

Superior Mezenterik Arter Anevrizması ile Prezente Olan İntestinal Anjina

Intestinal Angina Presenting with Superior Mesenteric Artery Aneurysm: Case Report

Ahmet ÇALIŞKAN,^a
Murat Bülent RABUŞ,^b
Feza EKİZ,^c
Sinan DEMİRTAŞ,^a
Mehmet BALKANAY^b

^aKalp Damar Cerrahisi AD,
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Diyarbakır,

^bKalp Damar Cerrahisi Kliniği,
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İstanbul,
^cGastroenteroloji Cerrahisi Kliniği,
Diyarbakır Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Diyarbakır

Geliş Tarihi/Received: 24.02.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 29.08.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Murat Bülent RABUŞ
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
muratrabus@yahoo.com

ÖZET Kronik mezenter iskemisi (intestinal anjina), intestinal hipoperfüzyondan kaynaklanan kronik postprandiyal karın ağrısı olarak tanımlanır. Tanı sıklıkla tomografik anjiyografi, manyetik rezonans anjiyografi ve dupleks ultrasonografi ile konulabilir. Tanıda altın standart konvansiyonel anjiyografidir. Tedavi edilmediğinde ölüme kadar gidebilen ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu yazıda çölyak arter tıkanıklığı ve superior mezenterik arterde sakkuler anevrizma tespit edilen olgunun literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Çölyak arter; superior mezenter arter anevrizması; intestinal anjina

ABSTRACT Chronic mesenteric ischemia (intestinal angina) refers to chronic postprandial abdominal pain caused by intestinal hypoperfusion. Diagnosis can often be made by tomographic angiography, magnetic resonance angiography, and duplex ultrasonography. It can lead to severe complications and even death if untreated. In this paper, we aimed to discuss a case who presented with total occlusion of celiac artery and superior mesenteric artery aneurysm, in the light of the literature.

Key Words: Celiac artery; superior mesenteric artery aneurysm; intestinal angina

Damar Cer Derg 2014;23(3):190-3

İntestinal anjina özellikle yemeklerden sonra başlayan karın ağrısı ile karakterize, nadir görülen ancak hayat kalitesini etkileyen bir durumdur.¹ İlk olarak 1918'de Goodman tarafından tanımlanan bu patoloji, yavaş seyri nedeniyle geç teşhis edilir.¹ Tedavisinde ilk başarılı cerrahi onarım Shaw ve Maynard tarafından 1958'de gerçekleştirilmiştir.² Cerrahi, bu dönemden sonra temel tedavi olarak güncelliğini korumuştur. Ancak, son dönemlerde gelişen anjiyoplasti ve stent seçenekleri cerrahiye alternatif olarak sunulmaya başlanmıştır. Seçilen işlem ne olursa olsun, temel amaç intestinal yapılara yeterli kan akımının sağlanmasıdır.¹

Diseksiyon, vaskülit, fibromusküler displazi, radyasyon ve kokain kullanımı gibi birçok faktörün neden olabildiği intestinal anjinanın temelindeki en önemli etkenin ateroskleroz olduğu öne sürülmüştür.³

Bu yazıda uzun süre tanı alamamış intestinal anjinalı kadın hastanın, tanı ve tedavisi literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

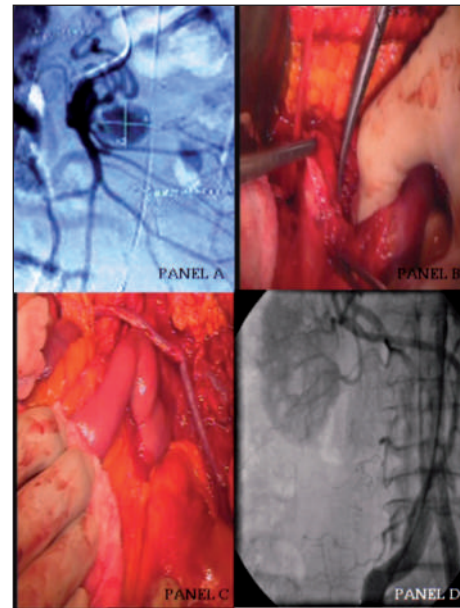
Altmış üç yaşındaki kadın hasta son iki yıl boyunca aralıklı olarak şiddetli karın ağrısı nedeniyle birçok kez acil servise başvurmuş, ancak rutin testleri normal olan hastaya tanı konulamamıştır. Hastanın anamnezinde, üç yıl önce geçirilmiş miyokard enfarktüsü sonrası uygulanmış üçlü koroner baypas operasyonu ve beş yıl önce meme kanseri nedeniyle geçirilmiş sağ mastektomi öyküsü mevcuttu. Yine karın ağrısı nedeniyle dış merkeze başvuran hastaya ileri tetkik amaçlı kontrastlı batin tomografisi çekilmiştir. Kontrastlı batin tomografisinde çölyak trunkusunun (ÇT) total tıkalı izlenmesi ve superior mezenterik arter (SMA) proksimalinde sakkuler anevrizma (21x18 mm) tespit edilmesi üzerine, hasta kliniğimize yönlendirilmiştir (Resim 1A). Hastanın yapılan biyokimyasal ve hematolojik testlerinde herhangi bir patolojik bulgu izlenmedi. Çekilen ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %25 olarak belirlenen hastada sol ventrikül segmenter hareket kusuru, 2° mitral yetmezlik, 2° triküspit yetmezlik ve eser aort yetmezliği tespit edildi. Kliniğimizde yapılan konvansiyonel abdominal aort anjiyografisinde, SMA proksimalinden kaynaklanan 21x18 mm boyutlarında, dar boyunlu sakkuler anevrizma gözlemlendi. ÇT çıkışı tamamen oblitere olarak izlendi ve superior mezenterik arterin çölyak trunkusu distal alandan besleyerek perfüzyonunu sağladığı belirlendi. Hasta preoperatif olarak hazırlandı ve multidisipliner olarak, kalp cerrahisi ve gastroenteroloji cerrahisi ile ortak bir yaklaşım planlandı. Genel anestezi altında operasyona alınan hastaya standart median laparotomi yapıldı, sağ common iliyak ve sağ gastroepiploik arter arasına safen ven greft interpozisyonu ve arteria mezenterika superiorun jejunal dalına anevrizma onarımı operasyonu yapıldı (Resim 1B-C). Hastanın ameliyat sonrası semptomları düzeldi. On ikinci ayda kardiyak problemleri nedeniyle yapılan kontrol konvansiyonel anjiyografi sırasında, uygulanan safen ven greftin açık olduğu izlendi (Resim 1D).

Bu çalışma için hastadan bilgilendirilmiş olur formu alınmıştır.

TARTIŞMA

İntestinal anjina nadir görülmesine karşın, karın ağrısı nedenleri arasında önemli bir patolojidir.⁴ Bu olgularda, gastrik duvarda azalmış kan akımına bağlı oluşan frajilite sonucu perforasyon gelişebilir ve bu da önemli bir mortalite nedenidir. Ayrıca, tanısının zor olması hasta mağduriyetini arttırmakta ve hayat kalitesini de etkilemektedir.⁴

Her zaman klinik oluşturmamakla birlikte, bu bölge arterlerinin ateroskerozu sık rastlanan bir durumdur. Bir başka açıdan da ateroskleroz intestinal anjinanın en sık görülen nedenidir.⁴ Diğer risk faktörleri arasında diyabet, hipertansiyon, renal yetmezlik, kardiyovasküler hastalık, travma, vaskülit, fibrodizplazi ve sigara kullanımı sayılabilir.^{5,6} Bizim hastamıza 3 yıl önce koroner baypas cerrahisi uygulanmış ve hastaya internal mammary arter kullanılmıştı. İnternal torasik arterin greft olarak kullanımını kısıtlayan faktörler arasında anatomik anomaliler, torasik arter arteriti, yaygın arteriyel anevrizmalar bulunurken, periferik sistemin de etkilendiği ileri ateroskleroz olguları da bu grubun içerisinde sayılabilir.⁷



RESİM 1: A: Çölyak arter total tıkalı ve superior mezenterik arter proksimalinde sakkuler anevrizma; B-C: Safen ven greft interpozisyonu ve arteria mezenterika superiorun jejunal dalına anevrizma onarımı; D: Konvansiyonel anjiyografi ile safen ven greftin görüntülenmesi.

Kan testlerinde biyokimyasal ve hematolojik rutin parametreler genelde normal aralıktadır. Scharff ve ark. hastaların sadece %46,5'inde lökositoz ve %11,6'sında 7,34'den düşük pH saptamışlardır.⁸ Bu nedenle tanıda görüntüleme teknikleri önem arz eder. Dupleks ultrasonografi (USG), geleneksel anjiyografi, manyetik rezonans anjiyografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) anjiyografi tanı da en sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Non-invazif ve tekrarlanabilir olması nedeniyle dupleks USG önerilen bir seçenektir. Tüm batın hakkında bilgi vermesi, eşlik eden organ patolojilerinin saptanması ve yüksek duyarlılık ve özgüllük oranlarının yanı sıra daha kolay ulaşılabilmesi ile de, en yaygın olarak kullanılan BT anjiyografidir. Tüm vasküler yatağın incelenebilmesi ve gereğinde müdahale (balon anjiyoplasti vb.) şansı tanınması ile, konvansiyonel anjiyografi tanıda altın standart olarak yer almaktadır. Kronik mezenterik iskemisi olduğu düşünülen hastalarda eğer dupleks USG ve abdominal BT anjiyografi sonuçları olası mezenterik iske mi yönünde ise, veya normal sonuca rağmen şüphe yüksekse, konvansiyonel anjiyografi yapılmalıdır.⁵ Bizim olgumuz da uzun süre postprandiyal karın ağrısı ile birçok merkeze başvurmuş, ancak kan parametreleri normal olan hastaya tanı konulamamıştır. Son olarak gittiği merkezde semptomların önemsenmesi üzerine çekilen BT anjiyografi ile tanı alan hastaya, tedavinin planlanması da amaçlanarak konvansiyonel anjiyografi çekilmiştir.

Visseral arter anevrizmasının tedavisinde kriter olarak kabul edilen çap ve lokalizasyon hakkında fikir birliği yoktur. Ancak 2 cm'den büyük çapa sahip anevrizmalar mutlaka tedavi edilmelidir.^{9,10} Bizim olgumuzda çap 2 cm'nin üstündeydi.

Baypas uygulaması torasik veya supraçölyak aortadan antegrad veya iliyak veya infrarenal aortadan retrograd inflow yolla yapılabilir. McMillan ve ark. antegrad veya retrograd baypas arasında

uzun dönem patens açısından fark saptamamışlardır (36 aylık takip sonucunda %93'e karşılık %95).¹¹ Biz olgumuzda sağ common iliyaktan retrograd inflow kullanarak baypas uyguladık.

Jun, ÇT ve SMA'daki tıkanıklık nedeniyle ortaya çıkan mezenter iskemisinin tedavisinde 6 mm ringli politetrafloroetilen (PTFE) ile sağ common iliyak ile SMA arasında baypas uygulmuş ve beşinci ayın sonunda BT anjiyografi ile greftin açık olduğunu göstermiştir.¹² Bizim olgumuzda SMA'da anevrizma ve ÇT'de tıkanıklık mevcuttu. Daha iyi uzun dönem açıklık için safen ven grefti ile sağ iliyak arter ile sağ gastroepikloik arter arasına baypas ve anevrizma onarımı uyguladık, birinci yılın sonunda konvansiyonel anjiyografi ile greftin açık olduğunu gösterdik.

Visseral anevrizma için perkütan olarak embolizasyon ve stent veya tıkanıklık olgularında endovasküler anjiyoplasti ve/veya stent, yüksek başarı oranı ve açık cerrahiye karşı düşük mortalite oranı (%4'e karşılık %14) ile tercih edilebilir.¹³ Ancak uzun segment tıkanıkları, çoklu damar hastalıkları, küçük çapta damar ve ciddi kalsifikasyonlarda, cerrahi tedavi daha etkindir.¹⁴ Bizim olgumuzda anevrizma ve tıkanıklık birlikteliği mevcuttu. Cerrahi yöntemle tedavinin daha etkin bir çözüm olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, özellikle koroner arter hastalığı ve diğer risk faktörleri varlığında, intestinal anjina varlığı daha detaylı bir araştırmayla aydınlatılmalıdır. Cerrahi tedaviye alternatif başka tedaviler de bulunmasına rağmen, anevrizma ve tıkanıklık birlikteliğinde cerrahi daha iyi bir tercih olup, daha uzun dönem açıklık sağlayabilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Hohenwarter EJ. Chronic mesenteric ischemia: diagnosis and treatment. *Semin Intervent Radiol* 2009;26:345-51.
2. Shaw RS, Maynard EP, III. Acute and chronic thrombosis of the mesenteric arteries associated with malabsorption; a report of two cases successfully treated by thromboendarterectomy. *N Engl J Med* 1958; 258:874-8.
3. Chang RW, Chang JB, Longo WE. Update in management of mesenteric ischemia. *World J Gastroenterol* 2006;12:3243-7.
4. Emrecan B, Önem G, Baltalarlı A. İntestinal anjina: Karın ağrısının ender bir nedeni. *Turk Gogus Kalp Dama* 2008;16:269-73.
5. Korotinski S, Katz A, Malnick SD. Chronic ischaemic bowel diseases in the aged-go with the flow. *Age Ageing* 2005;34:10-6.
6. Stone WM, Abbas M, Cherry KJ, Fowl RJ, Gloviczki P. Superior mesenteric artery aneurysms: is presence an indication for intervention? *J Vasc Surg* 2002;36:234-7.
7. Erentürk S. Koroner Bypass Operasyonlarında Greft Seçimi. *Turk Gogus Kalp Dama* 1997;5:145-55.
8. Scharff JR, Longo WE, Vartanian SM, Jacobs DL, Bahadursingh AN, Kaminski DL. Ischemic colitis: spectrum of disease and outcome. *Surgery* 2003;134:624-9.
9. Saltzberg SS, Maldonado TS, Lamparello PJ, Cayne NS, Nalbandian MM, Rosen RJ, et al. Is endovascular therapy the preferred treatment for all visceral artery aneurysms? *Ann Vasc Surg* 2005;19:507-15.
10. Temiz A, Bostan M, Şatıroğlu Ö, Çetin M, Bozkurt E. Giant superior mesenteric artery aneurysm. *Dicle Med J* 2011;38:352-4.
11. McMillan WD, McCarthy WJ, Bresticker MR, Pearce WH, Schneider JR, Golan JF, et al. Mesenteric artery bypass: objective patency determination. *J Vasc Surg* 1995;21:729-40.
12. Jun HJ. Isolated bypass to the superior mesenteric artery for chronic mesenteric ischemia. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg* 2013;46:146-9.
13. Tulsyan N, Kashyap VS, Greenberg RK, Sarac TP, Clair DG, Pierce G, et al. The endovascular management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms. *J Vasc Surg* 2007;45:276-83.
14. Oderich GS, Gloviczki P, Bower TC. Open surgical treatment for chronic mesenteric ischemia in the endovascular era: when it is necessary and what is the preferred technique? *Semin Vasc Surg* 2010;23:36-46.