

## İLİAK VEN YARALANMASI: İKİ OLGUNUN BİLDİRİLMESİ

## ILIAC VEIN INJURY: THE REPORT OF TWO CASES

Dr.Feza EKİZ Dr.Gürsel SOYBİR Dr.Ferda KÖKSOY

**SUMMARY:** *Injuries of iliac veins are uncommon but, frequently fatal. They are usually occurred after penetrating injuries. Two patients who have iliac vein injury were treated by the ligation of veins. Of these two patients, first one had no complication but, severe edema developed in the second one after the operation and adjunctive fasciotomy was used. Both of the patients did not have permanent edema. Although venos repair is often recommended, ligation in extensive injures may be necessary, and is usually well tolerated in young, previously healthy individuals.*

**Key Words:** *Iliac Ven, Injury.*

Venöz yaralanmaların mekanizması arter yaralanmalarındaki mekanizmanın aynısıdır. Venler sıklıkla künt travmalardan çok penetran travmalar sonrası yaralanır. Major ven yaralanmalarının mortalitesi % 30-60 arasında değişmektedir. (1) Venöz yaralanmalar sonrasında ortaya çıkan komplikasyonlar kanama, trombüs gelişmesi ve iskemidir. Bunlara ek olarak transfüzyon reaksiyonları ve kanama pıhtılaşma sorunları da mevcuttur. (1) İki olgu nedeniyle olayı tartışmayı uygun bulduk.

**MATERYAL-METOT**

Mayıs 1996 tarihi ile Temmuz 1997 tarihleri arasında 25 ve 43 yaşlarında iki erkek hasta iliak ven yaralanması nedeniyle hastanemizde tedavi edildi. Her iki hasta da hastanemize bıçıklanma ifadesiyle getirildi. Hastalardan daha genç olanda sadece sol vena iliaca externa yaralanması saptandı ve ven bağlandı. Diğerinde ise ileum, sigmoid kolon, sol üreter ve sol vena iliaca externa yaralanması saptandı. İleorafi, sigmoidorafi, üreterin katater üzerinden tamiri gerçekleştirildi ve sol vena iliaca externa bağlandı. Ameliyat sonrası her iki hastaya da sıkı yatak istirahati, bacak elevasyonu uygulandı.

**BULGULAR**

Yalnız iliak ven yaralanması olan hastada komplikasyon görülmez iken diğer hastada hemen ameliyat sonrası ba-

cakta şiddetli ödem gelişti ve fasiotomi uygulandı. İlk hasta ameliyatın haftasında, ikinci hasta yirminci gününde taburcu edildi ve bacakta ödeme rastlanmadı. Taburcu edildikten sonraki takiplerinde her iki hastada da ödem gözlenmedi.

**TARTIŞMA**

Ameliyat sırasında karşı karşıya kalınan en önemli sorun ve mortalitenin yüksek olmasının nedeni kontrol edilemeyen kanamadır. (2,3,8) Major venlerin tamirinden sonra ortaya çıkan en önemli sorun ise trombüs oluşumudur. (1) Ven yaralanmalarından sonra suture hattı üzerinde oluşan trombüsler eğer ven duvarına sıkıca yapışmış ise sorun değildir. (1) Ancak trombüs ven duvarına sıkıca yapışmaz ise pulmoner emboli gibi hayatı tehdit eden bir komplikasyon oluşabilir.

Timberlake ve Kerstein 322 ven yaralanması bulunan serilerinde vena cava inferior, iliak, femoral, popliteal, bacak ve kol izole ven yaralanması olan 54 hastada ven ligasyonu uyguladıklarını ve hiçbir hastada kalıcı sekel oluşmadığını ancak 29 hastada geçici ekstremité ödemi oluştuğunu bildirmişlerdir. (4)

Sharma ve arkadaşları 163 hastada müdahale ettikleri 191 major ven yaralanmasından hermodinamiği bozuk olan 64 vakada ven ligasyonu, hemodinamiği iyi olan 105 hastada ise ven tamiri yapmışlardır ve sonuç olarak ven ligasyonunun fasiotomi ve amputasyon oranını arttırmadığını bildirmişlerdir. (5)

Mullins ve arkadaşları, 1980 yılında yaptıkları bir çalışmada, majör ven yaralanması olan 46 hastada venin

S.B. Taksim Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği

**Yazışma Adresi: Dr.Feza EKİZ**

S.B Taksim Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, İstanbul.

bağlanması yöntemini seçmiş ve hastaların 40'ını ekstremitelerde ödem olmaksızın taburcu etmişlerdir; geriye kalan 6 hastada orta derecede ödem saptamışlardır ve majör venler bağlandıktan sonra sanıldığı gibi aksine ülserasyon veya iskemiye neden olan ciddi ödem gibi sorunların gözlenmediğini bildirmişlerdir. Ayrıca majör ven yaralanmalarında venlerin bağlanmasının güvenli, çabuk, etkili bir yöntem olduğunu ve geniş ven yaralanmalarında veya yandaş yaralanmaların varlığında veni tamir etmeye çalışmanın tehlikeli olacağını vurgulamışlardır. (6) Çünkü bilindiği gibi mortalitenin en önemli sebebi kontrol edilemeyen kanamadır.

Bizim kliniğimizde ise iliak ven yaralanması olan iki hastada ven bağlandı. Hastaların birinde hemen ameliyat sonrası bacakta şiddetli ödem oluştu ve fasyotomi eklendi, diğerinde ise komplikasyon yaşanmadı. Hastalarda, taburcu edildiklerinde ve sonraki takiplerinde, bacakta ödem gözlenmedi.

Langeron "venlerin bağlanmasından vena cava filtrelerine" başlıklı yazısında majör ven yaralanmalarında hastaları pulmoner emboli riskinden korumak için vena cava inferior'un veya iliak venin bağlanmasının artık öncelikli amaç olmaktan çıktığını bunun yerine vena cava inferior'a geçici veya kalıcı filtreler yerleştirip anti-koagulan tedavi yapılabileceğini ifade ederken dahi infrarenal vena cava ve iliak ven yaralanmalarında adeta öncelikli işlemin veni bağlamak olduğunu belirtiyor. (7)

Burch ve arkadaşları majör ven yaralanmalarında venin bağlanması ve tamiri yöntemlerini kullanmışlar, komplikasyon görülen % 12 oranındaki grubun çoğunu ligasyon yapılan hastaların oluşturduğunu ve lateral tamir sonrası iki hastanın pulmoner emboli nedeniyle öldüğünü bildirmişlerdir. Erken ölümleri kanamaya, geç ölümleri ise vasküler tamir tekniğinden kaynaklanan komplikasyonlara bağlamışlardır. Venlerin bağlanması sonrası görülen morbidite nedeniyle, pulmoner emboli gibi ciddi komp-

likasyonlara rağmen venlerin tamiri yöntemini benimsemişler ancak bu konuda yorum yapmak için daha çok veriye ihtiyaç olduğunu da vurgulamışlardır. (8)

Bu tartışmalı konuda özet olarak majör venlerin bağlanması hastalara ek risk getirmediği gibi tamir veya ligasyon sonrası oluşan ödem derecesinde de fark yaratmamaktadır. (4) Ayrıca venlerin bağlanması ameliyat süresini kısaltacaktır. Majör ven yaralanmalarında, tamirin ideal olduğu kabul edilmesine rağmen ven yaralanması geniş ise ve/veya resüsitasyon zorlaşacak ise ven ligasyonu tercih edilen yöntem olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Blaisdell FW: Abdominal venous trauma. In Blaisdell FW, Trunkey DD (eds): Abdominal trauma. Second edition. Thieme Medical Publishers, Inc, New York, 1993, pp 371-397.
2. Khoury G, Sfeir R, Khalifeh M, Khoury SJ, Nabbout G. Penetrating trauma to the abdominal vessels. Cardiovasc Surg. 1996; 4(3): 405-407.
3. Cushman JG, Feliciano DV, Renz BM, Iliac vessel injury: operative physiology related to outflow. J Trauma. 1997; 42(6): 1033-1040.
4. Timberlake GA, Kerstein MD. Venous injury: to repair or ligate, the dilemma revisited. Am Surg. 1995; 61(2): 139-145.
5. Sharma PV, Ivantury RR, Simon RJ. Central and regional hemodynamics determine optimal management of major venous injuries. J Vasc Surg. 1992; 16(6): 887-893; disc 893-4.
6. Mullins RJ, Lucas CE, Ledgerwood AM. The natural history following venous ligation for civilian injuries. T Trauma. 1980; 20(9): 737-743.
7. Langeron P. From venous ligation to vena cava filter. Objective and hazards of vena cava interruption. Ann Cardiol Angeiol. 1993; 42(4): 217-222.
8. Burch JM, Richardson RJ, Martin RR, Mattox KL. Penetrating iliac vascular injuries: recent experience with 233 consecutive patients. 1990; 30(12): 1450-1459.