

Adventisyel kistik hastalık: radyolojik tanı, cerrahi ve perkütan tedavi

Sergin Akpek, Erhan T. Ilgıt, Hasan Yerli, Koray Kılıç

S. Akpek (E), E. T. Ilgıt, H. Yerli, K. Kılıç
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik Anabilim
Dalı, 06510 Ankara

Adventisyel kistik hastalık (AKH) travma ve popliteal arter entrapment sendromu ile birlikte genç erişkinlerde görülen non aterosklerotik obstrüktif periferik arter hastalıklarından biridir. Nadir rastlanmakla birlikte görülme sıklığı değişik kaynaklarca 300-1200 intermitan klodikasyon olgusunda 1 olgu olarak bildirilmektedir (1,2). Erkeklerde daha sık görülmekte olup, kadın/erkek oranı 1/9 dur (3). Literatürde 1946'dan günümüze 200'ün üzerinde olgu bildirilmiştir. En sık (%85) popliteal arterde izlenirken iliyak, ana femoral ya da dirsek düzeyindeki arter ve ven duvarlarında da izlenmektedir (4,5).

Bu yazıda farklı tedavi yöntemleri kullanılan iki olguda popliteal arterde ciddi semptomatik stenoza neden olan AKH'nın tanı ve tedavi yöntemlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu bildirisi

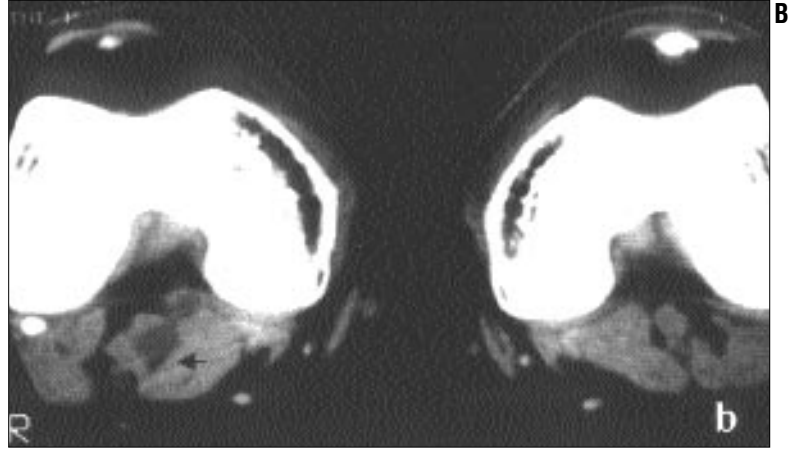
Olgu 1

43 yaşında erkek hastanın sağ bacakta krural düzeyde eforla özellikle merdiven çıkarken ortaya çıkan ağrı, uyuşma ve zaman zaman soğukluk hissi şikayetleri mevcuttu. Bu şikayetleri nedeni ile yapılan alt ekstremite anjiyografi incelemesinde popliteal arter P1 segmentinde düzgün lobule konturlu ekstrinsik basıya ait görünüm saptandı (Resim 1A). Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde sağ popliteal arter komşuluğunda düşük dansiteli kist ile uyumlu lezyon izlenmekteydi (Resim 1B). Cerrahi yolla popliteal arter segmental rezeksiyonu ve venöz greft uygulandıktan 1 ay sonra yapılan kontrol anjiyografisinde popliteal arter ve greftin açık olduğu görülmüyordu (Resim 1C). Cerrahi olarak çıkartılan arter segmentinin patolojik incelemesi damar duvarında özellikle media tabakasında kistik dejenerasyon şeklinde rapor edildi. Hasta üçüncü yıl kontrollerinde asemptomatik olması nedeni ile takipten çıkarıldı.

Olgu 2

46 yaşında erkek hastanın sol bacakta krural düzeyde yaklaşık iki aydır eforla ağrı ve uyuşma şikayetleri mevcuttu. Periferik nabızları her iki femoral ve popliteal düzeyde normaldi, ancak sol anterior ve posterior tibial nabızları alınamıyordu. Bu nedenle yapılan alt ekstremite anjiyografi incelemesinde popliteal arterde düzgün konturlu ekstrinsik basıya (Scimitar bulgusu) sekonder lümende %95 oranında stenoz mev-

4. Tıbbi Görüntüleme ve Girişimsel Radyoloji Kongresi'nde (26-31 Ekim 1999, Antalya) sunulmuştur.



Resim 1. Sağ popliteal arter proksimalinde lobüle keskin kenarlı ekstrinsik bası ile uyumlu görünüm (ok) (A). Aynı düzeyden yapılan bilgisayarlı tomografi incelemesinde popliteal arter komşuluğunda kistik lezyon (ok) mevcut (B). Cerrahi tedavi sonrası yapılan intravenöz sayısal çıkarım anjiyografisinde popliteal arter ve venöz greftin açık olduğu izleniyor (C).

cuttu (Resim 2A). Diğer vasküler yapılar tamamıyla normal görünümdeydi. Bilgisayarlı tomografik anjiyografi (Resim 2B) ve Doppler ultrasonografide (Resim 2C) damar duvarından köken alan ve lümeninde bası oluşturan kistik oluşum izleniyordu. Anjiyografik road-mapping eşliğinde 18 G Seldinger iğnesi kullanılarak kist aspirasyonu uygulandıktan sonra yapılan 1. ay kontrol anjiyografisinde lezyonun oluşturduğu basının tümüyle kaybolduğu izlendi (Resim 2D). Birinci yıl kontrolünde hasta semptomsuzdu ve distal nabızları bilateral simetrik şekilde palpe edilebilmekteydi.

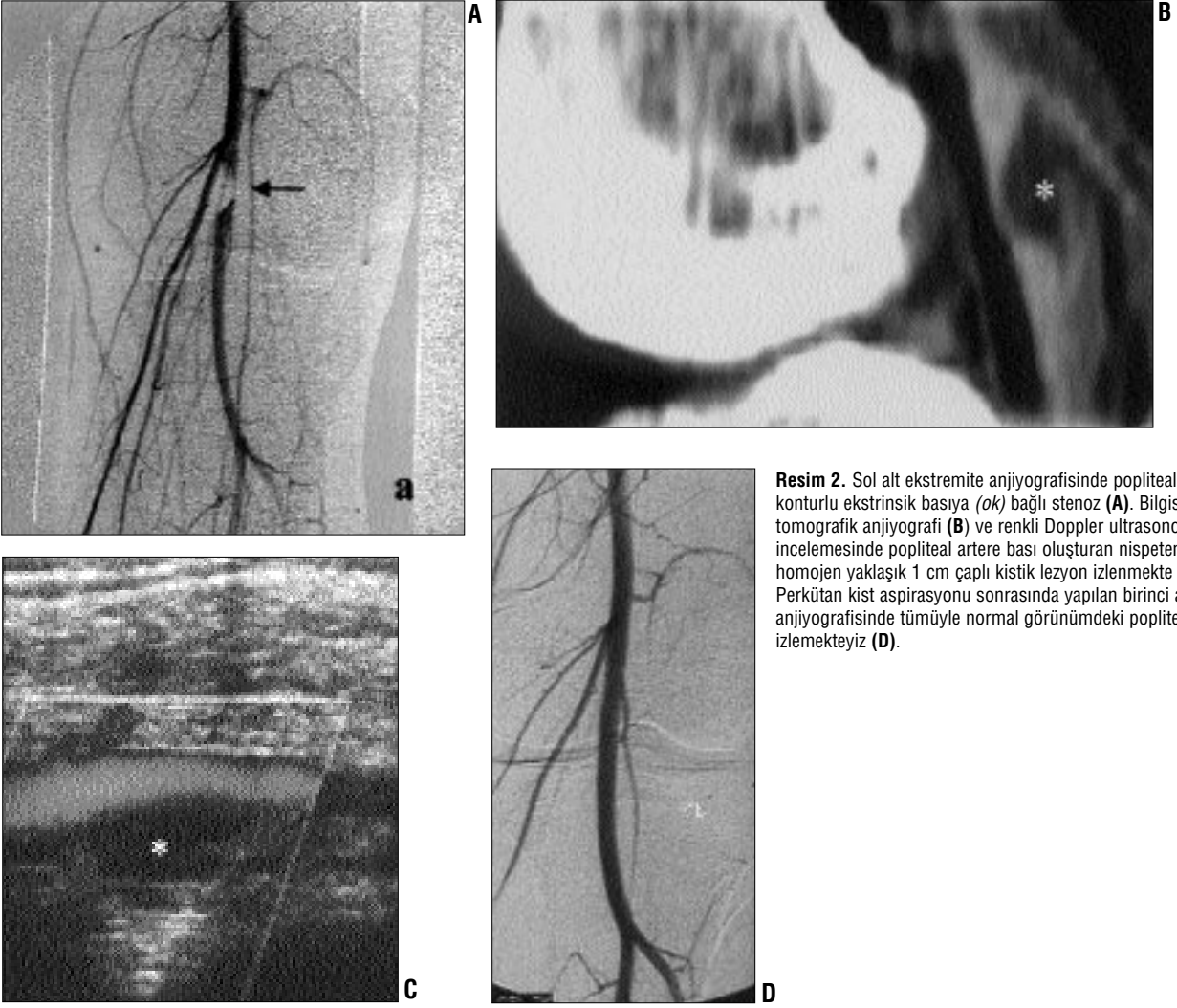
Tartışma

Genç ve orta yaşlı erişkinlerde non aterosklerotik klodikasyon sebepleri arasında Buerger hastalığı ile birlikte

nadir görülmele birlikte popliteal arter sıkışma sendromları ve AKH da akla gelmesi gereken patolojilerdir. Semptomatolojide, özellikle popliteal arterin etkilendiği olgularda, diz ekleminde fleksiyon gerektiren tipte egzersiz ile ortaya çıkan krural düzeyde ağrı ve diğer iskemi bulguları yer almaktadır. Lezyonlar histolojik olarak ince fibrokonnektif duvarlı mukoprotein ve mukopolisakkaritten zengin içerikli kistler olarak tanımlanmaktadır (6). Damar duvarının adventisya tabakası içinde ya da adventisya-media arasında yerleşen mukoid içerikli bu kistlerin lümenine yaptığı ekstrinsik bası sonucunda stenoz ya da tıkanıklık ortaya çıkmaktadır. Gelişim teorileri arasında embriyonik teori, travma ve sistemik nedenler tartışılmakla birlikte en çok kabul gören komşu eklem kapsülünden kaynaklanan damar du-

varındaki ektopik ganglionik doku olduğu yönündedir (7,8).

Tanı yöntemleri arasında ilk sırada tanı yer alan anjiyografide, etkilenen arter düzeyinde, düzgün konturlu, arter trasesinde deplasmana yol açmayan dıştan basının oluşturduğu stenoz tipiktir (Scimitar bulgusu). Ancak, oklüzyon durumlarında klasik görünüm kaybolabilir. Lezyon düzeyi dışındaki diğer arteriyel yapıların normal non-aterosklerotik görünümü önemli bir bulgudur. Anjiyografik görünüm önemli bulgular içermekle birlikte kesitsel görüntüleme yöntemleri kesin tanı için vazgeçilmezdir (9,10). Doppler ultrasonografi lümendeki akım engellenmesi ile birlikte kisti de ortaya koyabilmesi açısından önemlidir. BT ve BT anjiyografi lümen ile birlikte damar duvarı ve çevre yumuşak dokuların da değerlendirilebilmesi açısından



Resim 2. Sol alt ekstremitte anjiyografisinde popliteal arterde düzgün konturlu ekstrinsik basıya (ok) bağlı stenoz (A). Bilgisayarlı tomografik anjiyografi (B) ve renkli Doppler ultrasonografi (C) incelemesinde popliteal artere bası oluşturan nispeten yoğun içerikli homojen yaklaşık 1 cm çaplı kistik lezyon izlenmekte (asteriskler). Perkütan kist aspirasyonu sonrasında yapılan birinci ay kontrol anjiyografisinde tümüyle normal görünümdeki popliteal arteri izlemekteyiz (D).

aydınlatıcıdır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) parsiyel trombüs içeren füziform anevrizmal dilatasyonlar ile AKH ayrımı açısından faydalıdır. Ayırıcı tanıda yer alan popliteal entrapment sendromu ile popliteal fossa kistleri (Baker kisti) MRG ile ortaya koyulabilir.

Tedavi alternatifleri cerrahi ve perkütan girişimler şeklinde iki ana başlıkta toplanabilir. Etkilenen arterin patensi durumuna göre tedavi yöntemi değişmektedir. Patent stenotik arterlerde cerrahide kiste bağlı olarak damar duvarında ciddi bir incelmeye ya da defekt yok ise basit kistotomi ile işlem bitirilebilir. Aksi takdirde kisti içinde bulunduran damar segmentine rezeksiyon ve venöz “by-pass” uygulanmalıdır (1. olguda uygulanan tedavi yöntemi).

İkinci seçenek olan perkütan giri-

şimler görüntüleme yöntemleri eşliğinde kist içeriğinin aspirasyonu şeklinde uygulanmaktadır. Cerrahi yöntem göre özellikle de arteriyel rekonstrüksiyon gerektiren olgularda çok daha ucuz, kolay uygulanabilir ve hasta tarafından daha iyi tolere edilen mortalite ve morbiditesi düşük bir yöntemdir. Genellikle ultrasonografi ve daha az sıklıkla BT kılavuzluğu kullanılmaktadır. İkinci olguda kullandığımız anjiyografik “road-mapping” kılavuzluğu literatürde daha önce bildirilmemiştir. Bu yöntemin seçilmesi; lezyonun küçük boyutlu (1x1.5 cm) olması nedeni ile ultrasonografik ve BT kılavuzluğunun etkili olmaması ve maksimum magnifikasyon faktörü ile elde edilen anjiyografik “road-mapping” görüntülerinin lezyon lokalizasyonunu açıkça ortaya koyması nedeniyledir. Perkütan kist aspirasyon

yönteminde amaç sadece kist içeriğinin aspire edilmesi olmamalıdır. Zaten yoğun kist içeriği her zaman etkili bir aspirasyonu mümkün kılmamaktadır. Amaç aspirasyon ile birlikte ve belki de daha önemlisi kist duvar bütünlüğünün bozulması ve kist içeriğinin intraluminal basıncın etkisi ile çevre yumuşak dokuya yayılmasının sağlanmasıdır. Sunulan ikinci olguda da belirgin kist materyali aspire edilememekle birlikte kist duvarına uygulanan birden fazla girişim sonucunda ekstrinsik basıncın kaybolduğu izlenmiştir. Perkütan aspirasyon uygulanan olguların bir kısmında bildirilen rekürrens kist içeriğinin subtotal aspirasyonu ve kullanılan aspirasyon iğnesinin kalibrasyonuna bağlı olarak kist duvar bütünlüğünde yeterli bozulmanın olmamasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Do ve arkadaşları ta-

rafından 1997 yılında gerçekleştirilen çalışmada 14 G iğne kullanılarak ultrasonografi kılavuzluğunda yapılan altı perkütan aspirasyon olgusunun hiçbirinde rekürrens görülmemesi bu görüşü destekler niteliktedir (1). Oklüzyon saptanan olgularda kabul gören tedavi yöntemi rezeksiyon ve venöz by-pass olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak tam kesinleştiği takdirde perkütan kist aspirasyonu sonrasında tıkalı segment değişik yöntemler ile rekanalize edilerek perkütan anjiyoplasti uygulanabilir.

Sonuç olarak, genç erişkinlerde aterosklerozla bağlı olmadan ortaya çıkan tıkaçıcı arter hastalıklarının tanısında olası lümen dışı patolojileri ortaya ko-

yabilmeleri nedeni ile kesitsel görüntüleme yöntemleri anjiyografiye önemli katkı sağlamaktadır. Adventisyel kistik hastalık oldukça nadir görülmele birlikte ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken patolojilerdendir.

Tedavisine yönelik olarak klasik vasküler cerrahi yöntemlerin yanında görüntüleme yöntemleri kılavuzluğunda lümen bası oluşturan kistin aspirasyonu da kolay uygulanabilir bir yöntem olarak ortaya çıkmaktadır.

CASE REPORT: ADVENTITIAL CYSTIC DISEASE: DIAGNOSIS AND VARIOUS TREATMENT ALTERNATIVES

Adventitial cystic disease of the popliteal artery is a rare condition that may cause limb ischemia. The recommended treatment has been cyst removal with or without using vascular grafts. Recently, percutaneous aspiration has become a popular alternative treatment method. Ultrasound and computed tomography are the two imaging modalities reported for guidance. In this report two successful attempts of treatment in two different cases are discussed. Angiographic road-map guidance is used in the case treated by percutaneous aspiration.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2002; 8:122-125

Kaynaklar

1. Do D, Braunschweig M, Baumgartner I, Furrer M, Mahler F. Adventitial cystic disease of the popliteal artery: percutaneous US-guided aspiration. *Radiology* 1997; 203:743-746.
2. Miller A, Salenius JP, Sacks B, Gupta S, Shoukimas GM. Noninvasive vascular imaging in the diagnosis and treatment of adventitial cystic disease of the popliteal artery. *J Vasc Surg* 1997; 26:715-720.
3. Schraeverus P, Dulieu J, Mailleux P, Coulier B. Cystic adventitial disease of the popliteal vein: report of a case. *Acta Chir Belg* 1997; 97:90-92.
4. Ishikawa K. Cystic adventitial disease of the popliteal artery and of other stem vessels in the extremities. *Jpn Surg* 1987; 17:221-229.
5. Paty PSK, Kaufman JL, Koslow AR, et al. Adventitial cystic disease of the femoral vein: a case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 1992; 15:214-217.
6. Sys J, Michielsen J, Bleyn J, Martens M. Adventitial cystic disease of the popliteal artery in a triathlete. *Am J Sports Medicine* 1997; 25:854-857.
7. Leu HJ, Largiader J, Odermatt B. Pathogenesis of the so-called cystic adventitial degeneration of peripheral blood vessels. *Virchows Arch* 1984; 404:289-300.
8. Di Marzo L, Rocca CD, D'Amati G, et al. Cystic adventitial degeneration of the popliteal artery: lectin-histochemical study. *Eur J Vasc Surg* 1994;8:16-19.
9. Ricci P, Panzetti C, Mastantuono M, et al. Cross-sectional imaging in a case of adventitial cystic disease of the popliteal artery. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1999; 22:71-74.
10. Bereggi JP, Djabbari MD, Desmoucelle F, et al. Popliteal vascular disease: evaluation with spiral CT angiography. *Radiology* 1997; 203:477-483.