

KRONİK MEZENTERİK İSKEMİDE CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

SURGICAL RESULTS IN CHRONICAL MESENTERIC ISCHEMIA

Murat BEYAZIT, İyad FRANSA, Göktan AŐKIN, Kamil GÖL

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, Ankara

Özet

Amaç: Kronik mezenterik iskemi (KM<) tan<ıyla ameliyat ettiğimiz hastalar<n erken ve geç sonuçlar<n ortaya konmas<dır.

Yöntem: Son 6 yıl<k dönemde cerrahi revaskülarizasyon yapılan 6 hasta retrospektif olarak tüm yönleriyle incelenmiştir. Anevrizmal hastalıklar sırasında yapılan mezenterik girifimler ve arkuat ligaman sendromları çalışma dışı bırakılmıştır.

Bulgular: Hastalar<m>z'n 2'si kadın, 4'ü erkek olup; en genç hasta 54, en yaşlı hastam<z 72 yaşındadır. Ortalama yaşı 59.8 olarak bulunmuştur. Hastalar<m>z'n hepsinde postprandial karın ağrısı saptanmıştır. Tüm hastalar<n sigara içtiği, 4 hastada ise ciddi hipertansiyon olduğu saptandı. Hastalar<m>z'n biri dışında hepsinde yandafı damar hastalıkları (2 karotis stenozu, 2 aorta-iliak tıkanıklık hastalık, 1 olguda AAA, 1 olguda renal arter stenozu) saptandı. Hastalar<n hiçbirinde girifim gerektiren koroner arter hastalığı bulunmadı. Tüm hastalarda a.mezenterika sup. kanlandırıldı. Erken mortalite ve morbidite olmadı. Tüm hastalarda geç takip sağlandı. En kısa 8, en uzun 68 ay olmak üzere ortalama 28± 14 ay yapılan takiplerde bir olgu kaybedildi.

Sonuç: Hasta sayım<z'n yetersizliğine rağmen KM< cerrahi tedavisinin güvenli ve başarılı olduğunu söyleyebiliriz. Birçok akut tıkanmanın altında yatan nedenin KM< olduğunu ve bu hastalar<n çoğunlukla kaybedildiği gözönüne alınrsa; vasküler cerrahlar<n, gastroenterologlarla sık bir işbirliğine gitmeleri gerektiğine inanıyoruz.

(Damar Cer Der 2003; 12 (2): 5-9)

Anahtar kelimeler: kronik mezenterik iskemi, cerrahi revaskülarizasyon.

Abstract

Purpose: To evaluate the early postoperative and late follow-up results of patients who were operated due to chronic mesenteric ischemia in our clinic.

Methods: All the data, clinical, operative and follow-up of six patients, who had undergone surgical mesenteric revascularization in the last six years in our clinic were re-evaluated. Mesenteric interventions which were performed during aneurysmal diseases or arcuate ligament syndromes were not included in the study.

Results: Two of our patients were female. The mean age of the patients was 59.8 years (54-72 years). Postprandial abdominal pain was the major clinical finding, which was present in all the patients. All patients were also smokers and 4 patients had severely hypertensive. In five patients, accompanying arterial vascular diseases were present, including stenosis of carotid arteries in 2 patients, aorta-iliac occlusive diseases in 2 patients, abdominal aortic aneurysm in 1 patient and renal artery stenoses in 1 patient. None of the patients had coronary artery disease, that needed any kind of intervention. In all patients, a. mesenterica superior was revascularized. There wasn't any morbidity or mortality in the early postoperative period. Late follow-up data was achieved for all patients. Mean long term follow-up period was 28±14 months (8-68 months). One patient was lost during the late follow-up.

Conclusion: Even though the number of patients in our group is not enough to draw a concrete conclusion, it could be said that, surgical treatment of chronic mesenteric ischemia is safe and successful. The underlying reason of many acute occlusions is chronic mesenteric ischemia. The fact of very high mortality of these acute occlusions dictates that vascular surgeons should be in close collaboration with the gastroenterologist,

(Turkish J Vasc Surg 2003;12(2): 5-9)

Key words: Chronic mesenteric ischemia, surgical revascularization

Yazışma Adresi:

Dr. Murat Bayazit

TY-H KVC KL. Sıhhiye Ankara

E-posta: muratbayazit@isnet.net.tr

Büyük sıklıkla arterioskleroz etyolojisi ile olufan ve ciddi morbidite ve mortalite nedeni olan kronik mezenterik iskemi (KM<), seyrek olarak fibromüsküler displazi, periarteritis nodosa, Takayasu arteriti gibi nedenlerle de olufabilir. Hastalık klinikte kendini yemek sonrası karın ağrısı (abdominal anjina), beslenme bozukluğu, kilo kaybı ve yemekten korkma ile gösterir. Bu belirtiler başka birçok abdominal ve sistemik hastalığın belirtisi olduğundan tanı çoğunlukla gecikmektedir. Bu nedenle birçok hasta kronik zeminde olufan akut mezenterik iskemi ve buna bağlı komplikasyonlarla kaybedilmektedir. Henry Ford hastane kayıtlarında akut mezenterik iskemi olgularının % 52' sinde hasta öyküsünde KM< semptomlarının varlığı gösterilmiştir⁽³⁾. Aynı bulgular Mayo Klinikte de gösterilmiş olup bu oran % 43 olarak bildirilmiştir⁽⁴⁾.

Mezenterik dolaşım zengin kollateral a. ile çöliak arter (ÇA), a. mezenterika superior (AMS) ve a. mezenterika inferior (AM<) dan olufur. Bunların dışında a. iliaka interna'lar kollateraller ile mezenterik dolaşıma katılırlar. Bu ana damarlardan hangisinin cerrahi revaskülarizasyonda önemli olduğu tartışmalıdır. Ancak tek damar hastalığında KM< semptomlarının ortaya çıkması seyrek bir durumdur.

Cerrahi tedavide bypass teknikleri, endarterektomi, tam revaskülarizasyon ve greft materyalleri konusunda tartışmalar devam etmektedir. Diğer taraftan endovasküler tedavi seçenekleri ve sonuçları hakkında çok bilinmeyen vardır.^(1,2,3,4,8)

Bu çalışmada son 6 yıllık dönemde mezenterik revaskülarizasyon yapılan 6 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tanı, cerrahi tedavi, yandaki hastalıklar, erken ve geç sonuçları ortaya konarak ülkemizde hastalığın tefhis ve tedavisindeki bulunduğumuz yer irdelenmiştir. Cerrahi revaskülarizasyon teknikleri ve sonuçları ortaya konulmuştur.

HASTALAR VE YÖNTEM :

Semptomatik KM< tanısıyla son 6 yıllık dönemde cerrahi revaskülarizasyon yapılan hastalar retrospektif

olarak değerlendirilmiştir. Demografik veriler, yandaki medikal ve cerrahi hastalıklar, anamnez ve fizik muayene bulguları, tanı yöntemleri, ameliyat kayıtları, postoperatif komplikasyonlar ve mortalite kayıtları değerlendirilmeye alınmıştır. Geç takipler klinik kontrolleri ve telefon görüşmeleri ile sağlanmıştır. Geç ölümlerde neden; klinik kayıtları, varsa ameliyat raporları ve ölüm kayıtlarından çıkarılmıştır.

BULGULAR:

Tıkanmış hastalık nedeniyle ameliyat edilen olgularımızın 2'si kadın, 4'ü erkektir. En genç hastamız 54 en yaşlı hastamız 72 yaşında olup yaş ortalaması 59.8 bulunmuştur (Tablo 1). Hastalarımızın hepsinde postprandial karın ağrısı ve kilo kaybı saptanmış olup; 2 hastamızda gıdadan korkma ve 2 hastamızda da inatçı diyare ameliyat öncesi şikayet olarak belirlenmiştir. Bu gruptaki hastalarımızın tamamının sigara içtiği, 4 hastamızın hipertansif olduğu, 3 hastamızda aortiliak tıkanmış arter hastalığı, 2 hastamızda ciddi asemptomatik karotis stenozu, 1 hastamızda abdominal aort anevrizması olduğu belirlenmiştir. Ameliyat öncesi yapılan tetkiklerde hastalarımızda girişim gerektiren koroner arter hastalığı saptanmadı. Hastalarımızın tamamında a. mezenterika sup. revaskülarize edilmiş olup, 3 hastamızda çöliak arter, 1 hastamızda a. mezenterika inf. kanlandırılmıştır. Yandaki olarak 3 hastamızda aorta -bifemoral bypass; bir hastamızda aorta-aortik tüp greft interpozisyonu uygulanmıştır. Hastalarımızın 4'ünde mezenterik kanlandırmalar retrograd olarak yapılmış olup, 2 olguda antegrad teknik kullanılmıştır. Tüm bypass iflemlerinde dakron greftler kullanılmıştır. Postoperatif dönemde hastalarımızda komplikasyon ve mortalite görülmemiş olup hastalarımızın hepsinde semptomatik düzelme sağlanmıştır. Geç dönem takipler en kısa 8, en uzun 68 ay olmak üzere ortalama 28+14 ay olarak gerçekleştirilmiştir. Hastalarımızdan biri postoperatif 38. ayda komplike ileus ve multiorgan yetmezliği ile kaybedilmiştir. Hastamıza aorta-bifemoral bypass ile birlikte çöliak endarterektomi ve greftten a. mez. sup'a

Tablo 1: Hastaların Cerrahi Risk Faktörleri ve Yapılan İşlemler

Yaş, cins	Risk faktörleri	Geçirilmiş vasküler ameliyat	Visseral damar lezyonları	Yapılan ameliyat	Takip
62, k	Sigara, HT, PDH	-	Çöliak stenoz, AMS oklüzyon	Y-greft+Ao-Mez.bypass	68 ay
56, e	Sigara,PDH	Çöliak endarterektomi	Çöliak, AMS stenoz, AMI tıkalı	Y-greft Mez bypass, Çöliak endarterektomi	60.ay ex
57, e	Sigara,PDH	Karotis endarterektomi	Çöliak stenoz, AMS stenoz, AMI tıkalı	AO-fem bypass, Ao-Mez bypass, AMI reimplantasyonu	44 ay
72, k	Sigara,HT,AAA	Karotis endarterektomi	Çöliak oklüzyon, AMS stenoz	Ao-Aortik tüb greft, Ao-mez bypass	38 ay
54, e	Sigara, HT,	-	Çöliak stenoz, AMS stenoz, AMI oklüzyon, renal arter stenozu	Antegrad Ao-mez, ve renal bypass	9 ay
58, e	Sigara,HT	-	Çöliak stenoz, AMS stenoz	Antegrad ao-çöliak, AMS bypass	8 ay

(Kısaltmalar: HT; hipertansiyon, DM; diabetes mellitus, PDH; periferik arter hastalığı, AAA; abdominal aort anevrizması, AMS; arteria mesenterica superior, AMI; arteria mesenterica inferior, Ao: Aorta, Mez; mezenterik)

retrograd bypass uygulanmış ve acil ameliyat öncesinde bu greftlerinin açık olduğu görülmüştü ve ameliyatta brid ve torsiyona bağlı nekroz olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA :

Kronik mezenter arter tıkanmaları; birçok yönüyle tartışılan ve günümüzde bu tartışmaların sonuca bağlanmadığı; vasküler cerrahi, gastroenteroloji ve endovasküler cerrahinin ilgilendiği bir hastalık kompleksidir..Arteriosklerotik damar hastalıklarında çok büyük sayılarda yapılan prospektif, randomize çalışmalara karşın , mezenter arter hastalıklarında ayrı çalışmalara rastlamak mümkün değildir. Bu ülkemiz içinde aynı şekilde olup yeterli sayılar ve deneyim birikimi oluşturmamıştır. Buna rağmen sınırlı deneyimimizin aktarılması gelecekteki artacak hastalara bakım ve tedavi protokolleri yönünden yararlı olacaktır.

Hastaların tanısında dikkat çeken en önemli nokta gecikmedir. Bu hastalar iftahasızlık, kilo kaybı ve karın ağrısı gibi genel bulgularla başvurdukları kliniklerde uzun süre tanısız kalmaktadırlar. Bunun en önemli nedeni hastaların akla getirilmemesidir. Medikal protokolleri gelişmiş ülkelerde de durum buna benzerdir ve bazen tanı için aylar gerekmifftir^(3,4,6). Bizim serimizde de hastalar birçok merkezde çok derinlik tanımlarla takip edilmiş ve tanı için en son anjiyografi yaptırılarak akla gelmiştir.

Cerrahi tedavi ile ilgili çeşitli konularda tartışmalar vardır. Bunlar kombine aort cerrahisi, endarterektomi yada bypass, tam revaskülarizasyon ve greft konfigürasyonu ile ilgilidir. Birçok yayında görüldüğü üzere kombine cerrahide morbidite ve mortalite yüksektir. Bu yayınların çoğunlukla 1980'li yıllarda yapılmış olduğu ve mortalite oranlarının % 15'in üzerinde olduğu görülmektedir^(5,6) Çok zorunlu

olmadıkça kombine cerrahiden kaçınılması önerilmektedir⁽⁴⁾. Ancak hastaların doğal seyri nedeniyle mezenterik arter hastalıklarıyla aort ve renal arter hastalıkları ile birlikte olduğu bir gerçektir. Bizim hastalarımızda 3' ünde ciddi aortailiak hastalık ve 1'inde abdominal aort anevrizması varlığı nedeniyle kombine aortik ve mezenterik girifim gerekli olmuştur. İnferrenal aort cerrahisi ile birlikte yapılan mezenterik rekonstrüksiyonlarda retrograd kanlandırma ya da a.mez.sup'un grefte reimplantasyonu teknikleri tercih edilmiştir. Bu olgulardan birinde çöliak artere endarterektomi ve yama uygulanmıştır. Hastalarımızda birine ise a.mez.inf'un grefte reimplantasyonu uygulanmıştır. Bu olgularımızda hiçbirinde erken ve geç takipler sırasında sorun olmamıştır. Tek damar revaskülarizasyonu konusunda tartışmalar vardır. Oregon grubu a.mez.sup'un tek başına kanlandırılmasıyla yeterli olduğunu ve bunun retrograd yolla yapılması gerektiğini savunmaktadır⁽⁷⁾. Ancak erken ve geç dönemde tek damarın tıkanmasıyla doğuracağı ciddi sonuçlardan dolayı yüksek risk taşımayan hastalarda çöliak arterinde kanlandırılması uygundur. Antegrad bypass yada çöliak ve mezenterik endarterektomi için supraçöliak aortanın kontrolü gereklidir. Buna başlı olarak kullanılacak ensizyon ve girifl yolu farklılıklar gösterir. Biz antegrad bypass için vertikal ensizyon tercih ettik. Xiphoid'den başlıyan bu kesi göbek altına kadar uzatıldı. Triangular ligament kesilerek karaciğer sol lobu sağ tarafa ekarte edildi. Mide küçük kurvaturu serbestleştirilerek sola çekildi ve diafragma sol krusu aortik hiatusa doğru disseke edilerek supraçöliak aorta kontrol edildi. Bu iflem esnasında Omni Ektör (Omni-Tract Surgical System-USA) karaciğer, mide ve diafragma ekartasyonunda yardımcı olmaktadır. Bypass greft olarak 14/7 mm dakron tercih edilmiş olup çöliak ve mezenterik bypasslar uç-uca yapılmıştır. Arteria mez.sup. a giden greft retropankreatik avasküler bölgeden geçirilmiştir. Bazı araştırmalar supraçöliak aortanın sol medial visseral rotasyonla kontrol edildiğini bildirmektedirler^(1,2,3,5). Bu yolla aortavisseral açık endarterektomi yapmakta mümkün olmaktadır. Ancak bu teknikte çok geniğ disseksiyon gerekmesi ve deneyimli olmayanlar elinde

ciddi yaralanmalar olduğu bilinmektedir. Ancak kilolu ve abdominal girifimin sakıncalı olduğu hastalarda retroperitoneal yolla supraçöliak aortanın kontrolü sağlanabilir. Retrograd by-pass için kullanılan greftin kullanılması riski vardır. Bu amaçla C-loop, iliomezenterik bypass yada ringli greft gibi teknikler önerilmektedir. Biz bu teknikleri kullanmadan bu tekniği uyguladık. Özellikle a.mez.sup anastomozunu uç-uca yapmak ve gerekiyorsa AMS'un dikkatli distal serbestleştirmesi ile kullanılan önüne geçilmiştir.

Endovasküler teknikler kronik mezenter iskemilerde bir tedavi seçeneği olabilir. Ancak bu konuda deneyimler sınırlıdır. Cleveland klinikten Kasirajan ve ark. lar mezenter arterdeki angioplasti ve/veya stent uygulama sonuçlarında erken dönemde yüksek oranda nüks gördüklerini bildirmişlerdir⁽⁸⁾. 4eri yıfta ve yüksek riskler taşıyan hastalarda anjioplasti önemli bir tedavi alternatifidir. Bu grup hastalarda cerrahi tedavi en iyi merkezlerde bile yüksek morbidite ve mortalite taşımaktadır. Ancak endovasküler tedavi için her zaman uygun olgu bulmak, yaygın aortik arterioskleroza başlı olarak güçtür.

Mezenter arter cerrahisinde mortalite oranları % 5-12 arasında bildirilmektedir^(1,2,4,6). Son yıllarda kombine cerrahiden kaçınma, anestezi tekniklerinde gelişmeler, kardiyak değerlendirilmeler sonucunda mortalite %5 lerin altına indirilmiştir. En korkulan ve ciddi postoperatif komplikasyon greft oklüzyonu ve buna başlı barsak iskemisidir. Postoperatif erken dönemde bu açıdan çok dikkatli olmak gereklidir.

Geç takiplerde 3 yıllık greft açıklık oranları %65-89 oranında bildirilmiştir⁽²⁾. 5 yıllık yafam oranı %64-79 olarak bildirilmiştir^(2,4,5,6,7).

Bizim serimizde erken postoperatif dönem tüm hastalarımızda sorunsuz geçmiştir. Geç dönem takiplerde bir hasta kaybedilmiş olup diğer hastalar semptomsuz olarak yafamaktadır. Sayılarımız az olduğu için istatistik değerlendirme yapılmamıştır.

Sonuç olarak; kronik mezenter arter hastalıklarında cerrahi tedavi sonuçlarının iyi olduğu, girifim yapılmayan ya da tanı konamayan birçok hastada akut mezenter iskemi ile hastaların kaybedildiğini söylemek doğru olacaktır. Tanı gecikmesi açısından vasküler

cerrahlar›n özellikle gastroenterologlarla ifbirliği yapmalar›n›n önemli olduğunu belirtmeliyim. Cerrahi teknikler aç›s›ndan doğru tercih yapmada flu anda elimizde yeterli bilgi olmad›đ için her hastay› risk faktörleri ve cerrahi anatomi yönünden değerlendirerek bir karara varmak doğru olacaktır. Yandıfl kardiyovasküler sistem hastal›klar› ile s›kl›kla birlikte bulunan bu hastalarda dikkatli preoperatif değerlendirme gereklidir. Bu hasta grubunun tan›s› art›kça cerrahi tedavi sonuçlar› hakkında daha ayrıntılı bilgilere ulafl›lacaktır.

KAYNAKLAR:

1. Taylor LM, Moneta GL, Porter JM: Treatment of chronic intestinal ischemia. In Rutherford RB (ed): Vascular Surgery, 5th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2000, pp 1532-1540.
2. Nelson PR, Zwolak RM: Chronic mesenteric ischemia. In Cronenwett JL, Rutherford RB (ed). Decision Making in Vascular Surgery, 1st ed, Philadelphia, WB Saunders, 2001, pp 250-262.
3. Cho JS, Carr JA, Jacobsen G, Shepard AD, Nypaver TJ, Reddy DJ: Long term outcome following mesenteric artery reconstruction: a 37 year experience. J Vasc.Surg 35:453-60,2002
4. Park WM, Gloviczki P, Cherry KJ, Hallett JW, Bower TC, et al: Contemporary management of acute mesenteric ischemia: factors associated with survival. J Vasc Surg. 35:445-52, 2002.
5. McAfee MK, Cherry KJ, Naessens JM, Pairolero PC, Hallett JW, et al: Influence of complete revascularization on chronic mesenteric ischemia. Am J Surg. 164: 220-24,1992.
6. Mateo RB, O'Hara PJ, Hertzner NR, Mascha EJ, Beven EG, Krajewski LP: Elective surgical treatment of symptomatic chronic mesenteric occlusive disease: early results and late outcomes. J Vasc Surg. 29:821-32, 1999.
7. Foley MI, Moneta GL, Abou-Zamzam AM, Edwards JM, Taylor LM, et al: Revascularization of the superior mesenteric artery alone for treatment of intestinal ischemia. J Vasc Surg. 32:37-47, 2000.
8. Kasirajan K, O'Hara PJ, Gray BH, Hertzner NR, Clair DG, et al: Chronic mesenteric ischemia: open surgery versus percutaneous angioplasty and stenting. J Vasc Surg. 29: 821-32, 2001.