

LOMBER DİSK HERNİSİ TANISI İLE OPERE EDİLEN “DÜŞÜK AYAK”LI HASTADA AKUT TOTAL ABDOMİNAL AORTİK OKLÜZYON

ACUTE TOTAL ABDOMINAL AORTIC OCCLUSION IN A PATIENT WITH “FOOT DROP” THAT WAS OPERATED FOR DISCAL HERNIATION

Suat Nail Ömeroğlu, Hasan Ardal, Denyan Mansuroğlu, Vedat Erentuğ, İlker Mataracı, Gökhan İpek.

Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği

Özet

Akut Total Abdominal Aortik Oklüzyon nadir olarak ortaya çıkan ancak fatal seyredebilen bir patolojidir. Total Abdominal Aortik Oklüzyon semptomatolojisi bazen hastaların nöroloji ve nörofürrji kliniklerinde takibi sonucunda önemli zaman kayıplarına sebep olabilmektedir. Alt ekstremitelerin nörolojik semptomları değerlendirilirken vasküler etyoloji ayrıntı tanısından mutlaka gözönünde bulundurulmalıdır. Bu olgu sunumunda lomber disk hernisi tanısı ile opere edilen “düşük ayak”lı hastada Akut Total Abdominal Aortik Oklüzyon saptanması ve bafarı cerrahi tedavisi ele alınmaktadır. (Damar Cerr Derg 2003; 12(1): 39-41)

Anahtar kelimeler: Aortik oklüzyon, düşük ayak, disk hernisi, aortobifemoral bypass.

Summary

Acute abdominal aortic occlusion remains a serious vascular surgical emergency with significant morbidity and mortality. In a patient complaining of pain, weakness or numbness of a leg and presenting with foot drop the differential diagnosis should include aortoiliac vascular disease. This case demonstrates that peripheral nerve injury in the legs may signal underlying large vessel occlusive disease. (Turkish J Vasc Surg 2003; 12(1): 39-41)

Key words: Aortic occlusion, foot drop, discal herniation, aortobifemoral bypass.

Abdominal aorta aterosklerozun en sık görüldüğü bölgelerden biridir ancak akut Total Abdominal Aortik Oklüzyon (TAAO) nadir olarak ortaya çıkan bir durumdur. Tedavideki zorluklar ve prognozun kötü olması akut TAAO’u yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden bir patoloji haline getirmektedir⁽¹⁻⁵⁾. Etiyolojide aortik bifurkasyonun emboli ile akut trombozu (saddle emboli) ve kronik aterosklerotik zeminde akut arteriyel tromboz en önemli faktörler olarak belirlenmiştir^(1,4,5). TAAO semptomatolojisindeki özellikler vakaların bazen nöroloji ve nörofürrji kliniklerinde takibine neden olmakta ve hatalı girişimler uygulanabilmektedir. Bu olgu sunumunda “düşük ayak” şikayeti ile disk hernisi tanısı konularak opere edilen ve ardından TAAO saptanarak tedavisi bafarı ile gerçekleştirilen bir hasta ve TAAO’un ayrıntı tanısı konu edilmektedir.

OLGU SUNUMU

47 yaşındaki erkek hastanın beş yıldan beri bel ağrısı ve eforla bacaklarında ağrı şikayeti mevcutmuş. Kliniimize gelmeden 24 saat önce her iki bacakta ani olarak bafılayan ve giderek şiddetlenen ağrı ve uyuşukluk, 12 saat sonra da sağ ayakta düşüklük şikayeti gelişmiş. Bafıvrudunu doktor tarafından “lomber disk hernisi” öntanısı düşünülerek lomber magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılmış. MRG raporunda L5-S1 seviyesinde lomber disk hernisi ve buna bağlı gelişen radikülopati sonucu “düşük ayak” tanısı konmuş ve hasta acil operasyona alınmış. Hastaya kliniimize ulaşmadan 8 saat önce gerçekleştirilen disk hernisi operasyonundan sonra şikayetlerinde düzelme olmaması ve sağ ayakta siyanoz gelişmesi üzerine sağ femoral arter oklüzyonu



Resim 1. Total Abdominal Aortik Oklüzyonlu Hastada Anjiyografi Görüntüsü

düflünülerek sağ femoral embolektomi uygulanmış. Ayaktaki iskeminin giderek artması sebebiyle hasta kliniğimize sevk edilmiştir.

Hastanın değerlendirilmesinde bilinç açık, kooperasyon tam; fizik muayenede sistem muayeneleri periferik vasküler ve nörolojik sistem dışında normal olarak tespit edildi. Bilateral femoral arterler ve distal nabızlar nonpalpable idi; sağ ayakta siyanoz ve motor hareketlerde belirgin kısıtlılık, “düflük ayak” vardı; sol ayakta dorsifleksiyon kısıtlıydı, her iki bacakta soğuma ve renk deşiflikliği mevcuttu. Hastaya acil olarak koroner ve periferik anjiyografi yapıldı. Anjiyografide koroner arterler normaldi; abdominal aorta renal arterlerin distalinden itibaren oklüde idi (Resim 1).

Hasta acil olarak operasyona alındı. Retrograd yolla embolektomi girişimi denendi ancak başarısız olunca revaskülarizasyona karar verildi ve 8 x 16 mm “Y greft” ile aortobifemoral bypass uygulandı. Hastanın yoğun bakıma takiplerinde sağ bacakta iskemik bulgular azaldı ve motor hareketlerdeki kısıtlılıkta gerileme oldu. Postoperatif dönemde yapılan lomber MRG incelenmesinde hastada L5 laminektomi defekti saptandı.

Hasta taburcu edilirken her iki bacakta distal nabızlar palpable idi. Lökomotor sistem muayenesinde bel hareketlerinde lateral ve retrofleksiyon artırıldı ve kısıtlı idi, sağ uyluk ve baldırda hipotoni ve atrofi mevcuttu.

TARTIŞMA

TAAO fatal seyretme potansiyeline sahip bir patolojidir.

Semptomatolojideki özellikler vakaların nöroloji ve nöroflirürji kliniklerinde takip edilmesine ve vasküler patolojinin düflünülmemesi sebebiyle çok önemli zaman kayıplarına neden olabilmektedir. Aortoiliak oklüziv hastalıkta oklüzyonun renal arterler seviyesine doğru ilerlemesi ile paralel olarak mevcut olan claudicatio fıkayetlerine “alt bel ağrısı” ile karşılabilecek bir “lomber komponent”in eklendiği belirtilmektedir. 48 vakalı bir TAAO serisinde 8 hastanın spinal kord basması semptomlarına benzeyen fıkayetlerle hekime başvurdukları açıklanmaktadır⁽⁵⁾. TAAO’da klinik bulgular arasında alt ekstremitelerin nörolojik semptomları da sayılmaktadır⁽⁴⁾. Literatürde “düflük ayak” sebebi ile nöroloji kliniğinde iki ay boyunca takip edildikten sonra TAAO tespit edilen bir vakadan bahsedilmekte ve periferik sinir hasarı ile ilgili fıkayetlerin altta yatabilecek vasküler patolojiye yönelik bir ifaret olabileceği hatırlatılmaktadır⁽⁶⁾.

Sunulan olguda hastanın vasküler patoloji ile ilgili olabilecek fıkayetlerinin beflıyıldı devam etmekte olduğu anamnez ile tespit edilmiştir. Hastanın hekime seyrek olarak başvurması ve vasküler etyolojinin hiç düflünülmemesi, hastanın semptomatik tedavilerle ele alınması sonucunu doğurmuş ve herhangi bir ileri inceleme yapılmamıştır. Akut tabloda ise nörolojik patolojinin ön planda değerlendirilmesi TAAO’un tanıda akla gelmemesine sebep olmuştur. Bu aşamada yapılan lomber bölge MRG incelemesinde disklerde patoloji olduğu düflünülerek ön tanının doğrulandığı öngörülmüş ve hastaya cerrahi girişim uygulanmıştır. Ancak beklenen sonucun elde edilememesi üzerine hastanın sağ ayakta semptomlarının da artmasıyla vasküler etyoloji hatırlanmış fakat bu defa da yetersiz tanı sonucunda sorun basit bir periferik embolektomi girişimi ile çözülmeye çalışılmıştır. İskeminin giderek artması sonucunda hasta kliniğimize sevk edilmiştir.

Hasta kliniğimize ulaftığında akut olarak fıkayetlerinin başlamasının üzerinden 24 saat geçmişti ve hastanın sağ ayağında siyanoz ile birlikte “düflük ayak” vardı. Hastanın hemodinamik verileri stabil olmakla birlikte periferik iskemik bulgular ilerlemişti. Her iki kol arasında arteriyel basınç farkı olmaması, hipertansiyon hikayesinin bulunmaması, göğüs-sırt ağrısının olmaması

ve radyografide aort görüntüsünün normal olması aort diseksiyonu tanısının doğrulamada yardımcı kriterlerdi. TAAO vakalarında klinik bulgular çok zaman yeterli olsa da hastanın genel durumu uygunsa aortografinin faydalı olduğu savunulmaktadır⁽⁷⁾. Kliniğimizde periferik vasküler giriflim uygulanacak olan tüm hastalarda koroner arter hastalığı eflilik edebilme insidansının yüksek olması sebebiyle kontrendikasyon yoksa koroner arterler de angiografik olarak incelenmektedir⁽⁸⁾.

Postoperatif dönemde TAAO'lu hastalarda prognozu kötü yönde etkileyen faktörlerden biri reperfüzyon hasarına bağlı olarak oluşabilecek multiple organ yetmezliğine kadar gidebilen tablodur⁽⁹⁾. Şekminin ortaya çıkışı ile operasyona kadar olan süre prognoz üzerinde önemli rol oynamaktadır^(1,2,3). Sunulan olguda operasyona kadar olan süre 24 saat gibi uzun bir süre olması rağmen postoperatif dönemde önemli bir komplikasyonun ortaya çıkmaması TAAO'un kronik ateroskleroz zemininde gelişmiş olması ve kollateral dolaşımın kuvvetli olması ile açıklanabilir.

TAAO nadir bir patoloji olmakla beraber fatal sonuçlanabilecek bir klinik tablodur. Doğru tanı ve gecikmeden yapılan müdahaleler ile iyi sonuçlar almak mümkündür. Acil birimlere periferik sinir patolojisine ait olabilecek semptomlarla başvuran hastalarda tanının akla getirilmesi ve kararlaştırılması

nörolojik hastalıklarla ayırıcı tanısının dikkatle yapılması TAAO'un doğru tanı ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Göl K, Çiftan Z, Kale A, Bayazıt M, Taftdemir O, Bayazıt K: Akut aort oklüzyonlarında cerrahi tedavi. Damar Cerrahisi Dergisi 1998;3:109-115.
2. Posacıoğlu H, Çökürkçüoğlu M, Çalkavur M, Atay Y, Özbaran M, Alayunt A, Büket S, Hamulu A: Akut aort oklüzyonu: Tanı, tedavi ve prognozu etkileyen faktörler. Damar Cerrahisi Dergisi 1998;3:127-132.
3. Dossa CA, Shepard AD, Reddy DJ, Jones CM, Elliot JP, Smith RF, Ernst CB. Acute aortic occlusion. A 40-year experience. Arch Surg 1994;129:603-608.
4. Buth J, Cuypers P. The diagnosis and treatment of acute aortic occlusions. J Mal Vasc 1996;21(3):133-5.
5. Babu SC, Shah PM, Nitahara J. Acute aortic occlusion: factors that influence outcome. J Vasc Surg 1995;21:567-575.
6. Larson WL, Wald JJ. Foot drop as a harbinger of aortic occlusion. Muscle Nerve 1995;18(8):899-903.
7. Arslan M, Yılmaz TA, Demirkılıç U, Özal E, Kuralay E, Tatar H, Öztürk YÖ: Akut aortik oklüzyon. Damar Cerrahisi Dergisi 1996;2:62-65.
8. Çepk G, Balkanay M, Demirsoy E, ve ark. Koroner ve periferik arter hastalığında uygulanan kombine cerrahi giriflimler. Haydarpaşa Kardiyoloji ve Kardiovasküler Cerrahi Bülteni 1997;5:9-12.
9. Tassiopoulos AK, Carlin RE, Gao Y, Pedato A, Finck CM, Landas SK, Tice DG, Marx W, Hakim TS, Mc Graw DJ: Role of nitric oxide and tumor necrosis factor on lung injury caused by ischemia/reperfusion of the lower extremities. J Vasc Surg 1997; 26:647-56.