

Akut Arteriyel Tıkanıklık Tedavisinde Trombolitik Tedavi Sonrası Periferik Arteriel By-pass

Murat ERTÜRK*, Nejat SARIOSMANOĞLU*, Eyüp HAZAN*, Oğuz DİCLE**, Ünal AÇIKEL*, Öztekin OTO*

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İZMİR

*Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

**Radyoloji Anabilim Dalı

Kronik aterosklerotik arter hastalığı zemininde gelişen akut arteriyel tıkanıklık önemli ekstremité kaybı nedenlerinden biridir. Embolik nedenlere bağı akut tıkanma olaylarındaki gibi Fogarty kateteri ile embolektomi işlemi de genellikle yeterli dolaşım sağlayamamaktadır. Bu olgularda, uygulanacak olan trombolitik tedavi ile ekstremitelerin kurtarılması hemen hemen tek şanstır. Bu olgu sunumunda trombolitik tedavi ile kronik aterosklerotik zeminde arteriyel trombozis nedenli gelen akut arteriel tıkanıklık tedavisinde trombolitik tedavi ve sonrasında cerrahi tedavi sonuçları bildirilmiştir.

GKDC Dergisi 1998;6:41-44

Peripheric Arterial By-pass Consecutive To Thrombolytic Therapy in the Management of Acute Arterial Obstruction

Acute arterial obstruction is one of the causes of limb loss, progressing in chronic atherosclerotic arterial diseases. Like acute obstructive occurrences due to embolic causes, embolectomy by using Fogarty catheter generally can not supply enough perfusion. In these cases, it is almost only change for limb salvage by performing thrombolytic therapy. In this case report, thrombolytic therapy and sequential surgical results are defined in the management of acute arterial obstruction after arterial thrombosis.

Giriş

Akut arteriyel tıkanık tüm damar hastalıkları içerisinde %7-37.5 (%13.7) sıklığında görülmektedir (8). Zamanla romatizmal kalp hastalığı nedenli oluşan kardiyak kökenli emboli görülme sıklığı azalmaktayken, aterosklerotik damar hastalığı zemininde gelişen akut trombozis kaynaklı akut arteriel tıkanıklık görülme sıklığı artmaktadır (2). Arteriel anevrizma veya dissemine ateroskleroza olan olgularda arterioarteriel embolizasyon küçük distal arterlerde akut arteriel tıkanıklık sonucunda ekstremité kaybına neden olabilir. Büyük arterlerde kronik ateroskleroza bağı

olarak belirgin darlığı olan olgularda, arterin akut trombozu nedeniyle, akut intrinsek arteriel tıkanıklık gelişebilir (7, 8). Bu komplikasyon sıklıkla ciddi darlık olan segmentlerde, özellikle de konjestif kalp yetmezliği, hipovolemi, polistemi, hiperkoagübilite durumları ve travma gibi predispoze faktörler ile oluşmaktadır (4).

Kronik aterosklerotik damar hastalığı zemininde gelişen akut arteriel tıkanıklık postoperatif dönemde %15-50 sıklıkla ekstremité kaybına yol açabilmektedir (2). İlk birkaç saatte gelen, bu tür olgularda cerrahi olarak Fogarty kateteriyle acil trombo-

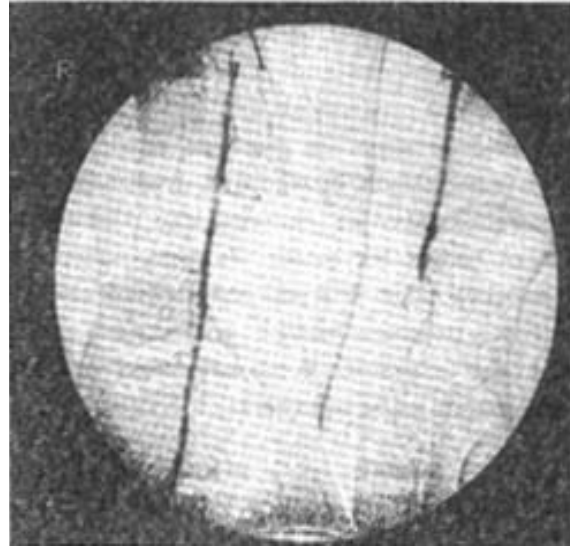
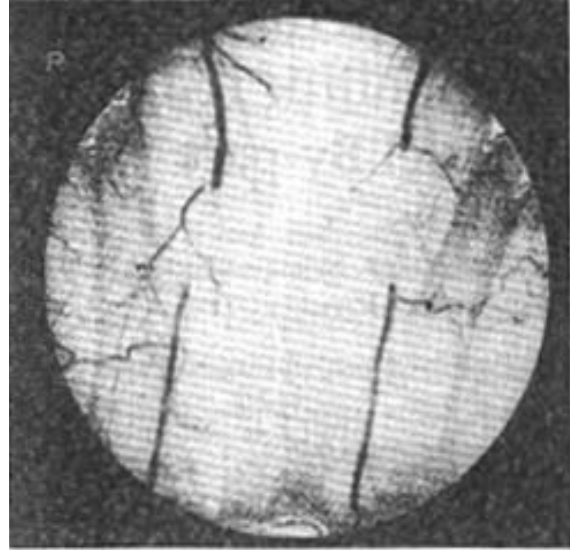
embolektomi yapılamayan, distal arteriyel lezyonlarda trombolitik tedavi sonrası cerrahi şans için tekrar değerlendirilmesi tedaviye uygun bir yaklaşımdır (5). Trombolitik tedavi sonrası başarı akut olgularda %82-90, 3 haftanın üzerindeki vakalarda ise %75-80'dir (1). Trombolitik tedavi, akut arter tıkanıklığı ile birlikte olan yüksek mortalite ve morbidite oranını azaltmaktadır (6). Trombolitik tedavi sonrası, eğer tedavi sonucu başarılı ise hastanın distal arteriel runoff'u değerlendirilir ve yapılacak revaskülarizasyon prosedürü yararlılığı hakkında daha iyi bilgimiz oluşur.

Olgu

60 yaşındaki erkek olgu 5-6 yıldır sol bacakta 150-200 metre intermitant kladikasyon yakınması vardı. Acil servisimize 4-5 saat önce aniden başlayan, sol bacakta diz altında şiddetli istirahat ağrısı, soğukluk ve morarma yakınmaları ile başvurmuştur. Olgunun yapılan fizik incelemesinde; baldırda sağa göre ileri derecede soğukluk, sol metatarsal bölgeden itibaren morarma vardı. Duyu ve motor kayıp yoktu. Femoral arter nabızları her iki alt ekstremitede oldukça zayıf olarak palpe ediliyordu ve distal nabızlar bilateral yoktu. Olgunun diğer sistemik fizik inceleme bulguları normal idi.

Olgunun yapılan intravenöz (IV) Aortofemoropopliteal Digital Substraction Angiography (DSA)'sinde internal iliak arterler ince ve plaklı, her iki süperfisial arter çıkışlarından hemen sonra total tıkalı ve popliteal arter proksimali üzerinden hemen sonra kolateraller aracılığıyla dolmaktadır. Solda popliteal arter diz üstünde trombüs ile uyumlu bir lezyon ile total tıkanmakta ve trifürkasyon distali görünmemektedir. Sağda ise trifürkasyon ve distali iyi görünmektedir (resim 1).

Sol süperfisial femoral arterde tam oklüzyon ve sonrasında kollateraller ile tekrar dolması nedeniyle operabl olabilecek iken distal akımı



Resim 1

olmayan olgu inoperabl olarak kabul edilecekti, bu nedenle bacağını kurtarmak için trombolitik tedavinin, olgunun tek şansı olduğuna karar verildi

Bu amaçla, prednol 100 mg. ve systral 1 amp. IV yapıldıktan sonra 250.000 Ü bolus, geri kalan doz ise 100.000 Ü/h infüzyon dozu olarak toplam 750.000 Ü Streptokinaz yapılmıştır. Olguda klinik olarak sıcaklık farkının azalması ve venöz dolgunluğun artması nedeni tekrar 750.000 Ü Streptokinaz yapılmıştır. Olguda klinik olarak sıcaklık farkının azalması ve venöz dolgunluğun artması nedeni tekrar 750.000 Ü streptokinaz

bolus yapılmadan 100.000 Ü/h infüzyon yapılmıştır. Bu tedavi sırasında olguya IV vazodilatör tedavisi ve oral antikoagulan tedavi başlamıştır. Olgunun klinik olarak sıcaklık farkının azalması ve morarmının kaybolması nedeniyle hastaya kontrol IV Aortofemoropopliteal DSA çekildi ve her iki süperfisal arterin intakt olduğu ve solda %50'den fazla darlık yapan plaklar her ikisinde mevcut olduğu görüldü. Her iki popliteal arter ve trifürkasyon iyi görünmekte iken sol tibialis posterior çıkışından 2-3 cm sonra total tıkalı idi. Bu sonuç ile olgunun bypass şansının olduğuna karar verildi (Resim 2).



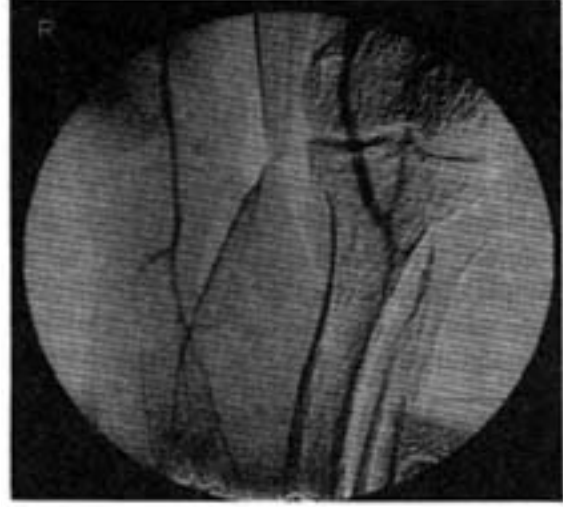
Resim 2.

Tedavi

Olgu intratrakeal genel anestezi altında ameliyata alındı ve Procol (sığır mezenterik veni) ile sol femoropopliteal bypass yapıldı. Postoperatif olarak olgunun sol dorsalis pedis arterinde nabız vardı.

Olguya postoperatif dönemde kontrol IV Aortofemoropopliteal DSA çekildi. DSA'da Abdominal aort ve dalları, femoral artere kadar vasküler yapılar olağan, yüzeyel femoral arter disatlinde %90'a varan darlık ve bu düzeyde kolateraller bulunmaktaydı. Yüzeyel femoral arterde önemli darlık yapmayan yaygın plaklar mevcut idi, popliteal arter ve distali olağandı. Sol femoropoplital greft patent ve trifürkasyon

düzeyinde anterior tibial arter patent, fakat posterior tibial arter orijininin 2-3 cm distalde tıkalı görülmektedir (Resim 3).



Resim 3.

Tartışma

Kronik Aterosklerotik Arteriel Tıkanıklık hastalığı seyri sırasında çeşitli nedenlerle Akut Arteriel Tıkanıklık gelişebilir (7). Etiolojisine göre, kardiyak emboli, ateroemboli ve akut trombozis nedenli oluşabilir (8).

Akut Arteriel Trombozis, akut arteriel emboli ile karşılaştırıldığında tüm akut arteriel tıkanıklıklar içerisinde %43.4 (%50-63) sıklığında görülmektedir (8). Akut arteriel trombozis görülme yerleri, sıklığına göre femoral (%47.7), iliak (%27.1), popliteal (%15.3), tibial (%7.6), aortik (%7.5) olarak bulunmuştur. Mortalite %15-60 olarak bildirilmektedir (2,8).

Olgumuzda olduğu gibi kronik aterosklerotik arteriel tıkanıklık zemininde akut trombozis nedenli gelişen akut arteriel tıkanıklık, önemli ekstremité kaybı nedenlerinde biridir. Embolik nedenlere bağlı akut tıkanma olaylarındaki gibi Fogarty kateteri ile embolektomi işlemi de genellikle yeterli dolaşım sağlayamamaktadır. Akut olay anında çekilen anjiyografik tetkikler, bu olgularda kolateral dolaşımın büyük kısmında trombozise bağlı olarak tıkanması nedeniyle gerçek damar anatomisini gösterememekte ve bu olguların çoğunda amputasyon kararı verilmektedir. Bu olgularda uygulanacak olan trombolitik tedavi ile ekstremitelerin kurtarıl-

ması hemen hemen tek şanstır. Akut dönemdeki trombolitik tedavi sonrası tama yakın bir iyileşme elde edilemese de; olguların çoğunda kolateral dolaşımın bir kısmının açılmasıyla dahi klinik tablo ve anjiyografik bulgular düzeltilmektedir. Trombolitik tedavi dünyaca kabul gören bir tedavi şeklidir (3,9). Hemorajik komplikasyonlar birçok seride %10 olarak bildirilmiştir (3).

Olgumuz trombolitik tedavi sonrası operabl olarak değerlendirilmiş olup, Procol (sığır mezenterik veni) ile sol femoropopliteal bypass ameliyatı yapılmıştır. Olgu postoperatif dönemde herhangi bir sorunu olmadan antiagregan ve oral antikoagülan tedavi ile taburcu edilmiştir. Bir ay sonraki kontrolünde dorsalis pedis arteri nabızı açıktı.

Trombolitik tedavi sonrası, önceden inoperabl olarak değerlendirilen bu olgulara tekrar anjiyografi yapılmış ve yeni anjiyografi bulgularına göre olguların değerlendirilmesi, ameliyat şansının verilmesi daha uygun bir yaklaşımdır.

Kaynaklar

1. Haimovici's Vascular Surgery, Acute arterial thrombosis. Third Edition, 1989; Chapter 5: 310-5.
2. Ljungman C, Adami HO, Bergqvist D, A Berglund. I. Persson; Time trends in incidence rates of acute, non-traumatic extremity ischemia: a population-based study during a 19-year period. Br J Surgery, July 1991: Vol. 78. 857-60.
3. Ouriel K, Shortell CK, Azodo MVU, Guiterrez OH, Marder VJ. Predictors of success in catheter-directed thrombolytic therapy. November Radioloji, 1994; 193: 561-6.
4. Thandroyen FT, Phillips MD, D'Sauza D, Buja LM. A 24 year old man with extensive lower limb edema and acute arterial occlusion. Circulation, October 1994; 90: 2115-23.
5. Ouriel K, Kolassa M, DeWeese JA, Green RM. Economic implications of thrombolysis or operation as the initial treatment modality in acute peripheral arterial occlusion. Surgery, 1995; 118: 810-4.
6. Ouriel K. The Ischemic Ekstremiti-Advances in treatment, Norwalk/Connecticut, Appleton (Lange 1995. 527-41.
7. Rudherford Vascular Surgery, Acute limb ischemia. 1995; Chapter 42: 641-7.
8. Haimovici's Vascular Surgery, Acute arterial thrombosis and Metabolic complications of acute arterial occlusions and skeletal muscle ischemia. Fourth Edition, 1996; Chapter 36, 40: 458-65, 509-30.
9. Hazan E, Uğurlu B, Ertürk M, Karabay Ö, Oto Ö. Popliteal arter akut trombotik oklüzyonlarında trombolitik tedavi: 3 Olgu sunumu. Ege Tıp Dergisi 1997,36:1

Yazışma Adresi: Dr. Murat Ertürk

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs, Kalp e Damar Cerrahisi Anabilim
Dalı, İnciraltı / İZMİR
Tel: 0 232 259 59 59 / 3203
Fax: 0 232 277 21 65
