

Olgu Sunumu

Akut Arter Tıkanıklığında Popliteal Arter Anevrizması

İlker İNCE¹, İlker AKAR², Cemal ASLAN³, Mehmet ÇEBER⁴, Abdullah DOĞAN²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Ankara, Türkiye

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Tokat, Türkiye

³Tokat Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Tokat, Türkiye

⁴Mardin Devlet Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Mardin, Türkiye

ÖZET

Tromboze fuziform ekstremitte anevrizmaları akut arteriyel tıkanıklığına yol açabilir. Özellikle atriyal fibrilasyonu olan senil hasta grubunda akut arteriyel emboli ile karıştırılabilmektedir. Preoperatif dönemde arteriyel doppler ultrasonografi ve/veya bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile etyolojinin ortaya konması yapılacak ameliyatın şeklinin belirlenmesinde önem arz etmektedir. Yazımızda acil servise dev popliteal arter anevrizması nedeniyle akut arteriyel oklüzyon kliniği ile başvuran ve cerrahi tedavi uygulanan bir olguyu tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Dev popliteal arter anevrizması, akut, arteriyel tıkanıklık

ABSTRACT

Popliteal Artery Aneurysm with Acute Arterial Occlusion

Thrombosed fusiform extremity aneurysms may lead to acute arterial occlusion and can be confused with acute embolism especially in senile patients with atrial fibrillation. It is important to identify the pathology with arterial doppler ultrasonography and/or computed tomography angiography preoperatively to choose the appropriate surgical method. In this article we aimed to discuss a case of giant popliteal artery aneurysm with the clinical symptoms of acute arterial occlusion and its surgical treatment.

Keywords: Giant popliteal artery aneurysm, acute, arterial occlusion

Anevrizma, arter çapının normal çapa oranla %50 ve üzerinde genişlemesidir (1). Popliteal arter anevrizmaları genel populasyonda nadir görülen bir hastalık olmakla birlikte (%0.1); tüm periferik arter anevrizmaları içerisinde en sık görülenidir (%70) (2,3). Popliteal arter anevrizmalarının gelişiminden birçok faktör sorumlu olabilir. Yaşlı hastalarda ateroskleroz başlıca etken iken, genç hastalarda popliteal arter tuzak sendromu, kistik adventisyal dejenerasyon, osteokondrom ve travma etyolojide rol oynamaktadır. Nadir görülmesi ve genellikle asemptomatik olmasına rağmen kendini rüptür, distal embolizasyon, tromboz ile belli edebilir. Tromboza bağlı akut bacak iskemisi beklenen tehlikeli bir sonuç olup ilk klinik bulgu olarak kendini gösterebilir (2,4). Bu yazıda akut bacak iskemisi kliniği ile acil servise başvuran dev popliteal arter anevrizması olgusunu literatür ışığında irdelemeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

Yetmiş dokuz yaşında erkek hasta acil servise sol bacakta ağrı, soğukluk ve morarma şikayetiyle başvurdu. Öyküsünde 3 ay önce akut arter tıkanıklığı nedeniyle sağ alt ekstremitte dizüstü amputasyon uygulandığı öğrenildi. Özgeçmişinde diyabet, hipertansiyon ve 30 paket yıl sigara içme hikayesi vardı. Şikayetleri 48 saat öncesinde başlayan hastanın fizik

muayenesinde sol alt ekstremitede siyanoz, motor ve his kaybı mevcuttu. Kruris gergin ve palpasyonla ağrılı idi. EKG ritmi atriyal fibrilasyon idi. Yapılan arteriyel doppler ultrasonografide (USG) diz seviyesinde 4x6 cm çapında tromboze dev popliteal arter anevrizması saptandı (Resim 1). Palpasyonla popliteal fossada pulsatil kitle mevcuttu. Hasta operasyona alındı. Diz üstünden yapılan longitudinal insizyonla Hunter kanalı çıkışında popliteal anevrizma explore edildi (Resim 2). Proksimalinden normal arter segmenti bulunarak naylon teyp ile döndü. Arterin popliteal fossaya doğru anevrizmatik olarak devam ettiğinin görülmesi üzerine diz altından popliteal arter explore edildi. Anevrizma proksimal ve distalden ligate edildi. Diğer alt ekstremitte uyluk bölgesinden çıkarılan vena safenamagna greft olarak kullanıldı. Reverse olarak kullanılan safen venin proksimal ve distal anastomozlar 6/0 propylene sütür ile yapıldı (Resim 3). Distal anastomozdan önce distal yatağa 4/F Fogarty katateri ile embolektomi uygulandı. Az miktarda taze trombus çıkarıldı. Gecikmiş vaka olması ve aynı zamanda fizik muayenesinde sol krural bölgede gerginlik olması nedeniyle olası kompartman sendromundan korunmak amaçlı dizaltı medial ve lateral kompartmanlara fasyotomi uygulandı. Operasyon sonrası distal nabızları alınan hastanın postoperatif 2. günde fasyotomileri kapatıldı. Yara yerleri temiz, iskemi bulgusu olmayan, motor ve his kaybı düzelen hasta şifa ile postoperatif 5. günde taburcu edildi.

^aYazışma Adresi: Dr. İlker AKAR Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Tokat, Türkiye
Tel: 03562129500
Geliş Tarihi/Received: 13.10.2015

e-mail: ilkerakar16@yahoo.com
Kabul Tarihi/Accepted: 03.12.2015

Hastanın yapılan poliklinik takiplerinde postoperatif birinci yılında iskemik bulgusunun olmadığı ve yapılan doppler USG'de safenven greftinin açık olduğu görüldü.



Resim 1. Popliteal arter anevrizmasının preoperatif ultrasonografik görünümü



Resim 2. Popliteal arter anevrizma tamiri öncesindeki görünüm



Resim 3. Reversesafenvenbypass sonrası görünüm

TARTIŞMA

Eber papirüslerinde yaklaşık 4000 yıl önce periferik arter anevrizmalarının özellikleri ve tedavileri yazılmıştır. Galen; anevrizmaların tanımını ilk yapan kişidir ve anevrizmaları üzerine basınca kaybolan lokalize pulsatil şişlikler olarak tarif etmiştir. Antyllus ise anevrizmaların ilk elektif tamirini açıklamış ve aynı zamanda gerçek ve yalancı anevrizma farkını da ortaya koymuştur. Popliteal arter anevrizmalarına 1953 yılında “ani felaketin kötü habercisi” denmiştir ve buradaki “ani

felaket” ekstremitede akut iskemiyeye neden olan trombozdur (1).

Popliteal arter anevrizmaları (PAA) erkeklerde daha fazla görülmekle birlikte etiyojisinde ateroskleroz, popliteal arter tuzak sendromu, kistik adventisyal dejenerasyon, osteokondrom ve künt travma gibi birçok neden sorumlu tutulmaktadır (1,2). Popliteal arter anevrizmalı hastalarda hem periferik arteriyel, hem de aortik anevrizmalar görülebilmektedir. Diğer ekstremitede popliteal arter anevrizma görülme insidansı %64'dür. Diğer en sık görülen anevrizma ise %62 oranla abdominal aort anevrizmasıdır. Üçüncü sırada %40 oranda femoral arter anevrizmaları eş zamanlı görülebilir (5). Bizim hastamızda da diğer alt ekstremitedeki diz üstü amputasyonun nedeni tam olarak öğrenilememiş olsa da, ateroskleroza bağlı kronik periferik arter hastalığı olabileceği gibi o ekstremitede de popliteal arter anevrizması olma ihtimali bulunmaktadır. Postoperatif dönemde çekilen torakoabdominal bilgisayarlı tomografi anjiyografide (BTA) torakal ve abdominal aortada anevrizma tespit edilmedi.

Popliteal arter anevrizmaları klinik olarak genellikle asemptomatik olarak seyretmesine rağmen, ekstremité kaybıyla sonuçlanan ciddi komplikasyonları da bulunmaktadır. Klinik semptomlar, rüptür (%10), sinir veya ven basısı (%5-10), geri kalanlarda ise akut veya kronik ekstremité iskemisi olarak karşımıza çıkmaktadır (3). Çeşitli çalışmalarda (6,7) asemptomatik PAA'lı hastaların %18-%100'ü ilerleyen dönemlerde karşımıza akut veya kronik bacak iskemisi ile çıkmaktadır. Roggo ve arkadaşları (8) 16 yıl süreyle 45 asemptomatik PAA'lı hastayı takip etmişler ve hastaların %50'sinde 2 yıl içinde; %75'inde ise 5 yıl içinde akut veya kronik bacak iskemisi geliştiğini tespit etmişlerdir. Lowell ve arkadaşlarının (7) çalışmasında Doppler USG ile 20 mm'nin üzerinde olan asemptomatik anevrizmalarda büyük mural trombus gelişimi gözlemlenmiştir. Bizim vakamızda da hasta akut bacak iskemisi kliniği ile acil servise başvurmuş ve yapılan arteriyel doppler USG'de dev PAA anevrizması tespit edilmiştir.

Akut bacak iskemisinin en önde gelen sebeplerinden biri kardiyak kökenli periferik embolilerdir. Bu hastalarda alttan yatan patoloji AF'dur (9). Bu nedendir ki akut bacak iskemisi kliniği ile gelen ve eş zamanlı AF'u olan hastalar, bazen klinisyeni zaman kaybetmeme açısından daha detaylı tetkik yapmaktan uzaklaştırır. Fakat unutulmamalıdır ki; asemptomatik periferik arter anevrizmaları da akut uzuv iskemisi ile kendini gösterebilir. Tedavide yapılacak olan embolektomi ameliyatı fatal sonuçlar doğurabilir. Bizim vakamızda da akut bacak iskemisinin yanında hastanın atriyal fibrilasyonu da mevcut idi. Fizik muayenede popliteal fossada pulsatil kitle olması iskemisinin kardiyak kaynaklı bir emboliden çok

tromboze bir popliteal anevrizmadan olabileceğini akla getirmekte idi. Hastaya yapılan arteryel doppler USG'de dev popliteal arter anevrizması tespit edildi ve yapılacak operasyon ona göre planlandı.

Popliteal arter anevrizmalarında endovasküler yöntemler son yıllarda popüler hale gelmekle birlikte her merkezde yapılamaması nedeniyle konvansiyonel cerrahi halen en sık kullanılan yöntemdir. Teknik olarak yapılan hastalıklı segmentin proksimal ve distalinin bağlanarak çıkarılması veya yerinde bırakılması sonrası reverse safen ven ile bypass'tır. İki anatomik yaklaşım söz konusudur. Genellikle medial yaklaşım uygulanır. Çünkü inflow damarın hastalıklı olabileceği sebebiyle daha proksimaldeki femoral artere ulaşım kolaylığı, distalde krural damarlara ulaşım kolaylığı ve büyük safen venin çıkarılma kolaylığı nedeniyle medial yaklaşım tercih edilmektedir. Posterior yaklaşım ise eğer anevrizma popliteal fossa içinde ise tercih edilen bir yöntemdir (3). Olgumuzda anevrizmanın hemen dizüstü popliteal arterden başlaması ve fusiform şeklinde popliteal fossaya doğru uzanması nedeniyle medial yaklaşımla anevrizmanın proksimalde boynu

ligate edildi. Fakat distalde anevrizmanın popliteal fossaya uzanması nedeniyle dizaltından popliteal arter eksplore edilerek ligate edildi. Reverse safen ven ile bypass uygulandı. Anevrizma kesesinin tamamen çıkartılmamasının dezavantajı kollateraller aracılığı ile kese içine revaskülarizasyon olması ve takiplerinde genişleyerek rüptür riskinin olmasıdır (3). Bizim vakamızda kesenin tamamen tromboze olması nedeniyle böyle bir sorunun olmayacağı düşünüldü. Nitekim birinci yılın sonunda yapılan kontrol doppler USG'de kullanılan safen ven greftinin açık olduğu anevrizma kesesinde büyüme ve içinde akım olmadığı görüldü.

SONUÇ

Tromboze fuziform ekstremitte anevrizmaları akut arteryel oklüzyona neden olabilir ve özellikle atriyal fibrilasyonu olan senil hasta grubunda akut emboli ile karıştırılabilmektedir. Preoperatif dönemde arteryel doppler ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile etyolojinin ortaya konması yapılacak ameliyatın şeklinin belirlenmesinde önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. İnan B, Teker ME, Ay Y, Aydın C, Başel H, Zeybek R. Popliteal Arter Anevrizmalarında Cerrahi Tecrübelerimiz. Okmeydanı Tıp Dergisi 2013; 29: 89-93.
2. Wagenhcauser MU, Herma KB, Sagban TA, Duepper P, Schelzig H, Duran M. Long-termresults of open repair of popliteal artery aneurysm. Annals of Medicine and Surgery 2015; 4: 58-63.
3. Şırlak M, Özçınar E, Kaya B. Periferik Arter Anevrizmaları Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2008; 1: 48-68.
4. Pulli R, DorigoW, Troisi N, Innocenti AA. Surgical management of popliteal artery aneurysms: Which factors affect out comes? J Vasc Surg 2006; 43: 481-487.
5. Asif M, Salaman R, Sintler M, et al. Surgery of popliteal artery aneurysms: A 12-year experience. J Vasc Surg 2003; 37: 586-93.
6. Whitehouse WMJr, Wakefield TW, Graham LM, et al. Limb threatening potential of arterio sclerotic popliteal aneurysms. Surgery 1983; 93: 694-699.
7. Lowell RC, Gloviczki P, Hallett JW Jr, et al. Popliteal artery aneurysms: the risk of nonoperative management. Ann Vasc Surg 1994; 8: 14-23.
8. Roggo A, Brunner U, Ottinger LW, Largiader F. The continuing challenge of aneurysms of the popliteal artery. Surg Gynecol Obstet 1993; 177: 565-72.
9. Ahat E. Akut İskemik Bacakta Tedavi. Ateroskleroz; Koroner, Serebral, Periferik Arter Tutulumu Sempozyum Dizisi 2006; 52: 123-134.