

CHIRURGICZNE LECZENIE TĘTNIAKA RZEKOMEGO TĘTNICY SKRONIOWEJ POWIERZCHOWNEJ – OPIS PRZYPADKU I PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Surgical treatment of a pseudoaneurysm of the superficial artery – a case report and a review of literature



Konrad Wroński, Magdalena Antoszewska, Dariusz Pakuła

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 1: 31-34

Adres do korespondencji:

dr n. med., mgr zarz. **Konrad Wroński**, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi, ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź, tel. +48 42 636 76 11, e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

Streszczenie

Tętniaki rzekome tętnicy skroniowej powierzchownej występują w praktyce klinicznej stosunkowo rzadko. Najczęstszą przyczynę tętniaków rzekomych stanowi uraz. Leczenie chirurgiczne tego typu tętniaka wciąż jest podstawową i najbardziej popularną metodą leczenia.

W niniejszej pracy opisano skuteczne chirurgiczne leczenie tętniaka rzekomego po urazie u 91-letniej chorej, a także dokonano przeglądu najnowszego piśmiennictwa odnoszącego się do diagnostyki i leczenia tętniaków rzekomych tętnicy skroniowej powierzchownej.

Słowa kluczowe: tętniak rzekomy, tętnica skroniowa powierzchowna, uraz, leczenie.

Summary

Pseudoaneurysms of the superficial temporal artery rarely occur in clinical practice. What causes pseudoaneurysms most frequently is a trauma. Surgical treatment of this type of aneurysm is still a basic and most common method of treatment.

In the following article a successful treatment of the pseudoaneurysm following a trauma in a 91-year-old patient is described together with a review of the latest literature referring to the diagnosing and treatment of such pseudoaneurysms of the superficial temporal artery.

Key words: pseudoaneurysm, superficial temporal artery, injury, treatment.

Wstęp

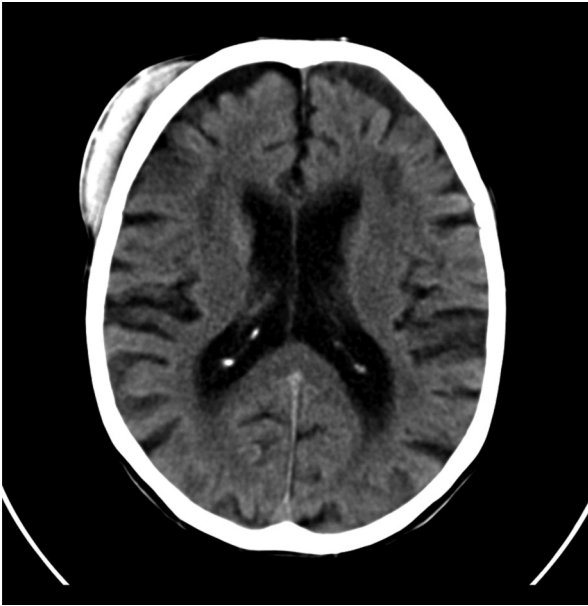
Tętniaki rzekome tętnicy skroniowej powierzchownej występują w praktyce klinicznej stosunkowo rzadko. Liczba opisywanych pacjentów z tętniakami rzekomymi od XIX w. gwałtownie maleje, co jest spowodowane praktycznie całkowitym wyeliminowaniem broni białej (szabel i mieczy) z pola walki. Mimo to w XXI w. najczęstszymi przyczynami wystąpienia tętniaków rzekomych tętnicy skroniowej są urazy.

Opis przypadku

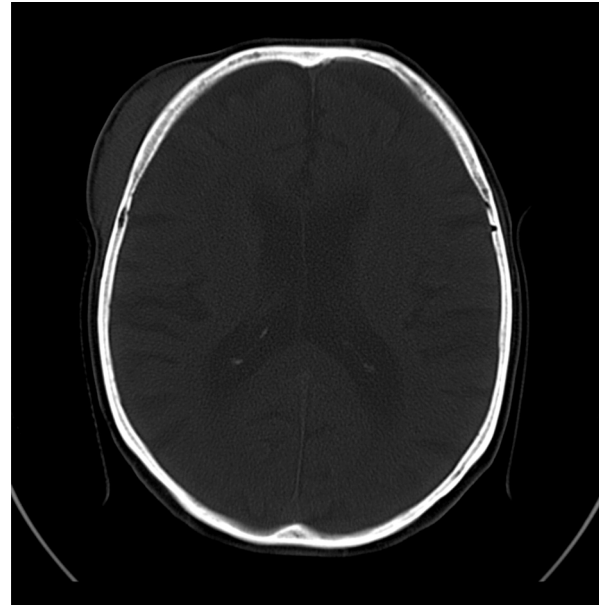
Chora, 91 lat, została przyjęta na Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Mikołaja Pirogowa w Łodzi po urazie

głowy, jakiego doznała w wyniku wypadku komunikacyjnego. Chora straciła przytomność, nie pamiętała okoliczności urazu. W badaniu przedmiotowym stwierdzono krwiak w okolicy skroniowej po stronie prawej o średnicy ok. 5 cm. W wykonanej tomografii komputerowej głowy nie zaobserwowano uszkodzenia kości sklepienia czaszki, natomiast widoczny był obrzęk części miękkich prawej okolicy skroniowej (ryc. 1 i 2.).

Po trzech dniach w miejscu obrzęku tkanek miękkich u chorej pojawił się tętniący guz. Wykonano ponownie tomografię komputerową głowy, w której stwierdzono regresję wybroczyny w okolicy skroniowej prawej (ryc. 3.). Stan ogólny chorej był dobry, pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych głowy. W badaniu przedmiotowym u chorej stwierdzono w okolicy skroniowej prawej tętniący guz o wymiarach 2 × 2 cm (ryc. 4.). Biorąc pod uwagę powyższy obraz wskazujący na wystąpienie tętniaka poura-



Ryc. 1. Obraz TK głowy u 91-letniej chorej wykonany po urazie głowy. W okolicy skroniowej prawej widoczny obrzęk tkanek miękkich



Ryc. 2. Obraz TK głowy u 91-letniej chorej wykonany po urazie głowy. Kości czaszki w okolicy obrzęku tkanek miękkich bez cech zmian pourazowych



Ryc. 3. Obraz TK głowy u 91-letniej chorej wykonany w 3. dobie po urazie głowy. Kości czaszki w okolicy obrzęku tkanek miękkich bez cech zmian pourazowych, widoczny mniejszy krwiak w okolicy skroniowej prawej w porównaniu z badaniem wykonanym zaraz po urazie



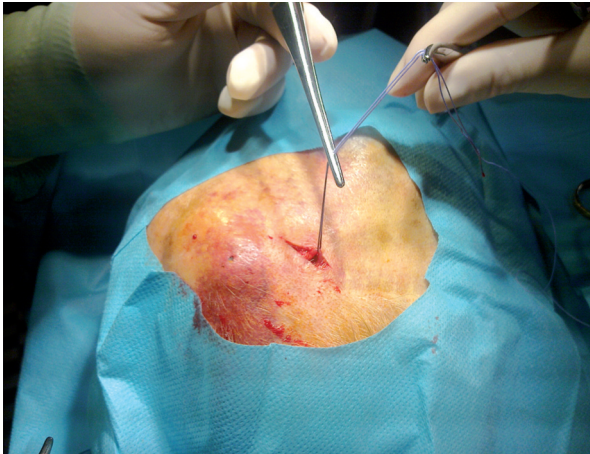
Ryc. 4. Zdjęcie wykonane przed zabiegiem chirurgicznym przedstawiające tętniaka rzekomego prawej tętnicy skroniowej powierzchownej u 91-letniej chorej

zowego tętnicy skroniowej powierzchownej prawej, zdecydowano o wykonaniu u chorej zabiegu chirurgicznego.

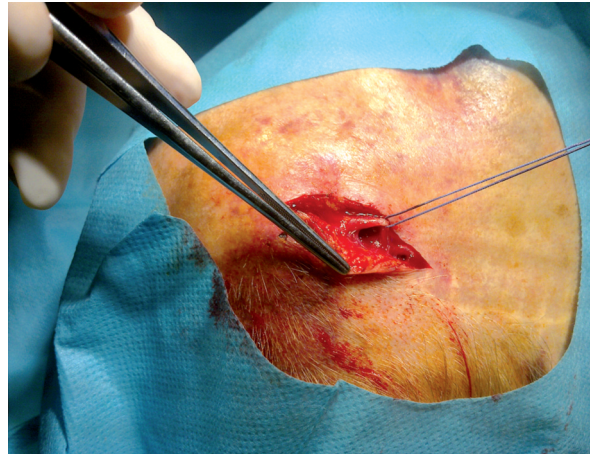
W znieczuleniu miejscowym cięciem w okolicy skroniowej prawej dotarto do pnia tętnicy skroniowej powierzchownej i wypreparowano pień do okolicy brzożgu tętniaka (ryc. 5. i 6.). Następnie zamknięto tętnicę skroniową powierzchowną i otworzono worek tętniaka, z którego ewakuowano skrzepliny (ryc. 7.). Stwierdzono

całkowite przerwanie ciągłości tętnicy skroniowej powierzchownej prawej. Wypreparowano koniec proksymalny i dystalny tętnicy, a następnie je podwiązano (ryc. 8.). Założono szwy na skórę i opatrunek uciskowy. Zabieg chirurgiczny trwał 30 minut.

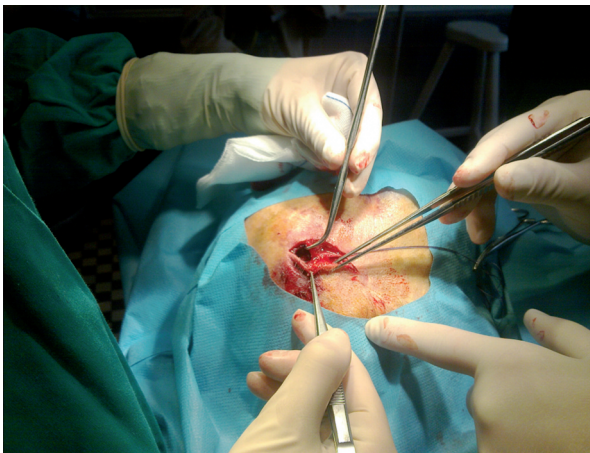
Przebieg pooperacyjny u chorej był niepowikłany. W drugiej dobie po zabiegu chorą wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym.



Ryc. 5. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu chirurgicznego przedstawiające wypreparowany pień tętnicy skroniowej powierzchownej prawej



Ryc. 6. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu chirurgicznego przedstawiające wypreparowaną tętnicę skroniową powierzchowną prawą dochodzącą do tętniaka rzekomego



Ryc. 7. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu chirurgicznego przedstawiające wypreparowaną tętnicę skroniową powierzchowną prawą i otwarty worek tętniaka, z którego ewakuowano skrzepliny



Ryc. 8. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu chirurgicznego przedstawiające wypreparowany koniec proksymalny i dystalny tętnicy skroniowej powierzchownej prawej i otwarty worek tętniaka

Dyskusja

Tętnica skroniowa powierzchowna jest gałęzią końcową tętnicy szyjnej zewnętrznej i rozpoczyna się w obrębie dołu żąchwowego. Tętnica ta leży w swoim początkowym odcinku wewnątrz utkania gruczołu przyuszynego, a następnie przebiega w szczelinie między małżowiną uszną a twarzą, gdzie wstępuje na blaszkę powierzchowną powięzi skroniowej. Tętnica skroniowa powierzchowna dzieli się na dwie gałęzie końcowe: czołową i ciemieniową. W swoim górnym odcinku tętnica jest położona powierzchownie (jest to miejsce, w którym najczęściej dochodzi do urazu tętnicy) i towarzyszy jej nerw uszno-skroniowy. W tej okolicy jedyną ochroną tętnicy przed urazami stanowi skóra i cienka tkanka podskórna. U osób starszych i wychudzonych przebieg tętnicy skroniowej powierzchownej jest zawsze dobrze widoczny.

Po raz pierwszy tętniak tętnicy skroniowej powierzchownej został opisany w 1740 r. przez dr. Bartholiniego [1, 2]. Zdecydowana większość tętniaków tętnicy skroniowej powierzchownej to tętniaki rzekome [1–3]. Najczęstszą przyczyną powstawania tętniaków jest tępy uraz. W XVIII i XIX w. przyczynami wystąpienia tętniaków rzekomych były zwykle rany spowodowane mieczem, rany postrzałowe, upuszczanie krwi i nadmierny wysięk trębaczy podczas gry [1–6]. W XX i XXI w. do najczęstszych przyczyn urazów tętnicy skroniowej powierzchownej zalicza się: wypadki komunikacyjne, sporty kontaktowe (rugby, hokej, baseball, squash, paintball), walkę na pięści, upadki z wysokości, rany kłute i postrzałowe [1–6]. Jatrogennymi przyczynami powstawania tętniaków rzekomych tętnicy skroniowej powierzchownej najczęściej są operacje przeszczepu włosów, operacje wycięcia

zmian skórnych w okolicy skroniowej i operacje neurochirurgiczne [7–19].

Rozpoznanie tętniaka rzekomego tętnicy skroniowej powierzchownej ustala się po przeprowadzeniu wywiadu i badania przedmiotowego [4–8]. Pacjenci często zgłaszają silny ból zlokalizowany w okolicy skroniowej, co jest spowodowane uciskiem tętniaka na nerw uszno-skroniowy [1–5]. W badaniu przedmiotowym zazwyczaj wyczuwalny jest tętniący guz w okolicy skroniowej [1–9]. Tętnienie guza jest synchroniczne z biciem serca [4–7].

Tętniak rzekomy tętnicy skroniowej powierzchownej należy różnicować z mogącymi występować w tej okolicy tłuszczakami, ropniami, zapalnie zmienionymi węzłami chłonny, torbielami, nerwiakami nerwu nadoczodołowego, przepuklinami mózgowymi, angiofibromą czy prostymi krwinkami [1–9]. W przypadku braku tętnienia guza wskazane jest wykonanie nakłucia guza za pomocą igły lub wykonanie nieinwazyjnego badania obrazowego. Do badań obrazowych, które umożliwiają potwierdzenie rozpoznania tętniaka tętnicy skroniowej powierzchownej, zalicza się: USG doppler, angiografię i dwufazową tomografię komputerową [7–15].

Leczenie chirurgiczne tętniaka rzekomego tętnicy skroniowej powierzchownej jest skuteczną, tanią i dającą mało powikłań pooperacyjnych metodą leczenia. Leczenie to polega na wycięciu tętniaka i podwiązaniu zarówno naczynia doprowadzającego, jak i odprowadzającego w znieczuleniu miejscowym [5–15]. W przypadku tętniaka położonego w pobliżu nerwu twarzonego lub w pobliżu gruczołu przyuszno-końiecznego konieczne jest wykonanie zabiegu chirurgicznego w znieczuleniu ogólnym [7–19]. Ze względu na bogate unaczynienie głowy nie jest konieczne wykonanie odtworzenia ciągłości uszkodzonego naczynia [10–18].

W przypadku tętniaków pourazowych tętnicy skroniowej powierzchownej położonych w rejonach trudno dostępnych (proksymalna część tętnicy skroniowej powierzchownej) możliwe jest zastosowanie selektywnej embolizacji tętnicy za pomocą cewnika [20].

Podsumowanie

Tętniaki rzekome tętnicy skroniowej powierzchownej występują w praktyce klinicznej rzadko, dlatego ich leczenie powinno odbywać się w wysokospecjalistycznych oddziałach chirurgii naczyniowej. Przed rozpoczęciem leczenia konieczne jest wykonanie diagnostyki, gdyż leczenie tętniaka rzekomego tętnicy skroniowej powierzchownej zdecydowanie różni się od leczenia chociażby tłuszczaka zlokalizowanego w tej okolicy. Zalecaną metodą leczenia jest wycięcie tętniaka z podwiązaniem odcinka proksymalnego i dystalnego tętnicy skroniowej powierzchownej w znieczuleniu miejscowym. Nie zaleca się obecnie odtwarzania ciągłości uszkodzonej tętnicy skroniowej powierzchownej.

Piśmiennictwo

1. Peick AL, Nichols WK, Curtis JJ, Silver D. Aneurysms and pseudoaneurysms of the superficial temporal artery caused by trauma. *J Vasc Surg* 1988; 8: 606-610.
2. Han K, Borah GL. Pseudoaneurysm of the anterior superficial temporal artery. *Ann Plast Surg* 1996; 37: 650-653.
3. Cheng CA, Southwick EG, Lewis EC 2nd. Aneurysms of the superficial temporal artery: literature review and case report. *Ann Plast Surg* 1998; 40: 668-671.
4. Evans CC, Larson MJ, Eichhorn PJ, Taylor RS. Traumatic pseudoaneurysm of the superficial temporal artery: two cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 286-288.
5. Walker MT, Liu BP, Salehi SA, et al. Superficial temporal artery pseudoaneurysm: diagnosis and preoperative planning with CT angiography. *AJNR Am J Neuroradiol* 2003; 24: 147-150.
6. Wilson AW, Evans BT, Barker S. Proper management of pseudoaneurysm of the superficial temporal artery. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 362.
7. Angevine PD, Connolly ES Jr. Pseudoaneurysms of the superficial temporal artery secondary to placement of external ventricular drainage catheters. *Surg Neurol* 2002; 58: 258-260.
8. Bobinski L, Boström S, Hillman J, Theodorsson A. Postoperative pseudoaneurysm of the superficial temporal artery (S.T.A.) treated with Thrombostat (thrombin glue) injection. *Acta Neurochir (Wien)* 2004; 146: 1039-1041.
9. Cadamy AJ, McNaughton GW, Helliwell R. Traumatic pseudoaneurysms of the superficial temporal artery. *Eur J Emerg Med* 2003; 10: 236-237.
10. Choo MJ, Yoo IS, Song HK. A traumatic pseudoaneurysm of the superficial temporal artery. *Yonsei Med J* 1998; 39: 180-183.
11. Conner WC 3rd, Rohrich RJ, Pollock RA. Traumatic aneurysms of the face and temple: a patient report and literature review, 1644 to 1998. *Ann Plast Surg* 1998; 41: 321-326.
12. De Vogelaere K. Traumatic aneurysm of the superficial temporal artery: case report. *J Trauma* 2004; 57: 399-401.
13. Fox JT, Cordts PR, Gwinn BC 2nd. Traumatic aneurysm of the superficial temporal artery: case report. *J Trauma* 1994; 36: 562-564.
14. Inoue Y, Iwamoto T, Kitoh M, et al. Traumatic aneurysm of the temporal artery: a report of five cases. *J Dermatol* 1997; 24: 246-248.
15. Lalak NJ, Farmer E. Traumatic pseudoaneurysm of the superficial temporal artery associated with facial nerve palsy. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1996; 37: 119-123.
16. Rollo M, Pedicelli A, Di Stasi C, et al. Percutaneous embolization of traumatic aneurysm of the superficial temporal artery. Case report. *Radiol Med* 2000; 99: 400-402.
17. Sánchez F, Delgado F, Ramos M. Pseudoaneurysm of the superficial temporal artery treated by embolization: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 819-821.
18. Uchida N, Sakuma M. Artherosclerotic superficial temporal artery aneurysm: report of a case. *Surg Today* 1999; 29: 575-578.
19. Walker MT, Liu BP. Superficial temporal artery pseudoaneurysm following craniotomy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 605.
20. Myer CM 3rd, Donegan JO. Traumatic aneurysm of the proximal superficial temporal artery. *Head Neck Surg* 1982; 5: 181-185.