

BÖLÜM 20

EKSTRAANATOMİK BAYPASLAR

Oruç Alper ONK¹

Tıkalı bir damarın distalinin cerrahi girişimle kanlandırılmasında kullanılacak greft nativ damar trasesini takip eder. Fakat damarın anatomik seyrine uygun yoldan greftin ilerletilmesine engel bir durum varlığında farklı bir anatomik yol takip edilebilir. Bu durumda yapılan işleme ekstra anatomik baypas adını vermek-teyiz. Planlanan cerrahi girişime uygun olmayan hastalarda günümüzde alternatif olarak endovasküler girişimlerde uygulanabilmekte ve bundan dolayı kullanımı azalmaktadır. Bu bölümde periferik arter hastalığında ekstrananatomik cerrahi girişimler tartışılacaktır. En sık femoro-femoral baypas ve aksillo femoral baypas uyulanmaktadır. Yaşam kalitesini sınırlayan klodikasyo yada ekstremitte canlılığının bozulduğu hastalarda alternatif bir yol mümkün değil yada hasta majör bir cerrahi için uygun değilse tercih edilebilir. Bu teknikler rutin tedavi değil özel durumlarda uygulanan , ekstremitte kurtarıcı cerrahi olarak kullanılmakta ve açık kalım oranlarının klasik cerrahiden farklı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Asendan-desendan aortik baypas, asendan-abdominal aort baypas, subklavyen arter –desendan aortik baypas,desendan-desendan aortik baypas, desendan-abdominal aortik baypas, obturator baypas gibi farklı ekstra anatomik baypas teknikleride mevcuttur.

FEMOROPOPLİTEAL BAYPAS

Tek taraflı iliak hastalığın ideal cerrahi tedavisi aortofemoral baypastır. Mükemmel uzun dönem patensi nedeniyle tercih edilen bu teknik her hasta için uygun olmayabilir. Abdominal aortta ileri derecede kalsifikasyon ve buna bağlı klemplemeye uygun olamaması, geçirilmiş abdominal cerrahi yada hastanın klinik durumunun major cerrahi operasyona uygun olamaması cerrahları farklı arayışlara

¹ Doç.Dr., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi AD., alperonk@hotmail.com

SONUÇ

Yüksek risk taşıyan hastalarda ekstremitte kurtarıcı olabilen, daha düşük mortalite ve morbidite ile yapılması nedeniyle ekstraanatomik baypas ameliyatları her zaman akılda tutulması gereken tekniklerdir. Fakat günümüzde gelişen intraoperatif teknikler ve yoğun bakım imkanları nedeniyle majör cerrahilerde daha düşük mortalite ve morbidite ile yapılmaktadır. Günden güne gelişen endovasküler tekniklerde ekstraanatomik baypasların uygulama sahasını iyice azaltmıştır. Unutulmaması gereken ekstraanatomik baypaslarda nispeten daha uzun greft kullanılması, greftin seyri esnasından fiziksel baskılara açık olması nedeniyle direkt arteriyel rekonstrüksiyonlara göre daha düşük patensi oranlarına sahiptir. (9). Aksillofemoral baypas için en olumlu sonuçlardan bazıları 1990'da Harris ve arkadaşları tarafından rapor edildi. %26'sında tıkaçıcı olmayan hastalık ve %20'sinde eşzamanlı çıkış rekonstrüksiyonu olan 76 hastadan oluşan bir grupta 4 yıl sonra %85'lik bir açıklık oranı elde ettiler (10). Passman ve meslektaşları tarafından sırasıyla %74 ve %89'luk benzer mükemmel 5 yıllık açıklık ve uzuv kurtarma oranları rapor edilmiş ve bu yazarlar, aksilobifemoral baypasın daha liberal bir uygulamasının garanti edildiği sonucuna varmalarına yol açmıştır. (11)Aksine Donaldson ve arkadaşları ise %29 gibi düşük bir açıklık oranı rapor etmişlerdir. (12),Tromboze olan aksillofemoral greftlere erken dönemde trombektomi uygulamak gerekir. Bu hastaların %25'inde trombektomi sonrası grefte uzun dönem açıklık sağlanmıştır (13). Sonuç olarak aksillobifemoral baypas ameliyatı klodiyasyon için değil ekstremitte kurtarma cerrahisi için uygulanmalıdır.Torakofemoral baypas için McCarthy ve meslektaşları 21 hastada 4 yıllık %100 açıklık oranına ulaşırken, Criado ve Keagy %83 6-8 yıllık ikincil greft açıklık oranı bildirmiştir. (14,15) Mevcut bilimsel veriler ışığında her hasta için en uygun tedavi protokolü belirlenmeli ve tedavisi ona göre düzenlenmelidir.

KAYNAKÇA

1. Vetto RM. The treatment of unilateral iliac artery obstruction with a transabdominal, subcutaneous, femorofemoral graft. *Surgery*. 1962;52:343-5.
2. Kahn SR, Julian JA, Kearon C, Gu CS, Cohen DJ, Magnuson EA, et al. Quality of life after pharmacomechanical catheter-directed thrombolysis for proximal deep venous thrombosis. *Journal of vascular surgery Venous and lymphatic disorders*. 2020;8 (1):8-23.e18.
3. Martin D, Katz SG. Axillofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *American journal of surgery*. 2000;180 (2):100-3.
4. Kalman PG. Thoracic aorta to femoral bypass: a useful expedient. *Seminars in vascular surgery*. 1994;7 (1):54-9.
5. Sebesta P, Stádler P, Sedivý P, Zdráhal P, El Samman K, Jindrák V, et al. [Radical operation of infected aortofemoral prosthesis using fresh arterial allograft: our mid-term experience]. *Rozh-*

ledy v chirurgii : mesicnik Ceskoslovenske chirurgicke spolecnosti. 2011;90 (1):4-13.

6. Fulton JJ, Farber MA, Marston WA, Mendes R, Mauro MA, Keagy BA. Endovascular stent-graft repair of pararenal and type IV thoracoabdominal aortic aneurysms with adjunctive visceral reconstruction. *Journal of vascular surgery.* 2005;41 (2):191-8.
7. McCarthy WJ, Mesh CL, McMillan WD, Flinn WR, Pearce WH, Yao JS. Descending thoracic aorta-to-femoral artery bypass: ten years' experience with a durable procedure. *Journal of vascular surgery.* 1993;17 (2):336-47; discussion 47-8.
8. Crawford JD, Scali ST, Giles KA, Back MR, Fatima J, Arnaoutakis DK, et al. Contemporary outcomes of thoracofemoral bypass. *Journal of vascular surgery.* 2019;69 (4):1150-9.e1.
9. Katsamouris AN, Giannoukas AD, Alamanos E, Karniadakis S, Petrakis I, Drositis I, et al. Experience with new techniques for extraanatomic arterial reconstruction of the lower limb. *Annals of vascular surgery.* 2000;14 (5):444-9.
10. Harris EJ, Jr., Taylor LM, Jr., McConnell DB, Moneta GL, Yeager RA, Porter JM. Clinical results of axillobifemoral bypass using externally supported polytetrafluoroethylene. *Journal of vascular surgery.* 1990;12 (4):416-20; discussion 20-1.
11. Passman MA, Taylor LM, Moneta GL, Edwards JM, Yeager RA, McConnell DB, et al. Comparison of axillofemoral and aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *Journal of vascular surgery.* 1996;23 (2):263-9; discussion 9-71.
12. Donaldson MC, Louras JC, Bucknam CA. Axillofemoral bypass: a tool with a limited role. *Journal of vascular surgery.* 1986;3 (5):757-63.
13. LoGerfo FW, Johnson WC, Corson JD, Vollman RW, Weisel RD, Davis RC, et al. A comparison of the late patency rates of axillobilateral femoral and axillounilateral femoral grafts. *Surgery.* 1977;81 (1):33-8; discussion 8-40.
14. McCarthy WJ, Mesh CL, McMillan WD, Flinn WR, Pearce WH, Yao JS. Descending thoracic aorta-to-femoral artery bypass: ten years' experience with a durable procedure. *Journal of vascular surgery.* 1993;17 (2):336-47; discussion 47-8.
15. Criado E, Keagy BA. Use of the descending thoracic aorta as an inflow source in aortoiliac reconstruction: indications and long-term results. *Annals of vascular surgery.* 1994;8 (1):38-47.