

Olgu Bildirisi

Kronik Mezenterik İskemisi Olan Olgularda Stent Uygulanması

Tanzer Sancak, Sadık Bilgiç, Ayşe Tuba Karagülle, Umman Sanlıdilek

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radiyagnostik Anabilim Dalı-ANKARA

ÖZET

Kronik mezenterik iske mi ile gelen iki olguda stenotik mezenter arterlere stent yerleştirildi. Kronik mezenter iske mili olgularda, kısa segment stenozlarda cerrahi öncesi endovasküler teknikler yararlı olabilir. Ancak uzun segment stenozlarında ve operatif riski düşük olgularda cerrahi tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Süperior mezenter arter, Stent, Anjiyografi

SUMMARY

STENT PLACEMENT IN CHRONIC MESENTERIC ISCHEMIA: CASE REPORT

We had performed stent placement in stenotic mesenteric arteries in two patients with chronic mesenteric ischemia. Endovascular techniques may be attempted prior to surgery in cases of short stenotic lesions in patients with chronic mesenteric ischemia. Surgery may still be preferred in patients with long stenoses and a low operative risk..

Key Words: Superior mesenteric artery, Stent, Angiography

Mesenterik arteriyel iske mi nadir görülen ancak mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan bir durumdur. Akut iskemide bu oran %50 olarak bildirilmektedir. Kronik iske mi müdahale edilmez ise intestinal iske mi ve ka-şeksiye yol açar (1). Akut iskemili olgularda rezeksiyon sırasında artere yönelik cerrahi girişim tercih nedenidir (2). Kronik olgularda ise segmental darlıklarda perkutan translüminal anjiyoplasti (PTA) uygulanmaktadır (3). Diğer bir alternatif metod ise primer ya da sekonder stent uygulanmasıdır (1).

OLGU BİLDİRİLERİ

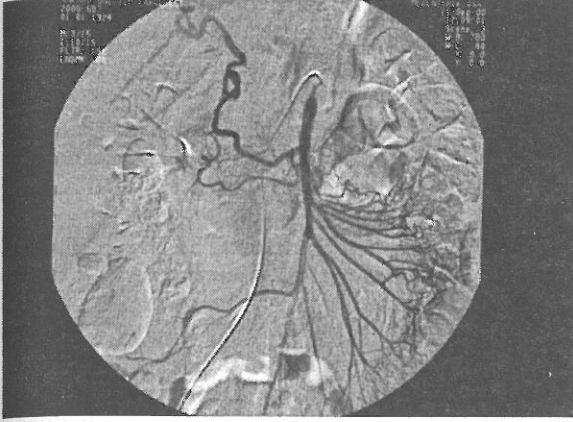
Olgu 1

Altmış beş yaşında kadın hasta anjina abdominalis nedeniyle yatırılmıştır. Yapılan kan analizinde normal dışı bulgu saptanmamıştır. Olgunun sigara öyküsü yoktur. Beslenmeden sonra başlayan şiddetli karın ağrıları ile anjiyografi ünitesine gönderilmiştir. Yapılan anjiyografik incelemesinde; superior mezenterik arter proksimalinde segmental daralma ve ilerisinde post-

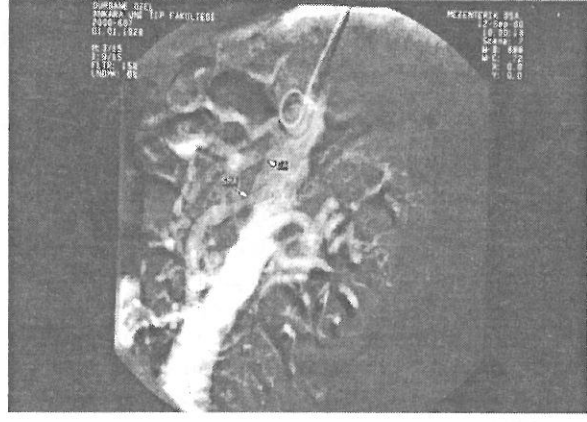
stenotik dilatasyon saptanmıştır (Resim 1). Aynı seansta darlık proksimalini ve distalini de içine alacak şekilde "duvar" stent uygulanmıştır. Kontrol anjiyografisinde kalibrasyonda belirgin artış saptanmıştır (Resim 2). Olgunun 6 aylık takibinde mezenterik iskemik semptomların kaybolduğu bildirilmiştir.

Olgu 2

Yetmişbeş yaşında erkek hasta anjina abdominalis nedeniyle yatırılmıştır. Yapılan kan analizinde kan lipid düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Olgunun sigara öyküsü vardır. Beslenmeden sonra başlayan şiddetli karın ağrıları ile anjiyografi ünitesine gönderilmiştir. Yapılan anjiyografik incelemesinde; superior mezenterik arter proksimalinde segmental daralma mevcuttur. Aynı seansta darlık düzeyine "duvar" stent uygulanmıştır. Kontrol anjiyografisinde kalibrasyonda belirgin artış saptanmıştır. Olgunun 6 aylık takibinde mezenterik iskemik semptomların kaybolduğu bildirilmiştir.



Resim 1. Superior mezenterik artere girilerek yapılan anjiogramda proksimalde ostiuma yakın segmenter kısa darlık seçilmektedir.



Resim 2. Darlık düzeyine aynı seansta duvar stenti yerleştirilmiştir.

TARTIŞMA

Kronik mezenterik iskemi (KMİ) barsaklardaki yaygın kollateral ağ nedeniyle oldukça nadir görülür. Genel populasyonda 1/100000 oranında izlenmektedir (4). KMİ nedenleri arasında en sık görülen aterosklerotik damar hastalığıdır. Genellikle median arkuat ligaman sendromu ile birliktelik gösterir. Daha nadir olarak arteritler, diseksiyon, fibromusküler displazi ve nörofibromatozis görülür (5).

KMİ'li olgularda beslenme sonrası tipik anjina ya da atipik anjina, bulantı, kusma, diyare, malabsorbsiyon ve yemekten kaçınmaya bağlı kilo kaybı sık olarak gözlenmektedir. Hastaların kaybı kaşeksiye veya barsak iskemisine bağlı olmaktadır. Tedavisi ise semptomatik olgularda bir veya iki mezenterik arterin cerrahi yolla düzeltilmesidir. Ancak en iyi merkezlerde bile primer açık kalım oranları ortalama %80 ile %84 arasında değişmektedir. Bu oranlar ortalama 24 ay ile 69 aylık takip sonrası ortaya çıkarılmış değerlerdir (5).

KMİ'li olguların tedavisinde uygulanan PTA'nın ilk kez uygulandığı 1980'den bu yana yaklaşık 130 olgu bildirilmiştir (1,6). Bu olgularda ortalama teknik ve klinik başarı oranları sırası ile % 87 ve % 85'dir. Ortalama 12-39 ay arası değişken takip süresi ile primer açık kalım oranı % 63 olarak bildirilmiştir (1).

KMİ'li olgularda intravasküler stent uygulanması daha yakın bir döneme tarihlenir. Literatürdeki bildiri sayısı 10'nun altındadır. Bunun ana nedenlerinden biri Amerika Birleşik Devletlerinde superior mezenterik arter için stent kullanımının yakın dönemlere kadar resmi onay almamış olması olabilir (1,7-13).

Olgularımızda stent kullanma endikasyonu segmenter kısa darlık olması ile konmuştur. Literatürde de uygulamalarda endikasyon ostial darlıklar ve segmenter darlıklar olarak belirtilmektedir (1,7-13). Darlık için Palmaz ya da Duvar stent tercih edilebilir. Palmaz stenti'nin radial gücü kuvvetlidir (1,7). Ancak kontrolü kısmen daha zor olması nedeniyle ile tercih edilmemiştir. İki olguda da duvar stent kullanıldı. İki olguda da semptomlar kaybolmuştur. Stent kullanımı sonrası teknik başarı ostial olmayan olgularda % 95, ostial olan olgularda %78 olarak bildirilmektedir (1).

Olgularımızda fatal ya da non-fatal komplikasyon gelişmemiştir. Literatürde PTA işlemi sonrası gelişen komplikasyonlar bildirilmekte iken, stent uygulaması sonrası gelişen komplikasyonlar sınırlıdır. Görülen en önemli non-fatal komplikasyonlar aortik diseksiyon, bifemoral greft ve lokal vasküler oklüzyon ve giriş yeri lokal hematomudur (1,14).

Cerrahi olarak yapılan revaskülarizasyon sonrası morbidite ve mortalite oranları PTA'ya göre fazladır (1). Ancak bize göre uzun stenotik lezyonlarda cerrahi, segmenter kısa darlıklarda ise PTA ve stent tercih nedeni olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Nyman U, Ivancev K, Lindh M, Uher P: Endovascular treatment of chronic mesenteric ischemia: report of five cases. Cardiovasc Intervent Radiol 21: 305-313,1998.
2. Matsumo AH: Angiography and endovascular interventions for mesenteric ischemia. J Vasc Interv Radiol 7: 315-321, 1996.
3. Roberts L Jr, Wertman DA Jr, Mills SR, Moore AV

- Jr, Heaston DK: Transluminal angioplasty of the superior mesenteric artery: An alternative to surgical revascularization. *AJR* 141: 1039-1042, 1983.
4. Taylor LM, Moneta GM: Intestinal ischemia. *Ann Vasc Surg* 5: 403-406, 1991.
5. Moneta GL, Lee RW: Diagnosis of intestinal ischemia: Rutherford RB (ed) *Vascular Surgery*. 4th ed. Philadelphia, Saunders, 1995 pp: 1267-1278.
6. Furrer J, Grüntzig A, Kugelmeier J, Goebel N: Treatment of abdominal angina with percutaneous dilatation of arteria mesenterica superior stenosis. *Cardiovasc Intervent Radiol* 3: 43-44, 1980.
7. Finch JJ: Use of Palmaz stent in ostial celiac artery stenosis. *J Vasc Interv Radiol* 3: 633-637, 1992.
8. Childs MB: Superior mesenteric artery intravascular stenting. *J Vasc Nurs* 12: 60, 1994.
9. Peene P, Vanrusselt J, Coenegrachts JL, Vandenriessche L, Celis I, Storme L, Cleeren P: Strecker stent placement in the superior mesenteric artery for recurrent ischemic colitis. *J Belge Radiol* 79: 168-169, 1996.
10. Busquet J: Intravascular stenting in the superior mesenteric artery for chronic abdominal angina. *J Endovasc Surg* Nov; 4: 380-384, 1997.
11. Yamakoda K, Takeda K, Nomura Y, Kato N, Hirano T, Matsumura K, Nakagawa T, Yuasa H, Yada I: Relief of mesenteric ischemia by Z-stent placement into the superior mesenteric artery compressed by the false lumen of an aortic dissection. *Cardio Vasc Intervent Radiol* 21: 66-68, 1998.
12. Forauer AR, McLean GK: Primary stenting of the superior mesenteric artery for treatment of chronic mesenteric ischemia--a case report. *Angiology* 50: 63-67, 1999.
13. Kahoo AH, Belli AM: Superior mesenteric artery stenting for mesenteric ischaemia in Sneddon's syndrome. *Br J Radiol* 72: 607-609, 1999.
14. Socrate AM, Locati P, Marchetti G: Aortic dissection after superior mesenteric artery percutaneous stenting. Case report. *Minerva Cardioangiol* 48: 89-94, 2000.