

İrfan YAVAŞOĞLU¹
Gürhan KADIKÖYLÜ¹
Kutsi KÖSEOĞLU²
Zahit BOLAMAN¹

OLGU SUNUMU

YAŞLI HASTADA KRONİK MEZENTERİK İSKEMİNİN STENTLE BAŞARILI TEDAVİSİ

Öz

Kronik mezenterik iskemi (KMI) nadir, önemli karın ağrısı sebebidir. İntestinal kan akımının azalmasıyla meydana gelir. KMI ateroskleroz (%90'dan fazla neden), çölyak arter kompresyon sendromu, fibromuskuler displazi, takayasu arteriti, tromboanjiitits obliterans, radyasyonun oluşturduğu damar hasarlanması, mezenter ven trombozu (kalıtsal thrombofili, pankreatit, inflamatuvar barsak sendromu, siroz, portal hipertansiyon, operasyon sonrası, travma, paraneoplastik olarak) oluşabilir. Selektif anjiyografi KMI tanısında altın standart olarak değerlendirilmelidir. Bu çalışmada abdominal anjina semptomu olan yaşlı kadın hasta sunulmuştur. Hastanın çölyak trunkus abdominal aort çıkış lokalizasyonunun %70 darlık, superior mezenterik proksimalinde darlık vardı. Çölyak trunkus stenoz bölgesine stent uygulandı. KMI'nin klinik semptom ve anjiyografik bulgularının varlığında perkutan transluminal anjioplasti/stent tedavisi etkili olabilir.

Anahtar sözcükler: Kronik mezenterik iskemi, Anjioplasti.

CASE REPORT

SUCCESSFUL TREATMENT OF AN OLDER PATIENT'S CHRONIC MESENTERIC ISCHEMIA WITH STENT

ABSTRACT

Chronic mesenteric ischemia (CMI) is an unusual but important cause of abdominal pain. Intestinal ischaemia is caused by a reduction in intestinal blood flow. The cause of CMI include variety of conditions such as atherosclerosis (more than 90%), celiac artery compression syndrome, fibrovascular dysplasia, takayasu's arteritis, thromboangiitis obliterans, radiation-induced vascular injury, mesenteric venous thrombosis (cause of heritable disorders of coagulation, pancreatitis, inflammatory bowel disease, cirrhosis, portal hypertension, paraneoplastic disorders, postoperative states, trauma). Selective angiography is considered the gold standard for establishing the diagnosis of CMI. In this report a case of chronic mesenteric ischemia of an older women who had symptoms of abdominal angina was presented. An aortic angiogram revealed a significant ostial stenosis (up to 70%) of the celiac artery associated with an occlusion of the superior mesenteric artery. Stent implantation for ostial stenosis of the celiac artery was performed. Percutaneous transluminal angioplasty/stent for treatment of mesenteric arterial stenoses should be effective in the treatment with symptoms and angiographic findings characteristic of CMI.

Key words: Chronic mesenteric ischemia, Angioplasty.

İletişim (Correspondance)

İrfan YAVAŞOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı AYDIN
Tif: (0256) 212 00 20 Fax: (0256) 214 64 95
e-mail: dr_yavas@yahoo.com

Geliş Tarihi: 12/09/2007
(Received)

Kabul Tarihi: 01/10/2007
(Accepted)

- 1 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı AYDIN
- 2 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyoloji Anabilim Dalı AYDIN

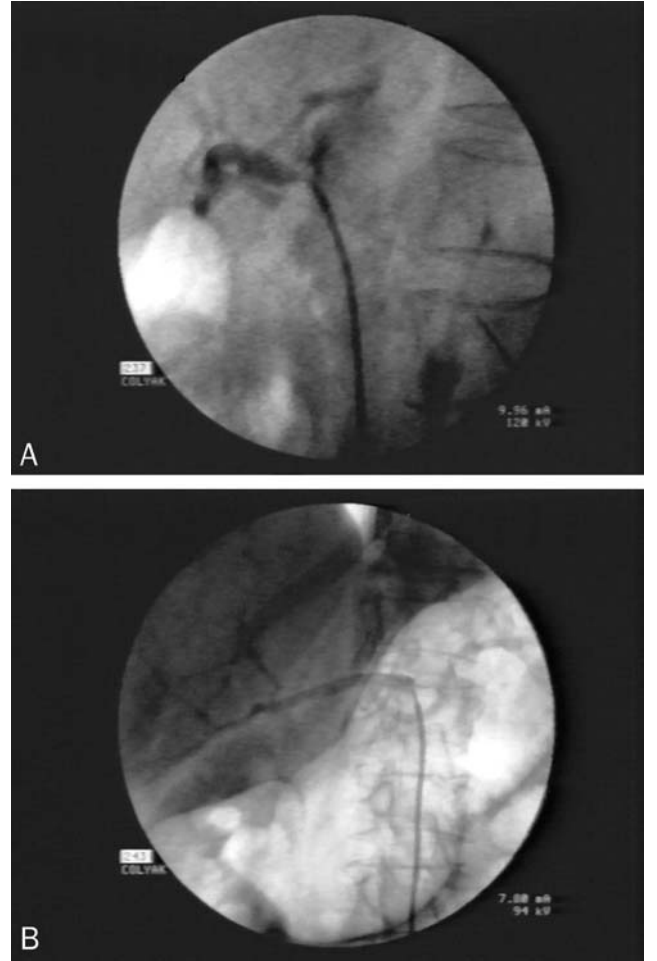


GİRİŞ

Kronik mezenterik iskemi (KMİ) ileri yaşta çoğu kez ateroskleroz sonucu oluşarak, yemek sonrası karın ağrısı, kilo kaybı, ishal, sitofobi ile kendini gösterir. Nadir, ancak çok önemli klinik durumdur. Tüm intestinal iskemilerin %5'ini oluşturur. Morbiditesi yüksektir. Geç tanı nedeniyle potansiyel olarak hayatı tehdit edici ve görece ölümcül olabilir. Son 2 dekatta anjiyografi ve stent uygulamaları ile tedavi de önemli başarılar elde edilmektedir (1). Bu çalışmada KMİ nedeniyle stent uygulaması ile başarılı olarak tedavi edilmiş olan ileri yaştaki kadın hasta sunulmuştur.

OLGU

Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta iki aydır karın ağrısından yakınmaktaydı. Ağrısı göbek çevresinde başlayıp tüm karına yayılan, bulantı, kusmanın eşlik etmediği, pozisyonla değişmeyen ancak yemekle artan karakterdeydi. Bu dönemde 2 kilogram kaybı, aynı zamanda yumuşak yapışkan kıvamda dışkılamasından yakınmaktaydı. Ağrı kesici ve anti-asit tedavilerden yarar görmüyordu. İsoorbit dinitrat tedavisiyle, yemek sonrası oluşan karın ağrısı rahatlamaktaydı. Anjinal ağrı tariflemeyen, eforla nefes darlığından yakınıyordu. Öz ve soy geçmişinde özellik tariflemiyordu. Sigara kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde tansiyon arteriyel sol koldan 130/85 mm/Hg, sağ koldan 120/85 mm/Hg radyal nabız 88/dk ritmik idi. Arcus senilis, göbek sol kenarında sistolde artan üfürüm tespit edildi. Elektrokardiyogramında prekordiyal V1-3 derivasyonlarda 3 mm ST depresyonu, telekardiyogramında aort arkında kalsifiye plak gözlemlendi. Laboratuvar değerlendirmesinde, tam kan sayımı, LDH, AST, ALT, kan şekeri, üre, kreatinin, amilaz, CK-MB, Troponin T değerleri normaldi. Kan gazı değerlendirmesinde pH değeri 7.44 iken total kolesterol değeri 201 mg/dl (üst sınır 200 mg/dl), LDL-kolesterol 136 mg/dl (normal değer: 30-130 mg/dl), HDL-kolesterol 37 mg/dl (30-75 mg/dl), trigliserit 139 mg/dl (üst sınır 149 mg/dl) bulundu. Ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %66, sol ventrikül diyastolik disfonksiyonu vardı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde antrum hiperemik ve ödemli tespit edildi. Hızlı üreaz testi negatifti. Bu dönemde kullanılan proton pompa tedavisinden fayda görmedi. Doppler abdominal ultrasonografisinde çölyak trunkus proksimalinde stenoz ile uyumlu bulgular tespit edildi. Sağ femoral girişle, koroner ve çölyak anjiyografisi yapıldı. Sol koroner arter proksimalinde %40 darlık, çölyak turunkus abdominal aort çıkış lokalizasyonunun %70 darlık, superior mezenterik proksimalinde %50 darlık oluşturarak kısa segment stenoz vardı. Çölyak trunkus stenoz bölgesine stent (SD Express Balloon expandable stent) uygulandı (Şekil 1A,B). Kolesterol kısıtlı diyet,



Şekil 1— A: Stent öncesi; B: Sonrası anjiyografik görünüm.

atorvastatin 20 mg/gün, asetil salisilik asit 100/gün başlandı. Stent sonrası 1 ay süre ile klopidogrel 75/gün verildi. Hasta yakınmaları olmadan ve bir yıldır doppler ultrasonografisinde stenoz bulgusu saptanmadan takiplerine devam etmektedir.

TARTIŞMA

Hasta klinik, anjiyografik değerlendirme ile KMİ tanısı koyarak stentle tedavi edilmiştir. KMİ ateroskleroz (%90 neden), çölyak arter kompresyon sendromu, fibromuskuler displazi, takayasu arteriti, tromboanjitis obliterans, radyasyon oluşturduğu damar hasarlanması, mezenter ven trombozu, kalıtsal thrombofili, pankreatit, inflamatuvar barsak sendromu, siroz, portal hipertansiyon, operasyon sonrası, travma, paraneoplastik olarak oluşabilir. Hastada ateroskleroz nedeniyle KMİ olabileceğini düşündük. KMİ'de en sık çölyak arter ve su-

**Tablo 1—** Kronik mezenterik iske mi tedavisinde anjioplasti ve stent uygulaması yapılan bazı çalışmalar.

Çalışma	Yıl	Hasta Sayısı	Teknik Başarı	Klinik Başarı	Komplikasyonlar	Yaş Ortalaması
Brown ve ark (11)	2005	40	Belirsiz	Belirsiz	Belirsiz	73
Landis ve ark (10)	2005	29	97	90	13.7	62
Chahid ve ark (3)	2004	14		100		
Matsumoto ve ark (4)	2002	33	87	82	13	63
AbuRahma ve ark (6)	2003	22	96	95	0	69.2
Sharafuddin ve ark (7)	2003	25	96	88	11	66
Steinmetz ve ark (2)	2002	19	100	94	17	59
Maspes ve ark (8)	1998	23	90	88	9	59
Matsumoto ve ark (9)	1995	19	79	63	16	63

perior mesenterik arter etkilenir. Hastada her iki damar etkilenmisti. Semptomların oluşması için 3 ana damardan ikisinin darlığı önemlidir. Klinik olarak şüphelenilen hastalarda anjiografi ve ultrasonografi önemli tanısal testlerdir. Hastada ikisi de uygulandı. Anjiografi tedavi de sağlayabilmektedir. Aynı zamanda duyarlılığın %100, içgözlemci farklılığın düşük olması avantajlarıdır. Bunun yanında kontrast alerjileri, nefropatisi, damarsal kanamalar, pseudoanevrizmalar görülebilir. Anjiografi KMI'nin tanısında altın standarttır. %50 ve üstündeki darlıklar klinik önemli olarak değerlendirilmektedir (1-3).

Tedavide antiagregan, nitrat tedavileri kullanılırken, medikal tedavi önemli darlıklarda yerini cerrahi ve perkutan transluminal anjioplasti/stent (PTA) bırakır. Tedavisinde son yıllara kadar cerrahi uygulanmıştır. Cerrahinin ileri yaş hastalarda zorlukları bilinir. KMI'de komplikasyon yüzdesi 50, mortalite %17'lere ulaşmış, cerrahi standardizasyon sağlanmamıştır (2-4). Furrer ve arkadaşları (5) PTA'yi 1980'de uyguladığından beri, özellikle kısa segment (10 cm altı), proksimal lezyonlarda cerrahiye göre azalmış ölüm ve morbidite oranları ile son 2 dekatta güvenli ve etkili olarak uygulanmaktadır. Yıllara göre deneyim, hasta sayısı ve başarı artmakta ve komplikasyon oranı azalmaktadır (Tablo 1) (6-11). Bununla birlikte prospektif, geniş hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç açıktır. Tekrar tıkanma oranlarının belirlenmesi önemlidir.

PTA için akut barsak iskemisi, dıştan bası, ikincil dalları etkileyen aşırı aterosklerotik hastalık varlığı kontrendikasyon oluşturur (7,8).

İleri yaşta karın ağrısında KMI'nin akla gelmesi, anjiografi, stentin güven uygulanması ile tedavi edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Sreenarasimhaiah J. Chronic mesenteric ischemia Best Pract Res Clin Gastroenterol 2005; 19: 283-295.
2. Steinmetz E, Tatou E, Favier-Biavoux C, Bouchot O, Cognet F, Cercueil JP, et al. Endovascular treatment as first choice in

chronic intestinal ischemia. Ann Vasc Surg 2002; 16:693-699.

3. Chahid T, Alfidja AT, Biard M, Ravel A, Garcier JM, Boyer L. Endovascular treatment of chronic mesenteric ischemia. Cardiovasc Intervent Radiol 2004;27:637-42.
4. Matsumoto AH, Angle JF, Spinosa DJ, Hagspiel KD, Cage DL, Leung DA, et al. Percutaneous transluminal angioplasty and stenting in the treatment of chronic mesenteric ischemia: results and long-term follow-up. J Am Coll Surg 2002; 194(1 suppl):S22-S31.
5. Furrer J, Gruntzig A, Kugelmeier J, Goebel N. Treatment of abdominal angina with percutaneous dilatation of an arteria mesenterica superior stenosis. Preliminary communication. Cardiovasc Intervent Radiol 1980; 3:43-44.
6. AbuRahma AF, Stone PA, Bates MC, Welch CA. Angioplasty/stenting of the superior mesenteric artery and celiac trunk: early and late outcomes. J Endovasc Ther 2003; 10:1046-1053.
7. Sharafuddin MJ, Olson CH, Sun S, Kresowik TF, Corson JD. Endovascular treatment of celiac and mesenteric arteries stenoses: applications and results. J Vasc Surg 2003; 38:692-698.
8. Maspes F, Mazzetti di Pietralata G, Gandini R, Innocenzi L, Lupattelli L, Barzi F, et al. Percutaneous transluminal angioplasty in the treatment of chronic mesenteric ischemia: results and 3 years of follow-up in 23 patients. Abdom Imaging 1998; 23:358-363.
9. Matsumoto AH, Tegtmeyer CJ, Fitzcharles EK, Selby JB Jr, Tribble CG, Angle JF, et al. Percutaneous transluminal angioplasty of visceral arterial stenoses: results and long-term clinical follow-up. J Vasc Interv Radiol 1995; 6:165-174.
10. Landis MS, Rajan DK, Simons ME, Haveems EB, Kachura JR, Sniderman KW. Percutaneous management of chronic mesenteric ischemia: outcomes after intervention. J Vasc Interv Radiol 2005;16:1319-25.
11. Brown DJ, Schermerhorn ML, Powell RJ, Fillinger MF, Rzuclidlo EM, Walsh DB, et al. Mesenteric stenting for chronic mesenteric ischemia. J Vasc Surg 2005 ;42:268-74 (abstract).