

LERICHE SENDROMUNU TAKLİT EDEN TROMBOZE ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI

THROMBOSED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM THAT MIMICKING LERICHE SYNDROME

Tansel ÇÖRTELEKOĞLU, Gökçe ŞİRİN, Mine YILMAZ, Kazım BEŞİRLİ, Ayla GÜREL SAYIN
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İSTANBUL

Özet

Abdominal aort anevrizmalarının (AAA) trombozu periferik arter anevrizmalarına göre nadirdir. Akut abdominal aorta trombozu sıklıkla % 0,7-2,8 olarak bildirilmiştir ve bu olgular yüksek mortaliteye sahiptir. Yazımızda kladikasyon şikayeti nedeni ile kliniğimize başvuran ve preop leriche sendromu tanısı konulan ve operasyon sırasında tromboze AAA saptanan bir olguyu ve cerrahi tedavisini sunarak AAA trombozu patolojisini literatür eflinde tartışmayı amaçladık. (Damar Cerrahi Dergisi 2003;12(3): 33-35)

Anahtar Kelimeler: Abdominal aort anevrizması, tromboz, cerrahi tedavi

Abstract

Thrombosis of the abdominal aort aneurysms are very rare cases than the thrombosis of the peripheric arterial aneurysms. Incidence of an acutely thrombosed abdominal aort aneurysm is reported approximately 0.7-2.8% associated with high mortality rates. This case report present the surgical treatment of a thrombosed abdominal aortic aneurysm on the chronic state that mimicking Leriche syndrome with claudicatio intermittans and aim to discuss the pathology of thrombosed abdominal aortic aneurysm with literature. (Turkish J Vasc Surg 2003;12(3): 33-35)

Key words: Abdominal aort aneurysm, thrombosis, surgical treatment

Yazışma Adresi

Dr. Gökçe Şirin
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
34303 İstanbul
E-mail: dr_gsirin@hotmail.com

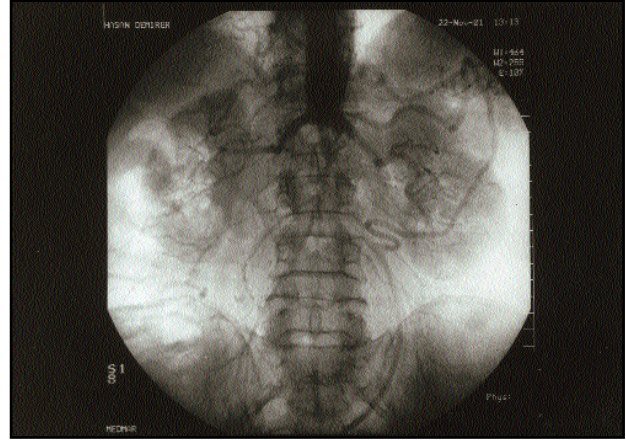
Bu olgu 19-23 Nisan 2002 tarihleri arasında 11. Ulusal Vasküler Cerrahi Kongresinde tartışılacak poster olarak sunulmuştur.

Abdominal aort anevrizmaları (AAA) doal seyirleri s›ras›nda progresif olarak genişler. Bu seyirleri s›ras›nda karşılaşılabilen komplikasyonlar r›pt›r, periferik emboli ve enfeksiyon olarak say›labilir^(1,2). Tromb›s ile okl›zyon daha çok periferik anevrizmalarda g›r›l›r ve AAA için nadir bir durumdur. Mekanizmas› tam olarak aıklanmam›ř›r fakat kardiyak tromboembolizm, tromb›s›n proksimale doar›u b›y›mesi ve mural tromb›s›n yerinden oynay›p l›meni t›kamas› etyolojide rol oynamaktad›r⁽³⁾. Yay›nlanm›ř› serilerde akut tromboz için 46 vaka bulunmaktadır ve akut abdominal aorta trombozu s›kl›ę› % 0,7-2,8 olarak bildirilmektedir^(4,5). Akut tromboz %50 mortaliteye sahip olup acil cerrahi m›dahale gerektirmektedir^(1,2).

OLGU SUNUMU

Alt›m›ř› yaş›nda erkek hasta; bir y›l öncesine kadar hiçbir şikayeti olmayan ve 2001 Ocak ay›nda 15-20 g›n içerisinde her iki uylukta y›r›mekle başlayan ve dinlenmekle geçen aar› şikayeti başlam›ř› şikayeti zamanla artan hastam›z kliniğimize başı vurduğunda yaklaşık 30 metrede kladikasyo intermittans ve impotans tan›mlamaktaydı. zgeiminde; nonreg›le sistemik arter hipertansiyonu, koroner arter hastal›ę› (geirilmifl inferior miyokard infarkt›s›) ve 50 y›l/1 paket/g›n sigara anamnezi mevcuttu. Fizik muayenesinde, obez olan hastan›n bat›n›nda pulsatil kitle tespit edilmemiştir. Ekstremitelerinde trofik bozukluk, yara, gangren bulunmayan hastan›n bilateral femoral popliteal ve distal nab›zlar› yoktu. Anjiyografik incelemede abdominal aorta renal arterler seviyesinden total t›kal› olarak saptanm›ř›r. «nferior mezenterik arterin («MA), s›perior mezenterik arter (SMA) zerinden dolduğu (Riolan ark›) izlenmifl olup, SMA stenozunu d›řl›nd›ren bulgu saptanmam›ř›r (Resim 1). Sağda eksternal iliyak arter, solda ise ana femoral arter kollateraller üzerinden dolup distale kadar izleniyordu.

Cerrahi Teknik: Jukstarenal Leriche sendromu tan›s› konan ve operasyon karar› al›nan hastada, genel anestezi alt›nda g›bek st› - g›bek alt› median



Resim 1. Preoperatif anjiyografi

insizyon ile yap›lan bat›n eksplorasyonunda aortada renal arterler seviyesinden başlayan (Jukstarenal) 10x10x15 cm boyutlar›nda ve ana iliyak arterlerin proksimaline kadar devam eden tamamen tromboze anevrizma tespit edildi. Aorta suprarenal d›n›ld›. Her iki renal arter klempaj için haz›rlandı. Sistemik heparinizasyonu ve 1 gr/kg mannitol verilmesini takiben renal arterler ve suprarenal olarak aorta klempe edildi. Endoanevrizma tamiri ile 18x9 polytetraflouroethylene (PTFE) greft aortaya u-uca anastomoze edildi. Suprarenal klemp al›narak olas› debrislerin d›şar› ıkmas› sağlandıktan sonra renal arterler deklempe edilerek infrarenal klemp konuldu. Yap›lan eksplorasyonda her iki ana iliyak arterin de tromboze olduğu, sağ eksternal iliyak arterin de ileri derecede kalsifik olduğu g›r›ld›. «MA l›meni t›kal› idi ve geri kanaman›n olmad›ę› saptandı. Barsaklarda iskemik değifliklik g›zlenmedi. Distal anastomozlar ana femoral artere u-yan tekniği kullan›larak gerçekleştirildi. Postop bilateral distal nab›zlar› palpabl olan hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hasta postop 7.ci g›n fiifa ile taburcu edildi.

TARTIşMA:

AAA akut trombozu literat›rde mortalitesi oldukça g›r›lt›l› bir klinik tablo olarak bildirilmektedir. Akut d›nemi silik geçen olgular da olmaktadır ve bunlar›n preop tan›s› tam olarak konulamamaktadır. Fakat karakteristik olarak kar›n alt b›lgesinde aar›, ciddi alt

ekstremité iskemisi ve hatta alt ekstremitéde nöromusküler disfonksiyon fleklinde de karflm>za ç>kabilmektedir⁽⁶⁾. Bizim olgumuz akut dönemin silik olduğu vaka grubuna girmektedir. Hastam>zda akut olarak 30-50 metrede kladikasyo gelişmiştir. Özellikle obez hastalarda fizik muayenede tromboze AAA yakalanamayabilir ve yapılan anjiyografik çalışmalar aortoiliyak hastal>k görüntüsü verip yanlış tan>konmas>na sebep olabilmektedir. Ancak anjiyografide anevrizman>n yer kaplayan kitlesine bađl> olarak viseral arterlerdeki yer değifirme indirekt bulgu olarak flüphe uyandırabilir. Olgumuzda da, anjiyografide <MA'daki sola doğru yayınlanman>n peroperatif bulgularla birlikte değerlendirildiğinde anevrizman>n bas>s>na bađl> olduğu düşünölmüştür.

Anevrizma trombozlar>nda mekanizma tam olarak bilinmemekle beraber trombüsün proksimale doğru büyümesi, kardiyak tromboembolizm ve mural trombüsün yerinden oynay>p lümeni t>kamas> etyolojide say>labılır. Kardiyak disfonksiyon ve ciddi volüm kayb> da akut tromboz nedeni olarak bildirilmiftir⁽⁷⁾. Bizim olgumuzda da, daha önce geçirilmifl inferior miyokard infarktüsü hikayesi mevcuttu, fakat ekokardiyografik ıcelemede kardiyak disfonksiyon ve tromboembolizm ekarte edilmifti.

Tan>dan hemen sonra sistemik heparinizasyon ve acil cerrahi revaskülarizasyon mortaliteyi azaltmaktadır ve AAA' n>n akut trombozu aksillobifemoral bypass ile bafırl> olarak tedavi edilmektedir^(2,3). Pietri ve arkadaşlar>⁽⁵⁾, 10 akut aortik tromboz olgusunu sunduklar> çalışmalar>nda, fogarty kateter ile trombektominin genellikle etkili olmad>đn> ve yüksek riskli hastalarda cerrahi yaklaşıml>n aksillobifemoral bypass greft ile s>n>rland>r>lmas> gerektiğini saptam>flard>.

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte günümüzde art>k anevrizmalar>n tedavisinde endovasküler teknikler kullan>lmaya başlanm>ftir. Fakat anevrizma içi kaçak veya anevrizma içi bas>nç (endotension), anevrizmalar>n endovasküler onar>m>nda oldukça kritik öneme sahip komplikasyonlard>r ve artm>fl bas>nç p>ht> arac>lığ ile de iletilebilmektedir⁽⁸⁾. Bu olay 'endotension' fenomeni ile izah edilmiftir.

'Endotension' anevrizmalar>n rüptür riskinin bir göstergesidir ve bu nedenle cerrahi müdahale endikasyonu aç>s>ndan göz önünde bulundurulmalıdır⁽⁹⁾. Tromboze AAA'n>n da geç dönemde rüptüre olabildiği bildirilmiftir^(10,11). Kronik vakalarda t>kay>c> hastal>k dolay>s>yla cerrahi endikasyon olmasa da operasyon önerilmektedir. Bizim olgumuzda da endikasyon kladikasyo nedeniyle mevcuttu. Vakalarda ameliyat stratejisi yönünden özel bir zorlukla karflılaşılmamaktadır. Endoanevrizma tamiri ve aorta biiliyak / bifemoral bypass prosedürü standart olarak uygulanabilir.

KAYNAKLAR:

- 1- Shnacker A, Witz M, Lehmann JM. Acute thrombosis of an aortic aneurysm. J Cardiovasc Surg (Torino) 2001;42:111-3.
- 2- Patel H, Krishnamoorthy M, Dorazio RA, et al. Thrombosis of abdominal aortic aneurysms. Am Surg 1994;60:801-3.
- 3- Hirose H, Takagi M, Hashiyada H, et al. Acute occlusion of an abdominal aortic aneurysm-case report and review of literature. Angiology 2000;51:515-23.
- 4- Suliman AS, Raffetto JD, Seidman CS, Menzoian JO. Acute thrombosis of abdominal aortic aneurysms-report of two cases and review of the literature. Vasc Endovascular Surg 2003;37:71-5.
- 5- Pietri P, Adovasio R, Pancrazio F, et al. Acute thrombosis of the infrarenal aorta. Therapeutic problems. Int Angiol 1987;6:397-400.
- 6- Cervantes J, Martinez R, Perez-Garcia D. Acute thrombosis of abdominal aortic aneurysm. An uncommon entity. J Cardiovasc Surg (Torino) 1985;26:598-601.
- 7- Babu SC, Shah PM, Nitahara J. Acute aortic occlusion—factors that influence outcome. J Vasc Surg 1995;21:567-72.
- 8- Veith FJ, Baum RA, Ohki T, et al. Nature and significance of endoleaks and endotension: summary of opinions expressed at an international conference. J Vasc Surg 2002;35:1029-35.
- 9- Gilling-Smith G, Brennan J, Harris P, Bakran A, Gould D, McWilliams R. Endotension after endovascular aneurysm repair: definition, classification, and strategies for surveillance and intervention. J Endovasc Surg 1999;6:305-7.
- 10- Dalal S, Donlon M, Beard JD. Thrombosed abdominal aortic aneurysms. Do they need surveillance to prevent late rupture?. Eur J Vasc Endovasc Surg 2001;22:570-2.
- 11- Ricotta JJ, Kirshner RL. Case report: late rupture of a thrombosed abdominal aortic aneurysm. Surgery 1984;95:753-5.