

< Fibromusküler Displaziye Bağlı Renal Arter Stenozu ve Anevrizması (Olgu Sunumu) < 610

Kazım Beşirli, Caner Arslan, Kamran Kazımoğlu, Uğur Cangel, Hasan Tüzün

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi ABD İSTANBUL

ÖZET

Bu sunumda fibromusküler displazinin sağ renal arterde stenozu ve anevrizmaya yol açtığı, renovasküler hipertansiyonlu genç bayan hastaya cerrahi tedavi yaklaşımımız anlatılmaktadır. Kesin teşhis renal arteriyografi ile kondu. Anevrizmatik ve stenotik segmentin rezeksiyonunu takiben, renal arter abdominal aortaya reimplante edildi. Postoperatif dönemde antihipertansif medikasyon ihtiyacı olmayan hasta, 2 yıldır problemsiz olarak izlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Renal arter, stenoz, hipertansiyon.

SUMMARY

RENAL ARTERY STENOSIS AND ANEURYSM DUE TO FIBROMUSCULAR DYSPLASIA A CASE REPORT

In this report, our surgical approach to a young female patient with renovascular hypertension whose right renal artery was showing stenosis and aneurysmatic dilatation due to fibromuscular dysplasia was presented. Absolute diagnosis was made by renal arteriography. Right renal artery was reimplanted to abdominal aorta following resection of the stenotic and aneurysmatic segments. The patient did not need antihypertensive medication postoperatively and has been doing well for 2 years.

Key Words: Renal artery, stenosis, hypertension.

Penovasküler hipertansiyonun popülasyonda görülme sıklığı belli olmamakla birlikte, hipertansif hastaların %0,5-%1,0'ini teşkil ettiği düşünülmektedir. Arteriosklerozise (%60-70) veya fibromusküler displaziye (%20-%30) bağlı gelişen renal arter stenozu ve (nadiren) renal arter anevrizması renovasküler hipertansiyonun nedenleri arasındadır. Renovasküler hipertansiyon cerrahi yöntemle tedavi edilebilir hipertansiyon nedenleri arasındadır. Kesin tanı hemen her zaman renal arteriyografi ile konmasına rağmen, intravenöz piyelografi, kaptopril testi, renal ven renin değeri, radyonuklid renografi, MR angiografi ve doppler ultrasonografi gibi tetkiklerin de teşhiste önemli rolü vardır.

OLGU

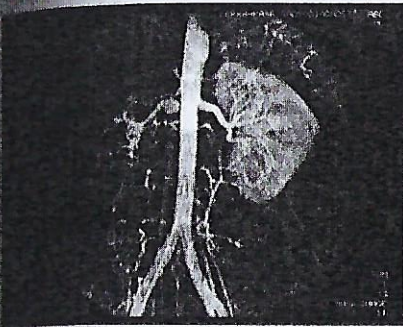
SA, 20 yaşında bayan hasta, 6 ay önce başlayan baş ağrısı nedeniyle doktora başvurmuş ve ilk defa hipertansiyon tespit edilmiş. Antihiper-

tansif tedavi olarak metoprolol 25 mg günde 1 kez başlanmış ve renovasküler hipertansiyon düşünülmüş ve kliniğimize sevk edilmiş. Ailede hipertansiyon hikayesi bulunmayan hasta, oral kontraseptif kullanmıyordu.

Hastanın fizik muayenesinde her iki üst ekstremitelerde tansiyon arteryel (TA):180/120 mmHg, nabız: 85/dk. idi. Tüm periferik nabızlar alınıyordu. S2 sertleşmesi ve batında göbek etrafında 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm dışında fizik muayenede herhangi bir patoloji saptanmadı. Elektrokardiyografi'de ve EKG'de anormal bulgu yoktu. Gözdibi muayenesi normal idi. TSH, T3, T4, K+, Na+, VMA, 17OH steroidler ve ketosteroidler, üre, kreatinin, kreatinin klirensi, rutin idrar tetkiki normal sınırlarda idi. Batın bilgisayarlı tomografisinde böbreklere ve böbreküstü bezine ait patoloji saptanmadı. Plazma renin aktivitesi 21 ng/ml/s. (N:0,20-3.40 ng/ml/s)

Renal arter doppler ultrasonografisinde sağ renal arterde proksimalde belirgin stenoz ve

1 cm çaplı sakkuler genişleme (anevriz-
saptanması üzerine yapılan renal arteri-
sinde alışılagelmiş aksine sağ renal arter
arterden daha üst seviyede T12 verteb-
asında aortadan çıkmakta ve çıkımından
sonra yaklaşık 1-1,5 cm'lik bir segment
oranında pretrombotik stenoz ve bu ste-
distalinden orijin alarak aşağı doğru sar-
1 cm boyutlarında anevrizmatik dolum
edildi (Resim 1).Dinamik ve statik renal
ifide patoloji saptanamayan hastanın cer-
ntemle tedavisine karar verildi.



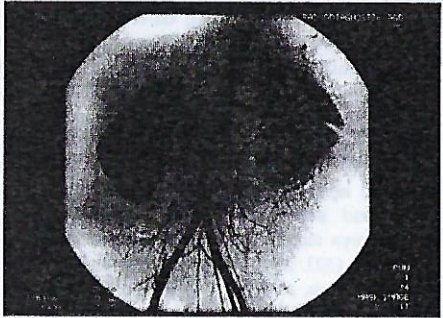
Resim 1. Fibromusküler displaziye bağlı renal arter stenozu ve anevrizması bir olgu sunumu.

CERRAHİ TEKNİK

Preoperatif hazırlıkları takiben genel anestezi altında hastaya median laparotomi uygulandı. Kesilmiş Koher manevrası ile sağ kolon ve bağırsaklar sola devrildi. Uygun preparasyon ve sistemik heparinizasyonu takiben sağ renal arter aortadan çıkımından ayrıldı. Stenotik anevrizmatik segment rezeke edilerek çıkarıldı ve sağ renal arter orijinal çıkım yerinden 4-5 cm aşağıya 6/0 prolenle uç yan olarak abdominal aortaya reimplante edildi. Anastomozdan sonra sağ böbrek 300 cc soğuk böbrek kokteyli (300 cc ringer laktat, 90 cc %20 mannitol, 500 mg metilprednisolon) perfüze edildi. Erken postoperatif sistemik TA: 160/95 mmHg civarında idi. Postop 6. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Hastanın TA :140/80 mmHg civarına in-

Operasyonda çıkarılan segmentin patolojik incelemesinde aşırı intima kalınlaşması, media kaybı, lamina elastika interna ve eksteri-
yokluğu ile karakterize fibromuskuler displa-

zi saptandı. Operasyondan 2 hafta sonra yapılan kontrol arteriyografisinde sağ renal arterin çıkımı (L1 vertebra korpus seviyesinde), dolusu, kontur ve intraparakimal dağılımı doğal olarak izledi (Resim 2).



Resim 2. Fibromusküler displaziye bağlı arter stenozu ve anevrizması bir olgu sunumu.

Hastanın yaklaşık 2 yıllık takibinde herhangi bir antihipertansif ilaç kullanımına gerek kalmadı ve TA:130/80 mmHg civarında seyretti.

TARTIŞMA

Renal arter rekonstruksiyonu renovaskuler hipertansiyonun tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Farklı serilerde mortalite oranı %0,9 - %5,4 arasında bildirilmektedir (1). Renal arter rekonstruksiyonundan fibrodisplazili hastaların %90'dan fazlası ve fokal renal arteriosklerozisli hastaların daha çok yararlandığı gösterilmiştir. En kötü sonuçlar diffüz aterosklerozisli hastalarda görülmüştür (2,3). Rekonstruksiyonun genç yaşlarda, vasküler yatakta irreversibl değişiklikler oluşmadan yapılması daha faydalıdır (2).

Son yıllarda perkutan transluminal anjioplastinin (PTA) kullanıma girmesiyle renal arter hastalığı olan kişilerin tedavisinde büyük değişiklikler meydana gelmiştir. PTA özellikle ana renal arterin fibromusküler displazisinde ve ostial olmayan aterosklerotik lezyonların tedavisinde mükemmel sonuçlar vermektedir (4). Baert ve ark. 202 hastadan oluşan bir seride 250 renal arter stenozuna PTA uygulamışlar ve fibromusküler lezyonlarda % 83 başarı elde etmişlerdir (5). Ortalama 25 +/- 19,4 aylık takipte, tek taraflı fibromusküler displazide % 65, çift taraflı lezyonlarda % 40 oranında tedavi (işlem sonra-

sı diastolik kan basıncı 90 mmHg veya daha aza inmiş) sağlanmıştır (5).

Foster'in 122 vakalılık serisinde de unilateral fibromusküler lezyonun en çok sağ renal arteri tuttuğu gösterilmiştir (3). Hastamızda da fibromusküler displazi sağ renal arter tutulumu göstermekteydi. Bu olgularda en sık uygulanan primer operatif prosedürün otojen ven grefti ile aorto-renal bypass olmasına rağmen, olgumuzda orijinal arterin yeterli uzunluğundan da yararlanarak, rezeksiyon ve aortik reimplantasyon uygulandı. Bu yöntemle, aorto - renal safen ven bypass prosedüründe rastlanan anevrizmal dilatasyon ve progressif stenoz riskini en aza indirmiş olduk (2, 3, 6, 7).

Renovasküler hipertansiyonda, renal arter rekonstruksiyonu uygulanan hastaların, arteriyel tansiyonu esas alınarak postoperatif takibi 3 grupta değerlendirilmektedir. Antihipertansif medikasyona gerek kalmadan en az 6 ay normotansif seyredenler, kesin tedavi sağlanan grup, antihipertansif medikasyonla beraber en az 6 ay normotansif seyredenler, iyileşme sağlanan grup, her şeye rağmen postoperatif hipertansif seyredenler yanıt alınamayan grup olarak adlandırılmaktadır. Fibromusküler displazili erişkin hasta grubunda bu sonuçlar ayrı ayrı, %57, %39, %4 gibidir (6). Postoperatif dönemde herhangi antihipertansif medikasyona gerek kalma-

dan 2 yıl boyunca normotansif seyreden olgumuz, ilk grupta değerlendirildi.

Bütün bunlar gözönünde bulundurulduğunda renal arterin özellikleri uygunsa rezeksiyon ve aortik reimplantasyon girişiminin aorto-renal bypass'a iyi bir alternatif olabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Ernst CB, Chitwood RW: Renal artery reconstruction: Haimovici's Vascular surgery, Cambridge, Massachusetts, 1996 pp:1008-1027.
2. Lawrie GM, Morris GC, Soussou ID, Starr DS, Sifers A, Glaeser DH, DeBakey ME: Late results of reconstructive surgery for renovascular disease. *Ann. Surg.* 191: 528-33, 1980.
3. Foster JH, Dean RH, Pinkerton JA, Rhamy M: Ten years experience with the surgical management of renovascular hypertension. *Ann. Surg.* 177: 755-766, 1973.
4. Novick AC: Percutaneous transluminal angioplasty and surgery of the renal artery. *Euro. J. Vasc. Surg.* 6: 471-6, 1992.
5. Baert AL, Wilms G, Amery A, Vermeylen J, Fry WJ: Percutaneous transluminal renal angioplasty: initial results and long-term follow-up in 203 patients. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 13: 22-26, 1990.
6. Stanley JC, Fry WJ: Surgical treatment of renovascular hypertension. *Arch Surg.* 112: 1291-7, 1977.
7. Fry WJ, Brink BE, Thompson NW: New techniques in the treatment of extensive fibromuscular disease involving the renal arteries. *Surgery* 69: 959-67, 1970.