

İntravenöz İlaç Bağımlılığına Bağlı Sol Femoral Psödoanevrizma

Left Femoral Pseudoaneurysm Secondary to Intravenous Drug Addiction: Case Report

İyad FANSA,^a
Koca ÇALIŞKAN,^b
Levent ALTINAY,^a
Mehmet GÜZELOĞLU,^a
Şeref Alp KÜÇÜKER^c

^aKalp Damar Cerrahisi AD,
^bAcil Tıp AD,
Mustafa Kemal Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Hatay,
^cKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 13.01.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 08.04.2015

*Bu çalışma, 15. Ulusal Vasküler Cerrahi
Kongresi (27-31 Ekim 2011, Antalya)'nde
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Levent ALTINAY
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi AD, Hatay,
TÜRKİYE/TURKEY
laltinay@hotmail.com

ÖZET Arteriyel yalancı anevrizmalar özellikle periferik vasküler yapıların çeşitli sebeplerle travmatize olması sonucu meydana gelebilirler. İntravenöz ilaç kullanımı bu sebeplerden biridir. Ulaşılmaması ve intravenöz enjeksiyonu kolay olduğu için femoral bölgeyi tercih eden intravenöz ilaç bağımlılarında enfekte yalancı anevrizma görülebilir. Bu yazıda bir intravenöz ilaç bağımlısı hastada sol femoral bölgede tekrarlayan enjeksiyonlar sonrasında meydana gelen enfekte femoral psödoanevrizma olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anevrizma, yalancı; anevrizma, enfekte; ilaç kullanıcıları

ABSTRACT Arterial pseudoaneurysms may occur due to chronic trauma to peripheral vessels. Intravenous drug addiction is one of the causes. Intravenous drug addicts usually prefer femoral vessels since they are easy to access, and inject drugs. Thus, infected femoral pseudoaneurysms are more likely to be seen in this region. In this paper, we present a drug addict with infected left femoral arterial pseudoaneurysm caused by chronic intravenous injections.

Key Words: Aneurysm, false; aneurysm, infected; drug users

Damar Cer Derg 2016

Arteriyel yalancı anevrizmalar, travma, enfeksiyon, vaskülit, cerrahi veya invaziv girişimler, intravasküler uyuşturucu ilaç kullanımına bağlı olarak meydana gelebilen patolojilerdir.¹ Dünyada intravasküler uyuşturucu ilaçların (eroin, morfin gibi) kullanımı giderek artmaktadır.² Uyluk bölgesi kolayca erişilebilir olduğu için, enjeksiyon en çok bu bölgeden yapılmakta, bunun sonucunda bu bölgede bulunan vasküler yapıların yaralanmasına bağlı komplikasyonlar görülmektedir.

İntravasküler uyuşturucu ilaç kullanıcılarında oluşan psödoanevrizmalarda, ortak enjektör kullanımı ve hijyenik şartların kötü olmasından dolayı, enfeksiyon genellikle vardır.³

Enfekte yalancı anevrizmalar sepsis, kanama, distal emboli gibi komplikasyonlara bağlı olarak ekstremitte kaybı veya ölüme sebep olmaları nedeniyle cerrahlar için ciddi problem oluştururlar. Özellikle femoral arter bifurkasyon bölgesinde, enfekte dokuların rezeksiyonu ve distal arteriyel

yatak revaskülarizasyonu oldukça yüksek mortalite (%10-25) ve ekstremitte kaybı (%33-40) oranlarına sahiptir.^{4,5}

Biz bu makalede ülkemizde nadir görülen uyuşturucu ilaç enjeksiyonu sonrasında cilde fistülize olmuş enfekte dev yalancı femoral arter anevrizma olgusunu literatür eşliğinde sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

Otuz yaşında erkek hasta sol uyluk proksimalinde ağrı, şişlik, kızarıklık ve kanama şikayetleri ile acil servise başvurmuş. Yaklaşık 10 gündür mevcut olan şişlik üzerinde son 2 gündür pürülan sero-hemorajik vasıfta akıntı da oluşmaya başlamış. Yaklaşık 10 yıldır uyuşturucu madde bağımlısı olan hasta, son 3 yıldır intravenöz yolla uyuşturucu madde kullanmaktaymış ve son zamanlarda femoral vasküler yolla madde kullanımına devam etmekteymiş.

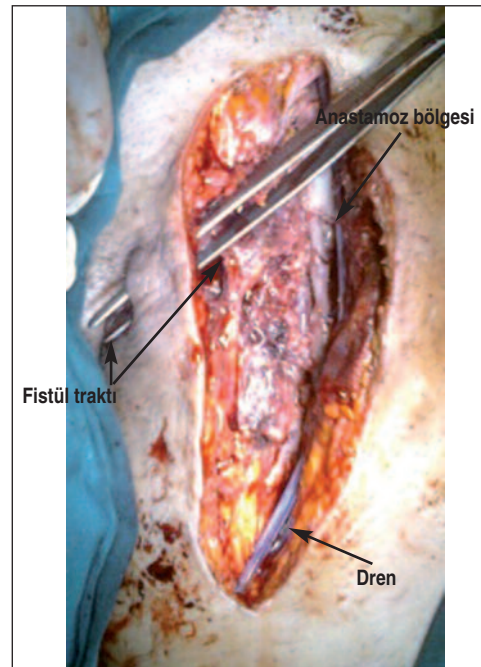
Fizik muayenede genel durumu orta, bilinci açık, oryente, ileri derecede ajite, vital bulguları stabil olmakla birlikte hafif düzeyde ateş yüksekliği, sol uyluk proksimalinde antero-medial yerleşimli yaklaşık 10x8 cm boyutlarında şişlik, hiperemi ve ısı artışı mevcuttu. Şişlik üzerinde arteriyel nabız elle hissedilebilmekte ve oskültasyonla sistolo-diyastolik üfürüm duyulmaktaydı.

Alt ekstremitte arteriyel Doppler ultrasonografi (USG) incelemede sol ana femoral arterde (CFA) 4,5 cm'lik segment boyunca psödoanevrizma olduğu rapor edildi. Elektrokardiografisinde herhangi bir patolojik özellik olmayan hastanın Transtorasik ekokardiografi incelemesi normaldi, ve enfektif endokardit lehine herhangi bir bulgu saptanmadı. Hastanın laboratuvar bulguları sistemik bir enfeksiyonu düşündürecek nitelikteydi.

Laboratuvar bulguları: BUN: 9,7 mg/dL; SGOT: 175 IU/L; SGPT: 191 IU/L; Total Bilirubin/Direkt Bilirubin: 0,7/0,4 mg/dL; Na: 135 mEq/L; K: 3,7 mEq/L; INR :0,99; PT: 12,7; aPTT: 24,9; Total Protein/Albumin: 6,5/2,0 g/dL; Lökosit: 21,5; Hemoglobin: 9,3; Trombosit: 472; Sedimentasyon hızı: 77; C-reaktif protein: 12,8 mg/dL; D-DIMER: 1740,64 mikrogram/L; Anti-HBS: negatif; Anti-HIV: negatif; Anti-HCV: 429,4; HBS Ag: negatif.

Operasyon tekniği: Hasta acil olarak ameliyata alındı. Standart monitörizasyonun ardından spinal anestezi altında operasyona başlandı. Sol femoral longitudinal insizyon ile sol CFA explore edildi. Bu sırada hastanın ajite olması nedeniyle genel anesteziye geçildi. Sol CFA çevresinde dev lenf nodları, yaklaşık 20x10 cm boyutlarında kese oluşturan hematoma ve dış ostiyumu uyluk medialinde olan fistül kanalı görüldü (Resim 1). CFA'nın, derin femoral arter (PFA) ve yüzeysel femoral arter (SFA) ayrılma bölgesinde parçalandığı, ve bu bölgede tromboze ve fistülize olmuş psödoanevrizma olduğu görüldü. Femoral bölgedeki psödoanevrizma, fistül traktı, enfekte dokular ve lenf nodları eksize edildi. PFA, CFA'ya uç-yan anastomoz edildi. CFA ve SFA devamlılığı revers safen ven grefti ile sağlandı (Resim 1). Hemovak dren konarak operasyona son verildi.

Klinik izlem: Hastanın ilk başvuru sırasında alınan akıntı kültüründe gram (-) basil olduğu raporlandı, ve hastaya piperasilin+tazobaktam 4x4,5 mg/gün tedavisi başlandı. Daha sonra kesin kültür sonuçlarında *Enterobacter cloacae* üremesi olduğu belirtilmesi üzerine, piperasilin+tazobaktam tedavisi kesilip levofloksasin 1x500 mg/gün tedavisi



RESİM 1: Damar onarımı ve lenf nodu disseksiyonu tamamlanmış.

başlandı. Postoperatif 1. günde 700 cc drenajı olan hastanın takiplerinde drenaj 100 cc'ye kadar düştü. Postoperatif 5. günde yeniden kanaması olan hasta acil olarak genel anestezi altında tekrar operasyona alındı. CFA-PFA anastomoz bölgesinde ve safen ven grefti üzerinde aktif kanama görüldü ve bu bölgeler primer sütürle onarıldı. Hemogramda lökosit 32000 / μ L olduğu görüldü. Hastanın tedavisine seftriakson 2x1g ilave edildi. Postoperatif 6. günde sol alt ekstremitede akut arter tıkanıklığı belirtileri oluşması üzerine sol femoral bölge lokal anestezi altında tekrar explore edildi. CFA'ya embolektomi yapıldı. CFA'nın hem proksimalinden hem de distalinden bol miktarda taze trombüs geldi. Arter duvarı enfekte görünümdeydi. Hemodinamik olarak stabil olan ve enfeksiyona yönelik kan laboratuvar değerlerinde gerileme olan hasta, kendi isteği üzerine tedavisinin devamı için başka bir merkeze sevk edildi. Gittiği merkezde birkaç kez kanama nedeniyle revizyona alınan hastaya kanama kontrolü olarak primer sütür ve drenaj uygulanmış. Yaklaşık 2 ay sonra bize tekrar başvuran hastanın alt ekstremitte arteriyel Doppler USG incelemesinde monofazik akım olduğu görüldü. Hastanın genel klinik durumunda günlük faaliyetlerini yapmasına engel bir bulgu olmadığı için ilaç tedavisi ile takibi önerildi.

TARTIŞMA

İntravenöz ilaç bağımlılığı; lokal sepsis, enfektif endokardit, kronik venöz obstrüksiyon veya yetmezlik gibi birçok komplikasyona sebep olabilmektedir. Özellikle femoral bölgeden enjeksiyon yapan ilaç bağımlılarında femoral psödoanevrizma sık görülebilen bir patolojidir. Femoral psödoanevrizma, genel olarak söz konusu ilaçların yanlışlıkla intra-arteriyel veya peri-arteriyel enjeksiyonu sonucu meydana gelmektedir.⁶ Ekstravaze olan kan sebebiyle bu bölgede hematoma meydana gelir. Bu hematomun da enfekte olmasıyla damar duvarında hasar oluşur, ve bu süreç sonucunda enfekte bir psödoanevrizma meydana gelir.

İlaç bağımlılığı öyküsü olup kasık bölgesinde ağrılı bir şişlik yakınması ile gelen hastalarda femoral psödoanevrizma, ilk olarak akla gelmesi gereken patolojilerden biridir. Bu hastalar aynı zamanda sis-

temik enfeksiyon belirtileriyle de gelebilir. Femoral psödoanevrizması olan 53 ilaç bağımlısı hastanın değerlendirildiği bir çalışmada; ateş %36 hastada, kültür pozitifliği sadece %15 hastada olduğu görülmüştür.⁷ Burada takdim edilen olguda da akıntı kültüründe *Enterobacter cloacae* üremesi oldu, ve hastanın subfebril düzeyde ateşi olduğu görüldü.

Tanı aracı olarak 1986'da Reddy ve ark. digital subtraksiyon anjiyografisi (DSA) yapılmasını önermişlerdir,⁸ ancak günümüzde renkli Doppler USG'nin yeterli olduğu kabul edilmektedir. Burada sunulan hastanın akut klinik tablosu nedeniyle, hasta DSA yapılmadan, Doppler USG incelemesi sonrası acil olarak ameliyata alındı. Enfeksiyon bulguları ve femoral bileşkede parçalanma olduğundan, biz de hastanın diğer bacağından hazırladığımız enfeksiyona dirençli otojen safen ven greftini revers olarak kullandık.

Cerrahi tedavi olarak bu hastada hematoma ve abse drenajı, enfekte dokuların debridmanı ve safen ven greft ile revaskülarizasyon tercih edildi. Revaskülarizasyonun zamanlaması ve metodu konusunda halen tartışmalar mevcuttur.⁹ Reddy ve ark. femoral bifurkasyonun da tutulduğu vakalarda bir otolog greft ile hemen revaskülarizasyon önermektedir.⁸ Bu yöntem, arteriyel ligasyona bağlı ekstremitte kaybını azaltması açısından avantaj sağlamaktadır. Ancak enfekte bir bölgeye greft konmasının, enfeksiyona sekonder anastomoz hattının bozulmasına ve buradan fatal hemorajiye sebep olabileceği, ve greftin de re-enfeksiyonu sonucu yine ekstremitte kaybına sebep olabileceği bildirilmektedir.¹⁰

Enfekte bölgeden kaçınmak amacıyla ekstra-anatomik baypas yöntemleri de öne sürülmüştür.¹⁰ Obturator baypas veya aksillo-femoral baypas bu amaçla önerilen yöntemlerdir.^{11,12} Ancak bir bakteriyemi sırasında bu greftler de enfekte olabilir, ve hasta bu greftleri de enjeksiyon amacıyla kullanmak suretiyle hayatı tehdit edici komplikasyonlara sebep olabilir. Sentetik greft enfeksiyonu sebebiyle ekstremitte kaybı literatürde yaklaşık %40 olarak bildirilmektedir.⁵ Burada sunulan hastada lökositoz olması sebebiyle bakteriyemi olduğunu düşündük, ve ekstra anatomik baypas yerine enfeksiyona daha

dirençli otojen safen ven greftini kullanmayı tercih ettik.

Ayak bileği-kol indeksinin $\geq 0,3$ olması veya ayak bileği seviyesinde Doppler USG ile arteriyel sinyal alınması durumlarında revaskülarizasyon yapmadan CFA ligasyonu da uygulanan bir yöntemdir. Bu yöntem ile literatürde ekstremitte kaybı oranı yaklaşık %33 olarak bildirilmiştir.⁸ Literatürde, sentetik greft kullanmadan safen ven greftleri ile yapılan revaskülarizasyonlar sonucunda greft enfeksiyonu olmadığı, ve 5 yıllık açıklık oranlarının %100 olduğu belirtilmektedir.¹³ Burada sunulan hastada da revaskülarizasyon amacıyla safen ven greft kullanılmış ve hiç arteriyel ligasyon yapılmamıştır. Hastanın postoperatif takibinde meydana gelen kanama, nativ arter duvarındaki enfeksiyona veya uyuşturucu madde bağımlısı olan hastanın insizyon bölgesine yaptığı tahrişe bağlı olarak meydana gelen arteriyel duvar hasarına bağlanmıştır.

Sonuç olarak; enfekte femoral psödoanevrizmalı hastalarda, psödoanevrizmanın rezeksiyonu ve enfekte dokunun debridmanını takiben safen ven grefti kullanarak revaskülarizasyon yapılması, enfeksiyonlara karşı dirençli bir otolog rekonstrüksiyon yöntemidir. Ancak safen ven greftinin enfeksiyona dirençli olduğu düşünülmesine rağmen lokal enfeksiyon sebebiyle nativ arter duvarının veya anastomoz hattının hasarlanmasına bağlı olarak erken dönemde kanama ve/veya arteriyel embolizasyon gibi komplikasyonlar da görülebilir. Bu hastaların madde bağımlısı olması sebebiyle yoksunluk sendromu gibi durumlarda kendine zarar verici tutum içinde olabileceği, ve operasyon bölgesini de travmatize edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Noshier JL, Chung J, Brevetti LS, Graham AM, Siegel RL. Visceral and renal artery aneurysms: a pictorial essay on endovascular therapy. Radiographics 2006;26(6): 1687-704
2. Coughlin PA, Mavor AI. Arterial consequences of recreational drug use. Eur J Vasc Endovasc Surg 2006;32(4):389-96.
3. Vallabhaneni SR, Moody AP. Vascular complications following intravenous self injection of addictive drugs. J R Coll Surg Edinb 1998; 43(2):131-2.
4. Arora S, Weber MA, Fox CJ, Neville R, Lidor A, Sidawy AN. Common femoral artery ligation and local debridement: A safe treatment for infected femoral artery pseudo aneurysms. J Vasc Surg 2001;33(5):990-3.
5. Padberg F Jr, Hobson R 2nd, Lee B, Anderson R, Manno J, Breitbart G, et al. Femoral pseudoaneurysm from drugs of abuse: ligation or reconstruction? J Vasc Surg 1992; 15(4):642-8.
6. Huebl HC, Read RC. Aneurysmal abscess. Minn Med 1966;49(1):11-6.
7. Ting CW, Cheng WK. Femoral pseudoaneurysms in drug addicts. World J Surg 1997;21(8):783-6.
8. Reddy DJ, Smith RF, Elliott JP Jr, Haddad GK, Wanek EA. Infected femoral artery false aneurysms in drug addicts: evolution of selective vascular reconstruction. J Vasc Surg 1986;3(5):718-24.
9. Feldman AJ, Berguer R. Management of an infected aneurysm of the groin secondary to drug abuse. Surg Gynecol Obstet 1983; 157(6):519-22.
10. Patel KR, Semel L, Clauss RH. Routine revascularization with resection of infected femoral pseudoaneurysm from substance abuse. J Vasc Surg 1988;8(3):321-8.
11. Shaw RS, Baue AE. Management of sepsis complicating arterial reconstructive surgery. Surgery 1963;53:75-86.
12. Bell LC, Ali TA, Brawley JG. Arterial reconstruction of infected femoral artery pseudoaneurysms using superficial femoral-popliteal vein. J Am Coll Surg 2005;200(6):831-6.
13. Clagett G, Valentine R, Hagino R. Autogenous aortofemoral reconstruction from superficial femoral-popliteal veins: feasibility and durability. J Vasc Surg 1997;25(2):255-66.