

Aorta-Bifemoral Baypas Sonrası Oluşan Femoral Psödoanevrizmanın İçerisinde Serbest Greftin Cerrahi Tamiri

Surgical Repair of Floating Graft in Femoral Pseudoaneurysm After Aorto-Bifemoral Bypass

Dr. O. Güven KARACA,^a
Dr. Mehmet TAŞAR,^a
Dr. Ayşe Gül KUNT,^a
Dr. Mine TAVLI YILMAZ,^b
Dr. Nurettin ÇERÇİ^c

^aKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Konya

^bKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Tire Devlet Hastanesi, İzmir

^cKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Aydın Devlet Hastanesi, Aydın

Geliş Tarihi/Received: 16.04.2012

Kabul Tarihi/Accepted: 12.06.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. O. Güven KARACA

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Konya,

TÜRKİYE/TURKEY

drguven@gmail.com

ÖZET İatrojenik psödoanevrizma perkütan kardiyak girişimlerden ve periferik invaziv girişimlerden sonra oluşabilir. Psödoanevrizmanın ultrason eşliğinde kompresyon tedavisi, ultrason eşliğinde trombin enjeksiyonu veya endovasküler stent ile tamiri gibi çeşitli tedavi seçenekleri vardır. Bu tedaviler endike değilse, başarısız veya komplikasyon oluşmuş ise cerrahi tedavi gereklidir. Biz burada aorta-bifemoral baypas sonrası psödoanevrizmanın cerrahi tedavisini sunmayı amaçladık. Cerrahi teknik efektifdir ve bizim hastamızda morbidite ve mortalitenin önüne geçmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psödoanevrizma; femoral arter

ABSTRACT Iatrogenic pseudoaneurysms can occur following percutaneous cardiac and peripheral invasive procedures. There are multiple modalities available for the treatment of pseudoaneurysms including ultrasound guided compression repair, ultrasound guided thrombin injection, or endovascular repair with covered stent placement. If these methods are not indicated or successful or complicated, typically open surgical repair is required. We aim to present surgical repair of a femoral pseudoaneurysm after aorto-bifemoral bypass. Surgical technique was effective and allowed our patient to avoid the morbidity and mortality associated with other conservative methods in re-do cases.

Key Words: Pseudoaneurysm; femoral artery

Damar Cer Derg 2012;21(2):150-2

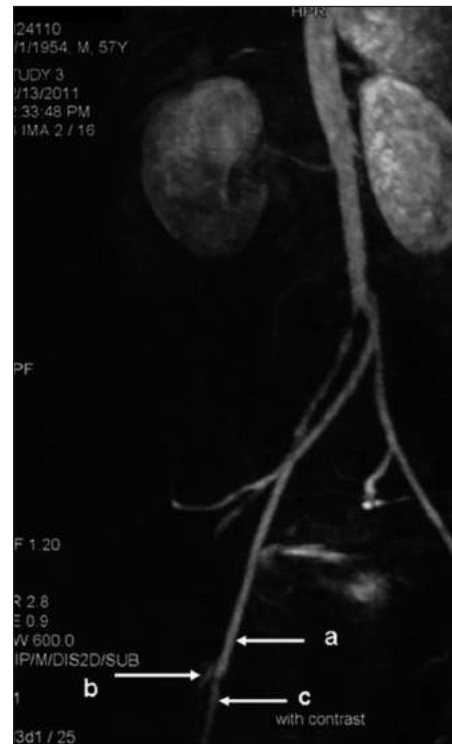
Psödoanevrizma arteriyal duvardaki bütünlüğün bozulması ile meydana gelen ve damar duvarı ile bağlantılı ve pulsatil, bazen içerisindeki türbülant akıma bağlı olarak tril alınabilen bir kitledir.¹ Son yıllarda trombolitik ve antiplatelet ajanların ve geniş çaplı girişimsel kanüllerin kullanımı, tanısal metodların yaygınlaşması ile femoral psödoanevrizma insidansı artma gözlenmiştir.² Hastanın kliniği, psödoanevrizmanın yerine, büyüklüğüne ve eşlik eden komplikasyonların gelişimine bağlıdır. Tedavisinde takip yapılabildiği gibi, özellikle aktif hemoraji, lezyonun büyümesi, hemodinamik şok, kompartman sendromu, femoral sinir kompresyonu, cilt enfeksiyonu, distal embolizasyon ve iskemi, cilt nekrozu, şiddetli ağrı gibi klinik durumlarda cerrahi tedavi kaçınılmazdır.³ Biz burada aorta-bifemoral baypas operasyonundan yaklaşık 4 ay sonra sağ kasığında 4x5 cm'lik femoral psödoanevrizma gelişen bir hastaya yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Daha önce aorta-bifemoral baypas olan 54 yaşında diyabetik erkek hasta operasyondan 4 ay sonra sağ kasığında şişme ve lokalize ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta operasyondan 1 ay sonra uzun bir yolculuk yaptığını ve sonrasında kasığında önce küçük sonrasında gittikçe büyüyen bir kitle oluştuğunu ifade etti. Hasta kladikasyon tariflemiyordu. Yapılan muayenesinde hastanın sağ kasığında, inguinal ligamenti de içine olan ve proksimaline uzanım gösteren yaklaşık 8x8 cm büyüklüğünde pulsatil kitle olduğu görüldü. Hastanın tüm distal nabızları palpabl idi. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Hastanın yapılan alt ekstremité renkli dopplerinde iliak bifurkasyon öncesi sağ ana femoral artere doğru uzanan içinde akım alınabilen greft olabilecek tubüler yapı ve sağ femoral arter düzeyinde 5 cm çapta içinde trombus formasyonu olan anevrizmatik dilatasyon alanı izlenmesi üzerine MR Anjio çekildi. MR Anjiosunda sağ femoral bölgede 4x5 cm büyüklüğünde psödoanevrizması olduğu görüldü (Resim 1). Laboratuvar değerleri normaldi. Hasta, psödoanevrizma rezeksiyonu amacıyla operasyona alındı. Genel anestezi altında sağ inguinal bölgede yaklaşık 10 cm'lik longitudinal insizyonla cilt ciltaltı geçilerek anevrizma distalden kontrol altına alındı. Ardından proksimalden kontrol amacıyla sağ retroperitoneal insizyon ile cilt, ciltaltı geçilerek kaslar divize edildi. Aorta-bifemoral greftin sağ bacağına ulaşarak proksimal ve distalden kontrol altına alındı. 1 cc heparin yapılmasının ardından aorta-bifemoral greftin sağ bacağına ve sağ SFA'a vasküler klemp konuldu. Ardından anevrizma kesesinin içine direk girilerek tromboze debris materyali boşaltıldı. Greftin distal ucunun nativ damardan tamamen ayrıldığı ve anevrizma kese içerisinde serbest olduğu, sağ SFA ve sağ PFA'nın anevrizma kesesinden beslendiği görüldü. Ardından aorta-bifemoral greftin sağ bacağı proksimalden kesildi ve çıkarıldı. 8 mm PTFE greft inguinal bölgeden retroperitona uzatılarak aorta-bifemoral greftin sağ bacağına anastomoz edildi. 8 mm PTFE greftin distal ucu da sağ SFA'ya anastomoz edildi. Ardından sağ PFA 8 mm PTFE greft üzerinde hazırlanan bölgeye anastomoz edildi. Post operatif sağ alt ekstremitesinde iskemik bulgu yoktu ve distal nabızlar



RESİM 1: Hastanın pre-operatif MR Anjiosu (Abdominal Görüntüsü)
a: Psödoanevrizma b. Süperfisial Femoral Arter c: Aorta-bifemoral PTFE Full Ringli Greftin sağ bacağı distali.



RESİM 2: Hastanın post-operatif MR Anjiosu (Abdominal Görüntüsü): a: Tamir için kullanılan PTFE full Ringli Greftin distal ucu b: Profunda Femoral Arter c: Süperfisial Femoral Arter.

palpabl idi. Kontrol MR anjiografisinde psödoanevrizma formasyonunun koybolduğu ve arteriyel akımın normal olduğu görüldü (Resim 2).

TARTIŞMA

Çeşitli nedenlerle oluşan psödoanevrizmaların kliniği, anevrizmanın lokalizasyonuna, büyüklüğüne, komplike oluşuna ve birlikte olduğu hastalıkların seyrine bağlıdır. Başvuru sırasında en sık pulsatil kitle, ağrı ve komplikasyonlar (rüptür, distal emboli, lokal ağrı, nöropati, lokal cilt iskemisi, enfeksiyon, aktif hemoraji) karşımıza çıkabilir.⁴ Psödoanevrizmaların tanısında fizik muayene dışında ultrasonografi (USG), Duplex ultrasonografi, Dijital substraksiyon anjiyografi (DSA), Komputarize tomografi (CT), radyonüklid anjiyografi, cerrahi eksplorasyon yararlı olabilir. Ancak Günümüzde tanıda en sık USG ve Dublex USG kullanılmaktadır.⁵ Femoral arter psödoanevrizmaların ayırıcı tanısında inguinal bölgede gelişebilen gerçek anevrizma, hematoma, apse, lenfadenopati, lenfosel, seroma, femoral herniasyon gibi durumlar düşünülmelidir.⁶ Küçük ve nonkomplike psödoanevriz-

malarda spontan kapanma beklenebilir. Lezyonun boynu 5 mm'den geniş ise, sistolik akım hızı 100cm/sn'den fazla ise ve lezyonun çapı 18 mm'den büyük ise spontan kapanma olasılığı düşüktür.⁷ Bu durumda Ultrason eşliğinde kompresyon tedavisi, trombin enjeksiyonu, koil embolizasyon, stent ve cerrahi tedavi yöntemlerinden biri tercih edilir. Cerrahi tedavi ALTIN standarttır.⁸ Özellikle aktif hemoraji, lezyonun büyümesi, şok, kompartman sendromu, femoral sinir kompresyonu, enfeksiyon, embolizasyon, distal iskemi, cilt nekrozu, şiddetli ağrı ve diğer yöntemlerle tedavinin başarısız olması durumlarında cerrahi tedavi kaçınılmazdır.⁹ Primer tamir veya patch ile kapatma tekniği ile karşılaştırıldığında greft interpozisyonu ile daha iyi sonuçlar bildirilmiştir.¹⁰ Bizim hastamızda da anevrizmanın büyüklüğü ve lokal ağrı olması cerrahi kararın verilmesinde ana etken olup, anevrizma temizlendikten sonra greft interpozisyonu uygulanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Tetik Ö, Bayrak S, Gürbüz A. Periferik arter psödoanevrizmaları ve cerrahi tedavisi. İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi 2003; 41(4):241-3.
2. Hammraoui K, Ernst SM, van Dessel PF, Kelder JC, ten Berg JM, Suttrop MJ, et al. Efficacy and safety of percutaneous treatment of iatrogenic femoral artery pseudoaneurysm by bodegradable collagen injection. J Am Coll Cardiol 2002;39(8): 1297-304.
3. Schwartz LB, Clarc ET, Gevertz BL. Anatomic and other pseudoaneurysms. In: Rutherford RB, ed. Vascular Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p.752-60.
4. Morgan R, Belli A. Current treatment methods for postcatheterization pseudoaneurysms. J Vasc Intervent Radiol 2003; 14(6):697-710.
5. Coughlin B, Pousthter D. Peripheral Pseudoaneurysms: Evaluation with Duplex US. Radiology 1988;168:339-342.
6. Helvie M, Rubin J, Silver T, Kresowik T. The distinction between femoral artery pseudoaneurysms and other causes of groin masses: Value of Duplex Sonography. AJR Am J Roentgenol 1988;150(5):1177-80.
7. Paulson EK, Hertzberg BS, Paine SS, Carroll BA. Femoral artery pseudoaneurysms: Value of color Doppler sosgraphy in predicting which ones will thrombose without treatment. AJR Am J Roentgenol 1992;159(5):1077-81.
8. Tisi PV, Callam MJ. Surgery versus non-surgical treatment for femoral pseudoaneurysms. Database of systematic Review 2006, Issue 1.artno: CD004981. DOI:10.1002/14651858.CD004981.pub2.
9. Schwartz LB., Clarc ET., Gevertz BL., Anatomic and other pseudoaneurysms. In: Rutherford RB, ed. Vascular Surgery. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p.752-60.
10. Sharma NK, Chin KF, Modgill VK. Pseudoaneurysms of femoral artery: recommendation for a method of repair. J R Coll Surg Edinb 2001;46(4):195-7.