

Acil Composite Aksillopopliteal Bypass : Olgu Sunumu

Mehmet Ali YERDEL, Ayhan KOYUNCU, Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR, Ömer Fadıl BİLGİN,
Uğur BENGİSUN, Bülent ALIÇ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, Ankara

GİRİŞ

Aortoiliak tıkanıklık nedeniyle önceden pantolon greft interpozisyonu yapılmış ve greft infeksiyonu bulunan hastalarda infekte grefti çıkarıp, ekstra-anatomik "by-pass" yapmak, hem ekstremitayı ve hem de hayatı kurtarıcı olabilmektedir. Bu amaçla en sık aksillofemoral "by-pass" yapılmakta ancak ana, yüzeyel ve derin femoral arterlerin tıkalı olduğu olgularda yegane tedavi seçeneği aksillopopliteal "by-pass" olmaktadır (1). Literatürde sınırlı sayıda tecrübenin bildirildiği aksillopopliteal "by-pass" ameliyatları aksiller arter ile popliteal arter arasına cilt altından ve infeksiyondan uzaktan geçirilen bir prostetik greft ile yapılmakta olup (1, 2), femoral arterin olanak tanıdığı olgularda "sequential" aksillopopliteal "by-pass"lar önerilmektedir (3, 4).

Bu makalede başarı ile uygulanmış olan bir "composite" aksillopopliteal bypass olgusu sunulmuştur. Taranan literatüre benzer bir "composite" "by-pass" girişimine rastlanılmamıştır.

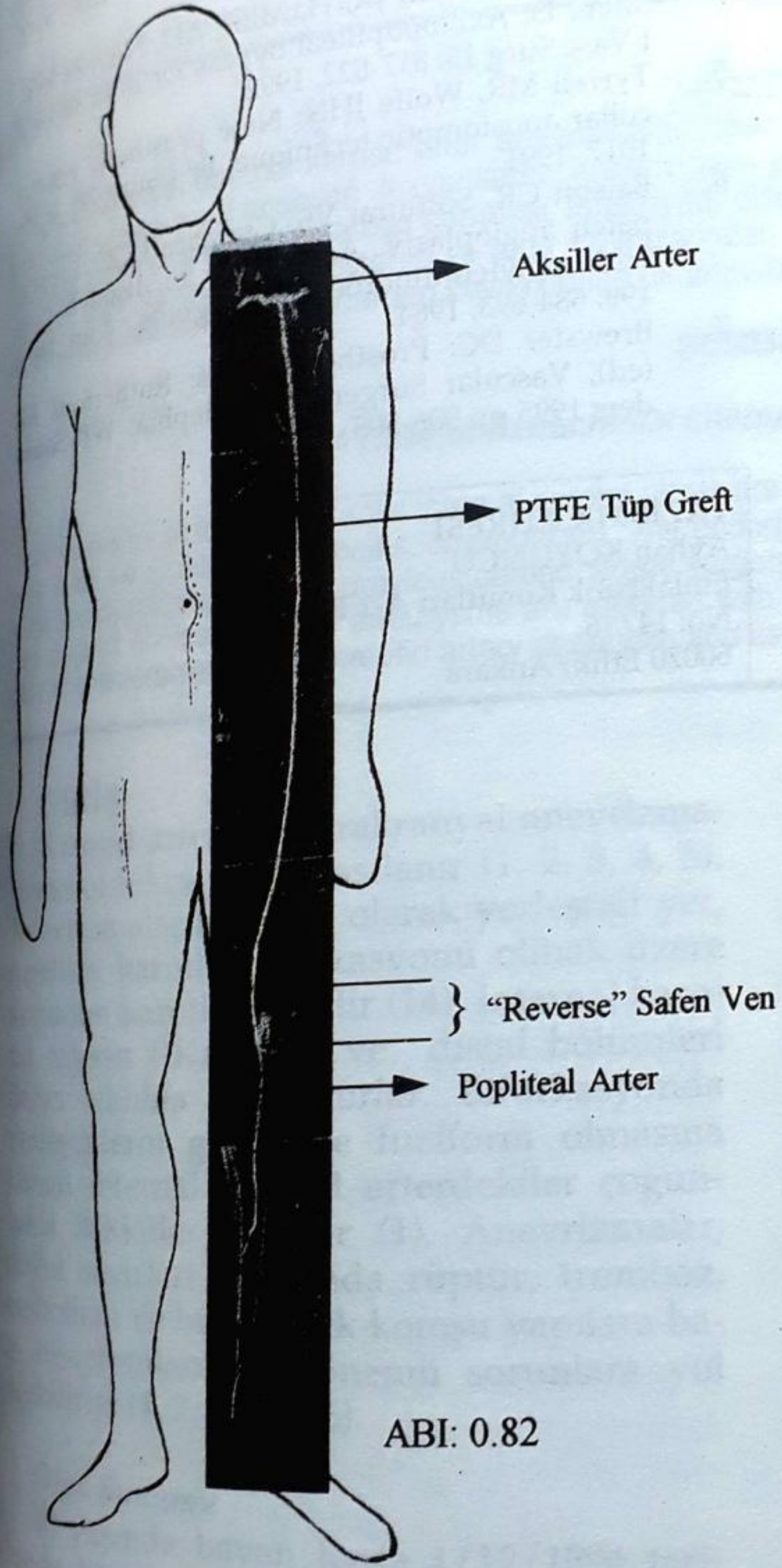
OLGU

Altmışbeş yaşında diabetik erkek hasta Ekim 1994'de sol bacağına istirahat ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın sol "Ankle-Brachial Index'inin (ABI) 0.28 olduğu saptandı. Başka bir merkezde 1991 yılında Leriche sendromu tanısıyla aortobifemoral "by-pass" geçirmiş olan hastanın anjiyografisinde greftin sol bacağının ve femoral arterlerin tamamen tıkanmış, proksimal popliteal arterin distalinin ise ayak arterlerine dek açık olduğu görüntülendi (Şekil 1). Yapılan femoral eksplorasyonda greft bacağının infekte olduğu, tüm femoral arterlerin tamamen tıkalı olduğu saptandı ve greftin

bu bacağı proksimalden eksize edilip çıkartılarak operasyona son verildi. Alınan pü örneğinde üreyen *Stafilococcus aureus*'a duyarlı antibiyotik başlandı. Graft bifurkasyonuna yakın bölümden alınan kültürde ise üreme olmadı. Ameliyattan yedi gün sonra sol ekstremitede ağrının belirgin olarak artması ve ekstremitede nörolojik bulguların ortaya çıkmasıyla karakterli "akut iskemi" tablosuna yönelik olarak greftin infekte olduğu gözönünde bulundurularak ekstremitayı kurtarmak amacıyla acil sol aksillopopliteal "by-pass" yapıldı. Ameliyatta greft olarak distaline uç-uca 10 cm'lik "reverse" safen ven eklenerek "composite" hale getirilmiş 70 cm uzunluğunda 6 mm çapında "ring" li PTFE tüp greft kullanıldı. Bu sayede distal anastomoz hastanın iki otojen damarı arasında gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası hastanın tüm distal ayak nabazları geri geldi ve hastanın şikayetleri derhal kayboldu. Bir ay sonra yapılan anjiyografide greftin açık olduğu tesbit edildi ve ABI 0.82'ye yükseldi (Şekil 2). Hipersensitivite nedeniyle anti-koagülan kullanamayan, antiagregan olarak dipridamol alan hastanın grefti, 6 defa greft trombektomisi yapılmak suretiyle bir yılı aşkın süre açık kaldı. Son trombektomide bu greftin de aşıkarak infekte olduğu görüldü. Bunun üzerine greftin infekte bölümü çıkartılıp başka bir tünelden greft konuldu. Ancak greft açık olmasına karşın infeksiyon yineledi ve greft sepsisi gelişti. Bu yüzden greft boylu boyunca çıkartıldı ve sol ekstremita onüç ayın sonunda diz üstünden ampute edilmek zorunda kaldı.

TARTIŞMA

"Extended extraanatomic by-pass" olarak



Şekil 1. Olgumuzun postoperatif birinci ayda çekilen anjiyografisi ve ABI (Ankle-Brachial Index) değeri

tanımlanan aksillopopliteal "by-pass" girişi-mi, klasik aksillofemoral "by-pass" endikasyonu bulunup da infeksiyon ya da olgumuzdaki tıkanıklık gibi herhangi bir nedenden ötürü femoral arterin distal anastomoz yeri olarak uygun olmadığı durumlarda, % 50'ye varabilen 5 yıllık açıklık oranları ile kabul edilen tedavi şeklidir (1, 3).

Literatürde sınırlı sayıda ve ufak serilerden oluşan bildirimlerde, aksillopopliteal "by-pass" girişimlerinin, başka revaskülarizasyon şansı olmayan, kritik distal iskemisi bulunan hastalarda, sık ve anında yapılan greft trombektomileri ile kombine edildiklerinde, fiyat/fayda/risk oranı açısından tartışmasız uygulanması gerektiğine dikkat çekilmektedir (1, 2, 3, 4).

Bu uygulamada en önemli problem, trombektomilerde halledilebilen greft trombozundan çok, greftin uzunluğu ve distal "run-off" kötülüğü sonucu oluşabilecek irreversibl greft tıkanıklığıdır. Bizim olgumuzdaki gibi distal "run-off"un iyi olduğu olgularda ise uzun dönemde greft tıkanıklığına yol açan birinci neden özellikle distal anastomoz hizasında görülen neo-intimal hiperplazidir. Neo-intimal hiperplazinin en önemli nedeni ise greftin direkt olarak küçük artere anastomoze edilmesi, bu iki yapı arasındaki elastikiyet farkının yol açtığı kompians uygunsuzluğu ve arteriyel distorsiyondur (5, 6, 7).

PTFE ile yapılan distal "by-pass" larda distal anastomozdaki neo-intimal hiperplaziyi önlemek veya minime indirmek için anastomoz bölgelerine çeşitli ven "patch" leri uygulama yöntemleri bildirilmiştir (5, 6). Distal anastomozun kompiansını PTFE'nin direkt olarak artere anastomoze edilmemesi sayesinde arttıran bu yöntemlerden başka, "composite" olarak tanımlanan ve uzun PTFE tüp greftin alt ucuna "reverse" safen ven eklemek suretiyle elde edilen greftler de neo-intimal hiperplaziyi engellemek amacı ile kullanılabilir (7). Bizim olgumuzda da distaldeki 10 cm'lik "reverse" safen ven popliteal artere anastomoz edilerek distal anastomozun neo-intimal hiperplaziden korunması amaçlanmıştır ve aksillopopliteal greftimiz bir yılı aşan süre ekstremitte kaybını önlemiş ve irreversibl tıkanıklık oluşmadan greft infeksiyonu sonucu çıkarılmak zorun-

da kalınmıştır. Ülkemizde önceden bildirilmiş olan başarılı bir aksillopopliteal "by-pass" girişimine ve ayrıca dünya literatüründe bu anatomik pozisyonda bir "composite" greft uygulamasına rastlanmamıştır. Ancak literatür aksillopopliteal "by-pass" adayı olan hastalarda femoral arterlerde açık ve uygun bir segmentin bulunması durumunda "sequential by-pass" tarzında aksillofemoral tüp greft ve femoropopliteal "reverse" safen ven "by-pass" girişimlerinin aksillopopliteal direkt tüp greft uygulamalarına oranla daha uzun süre açık kaldığına işaret etmektedir (3, 4). Ne var ki; bu uygulama sadece femoral arterlerin durumunun olanak tanıyabildiği olgular için mümkündür ve olgumuzun benzeri durumlarda mümkün değildir.

Sonuç olarak femoral arterlerin tamamıyla tıkalı olduğu "sequential by-pass"ın mümkün olmadığı aksillopopliteal "by-pass" girişimlerinde, distal anastomozun kompliansını arttıran "reverse" safen ven kompozit PTFE tüp greft uygulamalarının bu tip "bypass"larda tercih edilmesi gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Rutherford RB, Mitchell MB: Extra-anatomic by-pass: Rutherford RB (ed) Vascular Surgery, Philadelphia, WB Saunders, 1995 pp: 815-827.
2. Kwaan JHM, Connolly JE: Extended axillopopliteal-axillotibial bypass. Valuable adjunct to limb revascularization. Arch Surg 118: 25-28, 1983.
3. Ascer E, Veith FJ, Gupta S: Axillopopliteal bypass grafting: indications, and late results, and determinants of long-term patency. J Vasc Surg 10: 285-291, 1989.
4. Keller MP, Hoch JR, Harding AD, Nichols WK, Silver D: Axillopopliteal bypass for limb salvage. J Vasc Surg 15: 817-822, 1992.
5. Tyrrell MR, Wolfe JHN: New prosthetic venous collar anastomotic technique. Br J Surg 78: 1016-1017, 1991.
6. Batson CR, Sottiurai VS, Craighead CC: Lipnon patch angioplasty. An adjunct to distal bypass with polytetrafluoroethylene grafts. Ann Surg 199: 684-693, 1984.
7. Brewster DC: Prosthetic grafts: Rutherford RB (ed), Vascular Surgery, Philadelphia, WB Saunders 1995 pp 506-508.

YAZIŞMA ADRESİ

Ayhan KOYUNCU
Emlakbank Konutları A-1 Blok
No: 14/16
60020 Etlik/Ankara