



Penetran Yaralanmaya Bağlı Geç Dönemde Oluşan ve Ciddi Klodikasyo ile Seyreden Dev Yüzeyel Femoral Arter Psödoanevrizmasının Açık Cerrahi ile Tedavisi

Alper Selim KOCAOĞLU ¹

GİRİŞ

Psödoanevrizma, arter duvarındaki bozulma sonucu damar içerisindeki kanın damar duvarı dışına çıkmak suretiyle oluşturduğu ve damar lümeni ile bağlantısı olan kitlesel yapılardır. En sık görülen nedenleri travma, periferik vasküler girişimler, intravenöz (IV) madde bağımlılığı, enfeksiyon, anastomoz hattında bozulmadır. Temel patoloji arter duvarındaki bozulma olmakla birlikte, gerçek arteriyel anevrizmalarda olduğu gibi arter duvarının tabakaları psödoanevrizmada bulunmaz. Vasküler yaralanmalarının %5-7'sinde psödoanevrizma gelişebilmekte ve alt ekstremitede görülen psödoanevrizmalar en fazla femoral arterde (%17) görülmektedir (1). Psödoanevrizmaların komplikasyonları arasında rüptür, enfeksiyon, distal arter embolisi, komşu venöz yapılara bası nedeniyle derin ven trombozu (DVT), komşu sinir basısı nedeniyle parestezi gibi durumlar görülebilir. Komplikasyon gelişmesini önlemek amacıyla semptomatik bir psödoanevrizma tespit edildiğinde ivedilikle tedavi edilmelidir. Tanı için fizik muayenede ele gelen pulsatil kitle, oskültasyonla üfürüm duyulması psödoanevrizma açısından yönlendirici olmakla birlikte en yaygın kullanılan ve en hızlı tanı yöntemi renkli doppler ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografik anjiyodur (BT anjiyo).

Özellikle penetran yaralanmalarda, yaralanma bölgesiyle damar yaralanmasının olduğu bölgenin her zaman paralellik göstermeyeceği unutulmamalıdır.

¹ Uzm. Dr., Eskişehir Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, dr.aselimkocaoglu@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2245-3775

onarım veya uç uca anastomoz mümkün değil ise otojen veya sentetik greft interpozisyonu uygulanabilir (15). Greft interpozisyonunda çoğu merkezde açıklık oranlarının daha yüksek olması nedeniyle otojen greftler sentetik greftlere tercih edilir (18). Olgumuzda arterde doku kaybı olmadığı ve arterdeki defekt uygun olduğu için primer onarım yapılmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak acil servise penetran travma nedeniyle yapılan başvurularda yaralanma bölgesi dikkatle değerlendirilmeli, yaralanma bölgesinin majör arteriyel yapılardan uzak olması nedeniyle arteriyel yaralanma olasılığı göz ardı edilmemeli, kapsamlı klinik ve radyolojik değerlendirmeler mutlaka yapılmalıdır. Bu değerlendirmeye cerrahi müdahale gereken hastaların zamanında tespiti sağlanır ve bu durumun tespiti mortalite ve morbiditenin önlenmesi için çok önemlidir. Arter yaralanması teşhisinin geç konulduğu durumlarda oluşan psödoanevrizmaların teşhisi sonrasında, özellikle bu olguda da olduğu gibi dev anevrizma kitlesi olan hastalarda erken cerrahi tedavi rüptüre bağlı mortalite ve arteriyel beslenme bozukluğuna bağlı morbidite risklerini azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Süngün M, Us MH, Uçak A, Güler A, Öztürk ÖY. İlizarov yöntemi uygulanan bir olguda oluşan iatrojenik femoral arter yalancı anevrizması. MN-Kardiyoloji Dergisi 2003; 10: 220-222.
2. Becit N, Ateş A, Özyazıcıoğlu A, Ceviz M, Yılmaz M. Periferik arteriyel psödoanevrizmalarda cerrahi tedavi. AÜTD 2001; 33: 43-46
3. Babu SC, Piccorelli GO, Shah PM, et al. Incidence and result of arterial complications among 16.350 patients undergoing cardiac catheterization. J Vase 1989; 10: 113-116
4. Skillman JJ, Ducksoo K, Bairn DS. Vascular complications of percutaneous femoral cardiac interventions-incidence and operative repair. Arch Surg 1988; 123: 1207-1212
5. Clark ET, Gewertz BL. Pseudoaneurysms. In: Rutherford RB (ed). Vascular Surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1995: 1153-1161.
6. Wollstein R, Wolf Y, Sklair-Levi M, Matan Y, London E, Nyska M. Obliteration of a late traumatic posterior tibial artery pseudoaneurysm by dublex 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. Kaya IÇ, Kaya FA. Radiation doses in endovascular revascularisation of lower-extremity arterial diseases. Cardiovasc J Afr 2022; 33: 1-5.
10. Peck JJ, Eastman AB, Bergan JJ, Sedwitz MM, Hoyt DB, McReynolds DG. Popliteal vascular trauma. A community experience. Arch Surg. 1990; 125: 1339-43.

11. Solak H, Yeniterzi M, Yksek T, Eren N, Ceran S, Gktoęan T. Injuries of the peripheral arteries and their surgical treatment. *Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 38: 96-8.
12. Cihan HB, Glcan , Hazar A, Trkz R. Periferik damar yaralanmaları. *Ulusal Travma Derg* 2001; 7: 113-6.
13. Diagnostic evaluation of extremity vascular injuries. *Surg Clin North Am* 1988; 68: 683-691.
14. Choudhary SK. Delayed presentation of superficial femoral artery pseudoaneurysm 45 years following gunshot injury. *Indian J Thorac Cardiovasc Surg.* 2020; 36: 526-529.
15. Güler A, şahin MA, Jahollari A, Günay C, Demirkılıç U, Tatar H. Ciddi kas nekrozu yapmış dev yüzeyel femoral arter anevrizması: olgu sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 259-261
16. Martin LC, Mc Kenney MG, Sosa JL, et al. Management of lower extremity arterial trauma. *J Trauma* 1994; 370: 591-598.
17. Shah DM, Corson JD, Karmaody AM, Fortune JB, Leather RP. Optimal management of tibial arterial trauma. *J Trauma* 1988; 28: 228-234.
18. Morrison WG. Pseudoaneurysm and penetrating trauma. *Injury* 1992; 23: 127-128.