

# Siyatik Sinire Bası Yapan İnfirior Gluteal Arter Anevrizması

Dr. Kasım Doğan, Dr. Şehsuvar Gökgez

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas

Gluteal arter anevrizması sık görülmez ve çoğu zaman pelvik travmalardan sonra meydana gelir. 57 yaşındaki kadın hastada siyatik sinire bası yapan inferior gluteal arter anevrizması, retroperitoneal olarak internal iliak arter bağlandıktan sonra sol kalçaya yapılan insizyonla anevrizma kitlesi çıkarılarak tedavi edildi.

GKD Cer. Derg. 1992;1: 135-137

## Pseudoaneurysm of the Inferior Gluteal Artery Presenting Sciatic Nerve Compression

Aneurysms of the gluteal artery are unusual, predominantly occur after pelvic trauma. An aneurysm of the inferior gluteal artery presenting sciatic nerve compression is reported in a 57-year old woman. The aneurysm was treated by retroperitoneal ligation of the internal gluteal artery and by removed mass of the aneurysm through an incision of the left buttock.

GKD Cer. Derg. 1992;1: 135-137

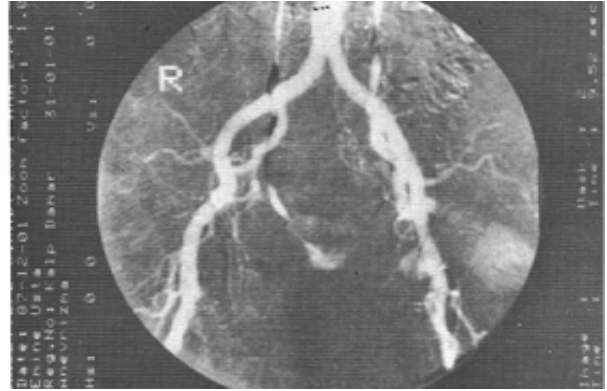
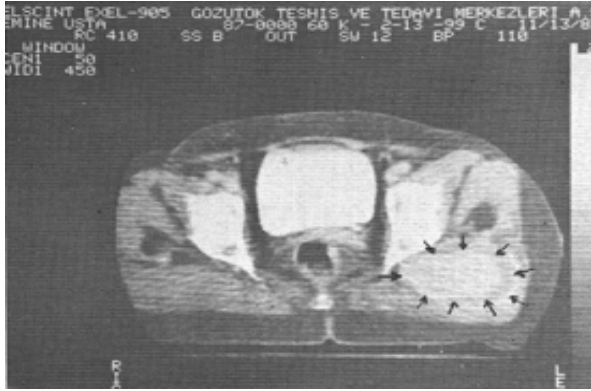
Bugüne kadar, ilki 1803 yılında William Stokes tarafından olmak üzere 99 gluteal anevrizması olgusu yayınlanmıştır<sup>(1-10)</sup>. İlk başarılı cerrahi tedavi ise 1898'de Battle tarafından yapılmıştır. Çoğunluğu majör pelvik travmalar sonucu meydana gelir ve daha çok gluteal bölgede kitle ve siyatik sinire bası semptomları (ve bulgular) vardır<sup>(1)</sup>.

57 yaşında kadın hasta, 2 yıldır sol kalçasında kitle ve sol bacağına yürümekle gelen ağrı şikayetleri ile başvurdu. Oturduğu zaman sol bacağına ağrı ve karıncalanma artıyormuş. Sigara kullanmıyor ve diyabet öyküsü yok. Travma konusunda yapılan ayrıntılı sorgulama 3-4 yıl önce sol kalçasına künt bir darbe hikayesinin olduğu öğrenildi.

Fizik muayenede kan basıncı 180/100 mmHg

olarak ölçüldü. Sol gluteal hemisfer sağdan daha genişti ve bütün hemisferde pulzasyon alınıyordu. Ancak üfürüm tespit edilmedi. Abdomen muayenesi normaldi ve sol femoral nabız sağa oranla zayıf olarak alınıyordu.

Hemogram, idrar analizi ve biyokimyasal inceleme sonuçları normal olarak değerlendirildi. Pelvik CT'de solda pelvis kemikleri ile yumuşak doku arasında içinde trombüs olan ve lümenine ait boyanma gösteren geniş anevrizma kitlesi görüldü (Şekil 1). Sol femoral yolla anjiyografi yapılmaya çalışıldı hastanın aşırı obes olması nedeniyle başarılı olunamadı. Başka bir merkezde yapılan Dijital Subtraction Anjiyografi(DSA) de sol inferior gluteal arterde ve common femoral arterde anevrizma tespit edildi (Şekil 2). Femoral arterdeki anevrizma, anjiyografi denemesi sonucu gelişen yalancı anevrizmaydı.



Hasta genel anestezi altında ameliyata alındı. Sırt üstü yatar pozisyonda, retroperitoneal olarak internal iliak arter bağlandı. Ameliyat sırasında yapılan kontrolde gluteal bölgedeki pulzasyonun kaybolduğu görüldü. Common femoral arterdeki anevrizma poşu boşaltıldı, arterdeki defekt primer olarak onarıldı. Ameliyat sonrasında gluteal bölgedeki kitle çok belirgin olarak küçüldü ve hastanın ağrı şikayeti azaldı. Ameliyat sonrası onuncu günde taburcu edildi. On ay sonra yapılan muayenede, siyatik sinir trasesinde mobil sert bir kitlenin olduğu ve otururken olan ağrı ve uyuşma şikayetinin de devam ettiği öğrenildi. Bunun üzerine hasta ikinci kere ameliyata alındı. Gluteal bölgede kitlenin üzerine yapılan transvers kesi ile gluteus maksimus kası, lifleri doğrultusunda ayrıldı ve arka duvarında siyatik sinirle komşu olan anevrizma kitlesi total olarak çıkarıldı. Anevrizma tamamen trombüze idi. Ameliyat sonrası hastanın bütün şikayetleri kayboldu.

## Tartışma

Hultborn ve Kjellamn 1963'te literatürden topladıkları 90 gluteal arter anevrizması olgusu yayınladılar<sup>(1)</sup>. Bu tarihten sonra yayınlanmış 9 olguya daha rastlandı<sup>(2,4,8,9,10)</sup>. Olguların çoğunda ancak dikkatli bir sorgulamada ortaya çıkan, önemsenmeyen pelvik bir travmanın var olduğu gözlemlendi. Gluteal arter anevrizmaları için de inferior gluteal arter anevrizmaları oldukça nadir görülmektedir. Superior gluteal arter, internal iliak arterin en geniş posterior dalıdır<sup>(4)</sup>.

Pyriformis kasının üzerinden ilerler sakroiliak eklem hemen altından siyatik çentikten pelvisi terk eder, sakroiliak eklemdeki bir ayrılma bu damarın yaralanması ile sonuçlanır<sup>(6)</sup>. Bu nedenle pelvis travmalarında, superior gluteal arter anevrizmaları, inferior gluteal arter anevrizmalarından daha sık görülür. Pelvik travma dışında iki olguda persistan siyatik arterde ateroskleroza<sup>(2,5,8)</sup> ve iki olguda ise iatrojenik nedenlere bağlı gelişen anevrizma tespit edilmiştir<sup>(1,3,4,6)</sup>.

Gluteal arter anevrizmalarında tipik semptom kalçada pulsatil veya nonpulsatil bir kitlenin varlığıdır. Anevrizma genişleyince siyatik sinire bası yapar ve buna ait semptom ve bulgular ortaya çıkar. Atipik siyatik olgularında, özellikle superior gluteal, pudental ve posterior kutoneus sinir basısı da varsa gluteal arter anevrizması akla gelmelidir. Bu bölgede nonpulsatil kitlelerde; piyojenik apse, tüberküloz apsisi, sarkoma, siyatik herni, higroma, lipoma ve ekinokok kistleri yönünden ayırıcı tanı yapılmalıdır<sup>(1)</sup>. Pelvik CT, magnetik rezonans, DSA ve konvansiyonel anjiyografi kesin tanıyı koydurur<sup>(7)</sup>.

Gluteal arter anevrizmasının ilk cerrahi tedavisi 1898'de Battle'nin yaptığı anevrizmorafidir<sup>(1)</sup>. Posteriordan direkt kitle üzerine yapılan müdahaleler çoğu zaman kontrol edilemeyen kanamalara ve sinir yaralanmalarına neden olabilir<sup>(8,9)</sup>. İdeal olan, pelvik yolla transperitoneal veya retroperitoneal olarak internal iliak arter kontrol altına alındıktan sonra posterior yaklaşımla endoanevrizmorafi yapılmasıdır. İliak arter ge-

çici olarak oklüde edilebilir veya sürekli bağlanabilir. Çoğu zaman geçici oklüzyondan sonra anevrizmorafi bitirilip internal iliak arterdeik klamp kaldırılınca kanama yeniden başlar ve tekrar dönülüp internal iliak arter bağlanmak zorunda kalınmaktadır<sup>(9)</sup>. Bu nedenle, bizimde uyguladığımız gibi internal iliak arterin bağlanması ve anevrizma kitlesinin daha sonra çıkarılması en ideal yöntem gibi görünmektedir<sup>(8)</sup>. Son yıllarda perkütan yolla, anevrizmayı besleyen damarın intraluminal oklüzyonu yapıldığı bildirilmektedir<sup>(4)</sup>. Bu daha uygun ve komplikasyon riski daha az bir teknik olabilir.

Cerrahi tedaviden önce, gluteal anevrizmalarda anjiyografi yapmak esastır. Anevrizma alt ekstremitayı besleyen persistent siyatik arterden kaynaklanabilir. Tedavi amacıyla bu arterin bağlanması ekstremitenin kaybına neden olabilir<sup>(4,5,7)</sup>. Bu olgularda tedavi, anevrizmanın çıkarılıp greft interpozisyonu veya anevrizmatik arterin bağlandıktan sonra bypass yapılması şeklinde olmalıdır.

Sonuç olarak gluteal bölgedeki kitleye anjiyografi ile kesin tanı konulmadan cerrahi müdahale yapılmamalıdır. Tercih edilecek yol anevrizmayı besleyen arterin intraluminal kapatılması veya internal iliak arter kontrol altına alındıktan sonra posterior yaklaşımla anevrizmorafi yapılmasıdır. Ancak bu anevrizmanın persisten siyatik arterden kaynaklanabileceği de unutulmamalıdır.

## Kaynaklar

1. Papadopoulos SM, McGillicuddy JE, Messina, LM: Pseudoaneurysm of the inferior gluteal artery presenting as sciatic nerve compression. 1989 Neurosurgery, 24:926.
2. Hossling KH, Szkandera J, Theron L: Pulsatile gluteal mass revealed as a false aneurysm of a persistent sciatic artery. 1988 S Afr Med J 73:245.
3. Hammami MN: An aneurysm of the superior gluteal artery presenting as buttock pain 6 months after a missed fracture of the acetabulum. 1981 Br J Surg 68:442.
4. Rankin RN, Youngson MB, McKenzio FN: Management of superior gluteal artery aneurysm by percutaneous balloon catheter occlusion: a case report. 1979 Surgery, 85:235.
5. Steele G, Richard JS, Riley J, Lindenbaum B: Pulsatile buttock masses: gluteal and persistent sciatic artery aneurysms. 1977 Surgery, 82:201.
6. Smith K, Ben-Menachem Y, Duke J, Hill GL: The superior gluteal: an artery at risk in blunt pelvic trauma. 1976 J Trauma 16:273.
7. Taylor DA, Fiore AS: Arteriography of a persistent primitive left sciatic artery with aneurysm: a case report. 1966 Radiology, 87:722.
8. Smyth NPD, Rizzoli HV, Ordman C W, Khoury JN, Chiocca JC: Gluteal aneurysm: case report. 1965 Arch Surg 91:1014.
9. Hultborn KA, Kjellman Th: Gluteal aneurysm: report of three cases and review of the literature. 1963 Acta Chir Scand 125:318.
10. Demetriades D, Rabinowitz B, Sofianos C: Gluteal artery aneurysms. 1988 Br J Surg 75:494.