

Bir Olgu Nedeniyle PTFE (Politetrafloretillen) Greftlerde Perigraft Seroma Komplikasyonu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Ünal AÇIKEL, Öztekin OTO, Egemen TÜZÜN, Baran UĞURLU, Hüdaî ÇATALYÜREK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi

ÖZET

Aksillobifemoral+sağ femoropopliteal PTFE (Politetrafloretillen) greft ile rekonstrüktif damar cerrahisi yapılmış olan 67 yaşındaki erkek hasta postoperatif 85. gün perigraft seroma nedeniyle başvurdu. Bu yazıda kapalı drenaj yöntemi ile tedavi edilen hastanın klinik gidişini ve konuya ilgili literatür bilgilerini sunduk.

SUMMARY

Perigraft Seroma Complication of PTFE (Polytetrafluoroethylene) Grafts and Literature Review

67 year old male patient, was admitted to our hospital with the complaint of perigraft seroma in the 85 th day after his axillobifemoral-right femoropopliteal bypass surgery with PTFE (Polytetrafluoroethylene) graft. In this paper we presented, clinical course and literature knowledge about this case treated with closed drainage technique.

GİRİŞ

Perigraft seroma oluşumu, rekonstrüktif vasküler cerrahi sonrasında genellikle nadir olarak görülen ancak önemli problemlere neden olabilen bir komplikasyondur (1). En sık PTFE greft kullanımı sonrasında ortaya çıkan bu komplikasyon iyi tedavi edilmediği takdirde sekonder greft enfeksiyonları, trombozları, ekstremité kaybı ve ölüm gibi sonuçlara yol açabilmektedir (2). Bu yazıda kapalı drenaj yöntemi kullanılarak tedavi edilmiş bir olgu ve konuyla ilgili literatür bilgileri gözden geçirilerek sunulmuştur.

Olgu Sunumu

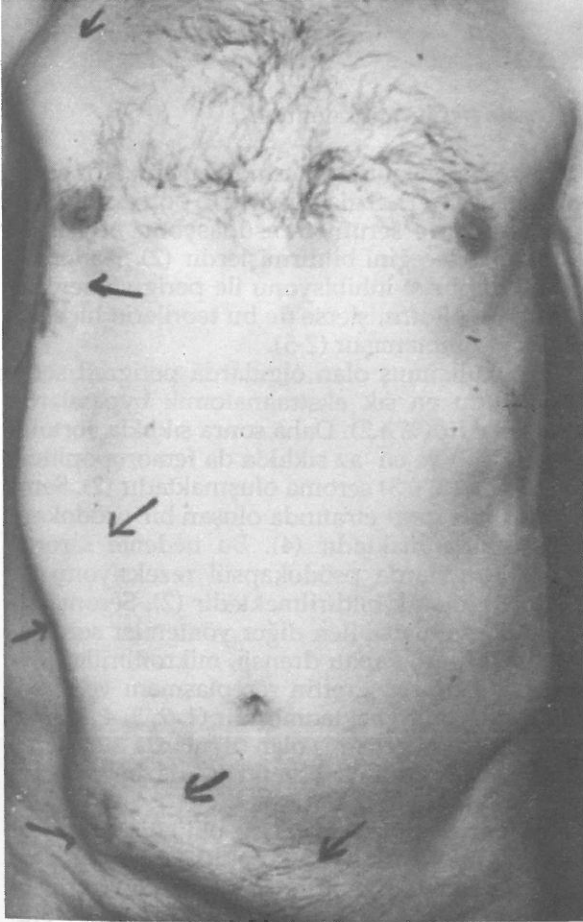
67 yaşında erkek hasta hasta 20 metre yürümekle her iki bacağında ağrı yakınması ile başvurdu. 3 yıl önce, ağrıları yürümeye engel olmazken son 1 yıldır yürüme mesafesinin kısaldığını, zaman zaman dinlenme esnasında da ağrılarının geldiğini bildiren hasta periferik damar hastalığı ön tanısı ile yatırıldı. 12 yıldır hipertansiyon nedeniyle enalapril maleat kullanan hasta 8 yıl önce anteroseptal myokard infarktüsü geçirmiş ve yapılan koroner anjiyografisinde çok damar hastalığı saptanmış, 45 yıldır günde 2 paket sigara içen hasta ciddi kronik obstrüktif akciğer hastalığı nedeniyle inoperabl olarak değerlendirilmiş ve medikal teda-

vi ile taburcu edilmiş.

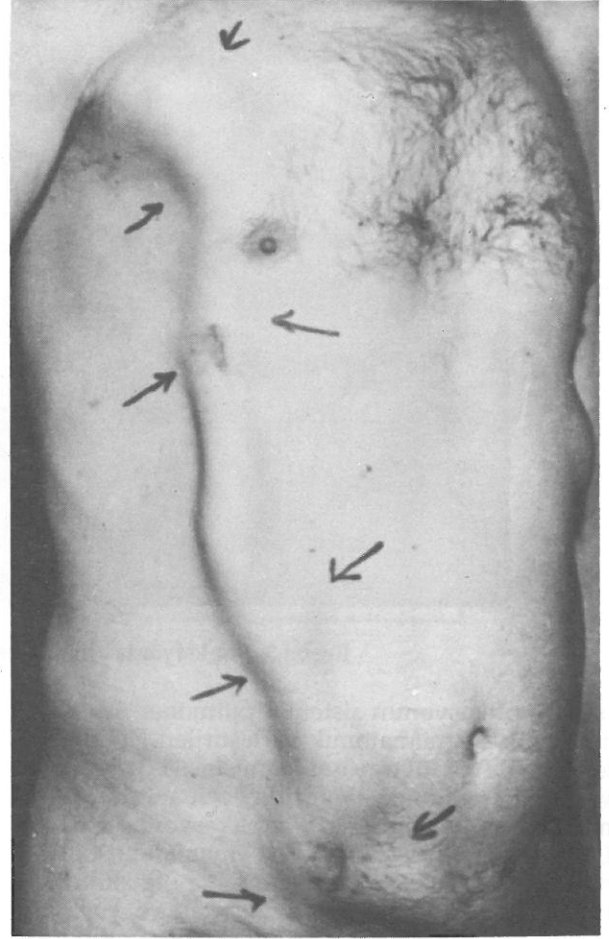
Fizik muayenede, oskültasyonla her iki akciğerde yaygın ronküsler ve ekspiriyumda uzama saptandı. Kalp sesleri derinden geliyordu. Karaciğer kot kavsini 1 cm geçiyordu. Her iki alt ekstremitéde nabızlar distale kadar alınamıyordu. Bacaklarda ısı farkı yoktu ve trofik bozukluk saptanmadı. Hastaya intravenöz dijital substrasyon anjiyografi yöntemi ile terminal aortografi yapıldı. Solda a. iliaka eksternada tam oklüzyon vardı ve sol common femoral arter a. iliaka internadan gelen yaygın kollaterallerle doluyordu. Sol superfisyel femoral arterde de yer yer plaklı alanlar vardı. Sağda a. iliaka interna, eksterna ve common femoralde multipl stenoza neden olan plaklı alanlar saptandı. Sağ superfisyel femoral arter çıkımında tam tıkanıklık vardı ve sağ femur 1/3 distal düzeyde kollaterallerle tekrar dolma gösteriyordu. Her iki ekstremitéde diz altı seviyede damarlar patent idi.

Hasta, ileri derecede obstrüktif akciğer hastalığı ve inoperabl koroner arter hastalığı nedeniyle genel anestezi alamayacağı için lokal anestezi altında sağ subklavyan arterden her iki femoral artere aksillobifemoral ringli PTFE greft ile ekstraanatomik subkutan bypass yapıldı (7). Aynı seansta sağ aksillobifemoral greft bacağından popliteal artere 8x80 mm PTFE greft ile femoropopliteal bypass ya-

pıldı. Ameliyat sonrası tüm distal nabızları güçlü olarak alınan hasta postoperatif 5. günde iyileşme ile taburcu edildi. Hasta postoperatif 85. günde aksillobifemoral greftin trasesini takibeden ağrısız bir şişliğin 3 haftadır giderek büyüdüğünü söyleyerek başvurdu. Fizik incelemede belirtilen lokalizasyonda flüktüasyon veren ısı artışı ve kızarıklığın eşlik etmediği bir şişlik saptandı (Resim 1-2). Alt ekstremitelerde nabızları bilateral güçlü olarak alınıyordu ve klodikasyo yakınması yoktu. Hasta yatırılarak flüktüasyon veren ve alt seviyeden steril şartlarda enjektörle ponksiyon yapıldı (Resim 3). Sıvı tortusuz, berrak ve sarı renkteydi. Sıvıdan gönderilen örneklerin seröz nitelikte olduğu ve mikrobiyolojik incelemelerde üreme olmadığı saptandı. Bu bulgular eşliğinde perigreft seroma olarak değerlendirildi.



Resim 1. Aksillobifemoral greft trasesini izleyen seromanın görünümü.

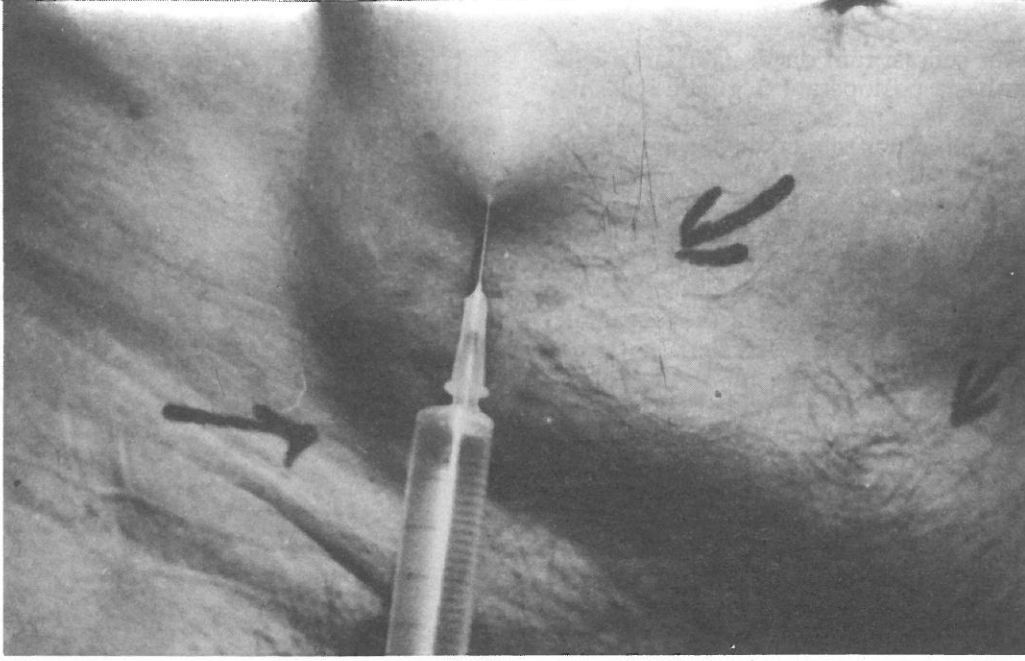


Resim 2. Aksillobifemoral greft trasesini izleyen seromanın görünümü.

len şişliğe, aksillobifemoral greftin sol bacağının ayrıldığı bölgeden 1 cm'lik cilt insizyonu ile greft çevresindeki loja hemovak dren kapalı drenaj için yerleştirildi. İlk insizyonda 500 cc seroma direne oldu. Hergün drenaj miktarı azalmak kaydı ile 8 günde toplam 1450 cc seroma drene oldu ve drenaj durdu. Hastaya bu süre boyunca profilaktik antibiyotik amoksisilin+klavunat verildi. 10. gün hasta tam iyileşme ile taburcu edildi. 6 aydır izlenen hastada yeni bir seroma kolleksiyonu olmadı. Hastanın alt ekstremitelerde nabızları güçlü olarak alınmakta olup hastanın halen klodikasyo yakınması yoktur.

TARTIŞMA

Seromaya neden olan seröz sıvı birikimi ilk kez arteriyovenöz fistül oluşturmak için kullanılan PTFE greftlerde görülmüştür (1). Daha sonraları



Resim 3. Ponksiyonla alınan berrak ve tortusuz sıvının görünümü

bu komplikasyonun sistemik-pulmoner şantlar ve anatomik-ekstraanatomik yerleştirilen PTFE greftlerinde de olduğu yayınlanmıştır (1-3). Seroma, vasküler cerrahinin sık görülmeyen ancak fatal sonuçlara yol açabilen bir komplikasyondur (1, 2). Literatürde sınırlı sayıda olgu yayınlanmış olmasına rağmen, birçok perigreft seroma olgusunun lokalizasyonu nedeniyle tanımlanmış ve yayınlanmamış olduğu düşünülmektedir (2). Perigreft seroma oluşumunun nedeni henüz tam olarak belli değildir, ancak perigreft seroma gelişen olguların % 95'inde Dakron ve PTFE greftlerin kullanılmış olması dikkat çekicidir (1-4). Bu komplikasyon otolog safen greftlerde % 1 oranında görülmektedir (1, 2). Bildirdiğimiz perigreft seroma olgusu da, kliniğimizde son 3 yılda yapılmış olan ve PTFE kullanılan 97 anatomik ve ekstraanatomik (Aorto-bifemoral ve sistemik-pulmoner şantlar bunun dışında bırakılmıştır) bypass içerisinde tek seroma komplikasyonudur. Safen kullanılarak opere edilmiş olgular 15 olup perigreft seroma saptanmamıştır.

Bir olguya perigreft seroma diyebilmek için prostetik greft etrafında en az 1 aydır sebat eden sıvı toplanması, sıvının seröz nitelikte ve berrak olması ve tekrarlayan kültürlerinde üreme olmaması şartları aranmakta olup (2) tüm kriterler hastamızda vardı.

Bolton ve ark. etyolojide yağ dokusu ve masif kan içerisine gömülmüş olan greftlerin çevre dokular

tarafından sınırlanmasında güçlük olduğunu bildirmişlerdir (1). Szilagy ve ark. poröz nitelikteki bu greftlerde serum transüstasyonu nedeniyle seroma olabileceğini bildirmişlerdir (2). Sladen ve ark. ise fibroblast inhibisyonu ile perigreft seroma oluştuğunu bildirmişlerse de bu teorilerin hiçbirisi kesinlik kazanmamıştır (2-5).

PTFE kullanmış olan olgularda perigreft seroma oluşumu en sık ekstraanatomik bypasslarda görülmektedir (% 4.2). Daha sonra sıklıkla aortofemoral (% 1.2) ve en az sıklıkla da femoropopliteal bypasslarda (% 0.3) seroma oluşmaktadır (2). Seroma genellikle greft etrafında oluşan bir psödokapsül ile sınırlanmaktadır (4). Bu nedenle seroma saptanan olgularda psödokapsül rezeksiyonu iyi bir yöntem olarak bildirilmektedir (2). Seroma tedavisinde uygulanabilen diğer yöntemler seromanın aspirasyonu, kapalı drenajı, mikrofibriller kolajen uygulanması, greftin rereplasmanı ve spontan rezorbsiyonun beklenmesidir (1, 2, 3, 4, 5). Ayrıca cilt nekrozu gelişmiş olan olgularda latissimus dorsi flebi ile greftin kapatılması da bir yöntem olarak bildirilmiştir (6).

Düşüncemize göre, tromboz, oklüzyon veya enfeksiyon gibi durumlarda komplike olmamış olan perigreft seroma olgularında eski greftin eksizyonu ve revaskülarizasyon ekstremité kaybı ve ölüme neden olabilecek ciddiyette bir girişimdir. Bu nedenle cerrahi sterilizasyon kurallarına uyulmak şartı ile seromanın kapalı drenajının, çevre dokula-

rın grefte yapışmalarını sağlamak için güvenle ve birincil olarak kullanılabilecek bir yöntem olduğunu düşünüyoruz. Bildirilen diğer yöntemlerin seromanın sürmesi ya da enfeksiyonun kanıtlandığı durumlarda kullanılması gerektiği, tekrarlayan aspirasyonların ise multipl ponksiyonlar nedeniyle komplikasyon yaratabileceği ve greftin çevre dokular tarafından sarılabilmesi için gerekli boşaltmayı efektif olarak yapamayacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Bolton W, Cannon JA. Seroma formation associated with PTFE vascular grafts used as arteriovenous fistulae. Dial Transplant, 10: 60-66; 1981
2. Ahn SS, Machleder HI, Gupta R, Moore WS. Perigraft seroma: Clinical, histological and serologic correlates. Am J Surg, 154: 173-178; 1987
3. Damus PS: Seroma formation after implantation of Gore-Tex vascular graft in cyanotic children (letter). J Thorac Cardiovasc Surg, 88: 310-311; 1984
4. Blumenberg RM, Glefand ML, Dale WA. Perigraft seromas complicating arterial grafts. Surgery, 97: 194-203; 1985
5. Sladen JG, Mandl MAJ. Grossman L, Denegri JF. Fibroblast inhibition. a new and treatable cause of prosthetic graft failure. Am J Surg, 149: 587-90; 1985
6. Brooks SG, Leveson SH, Sharpe DT. The use a latissimus dorsi myocutaneous flap to cover an axillobifemoral vascular prosthetic graft. Eur J Vasc Surg Aug; 3 (4): 367-368; 1989
7. Wittens CHA, Houtte van HJKP, Urh van H. European prospective randomised multi-centre axillofemoral trial. Eur J Vasc Surg, 6: 115-123; 1992
8. Özkutlu S, Özbarsal N, Demircin M. Perigraft seroma diagnosed By echocardiography: a complication following Blalock-Taussing shunt. Int J Cardiol aug 36 (2): 244-246; 1992

YAZIŞMA ADRESİ

Yrd. Doc. Dr. Ünal Açık
Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi ABD
İnciraltı-İzmir
Tel: 2595959 / 3202