

# Ciddi kas nekrozu yapmış dev yüzeysel femoral arter anevrizması: olgu sunumu

Adem Güler (\*), Mehmet Ali Şahin (\*), Artan Jahollari (\*), Celalettin Günay (\*), Ufuk Demirkılıç (\*), Harun Tatar (\*)

## ÖZET

Arteriyel yalancı anevrizmalar, travma, enfeksiyon, vaskülit, cerrahi veya invaziv girişimlere bağlı olarak meydana gelebilen patolojilerdir. Yalancı anevrizma arteriyel kan akımında tıkanıklık, enfeksiyon, lokal bası semptomları, distal emboli, dışa ve çevre dokulara kanama gibi potansiyel komplikasyonlara neden olabilecek özelliklere sahiptir. Bu olgu sunumunda travma sonrası gelişmiş, ancak tedavi edilmemiş dev yüzeysel femoral arter anevrizması sunulmuştur. Olgu dev anevrizma duvarının ciddi ve yaygın kas nekrozuna neden olması yönünden ilginç bulunmuş ve literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Anevrizma, femoral arter, nekroz, travma

## SUMMARY

### Giant superficial femoral artery aneurysm causing massive muscular necrosis: a case report

Arterial pseudoaneurysms are vascular pathologies caused mainly by vascular trauma, infection, vasculitis, surgery or other invasive medical interventions. Arterial pseudoaneurysms may cause mortal or morbid complications such as arterial occlusion, infection, local compression, distal embolization and bleeding to the external or internal surface. These complications may threaten the patient life. In this case report a huge pseudoaneurysm on the left superficial femoral artery which occurred after trauma will be presented. This case who had a huge aneurysm sac, compressing the surrounded muscles and caused massive muscular necrosis, will be discussed under literature knowledge.

**Key words:** Aneurysm, femoral artery, necrosis, trauma

## Giriş

Vasküler yaralanmalar tüm yaralanmaların %1-4'ünü oluşturur ve bu yaralanmaların %5-7'sinde psödoanevrizma gelişebilmektedir (1). Alt ekstremitte psödoanevrizmaları en fazla femoral arterde (%17) oluşmaktadır (1). Psödoanevrizma gelişiminde temel patoloji arter duvarı devamlılığının kaybolmasıdır. Psödoanevrizmalar doğal seyirleri sırasında rüptür, enfeksiyon, distal arteriyel emboli, komşu arter, ven, sinir, kemik ve kas yapılarına bası yaparak komplikasyonlara neden olabilir. Bu olgu sunumunda travma sonrası gelişmiş, ancak tedavi edilmemiş dev yüzeysel femoral arter anevrizması sunulmuştur. Olgu dev anevrizma duvarının ciddi ve yaygın kas nekrozuna neden olması yönünden ilginç bulunmuş ve literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

## Olgu Sunumu

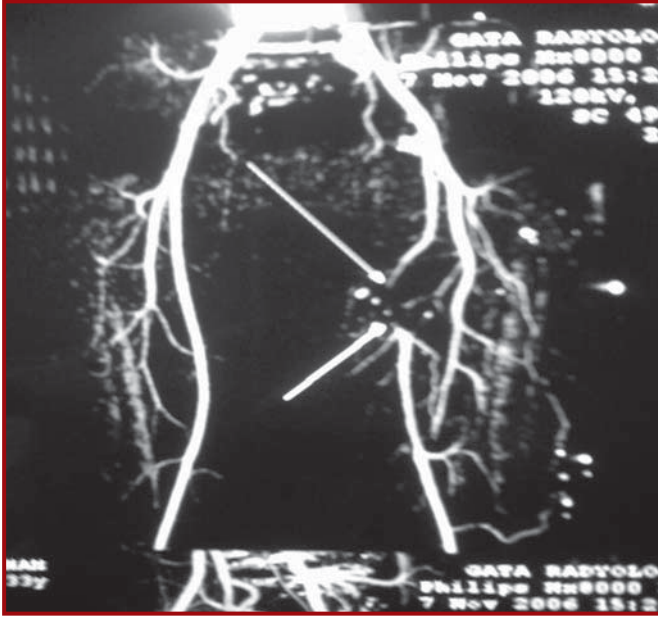
On iki yıl önce sol uyluk bölgesinden ateşli silah yaralanmasına maruz kalan ve sonrasında süperfişiyel femoral arter primer tamir ameliyatı uygulanan 33 yaşında erkek hasta, son 4 yıldır uyluk antero-mediyalinde giderek büyüyen ağrılı kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol antero-mediyal femoral bölgede sağa göre 4 cm çevre farkı vardı. Oskültasyonla sistolo-diyastolik üfürüm saptandı. Palpasyonda yumuşak kıvamlı, pulsatil kitle tespit edildi. Sol popliteal arter nabızı alınamazken, distal pedal nabızlar sağa göre zayıf palpabl olarak saptandı. Yapılan sol alt ekstremitte tomografik-anjiyografi de sol yüzeysel femoral arterin 5 cm distalinden başlayan, distale doğru 8 cm uzanım gösteren, en geniş yeri 10 cm olan, sol yüzeysel femoral vene, sartorius, abductor longus ve abductor magnus kaslarına bası yapan, heterojen kitle lezyonu görüldü (Şekil 1).

Dev anevrizma kitlesi ve bası bulguları saptanması üzerine ameliyat kararı alındı. Genel anestezi altında sol femoral arter üzerindeki psödoanevrizmaya ulaşıldı. Sartorius, abduktor longus ve magnus kasların

\*GATF Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

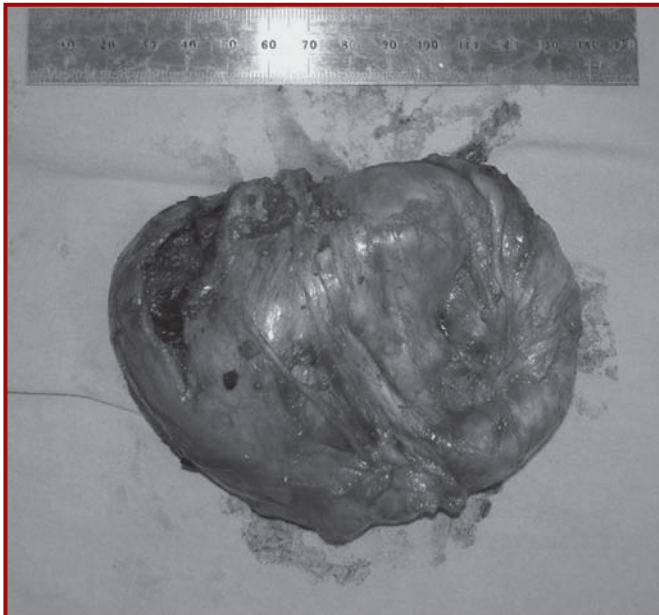
**Aynı basım isteği:** Dr. Adem Güler, GATF Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Etlik-06018, Ankara  
**E-mail:** drademguler@yahoo.com

**Makalenin geliş tarihi:** 01.12.2008 • **Kabul tarihi:** 12.02.2009

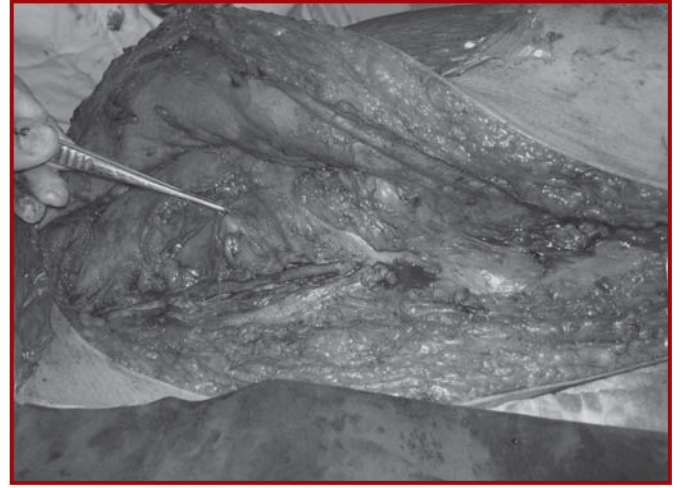


**Resim 1.** Sol süperfiyel femoral arterde anevrizma boyununun olduğu yerde arteriyel devamlılık kesilmektedir

bası sonucu masif nekroza uğradığı görüldü. Plastik Cerrahi Kliniği tarafından geniş kas rezeksiyonu ve miyoplasti uygulandı. Arterin sağlam proksimal ve distal kısımları kleplendikten sonra 12.5x9 cm ebatlarında olan psödoanevrizma rezeke edildi (Şekil 2) ve sağ alt ekstremiteden çıkarılan safen ven grefti interpoze edildi (Şekil 3). Postoperatif dönemde distal pedal nabızlar palpabl olarak saptandı. Takibinde komplikasyon gözlenmeyen hasta postoperatif 6. günde asetil salisilik asid 300 mg/gün şeklinde tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.



**Resim 2.** Çıkartılmış anevrizma kesesi



**Resim 3.** Yapılmış safen ven interpozisyonu ve yaygın kas debridmanlı cerrahi alan görülmektedir

### Tartışma

Psödoanevrizmalar çeşitli nedenlerle damar bütünlüğünün bozulması ve kanın damar dışına çıkarak etraf dokularla karşılaşmasıyla gelişmektedir (2). Arteriyel basıncın etkisiyle giderek genişleyen fibröz bir kapsül dış duvarını oluşturmaktadır. Damar duvarı devamlılığının bozulmasına neden olan arteriyel travma, enfeksiyon, vaskülit ve iyatrojenik sebepler psödoanevrizma oluşmasına neden olabilir. Etiyolojik olaydan saatler içerisinde ya da yıllar sonra gelişebilir. Olguya bu açıdan bakıldığında ilginç olan yanı ilk cerrahi tedavi sonrası anevrizma kesesinin giderek büyümesi ve yaygın kas nekrozuna yol açması olduğunu düşünüyoruz.

Psödoanevrizmaların kliniği lokalizasyon, büyüklük ve etiyojisine göre farklılık gösterir. Genelde asemptomatik olup, en önemli belirtileri ağrı ve kitle varlığıdır. Travmatik psödoanevrizma geliştiğinde etraftaki sinire ve vene bası yapabilir veya tromboze olup distal embolilere sebep olabilir (3). Bizim vakamızda yaygın kas nekrozu mevcuttu. Literatürde yaygın kas nekrozu ve yalancı anevrizma birlikteliği oldukça nadir görülmektedir (2-4).

Psödoanevrizma travmadan birkaç gün ile birkaç yıl sonra gelişebilir. Fizik muayenede kitle, hassasiyet, venöz bası veya arteriyel oklüzyon bulguları, palpasyonla thril ya da oskültasyonla üfürüm saptanabilir (4). Tanıda ultrasonografik görüntüleme çoğu zaman yeterli iken, cerrahi uygulanacak vakalarda vasküler yatağı ve etraftaki dokularla komşuluğunu daha iyi gösterebilen manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi (anjiyografi) gibi tetkikler güvenilir bilgiler sağlamaktadır.

Pseudoanevrizma gelişimi saptandığında, cerrahi endikasyon yanı sıra, istirahat ve klinik takiple anev-

rizma çapında kuölmeyle birlikte anevrizma kesesine kan geçişinin ortadan kalktığı da gösterilmiştir (5). Erken dönemde psödoanevrizma üzerine direkt bası (ultrasonografi probu ile görerek) uygulanarak anevrizma doluşu engellenebilir ve tromboz sağlanabilir (6).

Uygun vakalarda, özellikle iyatrojenik olanlarda, ilgili artere kateterle girilerek mikro koil embolizasyon veya psödoanevrizma kesesi içine ultrasonografi eşliğinde trombin enjekte edilerek damar duvarındaki geçiş engellenebilir (7,8). Olguda hem geç dönem olması, hem psödoanevrizma boynunun bası ile kapatılmaya müsait olmaması, hem de kas nekrozundan dolayı cerrahi yaklaşımın daha uygun olacağı düşünülerek invaziv yaklaşımlar tercih edilmedi. Bu vaka da olduğu gibi, özellikle büyük, semptomatik, travmatik ve ek müdahale yapılacak olgularda öncelikle cerrahi girişim düşünülmesi gerektiğine inanmaktayız. Bunun yanı sıra meydana gelebilecek komplikasyonların ciddi olabileceği düşünülerek cerrahi mümkün olduğunca erken yapılmalıdır. Genelde komplikasyonsuz postoperatif dönemin olması bu yaklaşım tarzını desteklemektedir (9). Olguda vastus medialis-te belirgin olmak üzere, adduktor longus ve adduktor magnus kaslarında çok yaygın kas nekrozu vardı. Bu bölgeler multidisipliner bir yaklaşımla plastik cerrahi ekibi ile birlikte nekrotik saha debride edilerek gerekli cerrahi işlem yapılmıştır.

Cerrahi girişimde en önemli husus lezyonun rezeksiyonu ve kan akışının restorasyonudur. Rezeksiyon fazla doku kaybına neden olmuyorsa ve psödoanevrizmanın giriş noktası belirgin ise primer tamir uygulanabilir (10,11). Eğer uç uca anastomoz veya primer tamir mümkün değilse, otolog veya sentetik greft interpoze edilebilir. Otojen greftler enfeksiyona karşı dirençli olması ve uzun açıklık oranı nedeniyle çoğu merkez tarafından ilk tercih edilen greftlerdir (12). Hastamızın genç yaşı ve kas nekrozu zemininde enfeksiyonun daha kolay gelişme olasılığı olması nedeniyle safen ven grefti tercih edildi.

Sonuç olarak psödoanevrizmalı olgular, meydana gelebilecek morbid komplikasyonlar göz önünde

bulundurulduğunda erken tanı ve tedavinin mutlak gerekli olduğu hasta grubudur. Bununla birlikte olgumuzda sunulduğu gibi geç kalmış, dev anevrizma kitlesi oluşmuş komplike olgularda vakit geçirilmeden multidisipliner cerrahi yaklaşımın daha iyi sonuçlar vereceği kanaatindeyiz.

### Kaynaklar

1. Süngün M, Us MH, Uak A, Güler A, Öztürk ÖY. İlizarov yöntemi uygulanan bir olguda oluşan iatrojenik femoral arter yalancı anevrizması. MN-Kardiyoloji Dergisi 2003; 10: 220-222.
2. Feliciano DV, Mattox KL. Traumatic aneurysms. In: Rutherford RB (ed). Vascular Surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1989: 996-1003.
3. Clark ET, Gewertz BL. Pseudoaneurysms. In: Rutherford RB (ed). Vascular Surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1995: 1153-1161.
4. Canbaz S. Periferik arter anevrizmaları. In: Duran E (ed). Kalp ve Damar Cerrahisi. İstanbul: apa Tıp Kitabevi, 2004: 783-798.
5. Kresowik TH, Khouny MD, Miller BV, et al. A prospective study of the incidence and natural history of femoral vascular complication after percutaneous transluminal coronary angioplasty. J Vasc Surg 1991; 13: 328-333.
6. Wollstein R, Wolf Y, Sklair-Levi M, Matan Y, London E, Nyska M. Obliteration of a late traumatic posterior tibial artery pseudoaneurysm by duplex compression. J Trauma 2000; 48: 1156-1158.
7. Perna LL, Olin JW, Goines D, Childs MB, Ouriel K. Ultrasound guided thrombin injection for the treatment of postcatheterisation pseudoaneurysms. Circulation 2000; 102: 2391-2395.
8. Nozawa M, Irimoto M, Maezawa K, Hirose T, Shitoto K, Kurosawa H. False aneurysm of the profunda femoris artery after total hip arthroplasty. J Arthroplasty 2000; 15: 671-674.
9. Davidovic L, Lotina S, Vojnovic B, et al. Post-traumatic AV fistulas and pseudoaneurysms. J Cardiovasc Surg (Torino) 1997; 38: 645-651.
10. Martin LC, Mc Kenney MG, Sosa JL, et al. Management of lower extremity arterial trauma. J Trauma 1994; 370: 591-598.
11. Shah DM, Corson JD, Karmaody AM, Fortune JB, Leather RP. Optimal management of tibial arterial trauma. J Trauma 1988; 28: 228-234.
12. Morrison WG. Pseudoaneurysm and penetrating trauma. Injury 1992; 23: 127-128.