

# Rüptüre Olmamış Dev İliyak Arter Anevrizması

## Unruptured Giant Iliac Artery Aneurysm

Hakan Parlar<sup>1</sup>, Serpil Mevriye Diler<sup>2</sup>, Doğu Fatih Geyik<sup>3</sup>, Halime Özbek<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kalp Ve Damar Cerrahisi Kliniği, Kocaeli

<sup>2</sup>Sakarya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kalp Ve Damar Cerrahisi Kliniği, Sakarya

<sup>3</sup>Kars Devlet Hastanesi, Anestezi Kliniği, Kars

### ÖZET

Kliniğimize sağ alt kadranda ve kasık ağrısının yanı sıra ele gelen kitle şikayeti ile başvuran 85 yaşında erkek hastada sağ ana iliak arteri tutan rüptüre olmamış dev anevrizma ve her iki ana femoral arteri tutan femoral arter anevrizmasının dacron greft ile cerrahi onarımını sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** İliyak Arter, Femoral Arter, Dev Anevrizma

### ABSTRACT

In this case report we reported that the patient who was 85-year-old man with pain in the right lower quadrant and groin, as well as presented with a complaint of a palpable mass. We performed surgical repair to the right common iliac artery and bilateral femoral artery aneurysms by using dacron graft.

**Key words:** Iliac Artery, Femoral Artery, Giant Aneurysm

### İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr.Hakan Parlar

Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Kocaeli, Türkiye

Tel: 05337183693 / E-Mail: parlar.hakan@yahoo.com

## GİRİŞ

İliyak arter anevrizmaları (İAA) oldukça nadirdir ve anevrizmal hastalıkların yaklaşık olarak %0.4 ile %2'si kadarını oluşturur. Asemptomatik olarak büyüyebilirler ve rüptür riski oldukça fazladır. İzole İAA ileri yaş hastalığıdır. Birçok seride ortalama yaşın 70 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık gözlenmektedir ki, farklı çalışmalarda bu oranın 5/1 ile 25/1 arasında değiştiği bildirilmiştir. Olguların yarısı asemptomatiktir ve bu durum tanıyı geciktirir(1). Semptomatik hastalarda başlıca; karın ağrısı, kladikasio, nörolojik ve genitoüriner yakınmalar görülür.

## OLGU

Yaklaşık 1 yıl önce sağ femur başı fraktürü sonrası geçirilmiş kalça protezi operasyonu ve eşlik eden Alzheimer Hastalığı olan 85 yaşında erkek hasta 2 haftadır devam eden sağ alt kadran ve kasık ağrısı şikayeti ile başvurduğu dış merkezde değerlendirilmiş, yapılan fizik muayenesinde ele gelen pulsatil kitle saptanması üzerine yapılan Doppler Ultrasonografisinde (DUSG) sağ ana femoral arter (CFA) çapı 3 cm olarak ölçülmüş ve hasta femoral arter anevrizması ön tanısı ile kliniğimize sevk edilmiştir.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde umblikus sağ alt komşuluğundan sağ inguinal bölgeye uzanan ve her iki inguinal bölgede ele gelen pulsatil kitle mevcuttu. Kalp ve akciğer oskültasyonunda aortik odakta 3/6 pansistolik üfürüm ve her iki akciğerde ronküsleri mevcuttu. Bilateral pedal nabazan elle palpabl olup EKG'de atriyal fibrilasyon, sol aks deviasyonu ve hipertrofi tespit edildi. Posteroanterior akciğer grafisinde bronşiyal vaskularizasyonda artış ve aortada ileri derecede kalsifikasyon mevcuttu. Hastada iliyak ve femoral arter anevrizması düşünülerek kontrastlı tomografi tetkiki yapıldı. Yapılan incelemede sağ ana iliyak arterin (CİA) terminal aortadan başlayarak 8

cm çapa ulaştığı ve sağ internal iliyak arterin (İİA) anevrizma kesesinin içinde olduğu görüldü. Sol CİA 3,5 cm, sol CFA 2,5 cm, sağ CFA 3 cm olarak ölçüldü.

Hastanın yapılan ekokardiyografisinde orta aort darlığı, hafif mitral darlığı, sol ventrikül hipertrofisi saptandı. Medikal tedavisi düzenlenerek elektif acil olarak operasyona alındı.

## CERRAHİ YÖNTEM

Hasta, entübasyonun getireceği ek morbidite göz önünde bulundurularak epidural anestezi altında operasyona alındı. Mediyen laparotomi ile batına ulaşıldı. (Resim-1)



Barsaklar sağ tarafa devrilerek retroperitona girildi. Terminal aorta ve anevrizma kesesi eksplore edildi. (Resim-2)

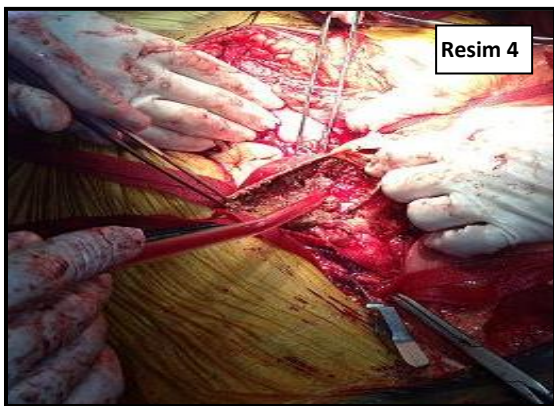


Terminal aortanın ileri derecede kalsifik olması nedeni ile inferiyör mezenterik arterin proksimalinden aorta serbestleştirilerek kros

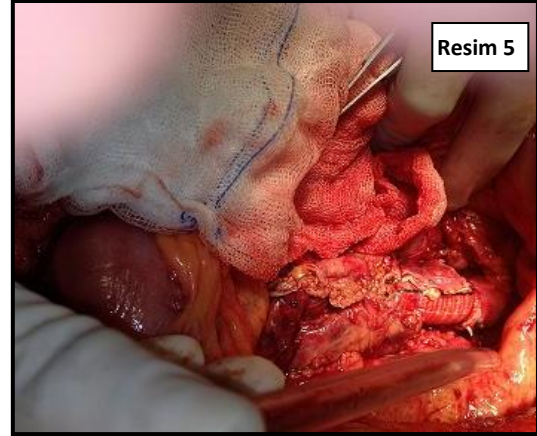
klemp yeri hazırlandı. Anevrizma kesesinin distali sağ İİA ile eksternal iliyak arter (EİA) bifurkasyonunu içine almaktaydı ve İİA ile EİA ayrı ayrı dönüldü. Sol CİA proksimalinin de anevrizmatik ve ileri derecede kalsifik olması nedeni ile sol CİA bifurkasyonun yaklaşık 2-3 cm distalinden dönüldü. Bilateral inguinal insizyon ile femoral arterler eksplere edildi. Sağ CFA'ın yüzeysel femoral arter – derin femoral arter (SFA-DFA) bifurkasyonunu içine alacak şekilde anevrizmatik olduğu görüldü (Resim-3).



200 IU/kg heparin iv. olarak uygulandıktan sonra aortik kros klemp kondu. Sol CİA ve sağ EİA ve İİA ligatüre edildi. Anevrizma kesesi açıldı ve kese içindeki debrisler temizlenerek yan dalların ostiumları sütüre edildi (Resim-4).



14-7 mm dacron pantolon greft proksimali aorta anastomoz edildi (Resim-5).



Greftin sağ distali sağ SFA'ya uç-uca anastomoz edilerek sağ DFA grefte uç-yan anastomoz edildi. Sol distal anastomoz sol CFA distal bifurkasyonuna uç-uca yapıldı. Anevrizma kesesi greft üzerine sarıldı. Kanama kontrolleri sonrasında katlar usulüne uygun kapatılarak hasta stabil halde yoğun bakım ünitesine alındı. Hastanın postoperatif takipleri yoğun bakım ünitesinde yapıldı. Hemodinamik açıdan stabil izlenen hastanın mevcut obstrüktif akciğer hastalığı nedeni ile yoğun bakım ünitesi takip süreci uzadı. Postoperatif 6. günde serebro-vasküler olay (SVO) gelişti. SVO sonrasında hasta entübe edildi, entübasyon sonrasında hasta postoperatif 7. günde kaybedildi.

#### TARTIŞMA

İliyak arter anevrizmalarının etyolojisinde en yaygın neden ateroskleroz olarak bilinir. Daha nadir olarak saptanan nedenler ise paraanastomotik psödo-anevrizmalar, penetran pelvik travma, iyatrojenik lezyonlar, bakteriyel enfeksiyonlar, Kawasaki Sendromu, Behçet Hastalığı, Fibromusküler Displazi, Takayasu Arteriti, Konnektif Doku Hastalıkları (Kistik Mediyal Nekroz, Marfan Sendromu, vs.) sayılabilir (2,3). Hastamızdan alınan spesimenin patoloji sonucu da aterosklerotik olarak değerlendirilmiştir. Son yıllarda yapılan elektif cerrahi ile ameliyat mortalitesi büyük ölçüde düşürülmüştür (1). Bu nedenle semptomatik olan ve 3,5 cm'den büyük çapta olan iliyak arter anevrizmaları vakit geçirilmeden tamir edilmelidir (2). 5 cm ve

üzerindeki anevrizmalarda rüptür riski %50'nin üzerinde olarak bildirilmektedir. Rüptüre bağlı acil ameliyat mortalitesi %33- 55 iken elektif ameliyat riski %0-11'dir (1). Anevrizmanın büyüklüğünden ziyade rüptüre olup olmaması mortaliteyi belirler. Sunduğumuz olgudaki 8 cm çaplı dev iliyak anevrizma semptomatik olarak rüptüre olmaksızın kliniğimizde tespit edilmiş olup elektif-acil olarak rezeke edilmiş ve yandaş kardiyak hastalığına rağmen hasta ameliyatı iyi tolere etmiştir. Postoperatif mortalite operasyondan ziyade yandaş hastalığa bağlı olarak gelişmiştir. Bunun yanı sıra özellikle daha önce aort anevrizması nedeni ile rekonstrüksiyon uygulanmış hastaların varlığı alternatif tedavi yöntemlerini gündeme getirmiştir. Bu alternatif tedaviler arasında proksimal veya distal anevrizma ligasyonu, koil embolizasyon ve endovasküler stent greft yerleştirme (EVAR) yöntemleri vardır (2). Birçok araştırma İAA için tedavi yaklaşımında endovasküler işlemlerin, açık cerrahiye göre kan kaybı, morbidite ve mortalite oranı daha düşük ve daha az invaziv bir işlem olduğu yönündedir. Ancak genel görüş, bu yöntemin uzun dönem sonuçlarının beklenmesi gerektiği ve henüz cerrahinin yerini tam olarak alamayacağı yönündedir (2,4). Cerrahi işlemlerin teknik başarısı oldukça yüz güldürücü olmasına rağmen komplikasyonları da hayli fazladır. Bunlar arasında; kanama, enfeksiyon, üreter yaralanması, distal embolizasyon ve alt ekstremitede iskemi sayılabilir (2). Vakamızda ise mortalite postoperatif 7. günde ortaya çıkan serebrovasküler olay sonrasında ortaya çıkmıştır.

Son 20 yılda endovasküler girişimlerdeki gelişmeler ile birlikte bu tedavi yöntemleri yaygın olarak kullanıma girmiş ve literatürde farklı yazarlar tarafından cerrahi tedavi yöntemi ile yapılan karşılaştırmaları yayınlanmıştır. Patel ve ark.'nın (5). 56 hastalık serisinde EVAR ile açık cerrahi yöntem karşılaştırılmış olup EVAR'ın cerrahiye göre

mortalite ve morbidite açısından daha avantajlı olduğu belirtilmiştir. Bu vakamızda cerrahi yüksek riskli olmakla birlikte hastanın semptomatik olması ve EVAR uygulanabilecek yakında bir merkez bulunmaması nedeni ile cerrahi müdahaleyi uygun bulduk. Özbudak ve ark.'nın (2) 23 hastalık serisinde EVAR sonrası mortalite görülmezken cerrahi mortalite %10 olarak izlenmiştir. Ferreira ve arkadaşlarının (6) 2010 yılında yayınlanan çalışmalarında EVAR ve cerrahi girişimin düşük mortalite ve morbidite ile yapılabileceğini bildirmiştir.

Literatür verilerinin ışığında yaptığımız değerlendirme günümüzde iliyak arter anevrizmalarının tedavisinin düşük mortalite ve morbidite ile başarılı bir şekilde yapılabileceği yönündedir. Bunun yanında; iliyak anevrizmalar ileri yaş hastalığı olarak görülmeleri nedeni ile postoperatif mortalite ve morbiditede yandaş hastalıkların etkisinin yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

#### KAYNAKLAR

1. Apaydın AZ, Apaydın M, Okur FF, Telli A. Isolated iliac artery aneurysm. Van Tıp Dergisi 2001;8(2): 71-2.
2. Özbudak E, Kanko M, Yavuz S, et al. Isolated iliac artery aneurysms: a comparison of surgical method and endovascular approaches. Turk Gogus Kalp Dama 2013;21(2): 317-24.
3. Atsuta Y, Inaba M, Goh K, et al. Isolated iliac artery aneurysm caused by fibromuscular dysplasia: report of a case. Surg Today 2003;33: 639-41.
4. Matsumoto K, Matsubara K, Watada S, et al. Surgical and endovascular procedures for treating isolated iliac artery aneurysms: ten-year experience. World J Surg 2004;28: 797-800.
5. Patel NV, Long GW, Cheema ZF, et al. Open vs. endovascular repair of isolated iliac artery aneurysms: A 12-year experience. J Vasc Surg 2009;49: 1147-53.
6. Ferreira J, Canedo A, Brandão D, et al. Isolated iliac artery aneurysms: six-year experience. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2010;10: 245-8.