

616 İleofemoral Venöz Tromboz X (190 Olgunun Sunumu)

Mahmut YILMAN, H. Tahsin KEÇELİGİL, Feri̇at KOLBAKIR,
Turan KEYİK, Abdulcelil YILDIRIM, Kamuran ERK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

ÖZET

İleofemoral venöz tromboz (İFVT), morbidite ve mortalite yönünden önemli bir klinik tablodur. Kliniğimize 12 yıl içerisinde başvuran 190 olgudan 84'üne cerrahi girişim uygulandı. 12 olguda pulmoner embolizm görüldü. 4 olgu erken postoperatif dönemde kaybedildi.

SUMMARY

Ileofemoral Venous Thrombosis: (190 Cases Report)

Ileofemoral venous thrombosis is an important clinical entity due to its morbidity and mortality. During 12 years 84 of 190 cases with deep venous thrombosis were treated surgically. 12 cases developed pulmonary embolus. 4 cases died at early postoperative period.

GİRİŞ

İFVT, iliak ve/veya femoral venlerin lümenlerinin çeşitli nedenlerle trombüs tarafından obliterasyonu sonucu ortaya çıkan klinik tablodur. İFVT'in etyopatogenezinde klasik varsayımlar ilk olarak 19. Yüzyılda Virchow tarafından açıklanmıştır. Staz, hiperkoagulabilite ve intimal lezyondan oluşan bu üç önemli predispozan faktör Virchow triadı olarak bilinmektedir. İFVT, gelişim aşamasında ven lümenini tam olarak oblitere edinceye kadar, belirgin klinik bulgu vermemekle birlikte, bu safhada trombüsten zaman zaman parçalar kopması nedeniyle pulmoner embolizm semptomları görülebilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1959 yılında yapılan bir araştırmada yılda 47000 kişinin İFVT'nin en önemli komplikasyonu olan pulmoner embolizm nedeniyle kaybedildiğini bildirilmiştir (1). Tanı yöntemlerinin gelişmesiyle sonraki yıllarda yapılan çeşitli araştırmalarda yine ABD'de yılda 14000 civarında ölümle sonuçlanan, 285000 ölümle sonuçlanmayan pulmoner embolizm olduğu bildirilmiştir (1).

MATERYAL VE METOD

Kasım 1982-Mart 1994 yılları arasında, Ondokuz Mayıs Kliniğinde İFVT tanısı ile takip ve te-

davi edilen 190 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı, anamnez ve fizik inceleme bulguları ile konuldu. Kronik venöz yetmezlik nedeniyle takip edilen olgular değerlendirme dışı bırakıldı. Olguların yaş dağılımı 16 ile 70 arasında olup, ortalama 37'dir. Olguların 120'si kadın, 70'i erkektir. Kadın/erkek oranı 12/7'dir. Lokalizasyon olarak daha çok sol alt ekstremitede (133 olgu) İFVT tesbit edildi. En önemli etyolojik nedenin doğum sonrası oluşan puerperal enfeksiyon olduğu anlaşıldı (% 74). Tüm olguların 84'üne (% 44) acil cerrahi girişim olarak venöz tromboembektomi yapıldı. Cerrahi girişim, spinal anestezi altında tıkalı olan venin proksimal ve distaline Fogarty kateteri ile tromboembektomi yapılması ve distale uygulanan kompresyonla pıhtının doğurtulması şeklindedir. Olguların 106'sına (% 56), hastaneye müracaat sürelerinin 72 saati geçmiş olması, fizik incelemelerinde Homans ve Lowenberg testlerinin negatif olması nedeniyle konservatif tedavi uygulanmıştır. Bu tedavi protokolü cerrahi girişim uygulananlarda da aynen tatbik edilmiş olup, üç hedefe yöneliktir:

1. Stazı azaltmak amacıyla; elavasyon, elastik bandaj, erken ambulasyon ve intermitant pnömonit basınç uygulanması,
2. Platelet aggregasyonunu önlemek amacıyla; aspirin, dipyridamol türevleri, heparin ve oral antikoagulan kullanımı.
3. Kapiller kan akımını arttırmak için; dekstran infüzyonu.

Olguların hastanede kalış süreleri 7-16 gün arasında değişmektedir (ortalama 9 gün). Bu süre içerisinde elavasyon sürekli olarak uygulanmıştır. Cerrahi girişim yapılan olgularda, tromboembektomi sonrası 7 ila 16 gün arasında değişen sürelerde elastik bandaj, hastane çıkışında ise varis çorabı kullanmaları önerilmiştir.

İFVT tanısı alan tüm olgulara 6 ile 18 ay arasında değişen sürelerde antikoagulan tedavi uygulanmıştır. Erken dönemde 50-100 mg/kg dozunda heparin 6 saatte bir intravenöz olarak verilmiş, ortalama 7. günden sonra warfarin sodyum

ile oral antikoagülasyona geçilmiştir. Kliniğimizde son 2 yıldır, günlük toplam heparin dozu 24 saat süresince infüzyon pompasıyla verilmektedir. 8 olguda (% 4), İFVT'a ikincil olarak arteriyel tıkanıklık saptanmış ve arteriyel sisteme de tromboembektomi yapılmıştır. Venöz tromboembektomi yapılan 84 olgudan 66 (% 80)'sının, 2 ila 6 ay arası değişen sürelerde düzenli olarak varis çorabı kullandığı anlaşılmıştır. Konservatif tedavi uygulanan 120 olgudan 40 tanesinde (% 40) posttromboflebitik sendrom gelişmiştir. Cerrahi tedavi uygulananlarda ise bu tabloya rastlanmamıştır. Pulmoner embolizm 12 olguda (% 10), erken dönemde saptanmış ve gerekli medikal tedavi uygulanmıştır. Pulmoner embolizm gözlenen 12 olgudan 8'i 26-32 yaşları arasında ve kadındır. 190 olgudan 5'i (% 5) erken postoperatif dönemde kaydedilmiştir. Bu olgularda İFVT'ye ek olarak koroner arter hastalığı ve karın içi malignite vardı.

TARTIŞMA

İFVT'in görülme sıklığı hakkında literatürde kesin rakamlar olmamakla birlikte, orta yaş ve üstü kadınlarda daha sık rastlandığı ve çocuk yaş grubunda nadir olarak gözlemlendiği genel kanıdır (2, 3). İFVT oluşumunda major jinekolojik operasyonların, ileri yaşlarda uygulanan cerrahi girişimlerin ve bilhassa major kırıkların önemli rol oynadığı bildirilmektedir (1, 13). Hamilelik, doğum, puerperal enfeksiyon İFVF için uygun zemin hazırlamaktadır (1, 2, 4, 5, 6, 7, 14). ABD'de yapılan çeşitli araştırmalarda hamile ve doğum yapan kadınlarda % 0.2-1 arasında değişen oranlarda İFVT saptanmıştır (4). Kliniğimizde tedavi edilen 190 olgu içerisinde 114 olguda (% 60) hamilelik, doğum ve puerperal kontraseptiflerin İFVT teşekkülünde etkileri olduğu bildirilmektedir (8). Çalışmamızda yer alan 10 olgunun (% 5.2) oral kontraseptif kullandığı tespit edilmiştir.

Yapılan yayınlarda İFVT'in çoğunlukla sol alt ekstremitede olduğu bildirilmektedir (2, 15). Serimizde de durum böyledir. İntraabdominal malign tümörlere, özellikle pankreas,

prostat, kadın genital sistem malignitelerine ikincil olarak İFVT gözlenmektedir (1, 5, 9, 18). Olguların genel semptomatolojisinde tıkanıklık olan ekstremitelerde distalde ödem, ağrı, siyanoz, sıcaklık, şişlik sıklıkla yer almaktadır. Bazı olgularda venöz tromboz seviyesine uyan arteriyel sistemde de tıkanıklık ve buna bağlı olarak ekstremitelerde soğukluk, solukluk, ağrı, nabızların yokluğu, his ve motor kaybı klinik tabloya eklenebilir. Fizik incelemede yukardaki bulgulara ek olarak Homans ve Lowenberg testlerinin pozitif olması tanı için çoğu kez yeterlidir (1, 5). Genellikle bulguların ortaya çıkışından sonra ilk 72 saat içerisinde hastaneye başvuran olgulara cerrahi girişim, diğer olgulara da konservatif tedavi uygulanmaktadır (1, 15). Erken dönemde bandaj uygulaması yapılmamakta ve böylece pulmoner embolizm tehlikesinin azaltılması amaçlanmaktadır. Ortalama 3. haftadan itibaren bandaj veya varis çorabı uygulanmaktadır. Cerrahi girişim sonrasında erken mortaliteyi etkileyen en önemli faktör ameliyat esnasında veya erken dönemde oluşan pulmoner embolizmdir. Venöz tromboz olgularında erken mortalitenin % 3 ile 8 arasında değişmesine karşın, pulmoner embolizm nedeniyle erken mortalite % 15'lere ulaşmaktadır (1, 5). Kardiyak hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, malignite gibi faktörler erken mortaliteyi etkileyen diğer nedenlerdir. Serimizde erken mortalitenin % 5 civarında olması literatürle uyumludur. Kliniğimizde uygulanan tedavi protokolü birçok merkezinki ile aynıdır. Son 15 yıldır bazı merkezlerde bu protokole ek olarak erken dönemde fibrinolitik ajanlar kullanılmaktadır. Ancak bu maddelerin temini ve ekonomik güçlüğü kullanım alanlarını sınırlar (1, 9, 10, 12, 17). Ayrıca son yıllarda erken dönemde düşük molekülü heparin kullanımının tedavide daha yararlı olduğu bildirilmektedir (11).

İFVT'nin en önemli komplikasyonları, erken dönemde pulmoner embolizm ve venöz tromboza ikincil gelişen arteriyel tıkanma, geç dönemde ise posttromboflebit sendromdur (16, 17). Bu komplikasyonlar içinde hayati tehlike riski en az

olan ve en sık görülen posttromboflebitik sendromdur (16). Ancak bu komplikasyon yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, alt kısıtlılık doğurmaktadır (16). Konservatif tedavi prensiplerine bağlı kalındığı takdirde venöz yetmezlik klinik tabloya tümüyle hakim olmakta ve hastalar yaşamlarını böyle idame ettirmek durumunda kalırlar (1, 12).

KAYNAKLAR

1. Johnson George Jr: Chapter Superficial Venous Thrombosis. Rutherford RB. Vascular Surgery. Saunders Co. 1984; 1354.
2. Munteam WJ: Spontaneous deep vein thrombosis in the children and adolescents (1). Pediatric Surg. 22 (2): 188, 1987.
3. Johnson TR and Jurgens JL: Acute deep venous thrombosis associated with pregnans. Am J Obstet Gynecol 28: 553, 1966.
4. Kakkor VV, Nowe CT, Nicoloides AN et al: Deep vein thrombosis of the leg: Is there a "high risk" group. Ann J Surg 120: 527, 1970.
5. Cranley J: Vascular Surgery V II. Maryland Harger and Row. 1975.
6. Villa Santa U: Thromboembolic disease in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 93: 142, 1965.
7. Clarke Pearson DL: Variable associated with postoperative deep venous thrombosis a prespective study 411 gynecology patients and creation of a prognostic model. Obstet Gynecol 69: (2): 146-50, 1987.
8. Tylor ET: Oral contraceptives and venous thrombosis. JAMA 185: 131, 1963.
9. Goldhaber SZ: Cancer and venous thrombosis embolism. Ar Intern M 147 (2): 216. 1987.
10. Persson AV: Treatment of acute deep venous thrombosis with fibrinolytic agents. Med Clin North Am 70 (6): 1325-32. 1986.
11. Sasohara AA: Low molecular weight heparin plus dihydro ergotamine for prophylaxis post operative deep vein thrombosis Br J Surg 73 (9): 697. 1986.
12. Albrechtsson U, Anderson J, Einarsson E, et al: Streptokinase treatment of deep venous thrombosis and the postthrombotic syndrome. Arch Surg 116: 33-37, 1981.
13. Swedenborg J, Hagglof R, Jacobsson H: Results of surgical treatment for iliofemoral venous thrombo-

- sis. Br J Surg 73: 871-874, 1986.
14. Mogensen K, Skibsted L, Wadt J, et al: Thrombectomy of acute iliofemoral venous thrombosis during pregnancy. Surgery Gynecology and Obstetrics 169: 50-54, 1989.
15. Goto H, Wada T, Matsumoto A, et al: Iliofemoral venous thrombectomy. J Cardiovasc Surg 30: 484-489, 1989.
17. Nachbur BB, Eugen A, Beck A, et al: Can the results of treatment of deep venous thrombosis be improved by combining surgical thrombectomy with regional fibrinolysis? J Cardiovasc Surg 21: 347-352, 1980.

18. Bladin C, Royle JP: Repair of veno-occlusive disease of the lower limb using internal iliac vein graft and distal A-V anastomosis J Cardiovasc Surg 31: 368-371, 1990.

Yazışma Adresi

Mahmut YILMAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi ABD

Kurupelit-SAMSUN