

Periferik Arter Anevrizmaları

Muhip KANKO, Oktay BURMA, Hayati ÖZKAN, Ayhan ALİOSMAN

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Bursa

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde 1979-1996 yılları arasında periferik arter anevrizması tanısı konulmuş 78 olgu geriye dönük bir çalışma ile izlendi. Olguların 24'ünde (% 31) gerçek, 54 olguda (% 69) yalancı anevrizma saptandı. Periferik arter anevrizmalarının en sıklıkla femoral arterde bulunduğu gözlemlendi. Tüm olguların % 35'inde beraberinde kardiyovasküler hastalık ve hipertansiyon bulunuyordu.

Peripheral Arterial Aneurysms

Seventy-eight peripheral arterial aneurysms were evaluated retrospectively in this study between the years 1979-1996 that admitted to Uludağ University Medical faculty, Cardiovascular Surgery department. Fifty four false aneurysms (69 %) and 24 true aneurysms (31 %) were obtained. Femoral artery was the mostly affected artery. % 35 of the cases also had cardiovascular disease and hypertension.

GKDC Dergisi 1997; 5: 296-299

Giriş

Son dönemlerde yaşam süresinin uzaması nedeniyle periferik arter anevrizmalarına daha sık rastlanmaktadır. Bunun nedeni de aterosklerozun, anevrizmaların oluşumunda önemli bir etken olmasıdır. Ayrıca modern tanı metodlarının gelişmesi ile periferik arter anevrizması tanısının daha kolay konulabilmesi, sayılarının artmasına neden olmuştur.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde son 17 yıl içinde periferik arter anevrizması tanısı konularak tedavileri yapılmış 78 olgu geriye dönük bir çalışmayla izlendi. Olguların 62'si (% 79) erkek, 16'sı (% 21) kadındı. Tüm olgularda yaş ortalaması 46 idi.

Gerçek anevrizmalı olguların en küçüğü 4 yaşında, en büyüğü 82 yaşında olup ortalama yaş 47.8 iken; yalancı anevrizmalarda en küçük olgu 8, en büyük olgu 86 yaşında olup ortalama yaş 45.5 idi. Bayan olgularda 7 gerçek, 9 yalancı anevrizma saptanırken, erkek olgularda 17 gerçek, 45 yalancı anevrizma saptandı. Yalancı anevrizmaların 33'ü (% 61.1) alt ekstremitede, 21'i (% 38.9) üst ekstremitede görülüyordu. Gerçek anevrizmaların 19'u (% 79) alt ekstremitede, 5'i (% 21) üst ekstremitede görülmekteydi. Tüm anevrizmaların % 66'sı alt ekstremitede görülürken, alt ekstremitede en sık tutulan arter ise femoral arter (% 84) olarak bulundu. Üst ekstremitate arterlerinden en sık (% 47) brakial arterde anevrizma saptandı (Tablo 1).

* Bu çalışma, 1996 yılında yapılan IV. Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Femoral arterde görülen yalancı anevrizmaların 12 tanesi iyatrojenik iken, 20 olguda neden travma idi. Brakiyalde görülen yalancı anevrizmaların tümü travmatikti (Tablo 2). Femoral arterde görülen gerçek anevrizmaların 11 tanesi ateroskleroza bağlı iken, bir tanesinde tümoral infiltrasyona bağlı gerçek anevrizma saptandı. Femoral arterinde gerçek anevrizma olan bir olgumuzun ebeveynlerinden birisinde de anevrizma mevcuttu. Bu olgularımızdaki anevrizmanın konjenital olabileceğini düşündük. Popliteal arterde görülen gerçek anevrizmaların 5 tanesi ateroskleroz sonucu geliştiği halde, 2 olguda ekzofitik kemik lezyonları nedeniyle anevrizma gelişmişti.

Olgularımızın başvuru semptomları Tablo 3' te özetlenmiştir.

Tablo 1. Olgularımızda tesbit edilen anevrizmaların dağılımı.

Arter	Yalancı	Gerçek
Femoral	32	12
Popliteal	1	7
Karotis	1	-
Subklavian	3	2
Brakiyal	11	1
Radial	3	-
Ulnar	1	1
Fasiyal	2	-
Dijital	-	1
Toplam	54	24

Tablo 2. Yalancı anevrizmaların etyolojik dağılımı.

Etyoloji	Olgu sayısı
Travmatik	21 (% 39)
İatrojenik	33 (% 61)
• Damar artastomoz hattından	17
• Anjio vb kateterizasyon sonrası	6
• Dializ amaçlı girişimlerden sonra	6
• İnguinal herni operasyonu sonrası	1
• Embolektomi sonrası	2
• Radikal boyun diseksiyonundan sonra	1

Tablo 3. Olgularımızın başvuru semptomları

Semptomlar	Olgu sayısı
Periferik arter embolisi bulguları	40 (%51)
Etraf dokulara bası, ağrı	20 (%25)
Komşu vende tromboz	7 (%9)
Rüptür	3 (%5)
Semptomsuz	8 (%10)

Anevrizmalı 65 olguda (% 75) tanı metodu olarak anjiyografi kullanılırken, diğer olgularda fizik muayene ile tanı konuldu.

Olgular tanı konulduktan hemen sonra ameliyat edildiler. Yalancı anevrizmalı 25 olguda anevrizmanın tamiri primer olarak yapılırken, 15 olguda arter devamlılığı safen ven interpozisyonuyla sağlandı. Altı olguda safen patch-plasti ile diğer 6 olguda ise uygun safen ven greftinin olmaması nedeniyle arter devamlılığı sentetik greft ile sağlandı. Diğer iki olguda arter ligasyonu uygulandı.

Gerçek anevrizmalı olguların 2 tanesinde arter devamlılığı sentetik greft ile, 18 olguda safen ven interpozisyonu ile sağlandı. İki olguda arter ligasyonu uygulanırken iki olgu ise distal arterlerin yetersiz olması nedeniyle inoperabl olarak değerlendirildi. İzlenim süresince olgularda komplikasyon olmadı.

Tartışma

Periferik arter anevrizmaları yıllar önce çeşitli metodlarla tedavi edilirken, şimdi esas tedavi yöntemi cerrahi onarımdır (1). Son dönemlerde bypass ameliyatları ile arter devamlılığı sağlanmaktadır. Ayrıca genel durumu dolayısıyla inoperabl olarak kabul edilen hastalar son dönemlerde intraarteriel stent yerleştirilmesi alternatif bir tedavi şekli olarak takdim edilmektedir (2). Nadiren de anevrizmalar spontan olarak tromboze olurlar (3). Gerçek anevrizmaların en sık nedeni olarak ateroskleroz saptanmıştır (4). Tüm periferik arter anevrizmalarının oluşumunda aterosklerozun

yanında mikotik, sifilitik, travmatik, dissekan, enfektif anevrizmalar da bulunur (1). Behçet hastalığında da sık olarak periferik arter anevrizmalarına rastlanılır (5). Faggioli ve arkadaşlarının yaptığı histopatolojik çalışmada aterosklerotik orijinli anevrizmaların duvarında lenfomonoplazmositik hücre infiltrasyonu saptanmıştır (6).

Tanısal amaçlı kateterizasyonlardan sonra özellikle obes kişilerde sık olarak (% 64.3) yalancı anevrizma ortaya çıkmaktadır (4). Bizim tüm anevrizmalı olgularımızda bu oran % 7,5 (6/78) idi. Ayrıca arteriel rekonstrüktif ameliyatların komplikasyonu olarak yalancı anevrizmalar ortaya çıkmaktadırlar. Anastomoz hattından gelişen yalancı anevrizmalar endarterektomi yapılan hastalarda daha sıktır (7).

Periferik anevrizmalar tedavi edilmedikleri takdirde, arteriel tromboza neden olarak ekstremitayı ve hastanın hayatını tehdit ederler. Periferik anevrizmaların, torasik ve abdominal anevrizmalara göre rüptür şansı daha azdır. Rüptür olma olasılığı yaşlılarda daha fazladır (8).

Femoral arter anevrizmaları tüm periferik anevrizmalarının % 56' sını oluşturur. Femoral arterde en sık olarak yalancı anevrizmalara rastlanılır.

Femoral arter anevrizmalarının sınıflandırması şöyledir (9):

1. Arteriosklerotik gerçek anevrizmalar;
2. İyatronejik anevrizmalar; femoral anevrizmaların en yaygın nedenidir.

A) Direkt arter ponksiyonundan sonra oluşanlar; invaziv diagnostik ve tedaviye yönelik yöntemlerden (anjiyografi, PTCA vs.) sonra oluşanlardır. Serimizde 26 iyatrojenik nedenli femoral anevrizma mevcuttu.

B) Anastomoz anevrizması; bu anevrizma, greft ve arter duvarı arasından olan sızıntı veya

rüptüre olmuş anastomoz hattı sonucu oluşur. Femoral bölgedeki uç yan anastomozlarda daha çok anevrizma oluşmaktadır. Uç yan anastomozda, greft ve arterin birbiri üzerinde kaymasının anevrizma oluşumunda etkili olduğunu savunanlar vardır (10). Operasyonda kullanılan sütün materyalinin türü, bazı damarlara yapılan safen patch plastiler (carotis vs.) ve damar duvarının yapısı da anevrizma oluşumunda rol alan etkenlerdir. Post operatif devrede antikoagulan kullanmanın, damar greft kaynaşmasını önleyici bir faktör olduğunu iddia edenler vardır (11). Biz olgularımızda genellikle trombosit agregasyonunu önleyici ilaç kullanmaktayız.

Arteriel hipertansiyon erken dönemde kanama ve hematoma neden olarak greftin ayrılmasını sağlamaktadır (12).

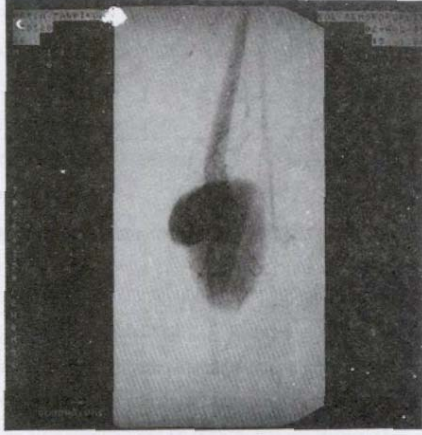
3. Femoral arter greft anastomozundan sonra oluşan aterosklerotik gerçek anevrizmalar; bu durumda anastomoz hattı intakt bulunurken, anastomozda veya anastomoz distalinde anevrizma gelişebilir. Bu rezidüel bir lezyon olabileceği gibi daha çok aterosklerozun ilerlemesi sonucudur veya daha önce anastomoz yakınında yapılan endarterektomi sonucunda olur. Bu durum yalancı anevrizmalarla karıştırılmamalıdır (13).

4. Uyuşturucu kullananlarda oluşan femoral anevrizmalar; femoral vene enjeksiyon sırasında enfekte olan femoral bölgede mikotik anevrizma gelişmektedir (14). Alt ekstremitede ikinci sıklıkta görülen popliteal anevrizmalar genellikle bilateraldir ve aortoiliak anevrizmalarla birlikte bulunurlar. Bizim saptadığımız üç olguda bilateral popliteal anevrizma bulunurken, iki olguda popliteal anevrizma ile birlikte abdominal aort anevrizması saptandı. Anevrizmaların gelişen komplikasyonları olguların yakınmalarını oluşturur (Venöz tromboz, etraf dokulara bası vs.).

Üst ekstremitte anevrizmaları

Üst ekstremitte anevrizmaları, alt ekstremitte anevrizmalarına göre daha nadirdir. Bir

çoğunu travmatik anevrizmalar oluşturur (Şekil 1). En sık brakial arter anevrizmalarına rastlanılır. Kliniğimizde anevrizma tanısı konulan olguların 26 tanesinde (% 34) üst ekstremitate anevrizması saptandı.



Resim 1. Bir olguda rastlanılan travmatik femoral arter anevrizması

Periferik anevrizmalarda arter sisteminin değişik yerlerine yerleşmiş başka anevrizmaların bulunması önemli bir özelliktir. Multipl anevrizmalarda önce proksimalde olanlar tedavi edilmelidir (14).

Sonuç

Periferik anevrizmalarda erken teşhis ve tedavi ekstremitenin kurtarılması ve hasta hayatının devamı için önemlidir. Anastomoz teknik ve materyallerinin gelişmesine rağmen, anevrizma sıklığının aynı şekilde devam etmesi, anevrizma oluşumunda bireysel faktörlerin etkisinin olduğunu gösterir. Ancak anevrizma oluşumuna katkıda bulunan bazı faktörler (hipertansiyon, sütür hattı kanamaları vs.) Önlenebilir faktörlerdir.

Yazışma adresi: Dr. Muhip Kanko, Devlet Hastanesi,
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Adapazarı
Tel: 0-264-275 10 10

Kaynaklar

1. Rudolphi D. An update on the peripheral pseudoaneurysm. J Vasc Nurs 1993; 113 (3): 67-70.
2. Althoff M, Schulte E, Rudofsky G. Occlusion of peripheral aneurysms by arterial stent implantation in inoperable patients -a methodologic alternative? VASA Suppl 1992; 35: 184-5.
3. Eichlisberger R, Frauchiger B, Schmitt H. Aneurysm spurium following arterial catheterization: Diagnosis and follow-up. Ultraschall Mde 1992; 13 (2): 54-8.
4. Trubel W, Staudacher M, Wolner E. Aneurysm spurium after iatrogenic arterial puncture-incidence, risk factors and surgical therapy. Wien Clin Wochenschr 1993; 105 (5): 139-43.
5. Corinier JM, Saliou C, Laurian C, Fichelle JM. Arterial aneurysms in Behçet's diseases, 4 cases. Presse Med 1993; 11; 22 (39): 1957-60.
6. Faggioli GL, Garguilo M, Bacchini P. Parietal inflammatory infiltrate in peripheral aneurysms of atherosclerotic origin. J Cardiovasc Surg May -1992; 33 (3): 331-36.
7. Bielli M, Duff C, Simmeri HP, Brunner U. False aneurysm in a vascular surgery patient population. Helv Chir Acta 1991; 57 (5): 765-9.
8. Graham AN, Wilson CM, Hood JM. Risk of rupture of postangiographic femoral false aneurysm. Br J Surgery 1992; 79 (10): 1022-5.
9. Rutherford B, Robert. Popliteal and femoral aneurysms (ed. Rutherford B.) WB Saunders Company, Philadelphia, Vol II: p 1103-1112,
10. Smith RF, Szilagyi DE. Healing complications with plastic arterial implants. Arch Syrg 1969; 82: 34-39.
11. Christensen RD, Bernatz PE. Anastomotic aneurysms involving the femoral artery. Mayo Clin Proc 1972; 47: 313-315.
12. Szilagyi DE, Smith RF et al. Anastomotic aneurysms after savcular reconstruction. surgery 1975; 78 (6): 800-803.
13. Haimovici H. Anastomotic Aneurysm in Vascular Surgery (ed: Haimovici H_ Appleton-Centry-Crofts, Norvvalk, 1984, p. 763.
14. Yellin A. Ruptured mycotic aneurysm, a complication of parenteral drug abuse. Arch Surg 1977; 112: 981-985.