

Aksillo-Bifemoral Bypass Sonrası Proksimal Anastomoz Ayrılması

Disruption of the Proximal Anastomosis After Axillobifemoral Bypass Graft: Case Report

Dr. Hasan REYHANOĞLU,^a
Dr. Murat ERTÜRK,^a
Dr. Makbule KESİCİ,^a
Dr. İsa DURMAZ,^b
Dr. Cüneyt NARİN^c

^aKalp Damar Cerrahisi Kliniği,
Ege Sağlık Hastanesi,
^bKalp Damar Cerrahisi AD,
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İzmir

^cKalp Damar Cerrahisi AD,
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Konya

Geliş Tarihi/Received: 15.10.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 17.05.2010

Bu çalışma 2005 Ulusal Vasküler Cerrahi
Kongresi'nde bildiri olarak yayınlanmıştır.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Hasan REYHANOĞLU
Ege Sağlık Hastanesi,
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
hreyhanoglu@hotmail.com

ÖZET Ekstra-anatomik bypas cerrahisi aortik yaklaşımın yüksek risk taşıyacağı hastalarda ekstremitelerin kurtarılması açısından uygulanan alternatif yaklaşımdır. Bu hastalar mevcut yaygın ateroskleroz nedeni ile beraberlerinde ek morbidite ve mortalite riski taşırlar. Tromboz, hematoma, üst ekstremitte iskemisi ve enfeksiyon sık rastlanan komplikasyonlardır. Bu olgularda proksimal anastomoz aksiller artere yapıldığından proksimal anastomoz ayrılması da nadir fakat ciddi bir komplikasyon olarak bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda aksillo-bifemoral bypas sonrası proksimal anastomoz ayrılması nedeniyle başarıyla opere edilen olgu sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Postoperatif komplikasyonlar; hematoma; axiller arter

ABSTRACT Extra-anatomic bypass surgery is an alternative approach for limb salvage for patients exhibiting high risk when aortic approach is utilized. These patients carry an additional morbidity and mortality risks due to existing extensive atherosclerosis. Thrombosis, hematoma, upper extremity ischemia and infection are frequently encountered complications. Proximale anastomosis detachment, although rare, is reported to be a serious complication for these patients since proximal anastomosis is performed on axillary artery. In this case, a patient who has been operated successfully due to proximal anastomosis detachment after axillobifemoral bypass procedure, is reported.

Key Words: Postoperative complications; hematoma; axillary artery

Damar Cer Derg 2010;19(2):47-9

Aksillobifemoral bypas aorto-iliyak tıkanıklığı/darlığı olup anatomik bypas cerrahisinin yüksek riskli olması nedeniyle yapılamadığı durumlarda tercih edilen extraanatomik bypas yöntemidir. Ekstra-anatomik bypas yöntemi olması nedeniyle komplikasyonlara aday bir yaklaşımdır.¹⁻³ Aorto-iliyak darlığı olan fakat abdominal aortun ileri derecede plaklı olması nedeniyle aksillo-bifemoral bypas uyguladığımız bir olgu proksimal anastomoz ayrılması sonucu tekrar cerrahiye alındı. Bu yazımızda oluş nedeni itibarıyla ilginç olduğunu düşündüğümüz ve nadir olan bu vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Beş yıldan bu yana her iki alt ekstremitede intermittan klodikasyon şikayeti olan 54 yaşında erkek hasta aorto-bifemoral bypas planlanarak kliniğimize yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde diyabet ve hipertansiyon ile beraber

2 paket /gün (38 yıl) sigara kullanımı mevcuttu. Koroner arter hastalığı da mevcut hastaya 2 ay önce sirkumfleks artere PTCA + stent girişimi uygulanmıştı. Hastanın fizik muayenesinde her iki femoral arter nabızları zayıf palpabl iken daha distali non-palpabl idi. Hastanın ankle-brakial indexi her iki tarafta bacakta 0.5 olarak ölçüldü. Hastanın MR anjiyografisinde abdominal aortta infrarenal seviyede her iki iliyak arteri içine alan darlık saptandı. Hasta bu bulgularla aorto-bifemoral bypas amacıyla operasyona alındı. Eksplorasyonda abdominal aortun ileri derecede kalsifik olduğu ve anastomoza uygun olmadığı görüldü. Bunun üzerine hastada axillo-bifemoral bypas yapılmasına karar verilerek 8 mm ringli PTFE (politetrafloroetilen) greft ile sağ aksillo-bifemoral bypas uygulandı. Postoperatif distal nabızları palpabl olan hasta postoperatif 5. gün tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hasta taburcu edildikten 25 gün sonra sağ aksiller bölgede yaygın hematoma, ağrı nedeniyle acil servise başvurdu. Hasta sorgulandığında; evde sinek kovalarken sağ koluyla ani olarak savurma hareketi yaptığı ve sonrasında mevcut durumun oluştuğu saptandı. Hastanın doppler ultrasonografisinde sağ aksillada toraks duvarına yakın yerleşimli hemotom ve sağ pektoral lojda cilt- cilt altı dokuda hemorajiye sekonder belirgin ödem, harita tarzında yaygın dağılımlı hemoraji saptandı. Çekilen MR anjiyografide greftin proksimal anastomozunda 6 x 4 cm boyutlarında pseudoanevrizma tespit edildi (Şekil 1). Operasyona alınan hastada koroner arter hastalığı olması nedeniyle invaziv tam monitorizasyon sağlandı. Aksiller anastomoz hattı direkt anevrizma kesesi açılarak eksplore edildi. Explorasyonda proksimal aksiller anastomozun lateral kısmında dikiş hattının ayrılmış olduğu görüldü. Ayrıca koltuk altı ve pektoral adale sahasında yaygın lobüle hematoma saptandı (Şekil 2). Hematomlar temizlendikten sonra greft boyunun yeterli olduğu ve 5/0 prolen ile tamirin yeterli olacağı görüldü. Bu aşamada hastada bradikardi ve hipotansiyon gelişti. İnotrop desteği başlandı. Cevap alınamayan hastada hipotansiyon derinleşti ve kardiopulmoner arest gelişti. Kardiyak masajla ile kardiopulmoner resüsitasyona başlandı. Yaklaşık 5 dk'lık resüsitasyon sonrası hasta hemodinamik olarak stabil hale getirildi.



ŞEKİL 1: MR anjiyografi görüntüsü.



ŞEKİL 2: Aksiller bölgede yaygın hematoma (peroperatif görüntü).

Proksimal anastomoz 5/0 prolen ile tamir edilerek hızla kapatıldı ve inotrop desteğinde yoğun bakım izlemine alındı. Postoperatif 12. saatte ekstübe edilen hasta postoperatif 2. gün servis izlemine alındı. İzleminde ek bir sorun gelişmeyen hasta 5. günde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ekstraanatomik bypas cerrahisi aortofemoral yaklaşımın riskli veya olanaksız olduğu durumlarda yapılan alternatif bir yaklaşımdır. Bu hasta grubunda standart abdominal yaklaşım teknik olarak (aortaenterik fistül, enfekte eski greft, abdominal sepsis ve malignite, geçirilmiş batin operasyonu, pelvik veya retroperitoneal enfeksiyonlar, pelvik radyoterapi sonrası) risk taşıyabilir veya hastadaki mevcut komorbidite nedeniyle (morbid obezite, son dönem malignite, KOAH, ciddi kardiyopulmoner risk) risk taşıyabilir.⁴ Bu gibi durumlarda axillofemoral yaklaşım pratik ve lokal anestezi ile yapılabilirliği nedeniyle en sık uygulanan tekniktir. Axiller yaklaşım dışında bu olgularda femorofemoral, torakofemoral bypas, asendan aortofemoral bypas, obturator bypas gibi alternatif yaklaşımlarda yapılabilir.⁵

Hastadaki mevcut faktörler nedeni ile bu yaklaşıma genellikle preoperatif dönemde karar verilirken; bizim olgumuzda aortobifemoral yaklaşımın öncelikli tercih olma nedeni ile abdominal insizyon yapılmıştır. Fakat abdominal aortun ileri derecede kalsifik olması nedeniyle extranatomik yöntem tercih edilmiştir. Abdominal aorttaki kalsifikasyonun iliak arterleri de içine alacak şekilde uzun segment olması aortaya endarterektomi seçeneği düşünülmemiştir.

Axillofemoral bypas cerrahisi aortik yaklaşıma göre bazı dezavantajlara sahiptir. Özellikle greftin yerleşimi komplikasyonların en sık nedenidir. Proksimal anastomoz ayrılmasına literatürde %5 oranında rastlanılmaktadır.¹ Eksternal bası ve greft

trombozu, greft enfeksiyonu, proksimal anastomoz ayrılması, brakial pleksus hasarı, aksiller arter trombozu ve arteriel steal en sık rastlanan komplikasyonlar olarak bildirilmiştir.^{2,3} Özellikle üst ekstremitenin ani hiperabduksiyonu ile proksimal anastomoz üzerinde oluşan mekanik stress bu komplikasyonlara neden olmaktadır.⁶ Bu olgular da genellikle aksiller ağrı, yaygın hematoma ve psödoanevrizma formasyonu ile karşımıza çıkmaktadır.⁷

Bu olgularda cerrahinin başarısı kadar greftin ve greft akımının korunması önemlidir. Hastanın cerrahi sonrası tıbbi tedavisinin idamesi, greft basısı ve greftin uğrayabileceği mekanik stress konusunda bilgilendirilmesi oluşabilecek komplikasyonları azaltacaktır. White ve ark. yaptıkları ölçümlerde ekstremite abduksiyonu ve lateral fleksiyonu ile aksiller ve femoral arter mesafesinin %15 arttığını bildirmişlerdir.⁷ Bu nedenle bu komplikasyonu önlemek amacıyla greftin birkaç cm uzun ve pozisyon olarak pektoralis minör kasının medialinde olması gerektiğini önermişlerdir. Bu olguda explorasyonda yapılan tamir sonrası ekstremite abduksiyonu ile gerginlik olup olmadığı kontrol edildi ve greft boyunun uzatılmasına gerek olmadığı görüldü.

Aynı şekilde cerrahi sırasında brakial pleksus hasarı açısından yeterli diseksiyon, uygun donör aksiller arterin seçilmesi ve proksimal anastomoz hattında gerginlik olmamasına dikkat edilmesi bu cerrahinin uzun dönem başarısı açısından önemlidir.⁸ Ayrıca bu hasta grubunda yaygın aterosklerozun varlığı dikkate alınarak özellikle koroner arter hastalığı açısından multidisipliner yaklaşımda bulunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Taylor LM Jr, Park TC, Edwards JM, et al. Acute disruption of polytetrafluoroethylene grafts adjacent to axillary anastomoses: a complication of axillofemoral grafting. *J Vasc Surg* 1994 ;20:520-6.
2. Friedman SG, Long KC, Scher LA. Axillofemoral bypass graft fracture. *Ann Vasc Surg* 1996;10:490-2.
3. Brophy CM, Quist WC, Kwolek C, LoGerfo FW. Disruption of proximal axillobifemoral bypass graft anastomosis. *J Vasc Surg* 1992; 15:218-20.
4. Tireli E, Barlas S, Elmacı T ve ark. Axillobifemoral greftlerin sonuçları. *GKC Cer Derg* 1994;2:162-4.
5. Heinemann MK, Ziemer G, Wahlers T, Köhler A, et al. Extraanatomic thoracic aortic bypass grafts: indications, techniques, and results. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997;1: 169-75.
6. Yeager RA, Taylor LM Jr. Axillary artery anastomosis to avoid axillofemoral bypass disruption. *Semin Vasc Surg* 2000 ;13:74-6.
7. White GH, Donayre CE, Williams RA, et al. Exertional disruption of axillofemoral graft anastomosis. 'The axillary pullout syndrome'. *Arch Surg* 1990 ;125:625-7.
8. Kempczinski R, Penn I. Upper extremity complications of axillofemoral grafts. *Am J Surg* 1978 ;136:209-11.