

# OLGU 5

## Diz Altı Lezyonuna Girişim Olgusu

Tuğba AKTEMUR<sup>1</sup>

### Olgu Sunumu

61 yaş erkek hasta, kliniğimize sol ayakta ağrı ve yara şikayeti ile başvurdu. Ağrısının istirahatte olmadığını ancak 10 metre yürüdüğünde hemen başladığını ve bu şikayetin iki aydır arttığını belirtti. Hastanın özgeçmişini incelendiğinde, hipertansiyon ve diyabet hastalığı olduğu, bu hastalıklardan dolayı tedavi aldığı ancak etkin bir kan glukoz düzeyi sağlanamadığı ve 20 paket/yıl sigara içme öyküsü olduğu görüldü. 2019 yılında koroner by-pass operasyonu ve 2020 yılında sol femoro-popliteal by-pass operasyonu geçirdiği öğrenildi. Eylül 2020 tarihinde sol ayakta embolektomi yapıldığı ve kasım 2020 tarihinde ise greft trombozu nedeniyle hastane yatışı yapıldığı kaydedildi. Hastanın fizik muayenesinde genel durum iyi, şuur açık, sistemik kan basıncı değeri 120/80 mm hg ve elektrokardiyogramda sinüs ritmi ve sol anterior fasiküler blok izlendi. Sol ayak 3-4-5. Parmakta nekroz ve topukta açık yara görüldü. Distal nabızlar alınamadı.

### Klinik Değerlendirme ve Tanı

Dış merkezde yapılan alt ekstremité dopler ultrasonografisinde sol femoral superfisiel arterde ciddi darlık izlenmiş olup diz altında belirgin akım görülmemiştir. Yapılan alt ekstremité bilgisayarlı tomografi incelemesinde sol femoral superfisiel arterde ciddi darlık, sol posterior tibial arter oklude, sol peroneal arter proksimali oklude, sol tibialis anterior arteri ise dorsalis pedis arterini de vererek devamlılık göstermekte olduğu tespit edildi. Ciddi semptomatik perifer arter hastalığı ve ayakta acık ülserle yara olması nedeniyle hastaya periferik girişim planlandı. Antegrad yolla ana femoral arterden giriş yapıldı. Önce superfisiel femoral arterde darlık tespit edildi ve balon yapıldı. Ana femoral arterden destination sheath sol SFA orta bölgeye kadar ilerletildi. Antegrad yol ile lezyon gerilemedi. Daha son-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, tugbaktemur@gmail.com

## Ayırıcı Tanı ve Komplikasyonlar

Endovasküler girişimin esas komplikasyonları perforasyon ve bununla ilişkili kanamadır. Eğer perforasyon sahasından klavuz tel geçmiş ise, düşük basınçla balonu belli bir süre şişirmek kanamayı durduracaktır. Eğer klavuz tel lezyonu geçmemişse dışardan baskı yöntemleri ile kanama durdurulabilir. Ayırıcı tanıda akut emboli mutlaka düşünülmelidir. Semptomun ne zaman ortaya çıktığı, ayak ve bacak bölgesinde yara varlığı ya da yokluğu, arteriel akut iskemiye gösteren fizik bulgular mutlaka araştırılmalıdır (1,7).

**Tablo 2. Diz altı perifer arter hastalarında endovasküler girişim için kontraendikasyonla**

Medikal olarak stabil olmayan hastalar
Ekstemitede enfekte gangren ya da hayatı tehdit eden osteomyelit varlığı
Düzeltilemeyen kanama hastalıkları
Distal damarlar içinde ve ayağa doğru "run off" damarlarının olmayışı

### Özetle;

Diz altı perifer arter hastalığının en sık nedeni diyabettir. Dopler ultrason ve bilgisayarlı tomografi esas tanı yöntemini oluşturur. Risk faktörlerinin kontrolü ve tedavisi tedavinin ilk aşamasını oluşturur. Semptomatik perifer arter hastalarında tekli antiplatelet tedavi önerilmektedir. Eğer endovasküler girişim yapılmışsa ilk bir ay ikili antiplatelet tedavi, sonra tekli antiplatelet tedavi önerilmektedir. Kronik antikoagülan tedavi alan hastalarda ise endovasküler girişim sonrası ilk bir ay aspirin veya klopidogrel oral antikoagülan tedavi ile birlikte verilmelidir. Bir Aydan sonra ile oral antikoagülan tedavi yeterlidir. Antegrad yolla girişim en sık uygulanan girişim şekli olup dorsalis pedisten retrograd girişim de düşünülebilir.

## Kaynaklar

1. Aboyans V, Ricco JBo, Bartelink ML, et al. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS), *European Heart Journal*. 2018;39; 763-816.
2. Siracuse JJ, Gill HL, Cassidy SP, et al. Endovascular treatment of lesions in the below-knee popliteal artery. *J Vasc Surg*. 2014;60:356-61.
3. Olinic D, Tataru DA, Homorodean C, et al. Antithrombotic treatment in peripheral artery disease *Vasa*. 2018;47:99-108.

4. Lurie F. Toe pressure may be able to identify peripheral artery disease in patients with normal ankle-brachial index. *J Vasc Surg.* 2021;73:650-51.
5. Abraham P, Gu Y, Guo L, et al. Clinical application of transcutaneous oxygen pressure measurement during exercise. *Atherosclerosis.* 2018;276:117-23.
6. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2017;135:e686–e725
7. Tomoi Y, Soga Y, Iida O, et al. Efficacy of statin treatment after endovascular therapy for isolated below-the-knee disease in patients with critical limb ischemia. *Cardiovasc Interv Ther.* 2013;28:374-82.
8. Li Y, Esmail A, Donas K P, et al. Antegrade vs Crossover Femoral Artery Access in the Endovascular Treatment of Isolated Below-the-Knee Lesions in Patients With Critical Limb Ischemia. *J Endovasc Ther.* 2017;24:331-6.