

Ekstremitte İskemisi ve Venöz Tromboz Kliniği Gösteren Popliteal Arter Popliteal Artery Aneurysm with Limb Ischemia and Venous Thrombosis Symptoms

¹Nuray Altındeğer, ¹Abdullah Doğan, ¹Hilal Özlü, ²Fatih Şahin, ²Halil İbrahim Akdoğan

¹Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kalp ve Damar Cerrahisi
Anabilim Dalı, Tokat

²Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı,
Tokat

Yazışma Adresi:

**Uzm. Dr. Nuray
Altındeğer**
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Kalp ve Damar Cerrahisi
AD 60100
Tokat
Tel: +90 356 212 95
00/1270
Fax: +90 356 212 21 42
E-mail:
dr_nry2009@hotmail.com

Özet

Popliteal arter anevrizması kritik bacak iskemisi, ekstremitte kaybı ve mortaliteyle sonuçlanabilen ciddi bir hastalıktır. Elektif cerrahiye göre acil cerrahi gerektiren hastalardaki ameliyat sonrası sonuçlar daha kötüdür. Yazımızda kritik bacak iskemisi ve venöz tromboz kliniği ile hastanemize başvuran popliteal arter anevrizmalı hasta sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Popliteal arter anevrizması, kritik bacak iskemisi, venöz tromboz

Abstract

Popliteal artery aneurysm is a serious disease that may lead to critical limb ischemia, limb loss and mortality. Surgical results are poorer than those patients undergoing elective surgery for patients requiring emergency surgery. In this article, we presented a patient with popliteal artery aneurysm admitted to our hospital with critical limb ischemia and venous thrombosis symptoms.

Key words: Popliteal artery aneurysm, critical limb ischemia, venous thrombosis

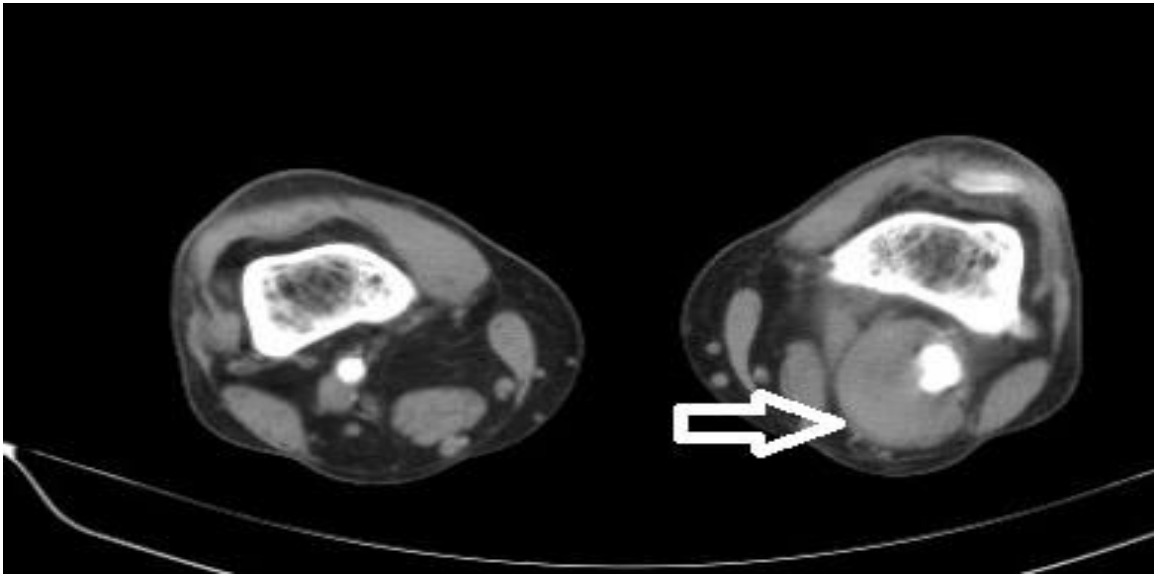
Giriş

Popliteal arter anevrizması (PAA); arter çapının 1,5 cm ve üzerinde olması olarak kabul edilmektedir. PAA'nın sıklığı %1'den az olmakla birlikte periferik arter anevrizmalarının en sık rastlanan formudur ve alt ekstremité anevrizmalarının %70'ni oluşturur. Asemptomatik seyreden PAA'da akut ekstremité iskemisi ilk klinik semptom olarak ortaya çıkabilir ve beraberinde venöz basıya bağı bulgular olabilir. Yazımızda kritik bacak iskemisi ve venöz tromboz kliniğı ile hastanemize başvuran popliteal arter anevrizması olan bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Yetmişüç yaşında erkek hasta acil servise sol bacakta ağrı, soğukluk ve morarma

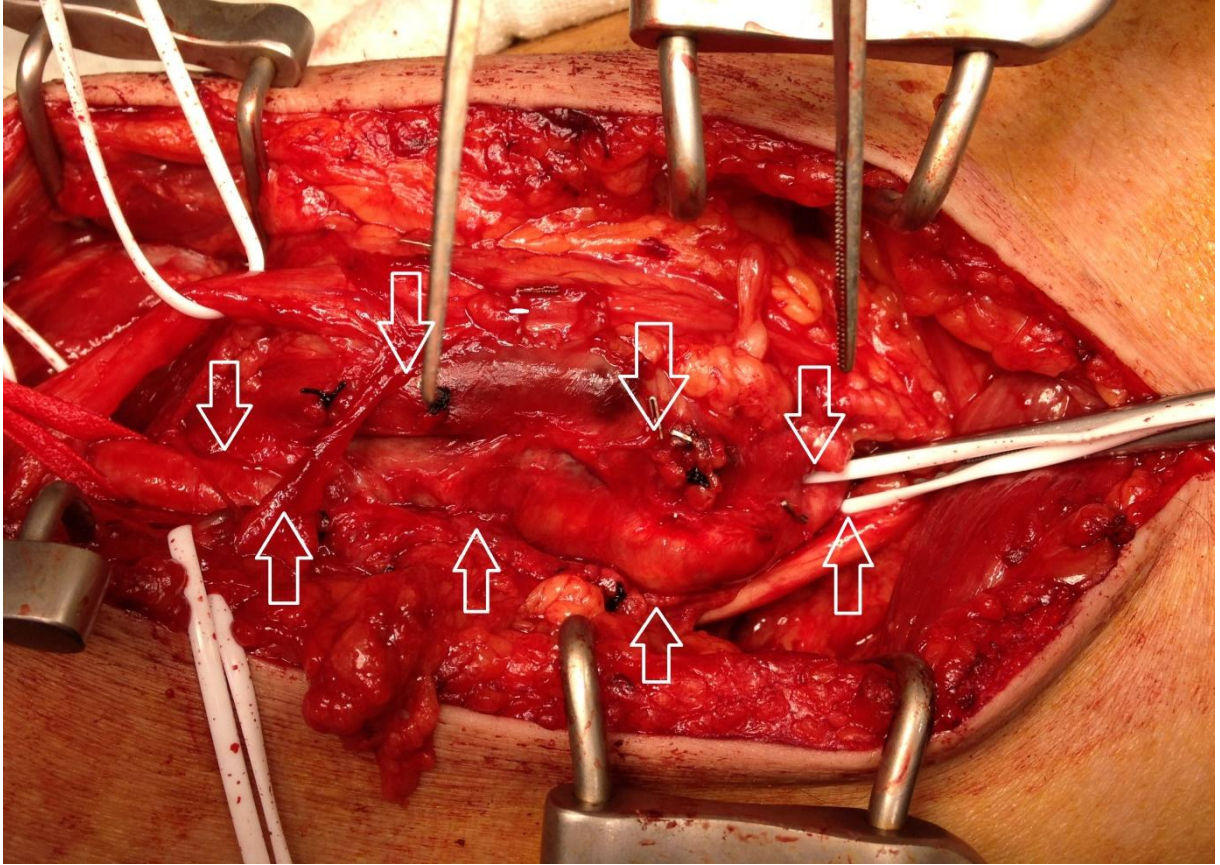
şikayetiyle başvurdu. Şikayetleri 4 gün öncesinde başlayan hastanın fizik muayenesinde sağ kruris orta kısımdan distali soğuk ve soluk idi. Kruris gergin, palpasyonla ağrılı ve Homans testi (+) idi. Motor defisit mevcut değildi. A. dorsalis pedis ve a. tibialis posterior palpe edilemedi. Popliteal fossada palpasyonla pulsatil kitle saptandı. Yapılan sağ alt ekstremité venöz doppler ultrasonografide popliteal vende trombüs görülmemekle birlikte akımın olmadığı tespit edildi. Bilateral alt ekstremité bilgisayarlı tomografi anjiyografide popliteal arterde yaklaşık 50 mmlik bir segmentte 41x48 mm çapında fusiform anevrizmatik genişleme saptandı (Resim 1). Anevrizma kesesinin tromboze ve trifikasyon arterlerinin segmenter olarak tıkalı olduğu görüldü.



Resim 1: BT anjiyografide popliteal arter anevrizmasının görünümü (Ok).

Kritik bacak iskemisi mevcut olması nedeniyle hasta acil operasyona alındı. Posterior yaklaşımla popliteal arter ve anevrizma eksplere edildi (Resim 2). Anevrizma kesesi açılarak mevcut trombüsler temizlendi. Popliteal arter distaline embolektomi uygulandı, az miktarda trombüs çıkarıldı. Karşı baktan

hazırlanan vena safena magna'nın çapının ve kalitesinin uygun olmaması nedeniyle greft olarak kullanılmadı. Anevrizmatik olmayan popliteal arterin proksimal ve distal segmentleri arasında 7 no PTFE ringli greft ile interpozisyon uygulandı (Resim 3).



Resim 2: Anevrizmanın intraoperatif görünümü (Beyaz oklar).



Resim 3:Popliteal artere greft ile interpozisyon

Operasyon sonrası distal nabızların alınamaması üzerine ayak bileği seviyesinden yapılan kesilerle a. tibialis posteriora embolektomi yapıldı. Taze trombüs çıkarıldı. Antegrad akım sağlandı. Anterior tibial arter eksplere edildiğinde sklerotik olduğu görüldü. Fogarty katateri proksimale gönderildi. Trombüs gelmemesine rağmen zayıf akım sağlandı. Katater distale ilerletilemedi. Postoperatif 1. günde anterior ve posterior tibial arterde nabız (+) idi. Takiplerinde metatars ortasına kadar ayağı sıcak olan hastanın bu seviyeden demarkasyon hattı oluşması nedeniyle amputasyon amaçlı ortopedi kliniğine devredildi.

Tartışma

Popliteal arter anevrizmaları (PAA), %0.1-2.8 görülme oranıyla en sık rastlanan

periferik arter anevrizmalarıdır (1). Bu bölgenin de kas dokusu yönünden zayıf olması ve dizin fleksiyon hareketi predispozan faktörler olarak düşünülmektedir (2). Popliteal arter anevrizmaları genellikle bilateraldir ve aortoiliak anevrizmalar ile birlikte görülebilmektedir (3).

En sık 6-7. dekatta ve erkeklerde (E/K:30/1) görülür. Etiyolojisinde yaşlı olan grupta aterosklerozis sorumlu iken, genç grupta; popliteal arter tuzak sendromu, kistik adventisyal dejenerasyon, osteokondrom ve künt travma sorumlu tutulmaktadır (2).

Olguların %55-60'ı semptomatiktir ve genellikle lokal ağrı, kronik ekstremitte iskemisi (%15), sinir ya da venöz sistem basısı (%4) ile karşımıza çıkabilir (4).

Tromboz, distal emboli ve rüptür gelişebilecek komplikasyonlardır (5). Bizim olgumuzda da bacak iskemisi ve venöz tromboz kliniği mevcut idi.

PAA ile ilişkili akut bacak iskemisi (ABİ) sıklıkla tibioperoneal arterlerin oklüzyonuna veya anevrizmanın kendisinin trombozuna bağlı olarak gelişir. Tüm PAA olgularının %17-46'sı bu klinik ile başvurur. ABİ gelişmiş hastaların %20-60'ında ekstremitte kaybı, %12'sinde ölüm gerçekleşir (6). Popliteal arter anevrizmaları arteriyel sistemdeki diğer anevrizmalarla birlikte görülebileceğinden dolayı kontralateral popliteal arter ve abdominal aortun ultrasonografiyle değerlendirilmesi gerekmektedir (7).

Semptomatik hastalarda PA çapına bakılmaksızın cerrahi endikasyon bulunmakla birlikte asemptomatik olgularda cerrahi endikasyon için kabul edilen sınır değer 2 cm'dir ve optimal tedavi seçenekleri tartışmalıdır (8). Bizim olgumuzda anevrizmanın çapı 41x48 mm olması ve hastanın semptomlarının olması nedeniyle hasta operasyona alındı.

Cerrahi tedavideki hedef, anevrizmayı izole ederek distal embolizasyondan korunmak ve anevrizma izolasyonu sonrası etkili revaskülarizasyon işleminin gerçekleştirilmesidir. En sık uygulanan cerrahi prosedür anevrizmanın izole edilip

devre dışı bırakılarak popliteal artere bypass veya interpozisyon yapılmasıdır (7). Bizim olgumuzda PTFE greft ile interpozisyon uygulandı.

Popliteal artere ve anevrizmaya yaklaşım posterior ve mediyal insizyonlarla yapılır. İki yöntemin de avantajları ve dezavantajları mevcuttur. Mediyl yaklaşımında erken dönem primer açıklık oranları daha iyidir. Posterior yaklaşımın avantajları ise daha kısa bir insizyon, anevrizmanın tamamen çıkarılması, kollateral dalların bağlanması, trifukasyon arterlerine erişimin daha kolay olmasıdır (6). Mediyl yaklaşımın dezavantajı, kollateral dallardan akım devam ettiği için rüptür riskinin olmasıdır (3). Posterior yaklaşımındaki problem ise insizyon bölgesi popliteal çukurda ve kıvrım yerinde olduğu için postoperatif dönemde ağrının daha fazla olması ve yara iyileşmesinin daha geç olmasıdır (9). Bizim olgumuzda anevrizmanın basısına bağlı gelişen venöz semptomları ortadan kaldırmak için anevrizmayı çıkartabilmek amacıyla posterior yaklaşım yapıldı.

Günümüzde popliteal arter anevrizmalarının cerrahi tedavisinde endovasküler tamir yöntemleri alternatif minimal invaziv yaklaşım olarak uygulanmaya başlanmıştır. Endovasküler yöntemin açık cerrahiye göre gösterilmiş tek avantajı daha kısa hastanede kalış

süresidir. Bu yöntemin dezavantajları ise; stent migrasyonu, endoleak, stenoz ve stentin kırılabilmesidir. En büyük sorun, müdahale edilen alanın diz eklemine anatomik yakınlığından dolayı uygun esneklikte bükülebilir greft gerektirmesidir (6,10).

Sonuç

Popliteal anevrizmalar, periferik arter anevrizmalarının en sık görüleni olmakla birlikte genel popülasyonda nadir görülmektedir. Klinik olarak hem venöz hem de arteryal sistemle ilgili bulgularla kendini belli edebileceğinden iyi bir fizik muayene ve radyolojik görüntüleme yöntemlerinin (renkli doppler ultrasonografi, bilgisayarlı tomografik anjiyografi) yapılarak erken tanı konup gerekli müdahalenin yapılması hayati önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Pulli R, Dorigo W, Troisi N, Innocenti AA, Pratesi G, Azas L, et al. Surgical management of popliteal artery aneurysms: which factors affect outcomes? *J Vasc Surg.* 2006; 43(3):481-7.
2. Kaya E, Doğancı S, Kadan M, et al. Dev Tromboze Popliteal Arter Anevrizması: Olgu sunumu. *Damar Cer Derg.* 2012;21(2):171-4
3. Sarıkaya S, Altaş Ö, Aksoy E, Kıralı K. Dev Femoro-Popliteal Arter Anevrizması: Olgu Sunumu. *Damar Cer Derg.* 2012;21(2):138-40
4. Robinson PW, Belkin M. Acute limb ischemia due to popliteal artery aneurysm: A continuing surgical challenge. *Semin Vasc Surg.* 2009;22:17- 24
5. Perdikides TP, Avgerinos E, Christianakis E, Fotis T, Chronopoulos A, Siafakas KX, et al. Bilateral giant femoropopliteal artery aneurysms: a case report. *J Med Case Rep.* 2008;2:114
6. Alur İ, Önem G, Alihanoğlu Yİ, Alşalaldehy M, Tanrısever GY. Blue Toe Sendromu ile Prezente Olan Bilateral Popliteal Arter Anevrizması: Olgu sunumu. *Damar Cer Derg.* 2015;24(1):75-8
7. Mataracı ve ark. Popliteal arter anevrizma tanısıyla cerrahi onarım uygulanan olgularda sonuçlarımız. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg.* 2009;17(3):173-178 173
8. Gülmen Ş, Kiriş İ, Doğan E, Etli M, Okutan H. İntraoperatif tanı konan tromboze popliteal arter anevrizması: olgu sunumu. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2012;19(3)/107-110.
9. Yüksel V, Hüseyin S, Alptekin GS, Canbaz S. Semptomatik popliteal arter anevrizmalarına posterior yaklaşım

deneyimlerimiz. Damar Cer Derg.
2013;22(2):189-92.

10. Davies RS, Wall M, Rai S, Simms MH,
Vohra RK, Bradbury AW, et al. Long

term results of surgical repair of
popliteal artery aneurysm. Eur J Vasc
Endo vasc Surg. 2007;34(6):714-8.

