

Inguinal Anevrizmalar: Etyoloji, Tanı ve Tedavi*

Necati ÖZDEMİR, Carl-Josep NÜSSER, Willfried GABEL

Marienhospital Hamm-Almanya Damar Cerrahisi Kliniği

* International Vascular Workshop XVI, 18-25 Mart 1995 Gaschurn-Avusturya bildirisi olarak sunulmuştur.

ÖZET

Inguinal bölge, damar cerrahisi açısından çok önemli bir bölgedir. Bu bölgede ponksiyonlara bağlı veya aterosklerotik anevrizmalar sık görülür.

Kliniğimizde, 46 inguinal anevrizma olgusuna cerrahi girişim uygulanmıştır. 10 olgu (%21.74) aterosklerotik anevrizma, 12 olgu (% 26.08) postoperatif anastomotik anevrizma, 24 olgu (% 52.17) ise tanı veya tedavi amaçları ponksiyonlar sonrasında gelişmiştir.

İlk tanı, pulsatil kitlenin palpe edilmesiyle olmuştur. Dopler ve anjiyografi ile tanı kesinleştirilmiştir. 2 cm ve daha büyük anevrizmalara cerrahi girişim uygulanmıştır. Düşük komplikasyon oranı ve mortalite almamasından dolayı bu tip anevrizmalarda cerrahi indikasyonun geniş olduğunu düşünmekteyiz.

SUMMARY

Etiology and treatment of inguinal aneurysms

The inguinal region is of great importance in vascular surgery: both as the anastomotic region and as a region of false aneurysms after arterial punctions. The therapy of inguinal aneurysms is operative.

In our clinic were operated 46 cases of inguinal aneurysms: 10 cases (21.74 %) of arteriosclerotic aneurysms (5 of these 10.87 %) were cases of general dilatated arteriosclerosis, 12 cases (26.08 %) of postoperative anastomotic aneurysms; 24 cases (52.17 %) of false aneurysms from diagnostic or therapeutical punctions.

The first diagnose was realized by palpation of a pulsating tumor. This diagnose was guaranteed with ultrasonography. In some cases angiography was necessary. The aneurysms of 2 cm and more were operated. Because of an exalted possibility of complications and because of a mortality rate of 0.00 % in our cases in our opinion the indication should be wide.

GİRİŞ

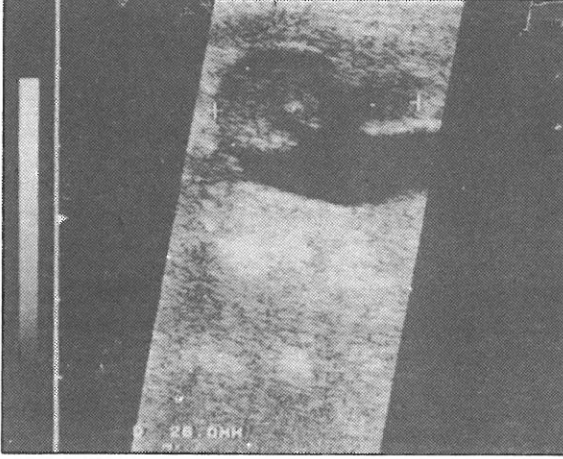
Inguinal bölgede arter sisteminin gerçek anevrizmaları çok sık görülen bir durum değildir. Yalnız tıptaki gelişmelere bağlı olarak tanı ve tedavi amacı ile yapılan arter ponksiyonlarındaki artmaya paralel olarak bu bölgede görülen anevrizma olgularında bir artış görülmektedir. Ayrıca bu bölgenin vasküler girişimler sırasında sıklıkla kullanılmasına bağlı olarak gelişen postrekonstrüktif anastomoz anevrizmaları önemli bir yer tutar. Bütün bunlara ek olarak bu bölgede gerçek anevrizmalarında gelişebileceğini unutmamak gerekir.

Bütün anevrizmalarda olduğu gibi, bu bölgede görülen anevrizmalarda tedavi edilemedikleri takdirde komplikasyonlara yol aç-

abilirler. Bu komplikasyonlar periferik trombo-emboliler ve rüptür olarak sıralanabilir. Her anevrizma olgusunda olduğu gibi komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonraki tedavilerin mortalite ve morbiditesi yüksektir. Bu açıdan erken tanı ve tedavinin önemi büyüktür.

Tablo 1.

Gerçek anevrizmalar	% 21.74	10
Sadece inguinal bölgede	% 10.87	5
Diğer anevrizmalar ile	% 10.87	5
Anastomoz anevrizmaları	% 26.08	12
İatrojen kaynaklı pseudoanevrizmalar	% 52.17	24
(arter ponksiyonu sonrası)		
Toplam	% 100.0	46



Resim 1. Postrekonstruktif bir aneurizmanın ultrason ile görünümü

Çalışmamızda kliniğimizde inguinal anevrizma nedeniyle tedavi edilen olgular retrospektif olarak incelenmiş ve buna konudaki deneyimlerimiz aktarılmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Marienhospital Hamm-Almanya Damar Cerrahisi Kliniğinde 1988-1992 yılları arasında 46 inguinal anevrizma olgusu tedavi edilmiştir.

Tablo 1'de etyolojilerine göre çalışmamızdaki inguinal anevrizmalar gösterilmiştir.

Bu olguların 10'unda gerçek anevrizma söz konusu idi. Toplam 10 gerçek anevrizma olgusunun 5 inde sadece inguinal bölgede anevrizma vardı ve 2 hastada çift taraflı, 1 hastada tek taraflı anevrizma vardı. Diğer 5 olguda anevrizma dilatasyon yapan aterosklerozla beraberdi ve arter sisteminin diğer bölgelerinde de anevrizmalar vardı.

Vasküler girişim sonrası anastomoz yerlerinde gelişen pseudoanevrizma sayısı 12'dir. Bu olguların 4'ünde Femoral endarterektomi ve ven patch i sonrası (bu olguların 2 sinde profundoplasti uygulanmıştır), 4 ünde aorto-

bifemoral greft implantasyonu sonrası gelişmiştir. 2 olguda femoro-popliteal bypass sonrası (1 olgu safen ven bypassı, 1 olguda femoro-popliteal PTFE-Bypassı sonrası) 1 olguda cross-over bypass sonrası gelişmiştir.

24 olguda inguinal anevrizmalar pseudoanevrizma niteliğinde idi ve femoral artere yapılan ponksiyon sonrası gelişmiştir.

Ponksiyon sebebi anjiyografi, kalp kateterizasyonu ve perkutan transluminal anjiyoplasti idi.

Ortalama yaş 67.5 olup en genci 41 en yaşlısı 77 idi. İlk tanı inguinal bölge pulsatil tümöral bir kitlenin inspeksiyonu ve palpasyonu ile kondu. Ultrason ile tanı sağlandı. Bu yöntem ile ayrıca arter sisteminin diğer bölgelerinde anevrizma olup olmadığı araştırıldı. Bu konuda Bilgisayarlı Tomografide (BT) önemli olmakla beraber pahalı bir yöntem olması nedeniyle her olguda uygulanmadı. Ancak ultrason ile tanının tam konulamadığı olgularda BT uygulandı. Yukarıdaki yöntemlerle inguinal anevrizma tanısı konmuş ve arter sisteminde başka anevrizmaların varlığı ekarte edilmişse daha başka muayeneler yapılmadı. Yalnız proksimal veya distalde bir arteriyel lezyon (stenoz, tıkanma gibi) düşünülüyorsa anjiyografi uygulandı.

Olguların hepsinde cerrahi tedavi uygulanmıştır. Pseudoanevrizmalarda anevrizma kesesi rezeke edildikten sonra arter duvarındaki defekt sütür kullanılarak tamir edilmişlerdir.

Gerçek anevrizmalarda ve anastomoz anevrizmalarında kanama kontrolü için arterlerin (veya greft bacağına) preparasyonu önce proksimalden ve distalden başlanılmıştır. Fazla diseksiyondan kaçınılarak anevrizma açılmış içindeki yüzeyel ve profundal arter balon kateterlerle kontrol edilmiştir. Anevrizma kesesi rezeke dildikten sonra bir greftin femoral bifürkasyonla profundal arter

craton fort

Periferik arter hastalıklarında üstün etkinlik sağlar.

Hedef:

► ► Daha ileriye gitmek ► ►

craton fort

CRATON Fort Film Tablet: FORMÜLÜ: Bir film tablet, etken madde olarak 9.6 mg Ginkgoglikozidleri içerecek şekilde standardize edilmiş 40 mg Ginkgo bil yaprakları kuru ekstresi ve bovar madde olarak Titan Dioksit, Sarı Demiroksit içerir. **CRATON Fort Damla:** FORMÜLÜ: 1ml (20 damla) etken madde olarak 40 mg Ginkgoglikozidleri içerecek şekilde standardize edilmiş 40 mg Ginkgo biloba yaprakları kuru ekstresi ve tatlandırıcı olarak sodyum sakkarin içi.

FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ: Craton Fort'ta bulunan özel Ginkgo biloba ekstresi ile aşağıdaki farmakolojik etkiler çalışmaları ile ispatlanmıştır. Özellikle bu dokusunda olmak üzere hipoksiye toleransta artış, travmatik veya toksik nedenlerle oluşan beyin ödeminin gelişmesinde inhibisyon ve regresyonun hızının retina ödeminin ve retina hücrelerinde lezyonların azalması, hipokampusta kolin alımında düzelmeye birlikte muskarinerjik kolin reseptörleri ve 2-adrenoseptörlerin yaşı bağı azalmasını inhibisyonu, hafıza performansı ve öğrenme kapasitesinin gelişmesi, özellikle mikrosirkulatuvar alanda olmak üzere kan akımının düzelmesi, kanın akışkanlık özelliklerinin iyileşmesi, toksik oksijen radikallerinin inaktivasyonu, PAF antagonizmi ve nöroprotektif etki. Craton Fort karbhidrat metabolizması üzerinde olumsuz etkisi olmadığından diabetli hastalar tarafından da kullanılabilir.

ENDİKASYONLARI: -Organik beyin sendromu olarak gelişen serebral performans bozukluklarının (major semptom olarak görülen demans sendromlarının genel tedavisi çerçevesinde) semptom tedavisinde Hafıza zayıflığı, konsantrasyon bozukluğu, ruhsal uyum bozuklukları, baş dönmesi, kulak çınlaması ve baş ağrısı, Primer hedef grup, primer dejeneratif demans, vasküler demans ve her ikisinin miks formlarındaki demans sendromları olan hastalardır. -Periferik arteriyel oklüzyon hastalıklarında Fonti stage II (intermittan klodikasyon) de ağrısız yürüme mesafesinin iyileştirilmesi. -Vasküler veya involüsyona bağlı vertigo, kulak çınlama.

KONTRENDİKASYONLARI: Bilginimdeki maddelerden herhangi birine karşı önceden oluşmuş aşırı duyarlılık durumlarında kullanılmamalıdır.

UYARILAR/ÖNEMLER: Serebral endikasyonlarda Craton Fort ile tedaviye başlamadan önce patolojik semptomların spesifik bir tedavi gerektiren herhangi nedene bağlı olup olmadığı belirlenmelidir. Gebelerde kullanılması önerilmez. **YAN ETKİLER/ADVERS ETKİLER:** Çok az sayıda hastada hafif gastrointesit rahatsızlık, baş ağrısı, allerjik deri reaksiyonları gözlenmiştir. **İLAÇ ETKİLEŞMELERİ VE DİĞER ETKİLEŞMELER:** Bugüne kadar bildirilmiş herhangi bir etkiyle yoktur. **CRATON Fort Film Tablet: KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Demans sendromu: Günde 3 kez 1-2 tablet (günlük doz 120-240 mg Ginkgo biloba ekstresi eşdeğeri olacak şekilde). Tedavinin süresi semptomların şiddetine bağlıdır ve bu kronik hastalıkta en az 8 hafta sürmelidir. 3 aylık bir tedaviden sonra, tedavi devam edip etmeyeceği kontrol edilmelidir. Periferik arteriyel oklüzyon hastalığı, vertigo, kulak çınlaması: Günde 3 kez 1 tablet veya günde 2 kez 2 tablet. Periferik arteriyel oklüzyon hastalığında ağrısız yürüme mesafesinin iyileştirilmesi minimum 6 haftalık tedavi gerektirir. **CRATON Fort Damla: KULLANIM ŞEKLİ VE DOZU:** Demans sendromu: Günde 3 kez 20-40 damla (günlük doz 120-240 mg Ginkgo ekstresine eşdeğer olacak şekilde). Tedavinin süresi semptomların şiddetine bağlıdır ve bu kronik hastalıkta en az 8 hafta sürmelidir. 3 aylık bir tedaviden sonra, tedavinin devam edip etmeyeceği kontrol edilmelidir. Periferik arteriyel oklüzyon hastalığı, vertigo, kulak çınlaması: Günde 3 kez 25 damla (50 mg Ginkgo ekstresine eşdeğer) veya günde 2 kez 40 damla (80 mg Ginkgo ekstresine eşdeğer). Periferik arteriyel oklüzyon hastalığında ağrısız yürüme mesafesinin iyileştirilmesi minimum 6 haftalık tedavi gerektirir. **SAKLAMA KOŞULLARI:** Sıcaklığında saklayınız. **TİCARİ ŞEKLİ:** 20 ve 50 film tabletlik blister ambalajlarda, 50 ml şişelerde. Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için lütfen firmamızı arayınız. Barut İlaç San. ve Tic. A.Ş. Kore Şehitleri Cad. No: 19 83300 Zincirlikuyu-İstanbul.



VENOSAN®

Medikal Kompresyon Çorapları

Hastalarınız için etkili, aynı zamanda estetik bir seçenek

Klinik olarak ispatlanmış, ayak bileğinden başlayan dize doğru azalan kompresyon

Farklı boy ve çaplara uyabilecek ölçüler

Geniş bir doku, renk ve stil yelpazesi



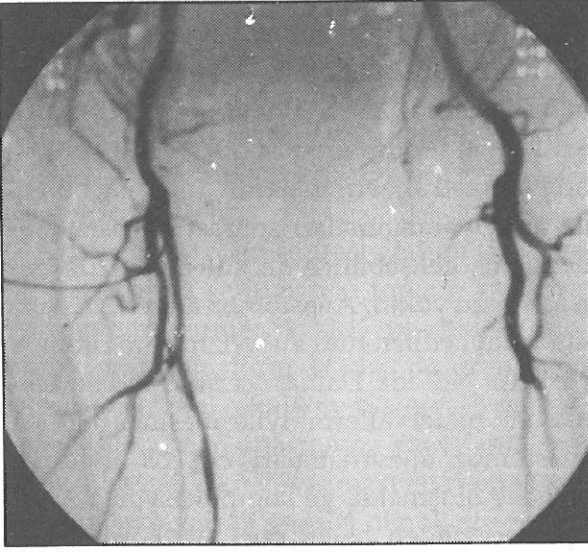
Türkiye Distribütörü

ELT

ENDO LUMİNAL TEKNOLOJİLER

MİLLET CAD. ÇAPA PALAS APT. NO.95 KAT 4 DAİRE 7, ÇAPA - İSTANBUL

Tel.: (0-212) 530 96 09 Faks: (0-212) 530 98 69



Resim 2. Bilateral rekonstrüktif inguinal anevrizmanın anjiyografik görünümü

arasına interpozisyonu yapılmıştır. Anevrizma şayet aorto-femoral bypass sonrası gelişmişse greft interpozisyonu aorto-femoral bypassın bacağı ile a.femoralis profunda arasına uygulanmıştır. İnterpozisyon uygulandıktan sonra şayet açıkça süperfisyal femoral arter bu grefte implante edilmiştir. Bu işlem sırasında gereksiz ayrıntılı diseksiyonlardan kaçınılmıştır. Küçük yan dalların aranılması ve bağlanması yapılmamıştır. Böylece inguinal bölgede sekonder girişim sonrası, zaten infeksiyon tehlikesinin fazla olduğu bu bölgede infeksiyon riski azaltmak amaçlanmıştır.

Gerçek anevrizmalar ve anastomoz anevrizmalarına uygulanan cerrahi girişim sırasında geniş spektrumlu bir antibiyotik verilmiştir.

Dilatasyon yapan aterosklerozla ortaya çıkan inguinal anevrizma olgularında cerrahi tedavi sadece bu bölgedeki anevrizmaya değil beraberinde ki diğer anevrizmaların tedavisi ve çoğunlukla var olan periferik okluz-

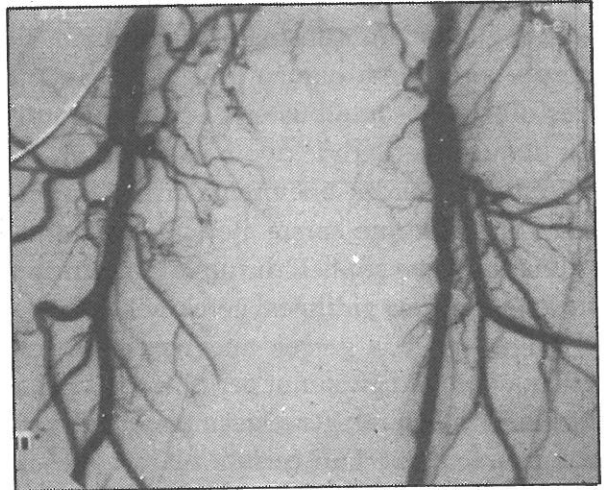
yonların tedavisine yönelik olmuştur. Bu durumlarda aorto-femoral veya femoro-distal bypass implantasyonu yapılmıştır.

SONUÇLAR

Olgularımızda perioperatif mortalite % 0 olmuştur. Tüm olgular ortalama 12.7 günlük bir hospitalizasyondan sonra taburcu edilmişlerdir.

Olgularımız içinde arter ponksiyonu sonrası gelişen pseudoanevrizmaların tedavisi sonrasında hiç bir komplikasyon gelişmemiştir. Sadece inguinal bölgede yerleşmiş gerçek anevrizmaların tedavisi sırasında komplikasyona rastlanmamıştır.

Anastomoz anevrizmalarının tedavilerinde ise gerçek anevrizmalar ve ponksiyon sonrası gelişen pseudoanevrizmaların aksine hepsi lokal gelişen komplikasyonlar görülmüştür. Bu komplikasyonlar hematoma gelişmesi (2 olgu) ve lenf fistülü (1 olgu) şeklinde idi. Bu komplikasyonlar spontan olarak gerilemişlerdir.



Resim 3. Resim 2'deki bilateral postrekonstrüktif anevrizmanın postoperatif anjiyografisi. Özellikle sol taraftaki femoro-profunda greft interpozisyonu açıkça görülmektedir.

SONUÇLAR

Olgularımızda perioperatif mortalite % 0 olmuştur. Tüm olgular ortalama 12.7 günlük bir hospitalizasyondan sonra taburcu edilmişlerdir.

Olgularımız içinde arter ponksiyonu sonrası gelişen pseudoanevrizmaların tedavisi sonrasında hiç bir komplikasyon gelişmemiştir. Sadece inguinal bölgede yerleşmiş gerçek anevrizmaların tedavisi sırasında komplikasyona rastlanmamıştır.

Anastomoz anevrizmalarının tedavilerinde ise gerçek anevrizmalar ve ponksiyon sonrası gelişen pseudoanevrizmaların aksine hepsi lokal gelişen komplikasyonlar görülmüştür. Bu komplikasyonlar hematoma gelişmesi (2 olgu) ve lenf fistülü (1 olgu) şeklinde idi. Bu komplikasyonlar spontan olarak gerilemişlerdir.

TARTIŞMA

Arteriyel sistemin gerçek anevrizmaları inguinal bölgede diğer yerlere göre daha az görülürler ve çoğunlukla bilateral yerleşim gösterirler. Inguinal anevrizmaların etyolojilerinde ateroskleroz ve travma en fazla görüldür (1). Bizim çalışmamızda toplam 10 gerçek anevrizma olgusu 6 hastada saptanmış olup 4 hastada bilateral yerleşim vardı. Bu literatür verileriyle uyum içindedir (1, 2).

Inguinal gerçek anevrizmalarının bu ender görülmelerine karşın ayırıcı tanıda unutulmamaları ve şüpheli durumlarda ultrason ile ayırıcı tanıya gidilmesi gerekmektedir.

Olgularımızda gerçek anevrizmalara uygulanan cerrahi girişimin perioperatif mortalitesinin % 0 olarak gerçekleşmesi ayırıcı tanı sonrası tedavilerinin cerrahi olarak yüksek bir risk olmadan gerçekleştirilebileceğini göstermektedir. Tedavi edilmedikleri takdirde periferik tromboemboliler ve rüptür gibi komplikasyonlara sebep olurlar (1, 2).

Inguinal bölge anevrizmaları içinde ger-

çek anevrizmalar dışındaki diğer grup pseudoanevrizmalardır. Bunlar ya bir vasküler girişim sonrası anastomoz yerinde ortaya çıkan anastomoz anevrizmalarıdır; ya da iatrojen kaynaklı olup arter ponksiyonu sonrası ortaya çıkan anevrizmalardır. Inguinal bölgede arter yaralanmaları sonrası da pseudoanevrizma gelişebilirse de, çalışmamızda buna ait olgu yoktu. Anastomoz anevrizmalarının tedavi edilen tüm anevrizmalara oranı % 26.08 (n= 46) idi. Damar cerrahisindeki teknik ve materyallerin iyileşmesine rağmen anastomoz anevrizmaları en çok inguinal bölgede oluşmakta ve komplikasyonlara yol açabileceğinden halen önemini korumaktadır (3, 5). Ortaya çıkma oranı literatürde değişik olarak verilmekte % 0.6 ile 35 arasında değişmektedir (4, 5). Inguinal anastomoz anevrizmalarının ortaya çıkma oranı Türkiye'de % 10 olarak verilmektedir (6).

Emboli, tromboz ve rüptür tehlikelerinden dolayı tanı sonrası cerrahi tedavi edilmeleri gerekmektedir (1, 3, 5).

Anevrizmanın total eksizyonu ve greft interpozisyonu tercih edilen teknik olmalıdır (4, 6, 7). Angloamerikan literatürde sıklıkla bahsedilen Inlay tekniği eksikliklerinden dolayı tavsiye edilmemektedir (8, 9). Ayrıca rezeksiyon+greft interpozisyonu yöntemini destekleyen diğer bir neden de bu bölge anevrizmalarında çok sık olarak superfisyal femoral arter tıkanması ve profundal arter darlığı görüldüğünden profundoplasti yapma zorunluluğu olmasıdır ve bunu inlay teknik ile başarmanın teknik olarak daha zor olmasıdır.

Anastomoz anevrizmalarına yapılan girişim sonrası çalışmamızda perioperatif mortalite % 0 olmuştur. Literatürde de mortalite düşük olarak verilmektedir (10, 11). Yalnız hematoma, lenf fistülü, infeksiyon gibi lokal komplikasyonlar yüksektir. Bu yüksek morbidite anastomoz anevrizmalarına yapılan

girişimlerin sekonder girişim özelliğinde olmasından kaynaklanmaktadır. Çalışmamızda bu komplikasyon 3 olgu ile % 25 (n= 12) olarak saptanmıştır. Bundan dolayı cerrahi diseksiyon, perioperatif antibiyotik profilaksisi gerekmektedir.

Arter ponksiyonu sonrası gelişen pseudoanevrizmaların serimizdeki toplam anevrizma olgularına oranı % 52.17 (n= 46) dır. En büyük oranı oluşturmaktadır. Bu oran aynı zamanda cerrahi teknik ve materyallerin iyileşmesi ile azalan anastomoz anevrizmalarına karşılık tanı ve tedavi amacı ile yapılan arter ponksiyonlarına paralel olarak iatrojenik kaynaklı pseudoanevrizmalardaki artışı göstermektedir. Bu da damar cerrahları için yeni bir sorumluluk alanı demektir. İatrojen kaynaklı pseudoanevrizma olgularımızda cerrahi yaklaşım anevrizma total eksizyonu ile birlikte arter duvarının sütür ile primer tamiri olmuştur. Bütün olgularımızda primer sütür ile arter duvarı tamir edilebilinmişse hasarın büyük olduğu durumlarda patchplasti de uygulanabilir. Emboli, tromboz ve rüptür tehlikelerinden dolayı iatrojen kaynaklı pseudoanevrizmalarda da tanı sonrası ameliyat endikasyonu konularak cerrahi girişimine öncelik verilmelidir. Yapılacak girişimin mortalitesi düşüktür. Ancak bu yolla daha sonra çıkabilecek ve böylece ekstremiteleri

tehlikeye sokabilecek bir komplikasyon tehlikesi ortadan kaldırılmış olur.

KAYNAKLAR

1. Vollmar J: Rekonstruktive Chirurgie der Arterien. 3. Auflage Stuttgart New York Thime 1982 pp 192-193.
2. Brown OW, Hollier LH: Arteriosclerotic aneurysms of the femoral artery. Bergan JJ, Yao JST (Eds) Aneurysms, diagnosis and treatment. Grune & Stratton New York 1982.
3. Giessler R: Anastomosenaneurysmen nach syntetischen Gefäßersatz. Chirurg 51: 14-18 1980
4. Alevizacos P, Hepp W: Behandlung von inguinalen Anastomosen-Aneurysmen. Angio-Archiv 24: 61-64 1993
5. Becker HM, Stelter WJ, Kortmann H, Heberer G: Anastomotic Arterial Aneurysms. Thorac. Cardiovasc. Surgeon 31: 2-7 1983.
6. Kayabali M, Özgür M, Kalaycı G, Dilege Ş, Genç FA, Kurdoğlu M, Baktıroğlu S, Başar Y: Periferik damar cerrahisinde sekonder girişimler. Damar Cerrahisi Dergisi 1: 14-19, 1992.
7. Hepp W, Pallua N: Behandlungsprinzipien des inguinalen Nahtaneurysmas. Angio 10: 337-343, 1988.
8. Bull PH, Wandschneider W, Hagmuller GW, Denck H: Anastomosenaneurysma nach Bifurkationsprothesenimplantation Angio Archiv Bd 14 1987.
9. Evans WE, Hayes JP: Surgical technique for treatment of femoral false aneurysms after angiographic procedures and after anastomoses to prosthetic grafts. 14 th Ann. Symp. on Current Critical Problems and New Horizons in Vascular Surgery New York 1987.
10. Becker HM, Kortmann H: Nahtaneurysmen. In: Heberer G, van Dongen RJAM (Eds) Gefäßchirurgie Springer Verlag Berlin 1987 pp 178-184.
11. Gawenda M, Walter M, Erasmi H: Nahtaneurysman nach aortobifemoralem Gefäßersatz. Angio Archiv 24: 58-60 1993.

Yazışma adresi:

Uzman Dr. Necati Özdemir
Oğuzhan Cad. Beşer Apt. 31 - 4
34270 Fındıkzade - İSTANBUL