



EVIS
EndoVascular and Interventional Symposium

14. TGRD YILLIK TOPLANTISI

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye
www.girisimselradyoloji2019.org - www.evis2019.org



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

DÜZENLEME KURULU

<i>Kongre Başkanı</i>	<i>M. Halil Öztürk</i>
<i>Kongre Genel Sekreteri</i>	<i>Kıvılcım Yavuz</i>
<i>Kongre Saymanı</i>	<i>Mehmet Gümüş</i>
<i>Üyeler</i>	<i>E. Umut Özyer</i>
	<i>Volkan Çakır</i>
	<i>Suat Eren</i>
	<i>Hasan Ali Durmaz</i>

DANIŞMA KURULU

<i>Bülent Arslan (Başkan)</i>	
<i>James Benenati</i>	<i>Charles Ray</i>
<i>Jafar Golzarian</i>	<i>Marc Sapoval</i>
<i>John Kaufman</i>	<i>Ülkü C. Turba</i>

BİLİMSEL KURUL

<i>Bilimsel Kurul Başkanı</i>	<i>Devrim Akıncı</i>
<i>Bilimsel Kurul Başkan Yardımcısı</i>	<i>Saim Yılmaz</i>
<i>Bilimsel Kurul Üyeleri</i>	
<i>Okan Akhan</i>	<i>Levent Oğuzkurt</i>
<i>A. Yiğit Göktay</i>	<i>Hasan Dinç</i>
<i>E. Umut Özyer</i>	<i>Bülent Arslan</i>
<i>James Benenati</i>	<i>Jafar Golzarian</i>
<i>Charles Ray</i>	<i>Marc Sapoval</i>
<i>Ülkü C. Turba</i>	<i>Mike Dake</i>
<i>Laura Findeiss</i>	<i>Brian Funaki</i>
<i>Alan Matsumoto</i>	<i>Wael Saad</i>

14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 01

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 17:30:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 17:40:00

CERRAHİ OLARAK TEDAVİ EDİLEMİYEN YÜKSEK DEBİLİ AV FİSTÜLÜN ENDOVASKÜLER YOLLA DARALTILMASI

Uğur Özkan¹

¹Özel Adana Ortadoğu Hastanesi

Amaç: Yüksek debili arteriovenöz fistülü olan ve cerrahi tedavi yapılamayan hastada endovasküler yolla fistül daraltılmasının sonuçlarını değerlendirmek.

Olgu sunumu: 82 yaşında bayan hasta 1 aydır sol kolda şişlik, hemorajik büller ve 3. parmakta iyileşmeyen yara şikayetleri ile başvurdu. KBY nedeniyle sol dirseğine arteriovenöz fistül açılmış olan hastada brakıyobazilik fistül tespit edildi. Brakiyal arterin (11 mm), anastomozun (10 mm) ve bazilik venin (17 mm) normalden belirgin geniş oldukları tespit edildi. Anastomoz komşu eferent vende anevrizmatik genişleme ve anastomoz distalinde 4 mm çaplı kaçak ven gözlendi. Cilt altında belirgin ödem mevcuttu. Bu bulgularla hastada çalma sendromu, venöz kaçak ve venöz hipertansiyon tanıları koyularak fistülün kapatılması veya daraltılması önerildi. Hasta fistülün kapatılmasını istemedi ve kalp damar cerrahisi bu fistülün daraltılmasının mümkün olmadığını bildirdi. Hastaya, standart bir işlem olmamakla birlikte fistülün endovasküler yolla daraltılmasının mümkün olabileceği anlatıldı. Onay alındıktan sonra hasta endovasküler tedaviye alındı. Stent greft yardımıyla anastomozun %50 oranında daraltılması planlandı. Anastomoz distalindeki kaçak venin, stent greftin yerleştirilmesi için en uygun ve risksiz yol olduğu düşünüldü. Kaçak vene retrograd olarak girildi ve 8 F damar kılıfı yerleştirildi. Klavuz kateter ve tel yardımıyla eferent vene geçildi ve sert bir tel eferent vene yerleştirildi. 8x40 mm boyutlarında bir stent greft, proksimal ucu anastomozu yaklaşık %50 oranında daraltacak şekilde kaçak ven içerisine doğru yerleştirildi. Stentin yerleştirilmesi esnasında floroskopi ve ultrasonografi kullanıldı. Stent greft yerleştirildikten sonra fistül akımının belirgin derecede yavaşladığı ancak fistülün hala çalıştığı gözlendi. Takipte hastanın bu fistülden diyalize sorunsuz şekilde girdiği, koldaki ödemin belirgin gerilediği ve 3. parmaktaki iskemik yaranın iyileştiği görüldü.

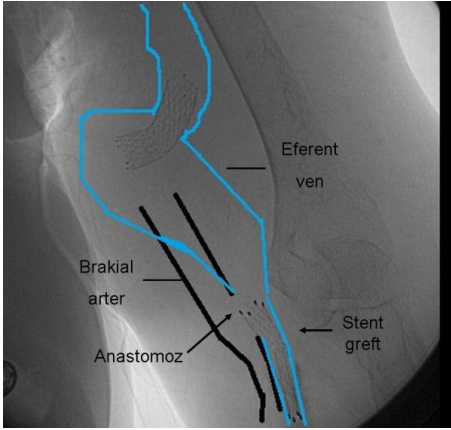
Sonuç: Çalma sendromu ve/veya venöz hipertansiyona neden olan yüksek debili arteriovenöz fistülün standart tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedaviye uygun olmayan hastalarda endovasküler tedavi teknikleri ile başarılı sonuçlar alınabilir.

14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Resimler :

Resim Açıklaması: Resim 1. Endovasküler yolla fistül daraltılmasının şematik görünümü



Resim Açıklaması: Resim 2. Yüksek debili fistüle bağlı sol kolda şişlik ve hemorojik büller mevcut.



Resim Açıklaması: Resim 3. Endovasküler tedavi sonrası sol kol şişliğinde ve cilt lezyonlarında belirgin iyileşme oldu



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 02

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 17:40:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 17:50:00

ENDO VASKÜLER KATETERİZASYON YAPILAMAYAN RÜPTÜRE SPLENİK ARTER PSÖDOANEVRİZMASINDA FARKLI BİR YAKLAŞIM; PERKUTAN KATETERİZASYONLA SPLENİK ARTERİN EMBOLİZASYONU

Rıdvan Pekçevik¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Splenik arter psödoanevrizmaları(PA) oldukça nadir görülür. Etiyolojide travma, lokal enfeksiyon ve enflamasyon sorumlu tutulmaktadır. Splenik arter PA sıklıkla semptomatik olur, en sık semptom ise gastrointestinal kanamadır ve ciddi hemodinamik instabiliteye yol açabilir. Tedavi edilmedikleri takdirde %50'ye varan rüptür ve % 90'a varan mortalite oranlarına sahiptirler. Bu hastalarda splenik arterin mikrokoiller ile embolizasyonu, %100'e varan başarı oranı ve düşük mortalite- morbitide riski nedeniyle oldukça etkili bir tedavi yöntemidir.

Gereç ve yöntem: 65 yaşında erkek hasta kanlı kusma şikayetiyle acil servise başvurdu. Laboratuvar bulguları; hemogloblin 6.9 gr/dl, amilaz 171 U/L, lipaz 406 U/L, CRP 7.8 mg/dl, kan gazı hafif asidotik olması dışında normaldi. Hastanın geçmişinden 6 ay önce kolon adenokarsinomu tanısı konduğu, inoperabl olduğu, kemoterapi ve radyoterapi tedavileri aldığı ve son 1.5 aydır da tedavisine ara verdiği anlaşıldı. Hastaya yapılan acil üst gastrointestinal sistem endoskopisinde aktif kanama odağı saptanmadı. Yapılan torako-abdominal kontrastlı bilgisayarlı tomografi incelemesinde epigastrik bölgede, 13x8 cm boyutta hematoma ve içerisinde splenik arter PA'sı olduğu görüldü. Hasta kliniğimizde acil olarak işleme alındı.

Lokal anestezi uygulamasını takiben sağ ana femoral arterden ponksiyon yapılarak 6 french(F) vasküler kılıf yerleştirildi. 5F Simmons 1 kateter ve 0.035 inch standart hidrofilik tel ile çölyak arter orifisine selektif yerleşildi. Yapılan anjiyografide splenik arterin 2 cm proksimalinde rüptüre PA'ya ait ekstrasvasyon olduğu görüldü. Daha sonra 2.7F mikrokater ve 0.014 inç klavuz tel ile splenik arter kateterize edilmeye çalışıldı ancak tüm girişimlere karşın, rüptür düzeyinin distaline geçilemedi. Bunun üzerine lokal anestezi uygulamasını takiben, perkutan yolla, ultrasonografi eşliğinde, epigastrik bölgedeki hematoma içerisine, 18 gauge iğne ile ponksiyon yapıldı ve 6F vasküler kılıf yerleştirildi. 5F vertebral kateter ve standart hidrofilik tel ile hematoma ve rüptüre PA içerisinden geçilerek splenik artere ulaşıldı, vertebral kateterin içinden 2.7F mikrokater ve 0.014 inç klavuz tel gönderilerek, rüptür düzeyinin distalindeki splenik arter segmentine ilerlendi. Buradan başlayarak rüptür düzeyinin distal ve proksimal kesimleri periferik ayrılabilir koiller ile embolize edildi. Çölyak arterden yapılan kontrolde

14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

splenik arterin tamamen kapandığı, rüptüre PA'dan ekstrevasyon olmadığı görüldü. Hematom içerisine drenaj için 8F pigtail kateter bırakılarak işlem sonlandırıldı. Takipte herhangi bir sorun yaşanmadı.

Sonuç: Rüptüre splenik arter PA tedavisinde endovasküler yolla ulaşım sağlanamıyor, cerrahi tedavi yapılamıyor ve ciddi hayati tehlike bulunuyorsa, teknik olarak zor ve kanamayı artırma riski bulunmasına rağmen, perkutan yolla PA'nın kateterizasyonu denenebilir. Bu yolla splenik artere ulaşılabilir ise mikrokoiller ile embolizasyon, yaşam kurtarıcı alternatif bir tedavi şansı sunabilir.

Resimler :

Resim Açıklaması: Kontrastlı abdomen BT de epigastrik bölgede hematom ve psödoanevrizmaya ait görüntü.



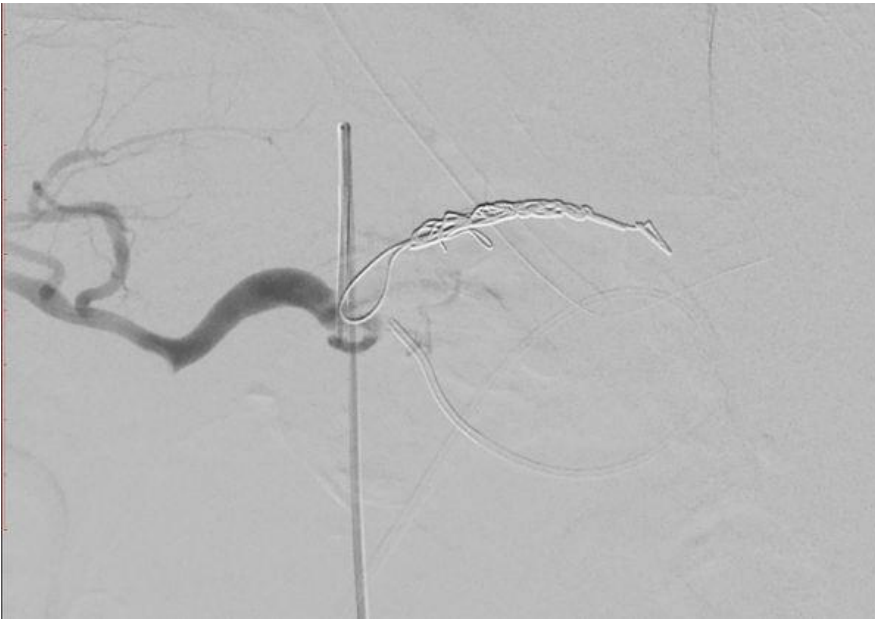
14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Resim Açıklaması: Çölyak anjiyografide splenik arter proksimalinde rüptüre psödoanevrizmaya ait ekstravazasyon



Resim Açıklaması: Perkutan yolla splenik arterin koil embolizasyonu sonrası kontrol görüntülerde anevrizmaya ait dolum izlenmiyor.



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 03

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 17:50:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 18:00:00

ATİPİK BOYUN KİTLESİNDE "TEHLİKELİ" ANASTOMOZ VE KİTLE EMBOLİZASYONU

Ömür Ballı², Mehmet Emrah Güven¹, Volkan Çakır²

¹Özel Egepol Hastanesi

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hipervasküler baş-boyun tümörlerinde klasik tedavi cerrahidir. Ancak cerrahi esnasında ve sonrasında ciddi kanama riski mevcut olup, bunu azaltmak amacıyla yapılan embolizasyon işleminin cerrahiye kolaylaştırdığı ve komplikasyonları azalttığı gösterilmiştir. En sık paragangliomalara ve Juvenil nasofaringeal anjiyofibromlara uygulanır. Ancak daha nadir olarak metastazlarda, schwannomlarda, hemanjiyoperisitomlar gibi bazı tümörlerde de uygulanabilmektedir.

Embolizasyon öncesi yapılacak selektif ve süperselektif anjiyografilerde kitlenin besleyicilerinin belirlenmesi ve en az bunun kadar önemli olan "Tehlikeli" kollaterallerin aranması gerekmektedir. Bunlar eksternal karotid (EKA), internal karotid (İKA) ve vertebral arter (VA) arasında olabilecek anastomozlardır. Bunlara dikkat edilmeden yapılacak bir embolizasyon, hedef dışı embolizasyona yol açıp, ciddi morbidite-mortaliteye neden olabilir. Ayrıca bu anastomozlar ilk alınan anjiyogramlarda görülmeyip, embolizasyon işlemine başlanıp bölgesel akım değiştiğinde ortaya çıkabilir. Bu sebeple embolizasyon işlemi esnasında da dikkat edilmelidir.

Vaka: Bu vakamızda; Dış merkezde yapılan kontrastlı bilgisayarlı tomografi tetkikinde, 29 yaşındaki kadın bir hastada sol submandibular bölgede yerleşmiş ılımlı vaskülarizasyon gösteren kitle izlenmektedir. Kitle sol ana karotid arterin lateralinde yerleşmiştir. Dış merkezden glomus karotikum (karotid body paraganglioma) ön tanısı ile kliniğimize preoperatif embolizasyon amacıyla yönlendirilmiştir.

Hastada ön tanı olarak tipik yerleşimde olmaması sebebiyle glomus karotikum düşünülmedi ancak hasta, kitledeki ılımlı vaskülarizasyon sebebi ile cerrahi işlemden 2 gün önce embolizasyon amacıyla işleme alındı.

Yapılan anjiyografide; servikal internal karotis arterin bir dalından kitlenin beslendiği izlenmiş ve bu dala yapılan süperselektif anjiyografide sol vertebral arter ile bağlantı saptanmıştır (Servikal İKA dalı-Vertebral arter anastomuzu).

Bunun üzerine anastomoz koil ile sonrasında da kitle 100-300 µm PVA tabanlı hidrojel mikrosferleri ile embolize edildi. Cerrahi sonrası spesmen incelenmiş ve patoloji bölümü tarafından Schwannom tanısı konulmuştur.

14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

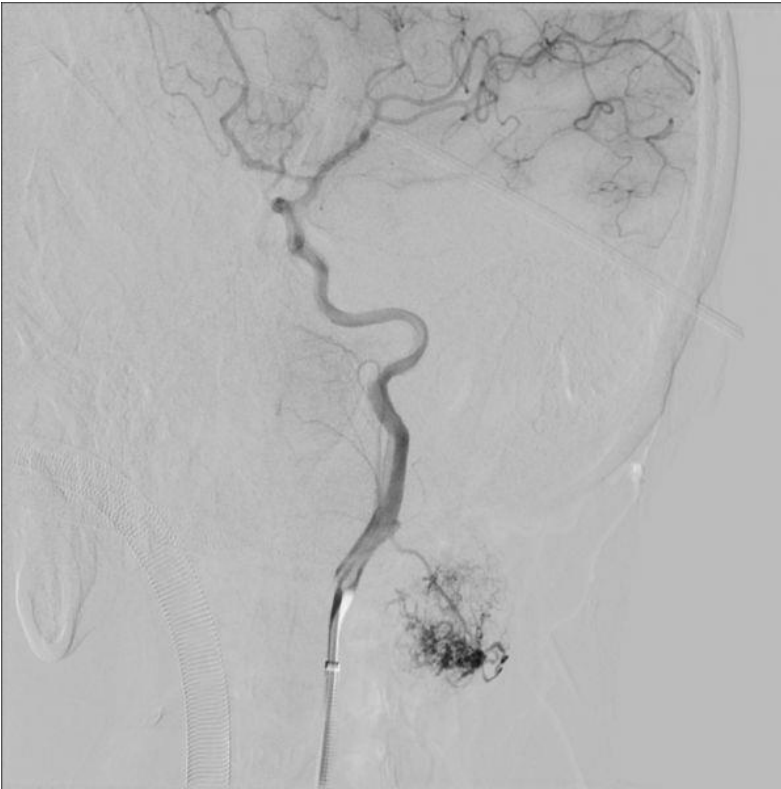
Tartışma: Kitlenin yerleşimi glomus karotikumlar için tipik değildir. Schwannom ise en sık baş-boyun lokalizasyonunda yerleşir ve ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Bu kitle için yapılabilecek alternatif uygulamalar şunlardır:

- 1-Embolizasyon uygulanmayabilirdi
- 2-Perkütan onyx/NBCA embolizasyonu yapılabilirdi....
- 3-Proatlantal intersegmental arter nadir bir fetal bağlantı olup akılda tutulmalıdır

Resimler :

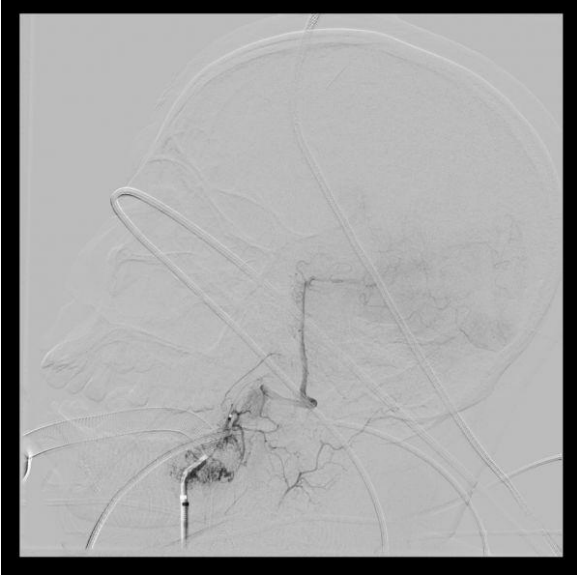
Resim Açıklaması: SELEKTİF İKA ENJEKSİYONU



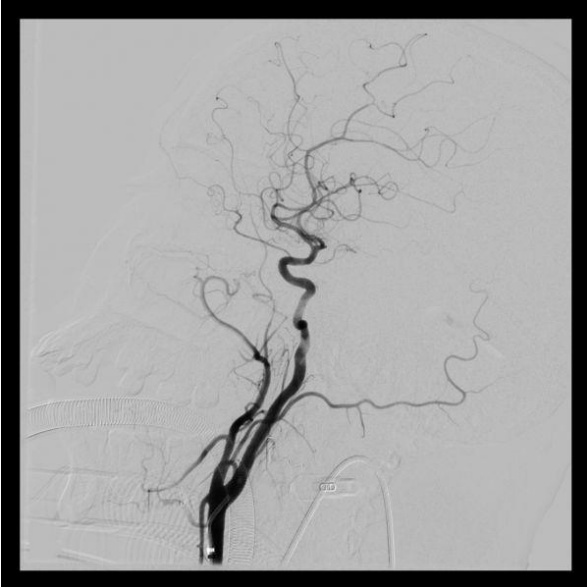
14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Resim Açıklaması: İKA-VERTEBRAL ANASTOMOZ



Resim Açıklaması: KOİL+PVA EMBOLİZASYONU SONRASI



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 04

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 18:00:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 18:10:00

DUKTUS ARTERİOZUS STENTLEME İŞLEMİ SIRASINDA OLUŞAN STENT MİGRASYONU VE YÖNETİMİ

Emrah Akay¹, Orkun Sarıoğlu²

¹Balıkesir Üniveristesi Tıp Fakültesi

²Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

Hipoplastik sol kalp sendromu, arkus aorta ve sol kalp yapılarının hipoplazisi ile karakterize, yüksek mortalite oranlarına sahip, nadir görülen bir patolojidir. Hastaların tedavi prosedüründe birinci basamak işlem olarak popülerliği son yıllarda gittikçe artış gösteren "Evre I Hibrid Palyasyon" prosedürü, bilateral pulmoner arterlerin cerrahi olarak daraltılması ve duktus arteriozusun stentlenmesi işlemlerini içerir. Kliniğimizde uygulamış olduğumuz hibrid palyasyon işlemlerinde, duktus arteriozusa yerleştirilen stentin işlem sırasında abdominal aortaya migrasyon komplikasyonu, tek vakada gözlemlendi. İşlem sırasında kullanılan balon ile açılan stentin, kontrol anjiyografi görüntülemesinde, abdominal aortanın, çölyak arter düzeyinde olduğu görüldü. İşlemin başlangıcından itibaren kullanılan 0.018" kılavuz telin iliak arter bifurkasyon seviyesine kadar ilerletilmiş olmasından ötürü, migrasyon gösteren stent, kılavuz tel üzerinde kalmış idi. Stent çapından 1 mm daha geniş seçilen bir başka balon ile abdominal aortada bulunan stent içerisinden geçildi. Stent distal kesiminde balon, sub maksimal olarak stent çapına kadar şişirilerek, stent ile beraber duktus arteriozusa kadar geri çekildi. Geri çekme işlemi sırasında stentin torasik aortadan duktus içerisine dönüşü sırasında örgü yapısının deforme olmaması için bu bölgede katater dikkatli bir biçimde ve sürekli skopi monitörizasyonu ile manipüle edildi. Stent duktus arteriozus içerisine yerleştiğinde, balon yavaşça söndürüldü ancak söndürme işlemi sırasında stentin tekrar abdominal aortaya migrasyon gösterdiği gözlemlendi. Aynı balon ile tekrar stent geri çekme işlemi uygulandı ancak bir kez daha stent migrasyonu gözlemlendi. Kullanılan anjiyoplasti balonunun indirilmesi sırasında stentin geçici olarak pozisyonunu koruyabilmesi için, stent duktus arteriozus içerisine çekildikten sonra, balon dikkatli bir biçimde stent içerisine doğru çekildi. Bu manevra ile şişirilmiş balonun stentin distal örgü yapısında fokal bir deformasyon yaratarak, duktus arteriozus – torakal aorta bileşkesinde, duvara temas etmesi sağlandı. Stentin stabilizasyonu, balon distale itilerek kontrol edildi ve balon içerisindeki hava aspire edildi. Tekrarlı şişirme işlemleri uygulanmış ve deforme olmuş balon, stente minimumda temas edecek şekilde duktus arteriozusta bulunan stentin santral kesimine pozisyonlandı. Balon nominal basıncına ulaşana kadar şişirildi ve stent nominal çapının üzerinde ekspansiyon edildi. Balon havasının aspirasyonu sonrasında stentin duktus arteriozus içerisinde stabil olarak yerleştiği gözlemlendi. Kontrol anjiyografide stentin nominal değer üzerinde ekspansiyon edilmesinden dolayı örgü yapısında deformasyon meydana geldiği ancak uzunluğunda belirgin kayıp meydana gelmediği ve duktus arteriozusu bütünü ile

14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

kapladığı görüldü. İşlem ek komplikasyon gelişmeden sonlandırıldı. Hastanın postoperatif takip görüntülemelerde implante edilmiş olan stentin pozisyonunu koruduğu gözlemlendi.

Resimler :

Resim Açıklaması: Skopi görüntüsü : Abdominal aortaya stent migrasyonu



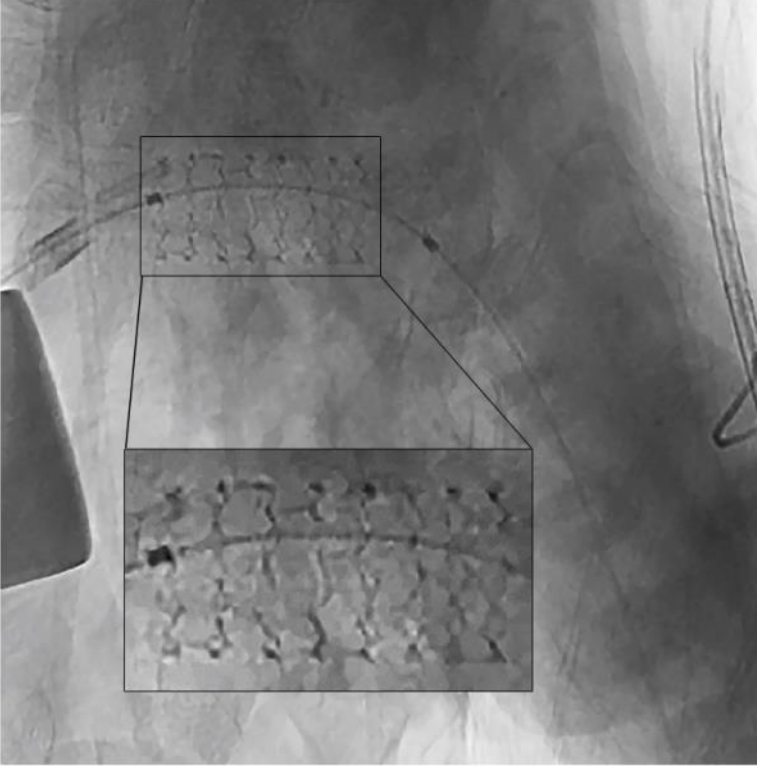
Resim Açıklaması: Skopi görüntüsü : Migrasyon gösteren stentin duktus arteriozusa çekilmesi



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Resim Açıklaması: Skopi görüntüsü : Nominal değerin üzerinde genişletilmiş balon ile açılan stentin örgü yapısı



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 05

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 18:10:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 18:20:00

OPERE YAYGIN UYLUK ARTERİYOVENÖZ MALFORMASYON OLGUSUNDA SIRA DIŞI TEDAVİ YAKLAŞIMI: POPLİTEAL AKSES İLE STENT-GREFT VE KOİL EMBOLİZASYON

Hasanali Durmaz¹, Erdem Birgi¹

¹Sbü Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Amaç: Arteriyovenöz malformasyon (AVM) içinde hem arter hem de ven olan anormal damarsal oluşumdur. Vücudun beyin dahil birçok bölgesinde görülebilir. Bu damarsal yapı genellikle doğumda vardır ama çok küçükse fark edilmeyebilir ve yıllar sonra büyüdüğünde ortaya çıkabilir. Bu bildiride yaygın uyluk AVM olgusunun multipl endovasküler yaklaşımla tedavisinin sunumu amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Yaklaşık 20 sene önce Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği tarafından uyluk AVM nedeniyle opere olduğu öğrenilen ve tarafımıza başvurusu sırasında sol bacakta intermittant klaudikasyon ve sol uylukta sıcaklık hissi şikayetleri olan 77 yaşında erkek hastanın tanısız konvansiyonel anjiyografisinde; sol ana femoral arterden yüzeysel femoral arter distal kesime uzanan sentetik greft izlenmiştir. Popliteal arter dallarının distal uyluk AVM nidusunu yaygın doldurduğu, künt nativ yüzeysel femoral arter güdüğünü retrograd dolduğu ve venöz vasküler yapılarda erken doluş izlendi. Aynı şekilde ana femoral arter dallarından da proksimal AVM nidusunun yaygın dolduğu ve erken venöz doluş olduğu görüldü.

AVM'yi dolaşım dışı bırakmak amacıyla sol popliteal arter girişimi stent greft yerleştirilmesi ve koil embolizasyon planlandı. Sol iliyak arterde yaygın tortiyozite nedeniyle popliteal arterden retrograd girildi. AVM nidusunu besleyen distal SFA kollaterallerini kapatmak amacıyla 9x40 mm self-expandable stent greft (FLUENCY® Plus Endovascular Stent) yerleştirildi. Kontrol görüntülerde AVM doluşunun azalmakla birlikte devam etmesi üzerine 9x100 mm ikinci self-expandable greft stent (FLUENCY® Plus Endovascular Stent) yerleştirildi. Stentin proksimal ucuna 9x40 mm ve distal ucuna 9x20 mm balon ile mükerrer PTA uygulandı. Sonrasında AVM'nin distal besleyicilerinin dolmadığı izlendi. Ayrıca derin femoral venlerdeki erken venöz dönüş ve krural venlerdeki ters yönlü venöz akımın kaybolduğu görüldü.

Sonrasında ana femoral arter kaynaklı AVM nidusunu besleyen iki adet dominant kollateral, multipl koillerle embolize edildi. Kontrol anjiyogramda AVM nidusunun tam kapanmamakla birlikte doluşunun belirgin azaldığı görüldü. Bunun üzerine işleme son verildi. Şikayetlerinin devam etmesi halinde ikinci seans endovasküler tedavi uygulanmak üzere hasta önerilerle taburcu edildi. Hasta tarafımızca asemptomatik olarak takip edilmektedir.

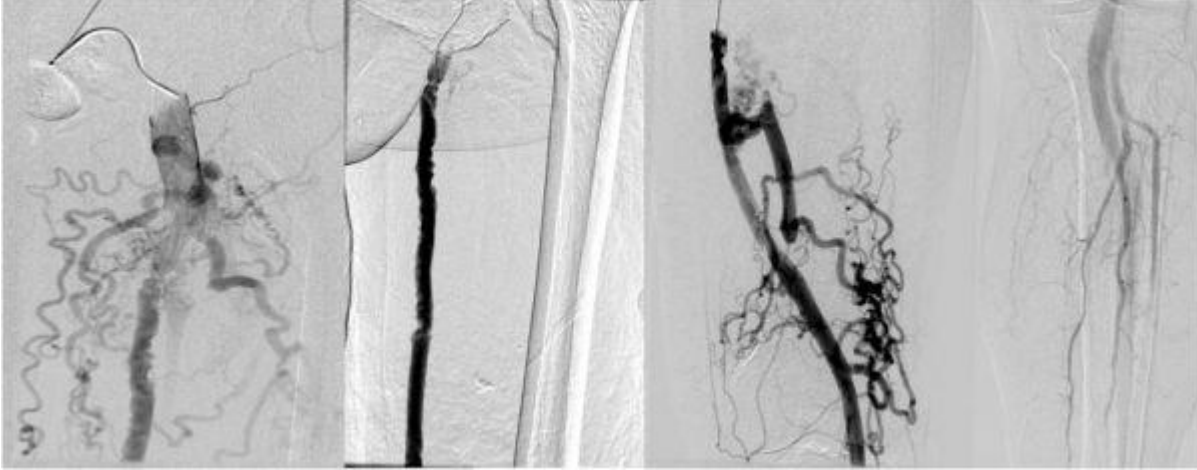
14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

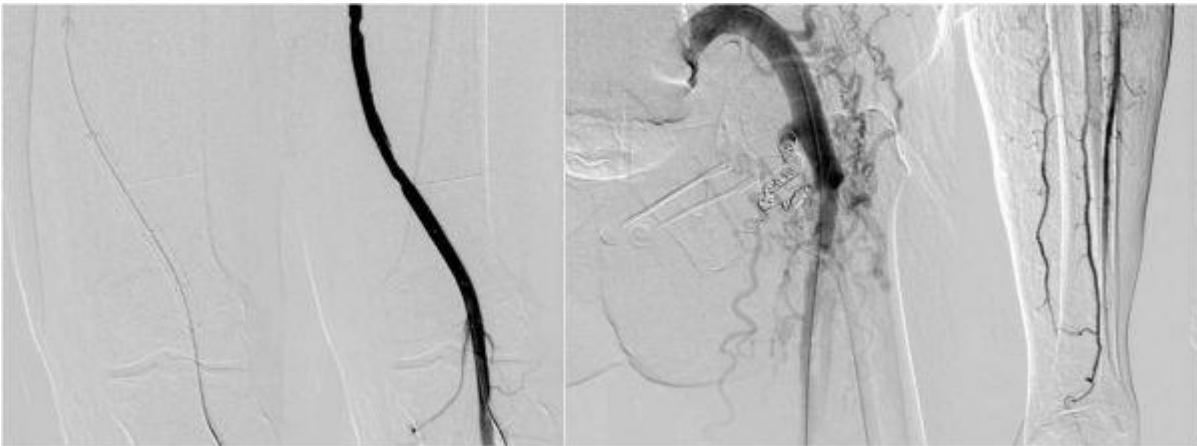
Sonuç: Periferik AVM'ler farklı şekillerde karşımıza çıkmakta ve tedavi nidus yapısı ile bulunduğu anatomik bölgeye göre değişmektedir. Tedavi genellikle çok sayıda embolizasyon işlemi ve yaşam boyu takip gerektiren uzun bir süreçtir. Günümüzde AVM'lerin küratif tedavisi her zaman mümkün olamamaktadır. Bu nedenle öncelikle hastanın şikayetine yönelik tedavi ve multidisipliner yaklaşımın önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Resimler :

Resim Açıklaması: Tanısal anjiyografi görüntüleri



Resim Açıklaması: Endovasküler stent-graft ve coil embolizasyon görüntüleri



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Non-Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 06

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 18:20:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 18:30:00

KOİL EMBOLİZASYONU SONRASI TEKRARLAYAN VEZİKOVAJİNAL FİSTÜL OLGUSUNUN CYANOACRYLATE GLUE İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

Yılmaz Önal¹

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü

Amaç: Vezikovajinal fistüller, jinekolojik cerrahi sonrası erken veya malignite nedeniyle alınan radyoterapi sonrası geç evrede gelişen komplikasyonlar olarak kabul edilmektedir. Bu fistüllerin tedavisinde cerrahi onarım geleneksel tedavi yöntemidir. Fistül traktının girişimsel olarak kapatılması ise daha önce tanımlanmış olup, cerrahi olarak ulaşılmaması zor lokalizasyonlarda alternatif tedavi yöntemidir. Cerrahi girişim düşünülmediği için daha önce coil ile fistül traktı embolize edilmiş ancak coilin migre olması nedeniyle bir süre sonra tekrar eden vezikovajinal fistül hastasının cyanoacrylate glue ile başarılı şekilde embolizasyonun gösterilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 58 yaşında serviks malignitesi nedeniyle kemo-radyoterapi alan kadın hastanın vajinal akıntı ve yan ağrısı nedeniyle hastaneye başvurması üzerine çekilen kontrastsız BT'sinde sağ böbrekte grade 2-3, solda ise grade 1-2 hidronefroz saptanmış ve dış merkezde hastaya bilateral nefrostomi kateteri takılmıştır. Daha sonra jinekoloji ve üroloji tarafından yapılan değerlendirmelerde hastaya vezikovajinal fistül tanısı konmuş olup üroloji tarafından sistoskopi planlanmış ancak uretral striktür nedeniyle mesaneye geçilememiş. Cerrahi olarak fistüle yönelik operasyon planlanmayan hastanın, bilateral nefrostomi kateterlerine rağmen vajinal akıntısının devam etmesi nedeniyle tarafımızca girişimsel olarak traktın kapatılmasına karar verildi. Diagnostik kateter yardımıyla fistül traktı kateterize edilerek, mikrokateter ile çeşitli çapta koiller ile dens coil paketi sağlanıncaya dek embolizasyon yapıldı. Alınan kontrol görüntüde fistülde dolum izlenmemesi üzerine, nefrostomi kateteri yerleştirilerek işleme son verildi. 10 gün boyunca hiçbir şikayeti olmayan hastanın tekrar akıntısının başlaması üzerine tarafımıza başvurdu. Alınan kontrol skopi görüntüsünde coilin yerinde olmadığı, hastadan alınan anemnezde de vajinal yoldan migre olduğu anlaşıldı. Bunun üzerine fistül traktı tekrar kateterize edildi, mikrokateter ile trakt içerisine süperselektif girilerek %40 glue - %60 lipiodol karışımı ile trakt yeniden embolize edildi. Kontrol görüntüde traktın tamamen embolize olduğu izlendi. İşleme bu aşamada başarı ile son verildi.

Tartışma: Genitoüriner fistüller, özellikle obstetrik travmanın ya da radyoterapinin ana etiyolojik neden olduğu, idrar yollarının en sık sekonder fistülleridir. Vezikovajinal fistül hastalarında en sık görülen semptom vajinadan idrar kaçağı olup hastaların hayat kalitesini ciddi şekilde bozmaktadır. Ana tedavi yöntemi cerrahi olarak fistül traktının kapatılması olup, cerrahi düşünülmeyen hastalarda girişimsel

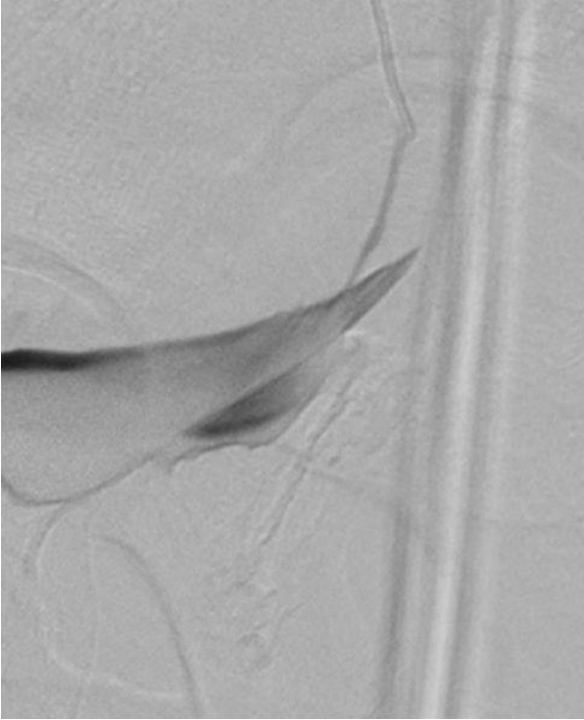
14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

embolizasyon oldukça iyi bir alternatiftir. Embolizasyon materyali olarak coil kullanmak, oldukça dens bir paket yapılsa dahi, migrasyon riski nedeniyle başarı şansını düşürmektedir. Bu nedenle cyanoacrylate glue gibi sıvı embolizan materyal kullanılması, literatürde ek embolizasyon seansı gerektiren vakalar olsa dahi başarı şansını arttırmaktadır.

Resimler :

Resim Açıklaması: Resim 3: Cyanoacrylate glue ile embolizasyon sonrası fistül traktında dolum izlenmiyor.



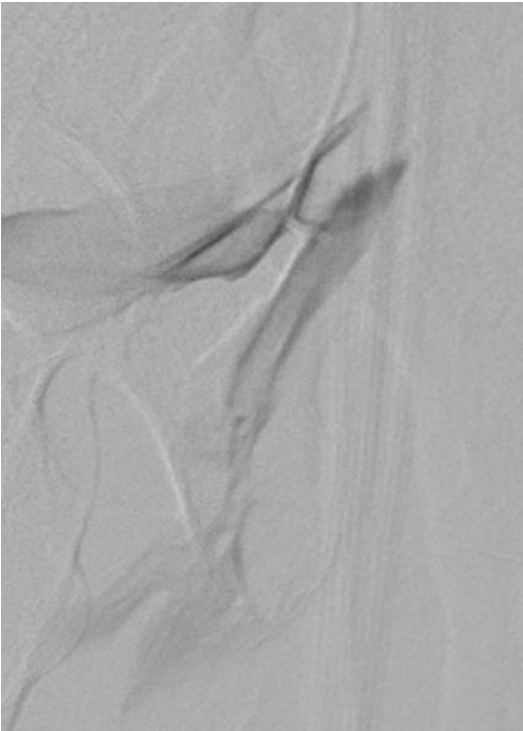
14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Resim Açıklaması: Resim 1: Nefrostomi kateterinden alınan görüntüden vezikovajinal fistül traktını görüyoruz.



Resim Açıklaması: Resim 2: Fistül traktının diagnostik kateterden alınan selektif görüntüsü.



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Non-Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 07

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 18:30:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 18:40:00

PERKÜTAN TRANSHEPATİK YAKLAŞIMLA İNTRAHEPATİK TAŞ VE ÇAMURLARIN EKSTRAKSİYONUNDA ALTERNATİF UYGULAMA

Özgür Özen¹, Umut Özyer¹

¹Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

Allogreft karaciğerde gelişen biliyer komplikasyonlar asıl olarak obstrüksiyon ve safra kaçağı olarak kendini gösterir. Teorik olarak transplantasyon sonrası safra vizkositesini arttıran ya da safra akım hızını azaltan nedenler sonucu safra yollarında taş ya da çamur oluşabilmektedir. Safra yollarında taş ya da çamur gelişen transplantasyon hastalarının çoğunda altta yatan neden bilier striktürdür. Hastalar genellikle karın ağrısı, kolestatik karaciğer testleri ya da daha az sıklıkla kolanjit tablosu ile başvururlar. Endoskopik tedavi sfinterotomi, litotripsi ve taş ekstraksiyonundan oluşmaktadır. Basket ya da forsepsler kullanılarak safra yollarındaki taşların ekstraksiyonu ya da anjiyografi kataterleri, basket ve balonlar ile taş ve çamurların duodenuma atılması yöntemleri perkütan transhepatik yaklaşımla başarı ile yapılabilmektedir. Transplante karaciğer segment 6 düzeyinde intrahepatik safra yollarında kolanjite sebep olan multiple taş ve çamurları olan hastamızda, elde bu düzeyden ekstraksiyon yapılabilecek malzeme olmaması sebebiyle karotis stentlemede kullanılan karotis filtresi kullanılarak intrahepatik taş ve çamurların ekstraksiyonu yapılmıştır.

Dış merkezde karaciğer transplantasyonu yapılan ve bilier obstrüksiyon nedeniyle yine dış merkezde safra yollarına internal eksternal bilier drenaj katateri yerleştirilen hasta kolanjit tablosu gelişmesi, safra yollarında taş ve çamur saptanması nedeniyle merkezimize yönlendirilmiştir. Alınan kolanjiogramlarında transplante karaciğer segment 6 düzeyinde multiple taş ve çamura ait görünümler, yine koledok proksimalinde belirgin taş ve çamur ile birlikte koledokta özellikle anastomoz düzeyinde ciddi darlıklar saptanmıştır. 5F kobra katater ve 0.035 glide tel yardımıyla 11F vasküler kılıfın yanından segment 6' da multiple taş ve çamur izlenen safra yoluna girilmiş, bu düzeye 6F uzun vasküler kılıf yerleştirilmiştir. Yerleştirilen vasküler kılıf içerisinden karotis filtre safra yolunun distalinde açılarak taş ve çamurlar filtrenin proksimale çekilmesi vasıtasıyla filtre içerisinde toplanarak sistem dışarısına alınmıştır. Bu işlem birkaç kez tekrarlanarak buradaki taşlar tamamen temizlenmiştir. Ardından koledok düzeyinde özellikle anastomoz düzeyinde izlenen darlıklara 9 mm balondilatasyonu yapılmış yeterli cevabın alınamaması üzerine 12 mm çaplı balon ile tekrar proksimal ve distal kesimlere balon dilatasyonu yapılarak koledoktaki darlıklar açılmış ve sonrasında yine balon katater ile proksimaldeki taşlar duodenuma ilerletilmiştir. Sonrasında safra yollarına 12F internal-eksternal bilier drenaj katateri yerleştirilmiştir.

14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

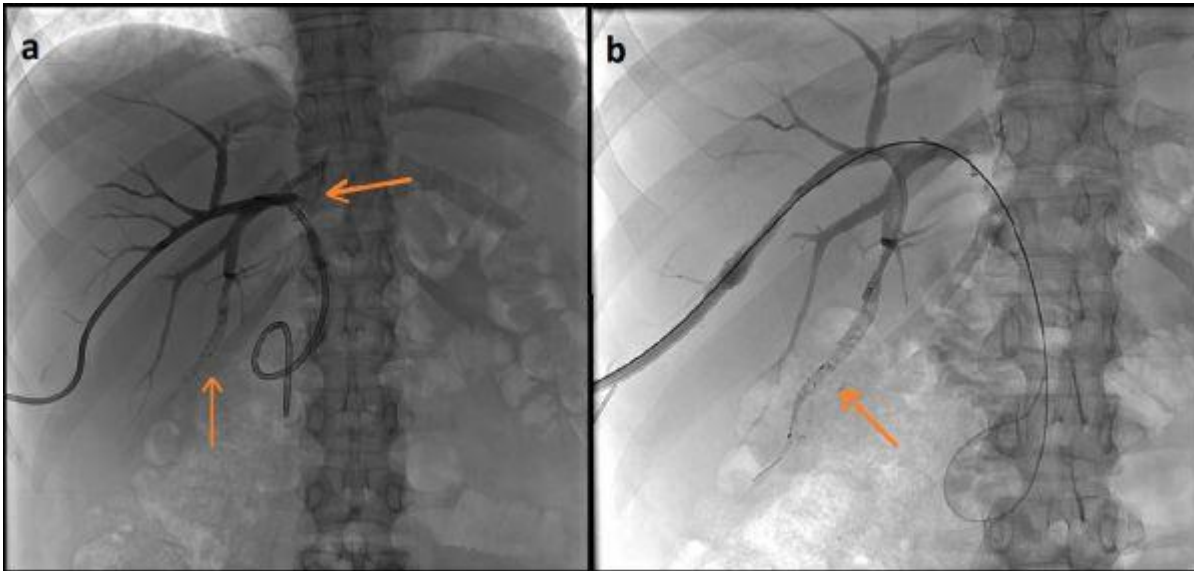
Perkutan transhepatik yaklaşımla basket, forseps ve balonlar ile taş ve çamurların ekstraksiyonu uzun yıllardır kullanılan yöntemlerdir. Bizim vakamız da özellikle intrahepatik safra yollarında izlenen çamur ve taşların ekstraksiyonu için karotis filtre kullanılması alternatif bir yöntem olarak kullanılabilir.

Kaynakça : 1. Ozcan N, Kahriman G, Mavili E, Percutaneous Transhepatic Removal of Bile Duct Stones: Results of 261 Patients. Cardiovasc Intervent Radiol (2012) 35:890–897 2. Güney B, Parıldar M, Karasu Z, Oran İ, Tokat Y, Memiş A. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Gelişen Biliyer ve Vasküler Komplikasyonlarda Girişimsel Radyoloji. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji (2002) 8:549-554 3. Kochhar G, Parungao JM, Hanouneh IA, Parsi MA. Biliary Complications Following Liver Transplantation. World J Gastroenterol 2013 May 21;19(19): 2841-2846

Resimler

:

Resim Açıklaması: a) Transplante karaciğer intrahepatik safra yollarında çamur ve taşlar, koledokta stenoze segmentler b) Karotis filtre vasıtasıyla segment 6 düzeyinde izlenen multiple taş ve çamurların ekstraksiyonu



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Resim Açıklaması: c) Koledokta izlenen stenotik segmentlere yönelik balon dilatasyonu d) İşlem sonrası kolanjiyogram



Resim Açıklaması: Karotis filtre vasıtasıyla alınan çamur ve taşların bir kısmının görünümü



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Non-Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 08

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 18:40:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 18:50:00

RADYOLOJİK GASTROSTOMİ İŞLEMİ SIRASINDA GELİŞEN KOLON YARALANMASINDA PERKÜTAN TEDAVİ

Türkmen Turan Çiftçi¹, Emre Ünal¹, Devrim Akıncı¹, Okan Akhan¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Perkütan radyolojik gastrostomi sırasında meydana gelen kolon yaralanmasında perkütan tedavinin değerlendirilmesi.

Olgu sunumu: 63 yaş kadın hastaya, intrakranyal kanama sebebiyle servis takibi sırasında enteral beslenme için perkütan radyolojik gastrostomi işlemi gerçekleştirildi. İşlem sonrası 24. saatte yaygın cilt altı krepatasyon alınması, kötü kokulu akıntı olması ve eşlik eden ateş sebebiyle abdomen BT tetkiki yapıldı. BT tetkikinde gastrostomi kateterinin mide lümeninde olduğu ancak transvers kolon anterior duvarda, cilde doğru milimetrik trakt ile devamlılığı olan mikro perforasyon olduğu görüldü. Kolondaki perforasyonun T-fastner'ın kolon lümenini travmatize etmesine ikincil olduğu anlaşıldı. Bunun üzerine perforasyon traktından kolon lümenine drenaj kateteri yerleştirildi. Sızıntıyı devam etmesi üzerine kolon lümenindeki drenaj kateteri balonlu gastrostomi kateteri ile değiştirildi. Balonlu gastrostomi kateteri cilde doğru olabildiğince fikse edilerek sıkıştırıldı. 2. ve 3. gün kontrollerinde kaçak olmadığı, cilt altı havanın gerilediği gözlemlendi. Gastrostomiden beslenme başlanılarak TPN alımı azaltıldı kesildi. Takibinde ateş, karın ağrısı bulguları olmaması üzerine TPN tamamen kesilerek enteral beslenmeye devam edildi. 2. hafta kontrolünde, perforasyon traktının kontrollü fistül haline geldiği gözlenmesi üzerine, trakta aksesi korumak amacıyla 5F kontrol kateteri yerleştirildi. Takipte sızıntı ve ek semptomu olmayan hastanın, kolondaki kontrol kateteri de çekildi. Kontrolde matür traktın spontan kapandığı gözlemlendi.

Sonuç: Kolon perforasyonu, perkütan radyolojik gastrostomi işlemi sırasında meydana gelebilecek yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip nadir bir komplikasyondur. Komplikasyon yönetiminde perkütan tedavi önemli bir seçenek olabilir.

14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 09

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 18:40:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 18:50:00

GİS KANAMANIN SIRADIŞI NEDENİ VE ENDOVASKÜLER TEDAVİSİ; HEPATOPEDAL AKIMLI EKTOPIK VARİSLERİN ENDOVASKÜLER YOLLA EMBOLİZASYONU

Halil Bozkaya¹, Celal Çınar¹, Mustafa Parıldar¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Radyoloji Bilim Dalı

Amaç: Portal hipertansiyona sekonder olağan anatomik lokalizasyonun dışında gelişen varislere ektopik varis denir. Bazen portal hipertansiyon olmadan da intestinal ektopik varisler gelişebilir ve masif kanamaya neden olabilir. Bu sununun amacı santral venöz sistem obstrüksiyonu nedeniyle hepatopedal yönde gelişmiş ektopik varis kanamasının transfemoral endovasküler yolla embolizasyon tedavisini demonstre etmektir.

Olgu: KBY nedeniyle hemodiyalize giren 37y erkek olgu masif GİS kanama nedeniyle hospitalize edildi. Hastanın özgeçmişinde nefrektomi, tekrarlayan batın içi abseler, kolonik fistül onarımı ve kolostomi açılması mevcuttu. GİS kanamanın etiyojisini araştırmak için yapılan tüm batın BT incelemede sağ alt kadranda karın ön duvarına bitişik intestinal ansların lümenine protrüde büyük çaplı venöz varisler izlendi. Bu varislerin kronik vena kava oklüzyonuna sekonder inferior epigastrik venle süperior mezenterik ven arasında gelişmiş hepatopedal yönde akım içeren portosistemik şanta bağlı olduğu saptandı. Varislerin karın duvarındaki lokalizasyonu kapatılmış kolostomi lojuna uymaktaydı. Sağ ana femoral ven yoluyla epigastrik ven kateterize edilerek ektopik varislere ulaşıldı ve sıvı embolizan ajanla(NBCA lipiodol karışımı) embolize edildi. Akut kanaması kontrol altına alınan olgunun kanaması bu işlemden 2 yıl sonra nüks etti. BT incelemede sıvı embolizan ajanın tamamen rezorbe olduğu ve varislerin rekanalize olduğu saptandı. Yine transfemoral endovenöz yolla koil ve nitinol vasküler tıkaç kullanılarak varisler embolize edildi. İşlem sonrası hastanın kanaması durdu ve servis takibinde kanaması tekrarlamadı.

Sonuç: Ektopik varislerin lokalizasyonu nedeniyle endoskopik yolla tedavileri güçtür. Cerrahi tedavileri ise mezenterik venöz hipertansiyon ve kollateralizasyon nedeniyle çok risklidir. Portal hipertansiyon olmadan intestinal ektopik varis gelişmesi ise oldukça nadir görülen bir durumdur. Olgumuzda ektopik varisler sistemik venöz hipertansiyona sekonder hepatopedal yönde gelişmiştir. Bu tip varislerde akım yönü sistemik venden portal sisteme doğru olduğundan varislere transfemoral endovenöz yolla erişim ve anjiyografik görüntülemesi kolaydır. Embolizasyonda sıvı embolizan ajan, koil yada vasküler tıkaç kullanılabilir. Varislerin kapatılması palyatif bir tedavi olup küratif tedavi için başarılabilirse altta yatan asıl neden olan sistemik venöz tıkanıklığın giderilmesi gerekir.

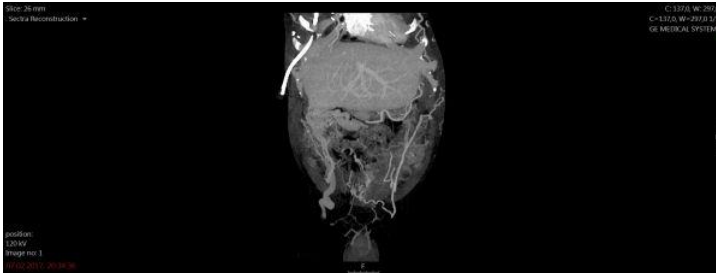
14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

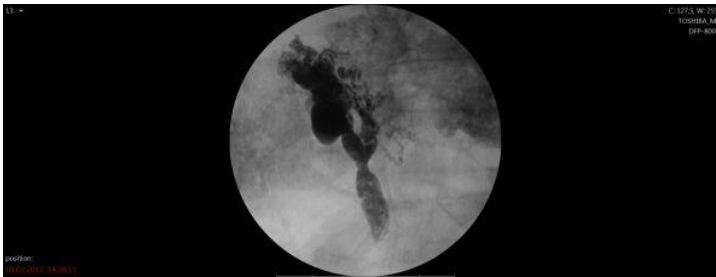
Kaynakça : 1. Helvly A, Al kahtanj K, Al fadda M. Updates the pathogenesis. Diagnosis and management of ectopic varices. Hepatol Int, 2008, 2: 322-334. 2. Onishi Y, Kimura H, Kanagaki M, et al. Successful Embolization of Bleeding Ileal Varices with N-butyl Cyanoacrylate via a Recanalized Paraumbilical Vein. Cardiovasc Intervent Radiol. 2018 Aug;41(8):1291-1294. 3. Struyve M, Robaeys G. Ectopic variceal bleeding due to portosystemic shunt via dilated mesenteric veins and a varicous left ovarian vein : case report and literature review of ectopic varices. Acta gastroenterol Belg. 2017

Resimler :

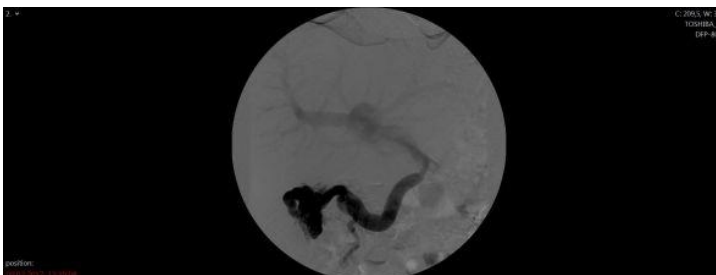
Resim Açıklaması: koronal reformat BT görüntüsünde; karın ön duvarında dilate inferior epigastrik venle ilişkili variköz venler izlenmekte



Resim Açıklaması: batin grafisinde ektopik varislerin glue ile embolizasyonu görülüyor



Resim Açıklaması: Femoral ven yoluyla epigastik venin kateterizasyonu ile elde olunmuş venografilerde SMV ve portal ven sistemi opasifiye olmakta



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Nörogirişimsel Radyoloji

SDB - 10

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 18:50:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 19:00:00

SEMPTOMATİK KRONİK SAĞ VERTEBRAL ARTER SERVİKAL UZUN SEGMENT OKLÜZYONUNDA ENDOVASKÜLER REKANALİZASYON.

Cağatay Andic¹

¹Başkent Üniversitesi Adana Uygulama Ve Araştırma Merkezi

Amaç: Bu olguda, semptomatik sağ vertebral arter servikal segment kronik oklüzyonunda endovasküler rekanalizasyon tecrübemizin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: Geçirilmiş sağ serebellar enfarkt ve sağ vertebral arter servikal segment oklüzyonu öyküsü nedeniyle takip edilen 47 yaşında erkek hastada etkin medikal tedaviye rağmen son dönemde artış gösteren ciddi vertebrobaziler yetmezlik bulguları ve kreşendo TIA atakları nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan MR görüntülemesinde serebellum sağ yarısında kronik, pons sol yarısında subakut enfarkt lehine bulgular saptandı. Yapılan DSA incelemede sol vertebral arter PICA ile sonlanmakta olup baziler sisteme katkısı yoktu. Sağ vertebral arter servikal proksimal uzun segment kronik oklüzyon mevcut olup distal servikal segmentte, servikal trunkusdan zayıf kollateral dolum izleniyordu. Vertebrobaziler sistem akımı ve perfüzyonu yetersiz olan hastada kronik sağ vertebral arter oklüzyonu geçilerek balon anjioplasti ve sonrasında stentleme ile endovasküler olarak rekanalize edildi. İşlem sırasında ve sonrasında komplikasyon yaşanmadı. Tedavi sonrası erken dönemde hastanın klinik şikâyetlerinde belirgin derecede düzelme sağlandı.

Sonuç: Vertebrobaziler perfüzyonun yetersiz kaldığı semptomatik hastalarda kronik servikal vertebral arter oklüzyonunun endovasküler rekanalizasyonu etkin ve güvenli bir seçenek olarak düşünülebilir.

14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Nörogirişimsel Radyoloji

SDB - 11

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 19:10:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 19:20:00

AKIM ÇEVİRİCİ UYGULAMASI ÖNCESİNDE SEREBRAL VASKÜLER ANATOMİNİN AYRINTILARIYLA BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİNİN ÖNEMİ

Fatih Uzunkaya¹, Ayşegül İdil Soylu¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Radyoloji Ad

Amaç: Serebral anevrizmaların endovasküler tedavisi sırasında karşılaşılan komplikasyonlar morbidite ve mortalite açısından belirleyicidir. Bu sunumda, akım çevirici yerleştirilmesi sırasında bir dizi komplikasyon gelişen olguda bu komplikasyonların nasıl ortaya çıktığı ve sorunu düzeltmek için yapılan müdahalelerin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Subaraknoid kanama ile prezente olan 55 yaşında kadın hastanın BTA' sında, sağ MCA M1 segmentinden köken alan, 2.5 mm boyutunda sakküler anevrizma tespit edilmiş olup anevrizma boynundan kortikal bir dalın ayrıldığı görüldü (Figür 1). Hastanın akım çevirici ile tedavisine karar verildi. Sağ internal karotid artere kılavuz kateter yerleştirildikten sonra mikroguidewire (Traxcess, Microvention, Tustin, California) ve mikrokateter (Headway 21, Microvention, Tustin, California) kullanımıyla anevrizma boynu geçildi ve anevrizma boynunu örtecek şekilde 2.5 mm çapında akım çevirici (FRED Jr; Microvention, Tustin, California) açıldı. Kontrol randa akım çeviricinin distal ucunun yeterince ekspansive olmadığı görüldü. Farklı bir pozisyonda elde olunan randa distal ucun, o ana kadar fark edilmeyen ve superior M2 dalı üzerine süperpoze olan nispeten daha ince çapta üçüncü bir M2 dalı içerisinde açıldığı görüldü (Figür 2). Birkaç dakika içerisinde bu daldaki akımın kesildiği fark edildi. Akım çevirici proksimal uçtan snair (Amplatz Gooseneck Microsnare, EV3, Covidien, Plymouth, MA, USA) ile yakalandı ve distal uç bulunduğu damardan kurtulana kadar geri çekildi. Kontrolde MCA' nın tüm dallarında normal akımının sağlandığı ancak akım çeviricinin artık anevrizma boynunu kapsamadığı görüldü. Anevrizma boynunu kapsayacak şekilde teleskopik olarak 3 mm çapında ikinci bir akım çevirici (FRED Jr; Microvention, Tustin, California) açıldı. Kontrol randa her iki akım çevirici ile birlikte MCA dallarında normal dolum görülmesi üzerine işlem sonlandırıldı.

Nörolojik defisit olmadan uyanan hastanın sol kol ve bacağına uyandıktan 15-20 dakika sonra ilerleyici kuvvet kaybı gelişti. Hastaya karşı femoral arterden tekrar anjiyografi yapıldı ve akım çeviriciler içerisinde trombüs olduğu görüldü. 2 mg tirofiban (Tromboxan) ve ardından 2.5 mg tPA (Actilyse) enjeksiyonuna rağmen pıhtının gerilememesi üzerine pıhtı düzeyinde 3x15 mm boyutunda PTA balonu (Gateway, Boston Scientific, Massachusetts, USA) şişirildi (Figür 3). Kontrollerde pıhtının eridiği ve sağ MCA akımının normale döndüğü görüldükten sonra işlem sonlandırıldı.

14. TGRD Yıllık Toplantısı

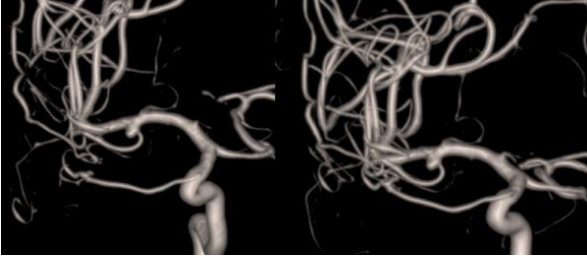
19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Postoperatif MR incelemesinde difüzyon kısıtlanması saptanmayan hasta, uygun medikasyon önerileriyle taburcu edildi.

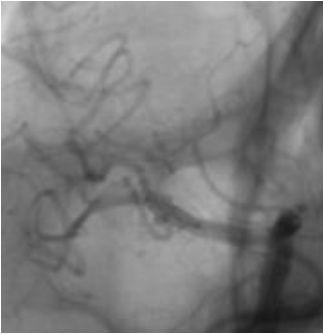
Sonuç: Akım çeviriciler ile yapılan tedaviler nispeten daha pratik olsa da özellikle vasküler anatomiye ait yapısal varyasyonlar ile mevcut düzensizlikler bu cihazların uygun şekilde yerleştirilmelerini zorlaştırabilir. Bu nedenle işlem öncesi titiz bir değerlendirme işlemin kendisi kadar önem arz etmektedir.

Resimler :

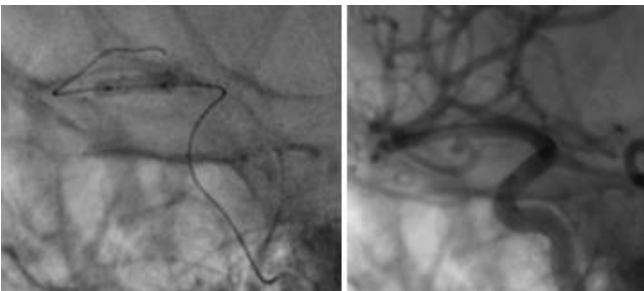
Resim Açıklaması: Figür 1



Resim Açıklaması: Figür 2



Resim Açıklaması: Figür 3



14. TGRD Yıllık Toplantısı

19 - 23 Nisan 2019 / Hilton Bosphorus Kongre Merkezi, İstanbul - Türkiye

Non-Vasküler Girişimsel Radyoloji

SDB - 12

Sunum Alanı: Salon A

Sunum Başlangıç Tarihi: 2019-04-20 19:20:00

Sunum Bitiş Tarihi: 2019-04-20 19:30:00

WHIPPLE SONRASI BENİGN BİLİYER DARLIK TEDAVİSİNDE MAGNETİK KOMPRESYON ANASTOMOZ

Emre Ünal¹, Türkmen Turan Çiftçi¹, Devrim Akıncı¹, Erkan Parlak², Okan Akhan¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Amaç: Whipple sonrası gelişen benign biliyer darlık manyetik kompresyon anastomozu yönteminin başarısının değerlendirilmesi.

Olgu Sunumu: 70 yaşında erkek hastada Whipple sonrası gelişen hepatikojejunostomi hattındaki tıkalı segmentin standart teknikler ile kılavuz tel ile geçilememesi üzerine perkütan ve endoskopik olarak hepatik ve jejunal segmentlere mıknatıslar yerleştirildi. Bir hafta sonra mıknatısların yapışmasının ardından tıkalı segment kılavuz teller ile geçilebildi. Balon dilatasyonunu takiben sağ ve sol lob safra yollarına perkütan ve endoskopik plastik stentler yerleştirildi. 3 ay sonra ERKP ile kolanjiyogramda darlık izlenmemesi üzerine stentler çekildi.

Sonuç: Daha sık olarak karaciğer transplantasyonu sonrası gelişen biliyer darlık tedavisinde kullanılan magnetik kompresyon anastomoz yöntemi hepatikojejunostomi anastomoz darlık tedavisinde de kullanılabilecek etkin bir yöntemdir.