

BEHÇET HASTALIKLI BİR VAKADA FEMORAL ARTER ANEVİRİZMASI

Dr. Orhan ÖZGÖZTAŞI (x)
Dr. Ahmet BAŞOĞLU (xx)
Dr. Mustafa PAÇ (xx)
Dr. Hikmet KOÇAK (xx)

ÖZET :

Bu yazıda, femoral arter anevrizması gelişen Behçetli bir hasta sunulmaktadır. Hastaya anevrizmektomi ve greft uygulandı. Ancak 6 ay sonra aynı yerde yeni bir anevrizma gelişti ve rüptüre oldu. Bacakta gangren gelişmesi nedeniyle hastaya dizaltı amputasyonu yapıldı. Behçetli hastalarda vasküler sistem tutulumları tartışılarak, ameliyat edilen vakaların postoperatif olarak çok yakından takip edilmeleri gerektiği sonucuna varıldı.

GİRİŞ :

Behçet hastalığı etyolojisi henüz kesin olarak bilinmeyen sistemik bir hastalıktır. Bütün doku ve organlar hastalığa iştirak edebilir Bütün sistemlerde hastalığın en önemli göstergesi esas patolojinin bir vaskülit olmasıdır(1). Vasküler sistem tutulması ciddi komplikasyonlara yol açar ve bu tip vakalarda ameliyat radikal bir çözüm değildir. Çünkü yapılan her müdahale yeni lezyonların oluşmasını stimüle etmektedir.

Bu maktelede femoral arter anevrizması nedeniyle ameliyat edilen ve ameliyat yerinde yeniden anevrizma gelişen behçetli bir hastayı sunuyoruz.

OLGU :

H.E. 35 yaşında erkek. Dört yıl önce kendisine behçet teşhisi konan ve kontrolümüzde olan hasta sol kasığındaki şişlik ve sol bacağına soğukluk şikayeti ile müracaat etti.

(x) Mareşal Çakmak Hastanesi Cildiye Uzmanı

(xx) Atatürk Üniv, Tıp Fakültesi GKDC Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri

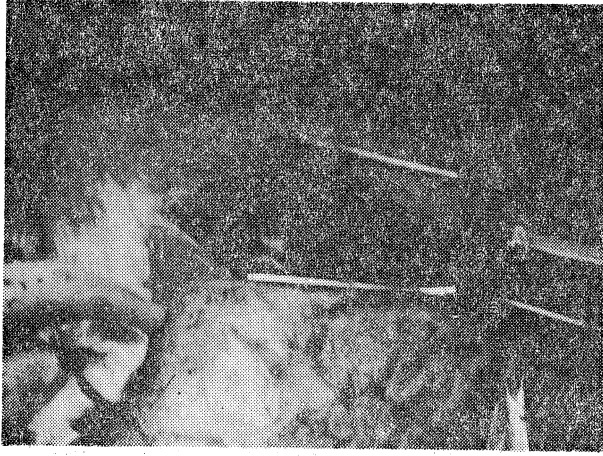
Not: Bu bildiri özet bildiri halinde 2-3 Haziran 1989'da Ankara Behçet Günleri Simpozyumunda takdim edilecektir.

Hastamız "komplet tipi" bir behçet hastası idi. Rekürrent aftöz ülserleri, genital ülserasyonu, gözde iridosikliti ve paterji pozitifliği vardı. Göz lezyonları görmesinde önemli derocede azalmaya sebep olmuştu. Hastamız son müracaatından evvel düzensiz olarak colchicine tedavisi görmekteydi.

Alınan anamnezinde: Bir ay evvel sol kasiğında bir şişlik farkettiğini, ancak bunu pek önemsemediğini ve 3-4 gün evvel şişliğin büyüdüğünü, sol bacağına ağrı ve soğukluk olduğunu ifade etti. Hastamız sigara ve alkol kullanmıyordu.

Fizik muayenede: Vital bulgular normaldi. Sol femoral bölgede 4x5 cm. ebadında pulsatil bir kitle tespit edildi. Popliteal ve pedal nabızlar normal, ancak sol ayak sağa göre daha soğukdu. Muhtemel bir vasküler patoloji yönünden damar cerrahisi konsultasyonu istendi. Damar cerrahları tarafından femoral arter anevrizması teşhisi konularak acilen ameliyat edilmesine karar verildi. Hastanın da kabülü üzerine anjiografi çekilmeksizin hasta ameliyata alındı.

Ameliyatın seyri: Yapılan femoral eksplorayonda. A. Femoralis Communisin anevrizmatik olduğu ve bunun profunda bifurkasyonunu da içine aldığı görüldü (Resim-1).

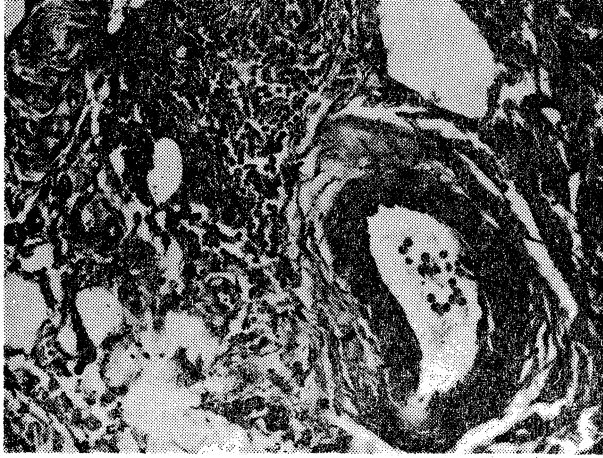


Resim-1: A. Femoralis anevrizması görülmektedir.

Daha ileri eksplorasyonda anevrizma arka duvarının rüptüre olduğu ve adale kompartmanları arasına tampon olduğu gözlemlendi. A. Femoralis communis ve bifurkasyonu 2 cm. distalden arteriyel yapı rezekce edildi. Kollateral ağzı transfiksiyon dikişlerle sütüre edildi. Gerek A. Femoralis Communis ve gerekse süperfisiyel ve profunda ağzlarının anastomoza müsait olduğu görüldü. 8 mm. PTFE greft A. Femoralis Communise 5/0 prolene ile kontinyu olarak anastomoze edildi. Distalde ise A. Femoralis ve profundanın median taraflarına insiz-

yon yapılarak birbirlerine anastomoz edildi. Alt sistemin çapı genişletilerek greftin alt ucuna end-to-end anastomoz yapıldı.

A. Femoralisten alınan biyopside histolojik kesitlerde damar duvarı ve çevresinde yoğun lenfosit ve plazma hücresi infiltrasyonu tespit edildi. (Patoloji raporu) "Behçet'e uyan vaskülit" idi (Resim-2).



Resim-2: Histolojik kesitlerde "vaskülit" görülmektedir.

Postoperatif problemi olmayan hasta ameliyatın 9.uncu günü taburcu edildi. Hastaya en azından her ay kontrole gelmesi öğütlendi. Ancak hasta 6 ay süreyle kontrole gelmedi. Altı ayın sonunda sol kasığında şişlik ve dizaltı gangreni ile tekrar müracaat etti. Bu tablonun 2 gün içinde geliştiği öğrenildi. Hastaya acilen sol femoral ligasyon ve dizaltı amputasyonu uygulandı.

TARTIŞMA :

Behçet hastalığı ilk defa 1927 yılında bir Türk dermatoloğu olan Hulusi Behçet tarafından üçlü semptom kompleksi (rekürrent oral ve genital ülserler ve hipopiyonlu iridosiklit) olarak tarif edilmiştir(2).

Daha sonra bu semptomlara "minor kriterler" diye adlandırılan diğer bulgular eklenince hastalık sistemik bir karakter kazanmıştır(3). Minor bulgular çoğunlukla nöksle ve genellikle şiddetli seyrederek, hatta bazen ölüme de yol açabilirler.

Minor bulgulardan birisi de vasküler lezyonlardır. Vasküler lezyonlar hastaların yaklaşık % 25-45'inde görülür. Lezyonlar hem venlerde hem de arterlerde ortaya çıkarlar. Ancak venöz sistem tutulması daha sık görülür(4,5).

Arteriyel patoloji trombotik (okluziv) veya anevrizmal şekilde ortaya çıkabilir(6,7). Çeşitli arterlerde (aorta, iliak, subclavian, renal, popliteal v.s) anevrizmalar görülebilir(8,9).

Anevrizmanın oluşması ve rüptüre olması Behçet hastalığının en ciddi komplikasyonu olup vakaların çoğunda ölümle sonuçlanır (10).

Anevrizma oluşması internal elastik laminanın enflamatuvar dejenerasyonu ve elastik liflerin distorsiyonuna bağlıdır(11).

Vakamızdaki gözlemlerimize dayanarak sonuç olarak şunları söyleyebiliriz:

Behçet hastalarında vasküler sistem hangi hekim tarafından olursa olsun mutlaka dikkatli şekilde muayene edilmelidir.

Hayatı tehdit etmeyen vasküler oklüzyonlu vakalarda mümkün olduğunca cerrahi müdahaleden kaçınmak ve konservatif tedavi uygulamak gerekir.

Mutlak ameliyat endikasyonu konup ameliyat edilen vakalar tekrar anevrizma gelişme riski açısından postoperatif olarak çok yakından takip edilmelidirler.

SUMMARY

A FEMORAL ARTERY ANEURYSM IN A PATIENT BEHÇET'S DISEASE

A rare case of femoral artery aneurysm in a patient with Behçet's disease is presented. Aneurysmectomy and greft-interposition was performed successfully. But six months later a new pseudoaneurysm developed and ruptured at the same site and the leg became gangrenic. So femoral artery ligation and below-knee amputation was necessary. Hence these patients should be monitored closely postoperatively.

KAYNAKLAR

- 1- James DG: Behçet's syndrome. N Engl J Med. 1979, 301: 431-432.
- 2- Behçet, H: Über rezidivierende, aphtöse, durch ein Virus verursachte Geshwüre am Mund, Um Auge und an den Genitalien. Dermatol Woshenschr. 1937, 105: 1152-1157.
- 3- Gürler A: Behçet hastalığında tanı kriterleri ve klinik gözlemler. Türkiye Klinikleri Mecmuası. 1985, 5: 5, 403-409,
- 4- Dündar S: Behçet hastalığında vasküler sistem. Türkiye Klinikleri Mecmuası. 1985, 5: 5, 435-438.
- 5- Müftüoğlu AÜ et al: Vascular involvement in Behçet's disease. International conference on Behçet's disease. 5-6 September, 1985. London. Abst. 63.

- 6- Chavatzas D: Popliteal artery thrombosis in Behçet's Syndrome. *Angiology*. 1974, 25: 773.
- 7- Oshima, Y, Shimizu T, Yokohari T et al: Clinical studies on Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 1963, 22: 36.
- 8- Jenkins AM, Machperson AIS, Nolan B, Housley E: Peripheral aneurysms in Behçet's disease. *Br J Surg*. 1976, 64: 199.
- 9- Little AG, Zarins CK: Abdominal aortic aneurysm and Behçet's disease. *Surgery*. 1982, 9(3): 359.
- 10- Shimizu T: Clinichopathological studies on Behçet's disease. *Proceedings of International Symposium on Behçet's disease*. 29-30 September, 1977, Istanbul. Abs. 9.
- 11- Shimizu T et al: Behçet's disease. *Semin Arthritis Rheum*. 1979, 8: 223.