

Dev Femoro-Popliteal Arter Anevrizması: Olgu Sunumu

Giant Femoro-Popliteal Artery Aneurysm: Case Report

Dr. Sabit SARIKAYA,^a
Dr. Özge ALTAŞ,^a
Dr. Eray AKSOY,^a
Dr. Kaan KIRALI^a

^aKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 18.01.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 24.05.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Eray AKSOY
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
surgerayaksoy@yahoo.com

ÖZET Popliteal anevrizmalar alt ekstremitte anevrizmalarının %70'ini oluşturur ve insidansı %0,1-2,8 arasındadır. Son 1 aydır sağ alt ekstremitede gittikçe artan şişlik şikayetiyle başvuran 67 yaşındaki kadın hastada BT anjiyografide dev femoropopliteal arter anevrizması tespit edildi. Hasta anevrizmanın total eksizyonu ve PTFE greft interpozisyonu ile cerrahi olarak tedavi edildi.

Anahtar Kelimeler: Popliteal; arter; anevrizma

ABSTRACT Popliteal aneurysms account for 70% of all aneurysms in the lower extremities and have an estimated incidence of 0.1% to 2.8%. 67 year old woman presented with a swelling mass at right lower extremity. CT angiography revealed a giant femoro popliteal artery aneurysm. The patient was surgically treated with total excision of the aneurysm and PTFE interposition graft.

Key Words: Popliteal; artery; aneurysm

Damar Cer Derg 2012;21(2):138-40

Periferik arter anevrizması, arterin normal çapının %50 genişlemesi veya arterin çapının 2 cm'den fazla artması olarak tanımlanır. Alt ekstremitte anevrizmaları sıklık sırasına göre femoral, popliteal ve nadiren de tibial anevrizmalar olarak sıralanabilir. Femoral arter anevrizmaları tüm periferik arter anevrizmalarının %56'sını oluşturur. Alt ekstremitede ikinci sıklıkta görülen popliteal anevrizmalar genellikle bilateraldir ve aortoiliak anevrizmalarla birlikte bulunurlar.^{1,2} 6-7. dekatta en sık görülmekte olup erkek/kadın oranı 30/1'dir. Olguların yarısı tanı sırasında asemptomatiktir. Periferik anevrizmaların pek çok sebebi olmasına karşın, ateroskleroz başta gelen sebeptir.³ Lokal ağrıya ve popliteal ven basısına bağlı şişliğe yol açarlar. Aralıklı kladikasyo ve akut iskemi ise görülebilecek vasküler semptomlardır. Tromboz ve distal emboli ise komplikasyonlarıdır. Rüptür %5'ten az izlenir.⁴

En sık komplikasyonları tromboz ve tromboembolidir. Anevrizmanın tromboze olması bacakta kan akımının azalmasına bağlı iskemiye yol açabilir. Ciddi komplikasyonları nedeniyle ekstremitte kayıplarına ve mortali-

teye yol açabilirler. Bu çalışmamızda tromboze dev femoropopliteal arter anevrizması saptanan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Sağ alt extremité dizüstü bölgede şişlik ve ağrı yakınması ile başvuran 67 yaşındaki kadın hastada fizik muayenede sağ diz arkasında ve uyluk bölgesinde pulsatil kitle saptandı. Her iki bacakta da iske mi bulgusu yoktu ve sağda popliteal arter seviyesinin altında nabızlar palpe edilemiyordu. Renkli doppler ultrasonografide sağ uyluk medialinde sağ femoral arter trasesinde orta 1/3'lük kesimde anevrizmatik genişleme saptanması üzerine bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi yapıldı.

BT anjiyografide sağ SFA çapı 1,6 cm idi. Sağ SFA orta segmentten başlayan tibioperoneal trunk distaline uzanan yaklaşık 30 cm uzunluğunda 75 mm genişliğinde, en kalın yerinde 3 cm çapında mural trombus izlenen fuziform anevrizmatik dilatasyon izlenmekteydi (Resim 1,2). Distal damar yatağında kontrast tutulumu izlenmedi.

Operasyonda, anevrizma kesesi eksplore edilmeden önce femoral bölge inguinal ligament altından longitudinal olarak açıldı. Ana ve superfisyal femoral arter eksplore edilerek gereğinde klemplemek üzere teyplerle dönüldü. Anevrizmanın eksplorasyonu için medial yaklaşım tercih edildi (Resim 3). Anevrizma kitlesinin üzerinde, bacağıın medialinde yapılan infragenicular ve supragenicular iki insizyon birleştirilerek anevrizma kesesine



RESİM 1: Bilgisayarlı tomografide popliteal arter anevrizmasının görünümü.



RESİM 2: BT anjiyografide popliteal arter anevrizmasının lateralden görünümü.



RESİM 3: Anevrizma kesesinin intraoperatif görünümü.

ulaşıldı. Anevrizmanın bütünüyle görünür hale getirilebilmesi için sartorius ve gracilis tendonları transeke edildi. Çapı en geniş yerinde 8 cm'e ulaşmakta olan anevrizmanın proksimal ve distalinden klemp lenerek ligatüre edildi. Anevrizma kesesine longitudinal insizyon yapıldı. Kесе içerisindeki trombüsler temizlendi. Kollaterallerden ve venöz odaklardan kanama miktarı fazla olması nedeniyle ototransfüzyon (cell saver) kullanıldı. Derin kollaterallerin anevrizma kesesi içerisine açıldığı ostiumlar 5,0 poliprolen dikişle dikildi. Yüzeysel kollateraller bağlandı. Anevrizma kesesi büyük ölçüde eksize edildi. Safen ven ince kalibrasyonda olması nedeniyle greft olarak kullanılmadı.

8 no PTFE greftin önce distali sonra proksimali sırayla uçuca anastomoze edildi. Sartorius ve gracilis tendonları primer yaklaştırılarak uçuca dikildi. Kanama kontrolü ve iki adet dren tüpü yerleştirilmesini takiben cilt altı ve cilt katları primer kapatıldı ve hasta yoğun bakım ünitesine alındı.

TARTIŞMA

Periferik arter anevrizmalarının bilinen en sık komplikasyonu distal arterlere trombüs embolizasyonu ya da akut alt ekstremité iskemisidir. Hastamızın başvuru şikayeti ise kitle basısına bağlı lokal semptomlardı. Tanıda CT anjiografinin tercih edilmesi bu hastada hem distal yatağın görünülmesi hem de anevrizma kitlesinin çevre dokularla ilişkisinin gösterilmesi açısından faydalı olmuştur.

Popliteal arter anevrizmalarında klasik medial yaklaşım, anevrizmanın superior ve inferiordaki boynunun ligatüre edilip bırakılarak, aradaki kısma safen ven ya da PTFE greft ile bypass yapılmasından ibarettir. Ancak bu prosedürde yan dallardan anevrizma kesesi içerisine retrograt akım devam ettiği için rüptür riski vardır. Posterior yaklaşım, anevrizmanın total olarak eksize edilmesini ve yan dalların da kontrol altına alınmasını sağlamakla birlikte kendine has postoperatif komplikasyonlarla ilişkilidir. Hastamızda operasyon sırasında medial yaklaşımın tercih edilmesinin nedeni bu anevrizmanın süperior boynunun süperfisyal artere yakın olması ve insizyon hattının hemen altında ilerlemesiydi. Ameliyat sırasında sartorius ve gracilis tendonlarının transeke edilmesi anevrizmanın eksizyonunu ve yan dalların kontrolünü mümkün kılmıştır.

Operasyon sırasında yaşanan major problemler arteriyel ve venöz kanama ve buna bağlı hemodinamik instabiliteydi. Ototransfüzyon kullanılması major kan kaybını azaltmış olmakla birlikte hemodinamik instabilitenin sağlanması için kan ürünü transfüzyonu ve düşük doz inotrop destek verilmesi zorunlu hale geldi.

Popliteal arter anevrizmaları tromboembolik fenomene bağlı ciddi komplikasyonları nedeniyle ekstremité kayıplarına ve mortaliteye yol açabilirler. Bu sebepten dolayı elektif cerrahinin önemi açıktır. Normal popliteal arter çapı 9 mm'den az olarak kabul edilmesine rağmen herhangi büyüklükteki semptomatik anevrizmalar cerrahi olarak düzeltilmelidir. Asemptomatik anevrizmaların tedavisi halen tartışmalıdır. Eşik değer 20 mm altı kabul edilir. Tüm semptomatik anevrizmalar gecikmeden cerrahi olarak tedavi edilmelidir.⁵ Asemptomatik olanlarda ise %35 oranında ilk iki yıl içinde komplikasyon gösterme riski olduğundan elektif olarak cerrahi tedavi yapılabilir. 2 cm altında asemptomatik anevrizmalar takip edilebilmektedir.⁶

Cerrahi ile uzun süre açık kalımda sonuçlar iyi olmasına rağmen son zamanlarda endovasküler metodlarla tedaviye ilgi artmıştır.^{2,7} Periferik arter anevrizmalarında endovasküler girişimsel deneyimimizin yetersiz olması ve stent fiksasyonu için proksimal ve distalde yeterli alan olmaması nedeniyle bu vakada cerrahiyi daha uygun gördük.

Sonuç olarak, süperfisyal artere uzanan dev popliteal anevrizmaların total olarak eksize edilebilmesi ve kollateral dolaşımın kontrol altına alınabilmesi için medial yaklaşım tercih edilebilir bir yöntem gibi görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Canbaz S. Periferik arter anevrizmaları. In: Duran E, ed. Kalp ve Damar Cerrahisi. İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi; 2004. p.783-98.
2. Bowrey DJ, Osman H, Gibbons CP, Blackett RL. Atherosclerotic popliteal aneurysms: management and outcome in forty-six patients. Eur J Vasc Endovasc Surg 2003;25(1):79-81.
3. Gisserot O, Cellarier G, Bonal J, Thouard H, Dussarat GV. [Youthful popliteal aneurysm]. J Mal Vasc 1999;24(4):306-8.
4. Perdikides TP, Avgerinos E, Christianakis E, Fotis T, Chronopoulos A, Siafakas KX, et al. Bilateral giant femoropopliteal artery aneurysms: a case report. J Med Case Rep 2008;2:114
5. Tekeli A, İsbir S, Ak K, Civelek A, Birkan Y, Adademir T, et al. Aneurysm of the popliteal artery: Case report. Marmara Medical Journal 2007;20(2):114-7.
6. Dawson I, Sie RB, Van Bockel JH. Atherosclerotic popliteal aneurysm. Br J Surg 1997; 84(3):293-9.
7. Mahmood A, Salaman R, Sintler M, Smith SR, Simms MH, Vohra RK. Surgery of popliteal artery aneurysms: a 12-year experience. J Vasc Surg 2003;37(3):586-93.