

DÜZELTME

Damar Cerrahi Dergisi'nin 2005 yıl 14(1) sayısında: 35-36 sayfalarında Levent Dertsiz ve Abid Demircan tarafından yayınlanan "iyatrojenik Rüptüre Persistent Siyatik Arter Anevrizması: Olgu Sunumu-Iatrogenic ruptured persistent sciatic artery aneurysm: A case report" isimli makalede yer alan resimler dergimize ait teknik nedenlerle basılamamıştır. Ayrıca söz konusu makaleye ilişkin düzeltme yayınlanmaktadır. Bu hatadan ötürü okurlarımızdan özür dileriz.

İYATROJENİK RÜPTÜRE PERSİSTENT SİYATİK ARTER ANEVİRİZMASI: OLGU SUNUMU

IATROGENIC RUPTURED PERSISTENT SCIATIC ARTERY ANEURYSM: A CASE REPORT

Levent Dertsiz, Abid Demircan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Kliniği ANTALYA

Özet

Persistent siyatik arter (PSA), alt ekstremit vaskülatürünün seyrek görülen bir anomalisidir. Tesadüfen, alt ekstremit iskemisi veya anevrizmal dejenerasyonla tanımlanabilir. Tedavisi , anevrizmanın eksklüzyonu ve vasküler rekonstrüksiyondur. Biz burada akut iyatrojenik gluteal kanamayla kliniğimize getirilen PSA anevrizmalı 53 yaşında bir kadın olguyu sunuyoruz. Tedavisi internal iliak arterin ligasyonu ve ileopopliteal by-pass'tır. Günümüze kadar uluslararası literatürde yayınlanmış, bu olgu dahil 88 vaka tanımlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: persistent siyatik arter, iyatrojenik gluteal kanama, iliyo-popliteal bypass.

Abstract

The persistent sciatic artery is an anatomical anomaly of the lower limb vasculature, seen rarely. It may be noted incidentally, or it may be presented with a limb ischaemia or aneurysmal degeneration. Management entails exclusion of the aneurysm and vascular reconstruction. Here, we present a case of a 53 year-old woman with an aneurysm of the persistent sciatic artery (PSAA) presenting an acute iatrogenic buttock hemorrhage. Treatment was ligation of internal iliac artery and ileopopliteal bypass after distal embolectomy. At present 88 cases, including this case, have been reported in the literature within about 150 years.

Keywords: persistent sciatic artery, iatrogenic buttock hemorrhage, ileo-popliteal bypass.

Dr. Levent DERTSİZ

Akdeniz University, School of Medicine

Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery

07070, Arapsuyu Antalya, Turkey

Tel: +90 242 227 43 43 int: 23121

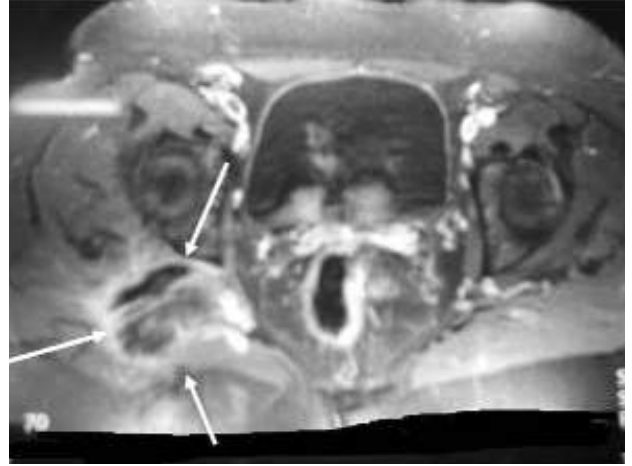
Fax: +90 242 227 44 90

GİRİŞ

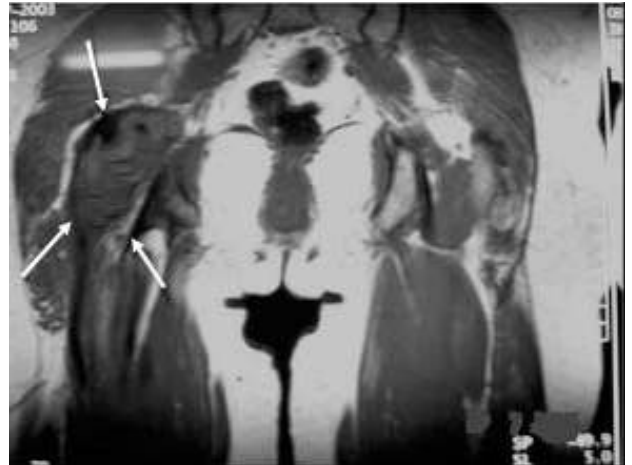
Persistent sciatic artery (PSA), alt ekstremité vasküler sisteminin oldukça seyrek (%0.025 -%0.04) görülen bir anomalisidir ve %15-%46 olguda anevrizmal formasyonla beraber görülür^(1, 2). PSA anevrizması ilk kez Fagge tarafından 1864 yılında tanımlanmış ve o yıldan bu zamana kadar uluslararası literatürde bir buçuk asırda 88 olgu (bizim olgumuz dahil) tanımlanmıştır⁽³⁾. Biz bu çalışmada, abondan gluteal kanama nedeniyle kliniğimize sevk edilerek opere ettiğimiz iyatrojenik persistent siyatik arter anevrizma (PSAA) lı bir olguyu; gerçekten çok seyrek görülmesi, kliniğimizde opere ettiğimiz ilk vaka olması ve bafıvuru ilginçliği nedenleri ile birlikte literatür bilgisi efilinde sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU:

53 yaşında bir bayan hasta. Bafıka bir sağlık kuruluşunda sağ gluteal kitle (Resim 1, 2) nedeni ile yapılan eksizyonel biyopsi esnasında abondan gluteal kanama nedeni ile merkezimize refere edilen hastanın acildeki fizik muayene bulguları: TA: 90/50 mmHg, Nb: 120/dk soluk görünömlü, sağ gluteal bölgeden aktif arteriyelize kanama, sağ alt ekstremitéde femoral nabız dahil distalleri alınıyor ve soğuk, solda ise poplitea nabız var distali yok ancak ekstremité sıcak fleklinde idi. Hastanın özgeçmişinde dört yıl önce Behçet Hastası tanısı aldığını ve tedavi altında olduğunu ayrıca uzun yıllardır sağda bariz olmak üzere heriki alt ekstremité ağırsından yakınmakta olduğunu öğrenildi. Nörolojik defisiti olmayan hastanın acildeki hemoglobini 7.30 ve hematokrit değeri ise 22.7 idi. Biyopsi sonrası yaklaşık 5 saat süre geçen hastaya bu bulgularla acil anjiyografi çekildi (Resim 3). Anjiyografi bulguları rüptüre komplet (Resim 4) persistent siyatik arter anevrizması (PSAA) tespit edilen hastaya öncelikle kanama kontrolü için göbek altı median laparotomi ile bafına girilerek retroperitona geçildi. Ana iliak arter ve dalları dönölerek askıya alındı. İnternal iliak arterin PSA olarak devam ettiğini ve 3 cm sonra yaklaşık 4 cm çapında anevrizmatik hal aldığını ve posteriordan rüptüre olduğunu görülerek, anevrizmatik segment distal ve proksimalden klemplenip eksize edildi. Daha sonra popliteal eksplorasyona geçilerek PSA in distali hunter çakışında



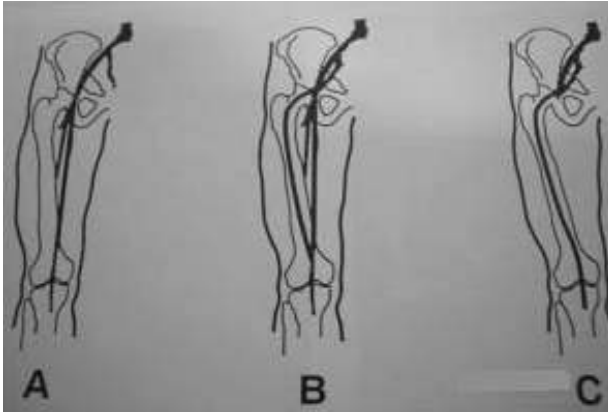
Resim 1. Olgunun preoperatif MRI görüntüsü (sağda gluteal bölgede PSA anevrizmasına ait görünüm)



Resim 2. Olgunun aksiyal plandaki MRI görüntüsü (Anevrizma, gluteal bölgeden popliteal kanala doğru uzanmakta).

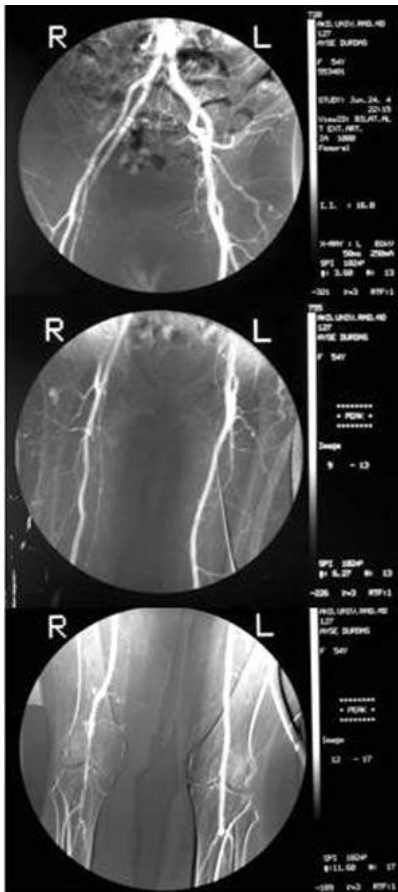


Resim 3. Olgunun preoperatif anjiyografisi (İnternal iliak arter PSA olarak devam etmekte, PSAA ve rüptüre olan segment izlenmekte)



Resim 4. A: Normal arteriyel yapı, B: İnkomplet PSA, C: Komplet PSA

dönülerek distale 4F Fogarty kateteri ile embolektomi yapıldı ve taze trombüsler temizlendi. Çok bir popliteal arteri olmasına rağmen geri akım yeterli olan hastaya internal iliak arter ile popliteal arter arasına 7*4 ringli PTFE greft replasman yapıldı. Hastanın ameliyat sonrası dördüncü ayında çekilen kontrol anjiyografisinde greftin açık ve distalin yeterli beslendiği gözlemlendi (Resim 5). Hasta halen birinci yılında ve aktif problemi bulunmamaktadır.



Resim 5. Olgunun postoperatif anjiyografisi.

TARTIŞMA:

PSA alt ekstremité vasküler yapısının oldukça seyrek görülen bir anomalisidir.

Fötal yaşamda varolan PSA femoral, arter oluflunca involusyona uğrar. İnvolusyona uğramazsa PSA olarak kalır ve %15-%46 olguda anevrizmal formasyonla beraberdir⁽³⁾. Tanıda pulsatil gluteal kitle, siyatik sinir defisiti ve patognomonik Cowie Bulgusu (güçlü popliteal nabza rağmen femoral nabzın olmayış) yeterlidir⁽⁴⁾. Doppler USG ve anjiyografi ile verifiye edilebilir ve MRI anevrizmanın distal ve proksimal boyununun belirlenmesi açısından önerilmektedir. PSA %12 vakada bilateral olabilmektedir⁽⁵⁾.

Bu olgu, hastanın daha önceden farklı sağlık kuruluşlarına başvurmasına ve gluteal kitle nedeni ile çekilen MRI bulgularına rağmen tanının atlanmasına açısından ilgi çekicidir ve fizik muayenenin önemini bir kez daha göstermektedir.

PSAA olan olgularda farklı tedavi seçenekleri vardır (Tablo 1). Bunlar arasında direkt eksizyon+ greft interpozisyonu, endoanevrizmorafi, cerrahi ligasyon+ by-pass, endovasküler oklüzyon+ by-pass ve tek bafına cerrahi ligasyon veya tek bafına endovasküler oklüzyon önerilen tedavi seçenekleridir⁽⁶⁾. Ayrıca Maldini ve ark. bir olguda trombolisis, arteriyel rekonstrüksiyon ve anevrizma embolizasyonu kombinasyonunu tariflemişlerdir⁽⁷⁾. Biz, olgunun merkezimize prezentasyon şartlarının gözönüne alarak, direkt cerrahi ligasyon + greft interpozisyonunu tercih ettik.

Sonuç olarak; PSAA gibi çok seyrek görülebilen bir vasküler anomaliyi atlamamak için fizik muayenenin temel unsurların da atlamamak, flüpheli tüm durumlarda hastaya vasküler cerrahi merkezine refere etmek gerekir.

KAYNAKLAR

1. Shutze WP, Garrett WV, Smith BL. Persistent sciatic artery: collective review and management. Ann Vasc Surg 1993;7:303-310
2. Pirker E, Schmidberger H: Die arteria ischiadica. Eine seltene Gefaessvariante. Fortschr Roentgenstr 1972;116:434-437.
3. Ikezawa T, Naiki K, Moriura S, et al: Aneurysm of bilateral persistent sciatic arteries with ischemic complications: Case report and review of the world literature. J Vasc Surg 1994;20:96-103.
4. Cowie TN, Mc Kellar NJ, McLean N, Smith G. Unilateral absence of the external iliac and femoral arteries. Br J Radiol 1960;33:520-522.

5. Ikezawa T, Naiki K, Moriura S, et al: Aneurysm of bilateral persistent sciatic arteries with ischemic complications: Case report and review of the world literature. *J Vasc Surg* 1994;20:96-103.
6. Nair R, Carrim AT, Robbs JV, Maharaj J. Aneurysms of the persistent sciatic artery. *S Afr J Surg.* 1999;37:51-53.
7. Maldini G, Teruya TH, Kamida C, Eklof B. Combined percutaneous endovascular and open surgical approach in the treatment of a persistent sciatic artery aneurysm presenting with acute limb-threatening ischemia. *Vasc Endovasc Surg* 2002;36:403-408.