

Aortofemoral Prostetik Bypass Sonrası Gelişen Dev Yalancı Anevrizma

Tahsin Keçeligil, Ferişt Kolbakır, Mahmut Yılman, Celil Yıldırım, M. Kâmuran Erk

Ondokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

ÖZET

Prostetik damar rekonstrüksiyonu sonrası yalancı anevrizma gelişimi genellikle seyrek görülen bir komplikasyon olarak değerlendirilir. Görülme sıklığı % 1-4 arasındadır. Gelişimine sebep olan faktörler çeşitlidir. Sütür materyali yetersizliği, arter duvarının zayıflığı, kronik hipertansiyon, kullanılan greft materyalinin cinsi, greft infeksiyonu, daha önce geçirilmiş endarterektomi, en sık belirlenen sebeplerdir. Polypropylene sütür kullanımı ile yalancı anevrizma sıklığında azalma olabileceği savunulmaktadır. Yalancı anevrizmalar en sık femoral anastomozlarda görülmektedir. Bu nedenle mümkün olan olgularda femoral yerine iliak anastomoz tercih edilmelidir.

SUMMARY

A Giant False Aneurysm Following Aortofemoral Prosthetic Bypass

An anastomotic or false aneurysm after prosthetic vascular reconstruction is usually considered a rare late complication. Incidence is estimated to be between 1 and 4 percent. The cause of suture material, weakness of the host arterial wall, chronic hypertension, graft material, graft infection, previous endarterectomy have been repeatedly implicated. The occurrence of false aneurysms can probably be reduced by using polypropylene suture material for the anastomoses. Because femoral anastomoses bear the greatest risk of developing false aneurysms, the preference of the aortobifemoral prosthetic reconstruction in the treatment of aortiliac occlusive disease should be reconsidered.

GİRİŞ

Yalancı anevrizma oluşumu, arteriyel rekonstrüktif cerrahinin nadir görülen komplikasyonlarından biridir. Görülme sıklığı % 1-4 arasındadır (1). Meydana gelmesinde çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bu etkenlerin başlıcaları; dikiş materyalinin yetersizliği, kullanılan greftin cinsi, greft infeksiyonu, anastomozun lokalizasyonu, kronik hipertansiyon, arter duvarının dejenerasyonu, daha önceden geçirilmiş endarterektomi şeklinde sıralanabilirler.

Kliniğimizde tanısı konulan ve cerrahi teda-

visi gerçekleştirilen dev bir anastomotik anevrizma olgusu sunuldu ve bu konudaki literatür gözden geçirildi.

Olgu bildirimi

Y.Ç. 55 yaşında, erkek hasta, 7.1.1993 tarihinde kliniğe yatırıldı. Hastanın öyküsünden 1979 yılında Hollanda'da sol aortofemoral bypass ameliyatı olduğu öğrenildi. Bu ameliyatta sentetik greft kullanıldığı, proksimal ve distal anastomozların end to side yapıldığı anlaşıldı. Hastada, ayrıntılı bir epikriz bulunmadığından,

o dönemdeki damarsal patoloji, kullanılan greftin cinsi, kullanılan sütür materyali konularında bilgi edinilemedi. Hasta, uzun yıllar şikâyeti olmadığını, son altı ay zarfında sol kasık bölgesinde bir kitle ortaya çıktığını ve bunun giderek büyüdüğünü ve ağrı yapmaya başladığını ifade ediyordu. Ayrıca, sol ayağında uyuşma veyine aynı tarafta intermittan klodikasyo tanımıyordu.

Hastanın fizik muayenesinde nabız 92(dak., TA: 160/100 mmHg. olarak bulundu. Batın orta hatta ve sol inguinal bölgede iki ayrı insizyon skarı vardı. Sol inguinal bölgede, Ligamentum inguinale hizasının 5 cm. üstüne çıkan, 15x10 cm. boyutlarında, gergin, pulsatil, oksültasyonda üzerinde üfürüm duyulan bir kitle mevcuttu. Distalde, popliteal nabız, dorsalis pedis nabızı ve tibialis posterior nabızı sağ bacağı kıyasla zayıf alınıyordu. Sağ tarafta tüm muayene bulguları normaldi. Yapılan ultrasonografik tetkikte, yaklaşık 10 cm. uzunlukta, düzgün cidarlı bir kitle, kitle içinde 4 cm'lik lümen ve çevresinde trombüse ait olduğu düşünülen solid görünüm saptandı. Lümen, femoral arterle devam ediyordu.

Hasta 20.1.1993 tarihinde femoral anastomoz bölgesinde gelişen yalancı anevrizma tanısı ile ameliyata alındı. Batın açıldığında, daha önce brid ileusu nedeni ile de operasyon geçirdiğinden, aşırı yapışıklıklarla karşılaşıldı. Güçlkle, aorta bir noktada kross klemp konacak şekilde disseke edilebildi. Her iki femora bölge vertikal insizyonla açıldı. Sol tarafa, 15x10 cm. boyutlarındaki anevrizmaya ulaşıldı ve çevre dokulardan disseke edilerek kısmen serbestleştirildi (Resim 1). Aorta ve sağda kommon femoral, solda süperfiyel femoral artere klemp konulduktan sonra içildi. İçinde bol trombüs bulunduğu görüldü. Kitenin içine açılan derin femoral arterden olan geiye akım, lümene sokulan büyük çaplı Fogarty kateterinin balonu şişirilerek kontrol edildi. Eski greftin femoral anastomozunun tamamına yarısının damar cidarından ayrıldığı ve greft materyalinin uç kısmının yer yer parçalandığı saptandı. Eski operasyonda greft olarak dacron greft, sütür materyali olarak polyester kullanıldığı



Resim 1. 15x10 cm. boyutlarında anevrizmanın çevre dokulardan kısmen disseke edilerek ayrıldıktan sonraki görünümü.

görüldü. Greftten ve yalancı anevrizma içinden kültür örnekleri alındı. Batın içinde, aşırı yapışıklıklar nedeniyle, aortik anastomoz yapılabilecek eksplorasyonun son derece güç ve riskli olacağı düşüncesinden hareketle, eski greft aortik anastomoz yerinin hemen distalinden emniyetli şekilde bağlandı, transfixasyon dikişi kondu.

10 mm.'lik dıştan spiralli Gore-tex (polytetrafluoroethylene) ile femoro-femoral ekstra-anatomik bypass yapıldı. Greftin sol tarafa gelen ucuna Y olacak şekilde end-to-side kısa bir Gore-tex greft parçası anastomoz edilerek uçlar süperfiyel femoral ve derin femoral arter ağızlarına end-to-end anastomoz edildi. Sütür materyali olarak polypropylene kullanıldı. Postoperatif dönemde hastaya antihipertansif olarak nifedipin, antiagregan olarak dipridamol ve asetil salisilik asit verildi. Batın kesesi üzerinde lokalize cilt-ciltaltı enfeksiyonu gelişen hasta, bunun uygun tedavi ile düzeltilmesini takiben 16.2.1993 tarihinde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Anastomotik anevrizma, pulsatil hematoma adı da verilen yalancı anevrizmalar, arter ve vasküler protez arasındaki anastomozun parsiyel veya total ayrışması sonucu oluşurlar (1).

Yalancı anevrizma teşekkülünde, anastomozda sütür materyali olarak ipek kullanılmasının

önemli rolü olduğu kabul edilmektedir (1, 2, 3). Sütür materyali olarak multiflament sentetik sütürler kullanıldığında da bunların kopma ve greft ayrışmasına yol açabileceği görülmüştür (2). Ancak bunların kullanımını destekleyen pek çok yayın da mevcuttur (1, 4, 5). Çeşitli avantajları nedeniyle polypropylene kullanımı çeşitli müellifler tarafından önerilmektedir.

Yapılan son çalışmalarda, PFTE (polytetrafluoroethylene) greftlerin, dacron greftlere kıyasla arter-greft arası daha iyi bir fibröz yapışma gösterdikleri bildirilmektedir (1).

Greft enfeksiyonu geliştiğinde, septik hadisenin ilerlemesi ile sütür hattı etkilenir. Arter duvarında tahribata yol açarak sütürlerin gevşemesine ve bu sahadan anastomotik anevrizma oluşmasına neden olabilir (1, 6). Özellikle enfeksiyon oturmasına müsait femoral bölgedeki anastomozların bundan etkilendiği ve bu tür greft enfeksiyonu sonrası gelişen yalancı anevrizma bölgesinden alınan kültürlerde en sık olarak staphylococcus aureus ürediği görülmüştür (1, 7). Olgumuzda ise, alınan kültürlerde herhangi bir mikroorganizma üremedi.

Yalancı anevrizma görülme sıklığı bakımından femoral anastomozlardan sonra sırası ile ilik ve aortik anastomozların geldiği bildirilmektedir (3).

Yalancı anevrizma gelişimi bakımından kronik hipertansiyonun belirli bir etken olduğu çeşitli yayınlarda öne sürülmektedir (3, 4, 8). Olgumuzda, uzun süredir hipertansiyon söz konusu idi ve klinikte de hipertansif seyreden hastanın arter basıncı antihipertansif tedavi ile kontrol altına alındı.

Arter duvarının dejenerasyonunun ve daha önce geçirilmiş bir endarterektomi işleminde yalancı anevrizma gelişiminde rol oynadığı bildirilmektedir (1, 3). Bu gibi durumlarda, sütür materyalinin yapısında ve devamlılığında hiçbir bozulma görülmezsizin arter duvarındaki yapısal bozukluk ve dayanıksızlık sonucu yalancı anevrizma teşekkül etmektedir (1, 2, 3).

Sonuçta, anevrizma gelişiminde rol oynayan faktörler, hastaya ilişkin risk faktörleri (Arter

duvarının dejenerasyonu, geçirilmiş endarterektomi, kronik hipertansiyon) ve uygulanan prosedüre ilişkin risk faktörleri (kullanılan sütür materyali, kullanılan greftin cinsi, greft enfeksiyonu, anastomozun yeri) olarak iki bölümde toplanabilirler (3). Bu risk faktörlerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması ölçüsünde yalancı anevrizma gelişiminin önüne geçileceği düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Freischlag JA, Moore WS: Anastomotic aneurysms. RB Rutherford (eds). Vascular Surgery. 3 rd ed. vol. 1. Philadelphia, WB Saunders Co, 1984. p. 522-528.
2. Millili JJ, Lanes JS, Nemir P: A study of anastomotic aneurysms following aortofemoral prosthetic bypass. Ann Surg 192 (1): 69-73, 1980.
3. Van Den Akker PJ, Brand R, Van Schilfgaarde R, et al: False aneurysms after prosthetic reconstructions for aortoiliac obstructive disease. Ann Surg 210 (5): 658-666, 1989.
4. Starr DS, Weatherford SC, Lawrie GM, et al: Suture material as a factor in the occurrence of anastomotic false aneurysms. An analysis of 26 cases. Arch Surg 114: 412-415, 1979.
5. Moore WS, Hall AD: Late suture failure in the pathogenesis of anastomotic false aneurysms. Ann Surg 172: 1064-1068, 1970.
6. Haimovici H. Anastomotic aneurysms. Haimovici H. (ed). Vascular Surgery: Principles and Techniques. 2 nd ed. East Norwalk, Conn., Appleton-Lange, 1984, 763-775.
7. Nunn DB, Rao N, Renard A: Anastomotic aneurysms. Am Surg 281-288, 1975.
8. Szilagyi DE, Smith RF, Elliott JP, et al: Anastomotic aneurysms after vascular reconstruction: Problems of incidence, etiology, and treatment. Surgery 78: 800-816, 1975.

Yazışma Adresi

Yard. Doç. Dr. Tahsin KEÇELİGİL
19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi ABD
Kurupelit-SAMSUN