

## Dev İzole Ana İliyak Arter Anevrizması

### Giant Isolated Common Iliac Artery Aneurysm: Case Report

Dr. Mehmet Kerem KARACA,<sup>a</sup>  
Dr. Nehir SUCU,<sup>a</sup>  
Dr. Özden VEZİR,<sup>a</sup>  
Dr. Murat ÖZEREN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kalp ve Damar Cerrahisi AD,  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Mersin

*Bu çalışma, Türk Kalp Damar Cerrahisi  
Derneği 10. Ulusal Kongresi  
17-21 Ekim 2008, Çeşme'de  
E-Poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. M Kerem KARACA  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kalp ve Damar Cerrahisi AD, Mersin,  
TÜRKİYE/TURKEY  
karacamk@yahoo.com

**ÖZET** İzole iliyak arter anevrizması, aortik anevrizmal hastalıklara göre mortalitesi yüksek ve nadir görülen bir durumdur. Asemptomatik progresyon ve geç tanı nedeniyle rüptür insidansı yüksektir. Literatürde 3.5 cm ve üzerindeki anevrizmalara onarım önerilmektedir. Uygun anatomiye sahip iliyak anevrizmalarda endovasküler onarım cerrahiye alternatif olmakla birlikte, hastaların uzun dönemli takiplerini gerektirmektedir. Elektif koşullarda yapılacak olan cerrahi tedavinin mortalitesi ve morbiditesi ise, iyi planlanmış operatif yaklaşım ve teknik ayrıntılarla düşük kalmaktadır. Pelvik ağrı şikayeti ile başvuran 72 yaşındaki erkek hastada, digital subtraction angiography (DSA) tetkikinde yaklaşık 18 cm çapında sol ana iliyak arter anevrizması tespit edildi. Hasta elektif koşullarda opere edilerek anevrizma rezeksiyonu ve Dacron tüp greft interpozisyonu yapıldı. Operasyon sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta 5. günde taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** İliak anevrizma; periferik vasküler hastalıklar

**ABSTRACT** Isolated iliac aneurysm is a rare condition associated with high mortality than the other aortic aneurysmal disease. The risk for rupture is high due to asymptomatic progression and late diagnosis. Repair proposed for 3.5 cm or larger aneurysmal diameter in literature review. Although endovascular repair is the alternative treatment option according to surgical treatment at anatomically suitable aneurysm, patients should be followed up for long term at this procedure. Elective surgical treatment's mortality and morbidity is remaining low with carefully planned operative approach and technical detail. 72 years old male patient presented with pelvic pain. Evaluation of his digital subtraction angiography (DSA) displayed left common iliac artery aneurysm with approximately 18 cm aneurysmal diameter. Patient operated in elective condition and Dacron tube graft interposition was performed. After an uneventful ICU and ward stay he was discharged from the hospital on the 5th postoperative day in good condition.

**Key Words:** Iliac aneurysm; peripheral vascular diseases

**Damar Cer Derg 2008;17(3):144-7**

İliyak arter anevrizmaları, tüm anevrizmal hastalıkların %0.4-1.9' unu oluşturmaktadır. Populasyondaki görülme sıklığı ise %0.03 olarak belirtilmektedir.<sup>1</sup> Genellikle ileri yaş, hipertansif erkek hastalarda görülen izole iliyak arter anevrizmalarının %70'den fazlası ana iliyak arter lokalizasyonlu olmaktadır. Çevre dokulara bası ve erozyon ile ilişkili semptomlar çok geç dönemde ortaya çıktığı için, rüptür insidansı yüksektir ve bu durum %60-70 operatif mortalite ile sonuçlanmaktadır.<sup>1-3</sup> Eşlik eden kardiyovasküler hastalıklar, ileri yaş yanı sıra, daha önce geçirilmiş abdominal

veya aortik cerrahi varsa, elektif koşullarda yapılacak olan cerrahi onarımında mortalitesi artmaktadır. Bu yüzden endovasküler stent yerleştirilmesi, coil embolizasyonu gibi alternatif tedavi yöntemleri geliştirilmiştir ve uzun dönemli takiplerde iyi sonuçlar bildiren çalışmalar vardır.<sup>4,5</sup>

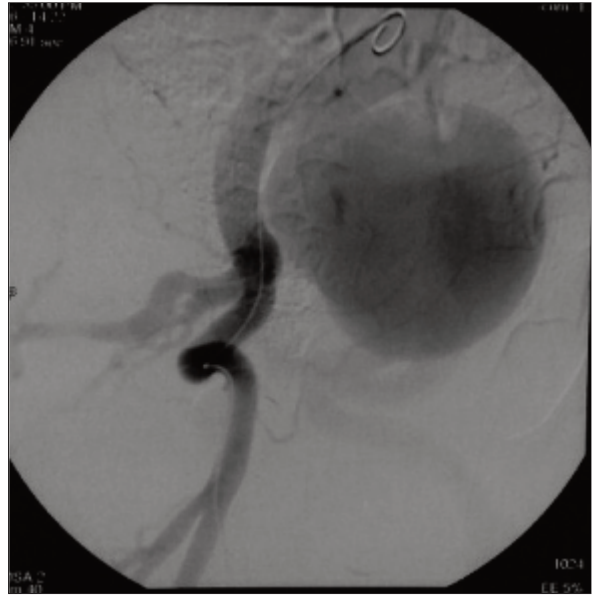
## OLGU SUNUMU

Yetmiş iki yaşında erkek hasta, pelvik ağrı şikayetiyle başvurduğu genel cerrahi kliniğinden, batın ultrasonografisinde yaklaşık 18 cm çapında iliyak arter anevrizması tespit edilmesi üzerine kliniğimize konsulte edildi. Hastanın özgeçmişinde 35-40 yıl günde 1 paket sigara içme ve hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde kan basıncı 160/90 mmHg, kalp atım hızı 85/dk idi. Solunum sistemi muayenesinde, akciğer seslerinde kabalaşma mevcuttu. Kardiyak muayenesi normaldi. Batın muayenesinde, sol alt kadranda pulsatil kitle palpe edildi. Periferik nabız muayenesi normaldi. Hasta hospitalize edilip, santral venöz kateter ve radial arter kateterizasyonu yapılarak monitörize edildi. İntravenöz tedavi ile hipertansiyon regülasyonu sağlandı. Elektrokardiyografisinde iskemik değişiklikler veya geçirilmiş miyokard infarktüsü lehine bulgu yoktu. Acil istenilen DSA tetkikinde, sol ana iliyak arterde yaklaşık 18 cm çapında anevrizma tespit edilmesi üzerine, hasta ertesi gün opere edildi (Resim 1). Operasyonda sol paramediyan laparotomi insizyonu ile retroperitoneal bölgeye ulaşılarak, distal abdominal aorta, internal ve eksternal iliyak arterler hazırlandı. Anevrizma kesesi rezeke edildikten sonra aorta-sol eksternal iliyak arter Dacron tüp greft interpozisyonu yapıldı (Resim 2, Resim 3). Karşı taraf internal iliyak arter kan akımının normal olması nedeniyle, sol internal iliyak arter ligatüre edildi.

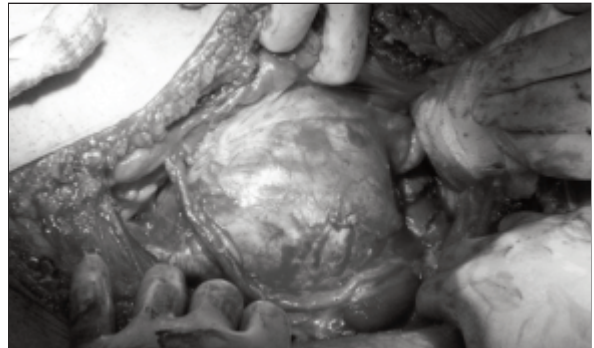
Anevrizma kesesi içinde anlamlı ateroskleroz veya trombus materyali yoktu (Resim 4). Işık mikroskopisiyle yapılan patolojik incelemesi, mediyal fibrozis lehine rapor edildi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta beşinci günde taburcu edildi.

## TARTIŞMA

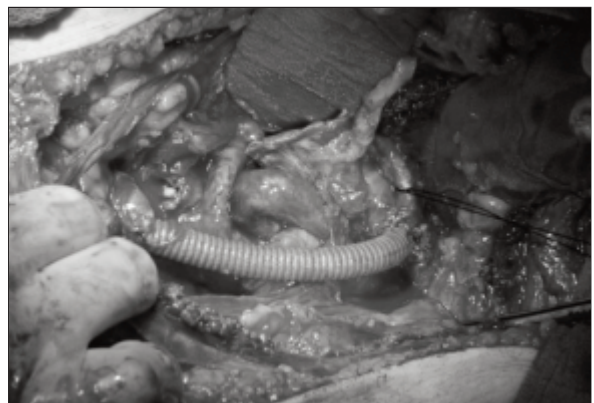
Son derece nadir görülen izole iliyak arter anevrizmaları, 7/1 oranında erkek cinsiyette ve daha çok



RESİM 1: Ana iliyak arterden kaynaklanan anevrizma.



RESİM 2: Anevrizmanın intraoperatif görüntüsü.



RESİM 3: Dacron greft interpozisyonu.



RESİM 4: Anevrizma kesesinin açılmış görüntüsü.

yedinci ve sekinci dekad arasında karşımıza çıkmaktadır. Genellikle ana iliak artere lokalize olmakla birlikte, %20 oranında internal iliak artere, çok daha nadir olarak da eksternal iliak artere lokalize olabilmektedir.<sup>1</sup>

Etiyolojide proteolitik dejenerasyon, inflamasyon, biyomekaniksel duvar stresi, daha nadir olarak da enfeksiyon, vasküler kollojen doku hastalığı ve arteritler yer almaktadır. Literatürde homosisteinemi ve fibromusküler displazi ile ilişkili olgular da bildirilmiştir.<sup>6,7</sup> Semptomlar geç dönemde belirginleşmeye başlamaktadır ve spesifik değildir; hastalar pelvik ağrı, üriner enfeksiyon, hidronefroz ve böbrek yetmezliği, lomber ağrı, gastrointestinal yakınmalar ile karşımıza çıkabilmektedir.<sup>8,9</sup> Asemptomatik progresyon nedeniyle rüptür riski %70'lere ulaşmaktadır ve aynı şekilde operatif mortalitesi de yüksektir.<sup>3</sup>

Genel görüş 3.5 cm ve üzeri çaptaki iliak anevrizmaların tanı konulduğu zaman tedavi edil-

mesidir. 3.5 cm altındaki anevrizmalar için 6 aylık periyotlarla bilgisayarlı tomografi (BT) takibi önerilmektedir.<sup>10,11</sup> Tedavide cerrahi onarım standart olmakla birlikte; morbid obezite, daha önce geçirilmiş laparotomi, eşlik eden kardiyopulmoner hastalıklar, ileri yaş ve fizyolojik olarak düşük hastaların tedavisinde endovasküler stent ile onarım alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastane kalım süresinin kısa olması, girişimin daha minimal olması ve enfeksiyon riskinin azalması endovasküler stent ile onarımın diğer avantajları olmakla birlikte bu yöntem, hastaların uzun dönemli takip edilmesini gerektirmektedir ve endoleak, geç rüptür, stent migrasyonu gibi nedenlerle ikinci bir müdahaleyi gerektirecek potansiyele sahiptir.<sup>1,4,5</sup>

Hastamızda, uygun vasküler anatomik yapı olmadığı için endovasküler stent düşünülmemiştir. Pulmoner ve gastrointestinal komplikasyonlardan kaçınmak için retroperitoneal yaklaşım tercih edilmiştir. Retroperitoneal yaklaşımın güvenilirliği ve teknik açıdan sağladığı kolaylıklar daha önce bildirilmiştir.<sup>12,13</sup>

Sunuda, nadir görülmesi ve ruptüre olmaksızın ulaşmış olduğu anevrizma çapı nedeniyle ilginç bulduğumuz izole iliak arter anevrizması ile ilgili cerrahi tecrübemizi sunmayı amaçladık. Daha çok yaşlı ve komorbid popülasyonda görülmesi nedeniyle erken tanı ve tedavi, katastrofik sonuçlardan kaçınmak için önem kazanmaktadır. Cerrahi yaklaşımın da aynı nedenlerle mortalitesi yüksek olmakla birlikte, preoperatif iyi planlanmış cerrahinin, sonuçları olumlu yönde etkileyerek tam başarı sağlayacağını ve ikinci bir müdahalenin potansiyel risklerini ortadan kaldıracağını düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Sandhu RS, Pipinos II. Isolated iliac artery aneurysms. *Semin Vasc Surg* 2005;18(4):209-15.
2. Joseph FM, Gary JF and Gilbert RU. Solitary Common Iliac Artery Inflammatory Aneurysm in a Healthy Woman: Case Report and Review of the Literature. *Ann Vasc Surg* 2005; 19: 890-5.
3. Katsuya S, Tadamasa M, Hirofumi T. Rupture of left common iliac artery aneurysm. *J Vasc Surg* 2007;45:1083.
4. Avisesh S, Frank JV, Evan L, Takao O, William DS, Alla MR et al. Diameter changes in isolated iliac artery aneurysms 1 to 6 years after endovascular graft repair. *Journal of Vascular Surgery* February 2001 Volume 33, Number 2.
5. Tamer NB, Faith S, Stephen FS, Admir C, Luke KM, Ellen D et al. Endovascular management of isolated iliac artery Aneurysms. *J Vasc Surg* 2006;44:29-37.
6. Mohan IV, Adam DJ, Kurian KM, Ruckley CV. Isolated external iliac aneurysm associated with hyperhomocysteinaemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997;14(6):506-8.
7. Atsuta Y, Inaba M, Goh K, Azuma N, Akasaka N, Asada H., Isolated iliac artery aneurysm caused by fibromuscular dysplasia: report of a case. *Surg Today* 2003;33(8):639-41.

8. Dix FP, Titi M, Al-Khaffaf H. The isolated internal iliac artery aneurysm--a review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;30(2):119-29.
9. Shindo S, Kubota K, Kojima A, Iyori K, Ishimoto T, Kobayashi M et al. Inflammatory solitary iliac artery aneurysms: a report of two cases. *Cardiovascular Surgery*, 2001 Vol. 9, No. 6, pp. 615-9.
10. Kasirajan V, Hertzner NR, Beven EG, O'Hara PJ, Krajewski LP, Sullivan TM. Management of isolated common iliac artery aneurysms. *Cardiovasc Surg* 1998;6(2):171-7.
11. Philpott JM, Parker FM, Benton CR, Bogey WM, Powell CS. Isolated internal iliac artery aneurysm resection and reconstruction: operative planning and technical considerations. *Am Surg* 2003;69(7):569-72.
12. Gregory RT, Wheeler JR, Snyder SO, Gayle RG, Love LP. Retroperitoneal approach to aortic surgery. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1989;30(2):185-9.
13. Reilly JM, Sicard GA. Retroperitoneal aortoiliac reconstruction. *Surg Clin North Am* 1995;75(4):679-90.