevrizmalar tüm anevrizmaların %1' inden azını oluşturmaktadır ve tanı mutlaka klinik olarak değil histopatolojik olarak konulmalıdır. Psödoanevrizmaların histopatolojik incelenmesi sonucunda anevrizma duvarının intima, internal elastik

membran ve mediya tabakasını içermediği ve sadece adventisya ve organize olmuş bağ dokusundan ibaret olduğu görülmektedir. Ayrıca elastik dokuyu göstermek amacıyla yapılan boyamalar neticesinde anevrizma dokusunun elastik lifleri içermediği görülür. Buna karşılık gerçek anevrizmalarda anevrizma duvarının ve özellikle intimanın atherosklerotik kalınlaşması, trombotik aterom plakları ve arter duvarının her üç tabakası da tespit edilmektedir [3].

Nadiren internal elastik membrana ait konjenital defektler, atheroskleroz ve dev hücreli veya inflamatuvar arterite bağlı olarak gelişen spontan psödoanevrizmalar görülebilmektedir. Bu durumlardan herhangi birinin histopatolojik olarak tanınabilmesi olguların tedavi ve takip planlarını tamamıyla değiştirecektir. Hem bu nedenlerle hem de cerrahi rutine uyum açısından çıkarılan dokunun histopatolojik incelenmesinin mutlaka yapılması gerektiğini düşünmekteyim.

Yazarların bu konular hakkındaki görüşlerini bildirmelerinin çalışmanın değerini artırmak açısından yararlı olabileceği kanaatindeyim.

Kaynaklar:

1. [Sirin G, Bolcal C, Akay T, Iyem H, Tatar H.](#) Traumatic aneurysm of the superficial temporal artery: a case report Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2007 Jan; 13(1):60-2.
2. [Shenoy SN, Raja A.](#) Traumatic superficial temporal artery aneurysm. Neurol India. 2003 Dec; 51(4):537-8.
3. [Endo T, Mori K, Maeda M.](#) Multiple arteriosclerotic fusiform aneurysms of the superficial temporal artery--case report. Neurol Med Chir (Tokyo). 2000 Jun; 40(6):321-3.

Saygılarımla,

Uzm. Dr., Sami Karapolat

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Göğüs Cerrahisi Abd

Tel : (232) 412 32 39

E-mail : samikarapolat@yahoo.com

Editöre mektuba yanıt - UTD-320420

Sayın Editör,

Derginizin 2007 yılı 13(1) sayısında 60-62 numaralı sayfalar arasında yayınlanmış olan 'Travmatik süperfisyel temporal arter anevrizması. Bir olgu sunumu' başlıklı yazımız [1] ile ilgili olarak yapılan katkı ve eleştiriler için okurlara teşekkürlerimi bildirmek istiyorum.

Süperfisyel temporal arter anevrizması nadir görülmektedir. Olguların çoğunda etyoloji travma kaynaklı olup yalancı anevrizma şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Nadiren de gerçek anevrizma oluşumu bildirilmiştir [2]. Anevrizmanın teşhisinde sıklıkla anamnez ve fizik muayene yeterli olmaktadır. Fizik muayenede pulsasyon kolaylıkla saptanabilmektedir. Fakat tromboze anevrizmalar fizik muayene sırasında atlanabilir. Bu durumda Renkli Doppler ultrasonografi (RDUSG), dijital subtraction anjiyografi (DSA) ve kontrastlı bilgisayarlı tomografi gibi yardımcı ek tanı yöntemlerine ihtiyaç gerek duyulabilir. Özellikle nörolojik bulgularla başvuran hastalarda anjiyografi ve bilgisayarlı tomografi ek tanı yöntemi olarak yardımcı olabilir [3]. RDUSG' de arterdeki lokalize genişleme ve anevrizma içindeki turbulan akım gösterilebilmektedir. Hatta, anjiyografide görülmeyen tromboze anevrizmaların değerlendirilmesinde oldukça kullanışlıdır. Hastamızda öncelikli tanı yöntemi olarak anamnez ve fizik muayene bulguları kullanıldı. Anjiyografi ise hastanın daha önce gittiği başka bir klinikte yapılmış olmasından ek tanı yöntemine gerek duyulmadı.

Süperfisyel temporal arter anevrizmalarının çoğu travma kaynaklı olup yalancı anevrizma şeklindedir. Genellikle travmadan 2 ile 6 hafta sonra ortaya çıkma eğilimindedir [3]. Sunulan olguda da yaklaşık bir ay önce düşme hikayesi sonrası sol temporal bölgede gelişen şişlik yakınması mevcuttu. Anevrizmanın geliştiği sol

temporal bölgede daha önce herhangi bir sorun olmaması, anevrizmanın travmadan yaklaşık bir ay sonra ortaya çıkması ön planda psödoanevrizma tanısını desteklediği için cerrahi olarak çıkarılan anevrizma materyali histopatolojik olarak incelenmedi.

Saygılarımla.

Dr. Gökçe Şirin

Yazışma Adresi : Dr. Gökçe Şirin
Tercüman Sitesi A6 Blok Kat:8 Daire:35
34100, Topkapı / İstanbul
Telefon : +90 212 415 59 44
Faks : +90 212 415 59 44
E-mail : drqsirin@yahoo.com

Kaynaklar

- 1- Sirin G, Bolcal C, Akay T, Iyem H, Tatar H. Traumatic aneurysm of the superficial temporal artery:a case report. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2007;13:60-62.
- 2- Silverberg D, Teodorescu V. True aneurysm of the superficial temporal artery. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005;30:223.
- 3- Lalak NJ, Farmer E. Traumatic pseudoaneurysm of the superficial temporal artery associated with facial nerve palsy. J Cardiovasc Surg (Torino). 1996;37:119-23.