

LERICHE SENDROMU İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN SOL SUBKLAVİAN ARTER DARLIĞI

Dr. İslam KAKLIKKAYA*, Dr. Ramis ÖZDEMİR*, Dr. Zerrin UZUN*, Dr. Hakan FİLİZOĞLU*,
Dr. Yaşar GÜVEN*, Dr. Hasan DİNÇ**, Dr. Fahri ÖZCAN*

* K.T.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, **K.T.Ü.T.F.Radyoloji Anabilim Dalı,

ÖZET

Bu yazıda Leriche Sendromu ile birlikte sol subklavian arter darlığı olan hasta tartışıldı. Bu tip lezyonların çok seyrek olarak görülmesi nedeniyle olgu takdimine gerek duyuldu. Claudication intermittent ve impotans şikayetleri ön planda olmasına karşın, sol subklavian arter stenozuna ait bulgular çok belirgin değildi. Bu nedenle hastaya Leriche Sendromu bulgularına yönelik ameliyat yapıldı. Sol subklavian arter stenozu takibe alındı. İleriki dönemlerde angioplasti veya ameliyat yapılması planlandı.

Anahtar kelimeler: Leriche Sendromu, sol subklavian arter stenozu

SUMMARY

Lerich Syndrome Accompanied With The Left Subclavian Artery Stenosis

In this report, a case with a Leriche Syndrome accompanied with the left subclavian artery stenosis is discussed. The case is presented due to the rare incidence of such lesions. Although intermittent claudication and sexual impotence complains were prominent, the signs of the left subclavian artery stenosis were not evident. Thus the surgical intervention was directed to solve the Leriche Syndrome symptoms. The left subclavian artery stenosis was taken to follow up. Angioplasty and operation was planned in the future.

Key Words: Leriche syndrome, left subclavian artery stenosis

GİRİŞ

İnfrarenal abdominal aorta ve iliak arterler kronik obliteratif aterosklerozisten en çok etkilenen damarlardır (1). Aorta-iliak hastalığa bağlı olarak oluşan sekonder iskemik semptomlarının giderilmesinin cerrahi olarak mümkün olabileceğini ilk olarak Leriche tanımlamıştır. Leriche Sendromu'nun sol subklavian arter darlığı ile birlikte görülmesinin ilginçliği nedeni ile olguyu sunuyoruz.

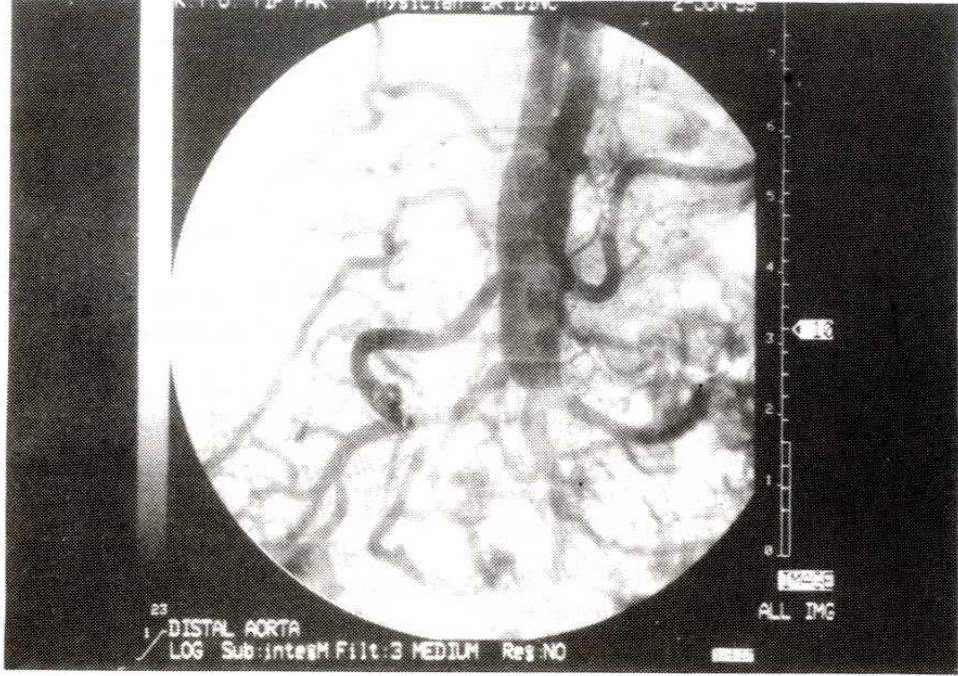
OLGU SUNUMU

55 yaşında erkek hasta progresif bilateral alt extremité claudication intermittent nedeni ile kliniğimize başvurdu. Alt extremitelerde gangren yoktu, fakat tırnaklarda trofik değişiklikler mev-

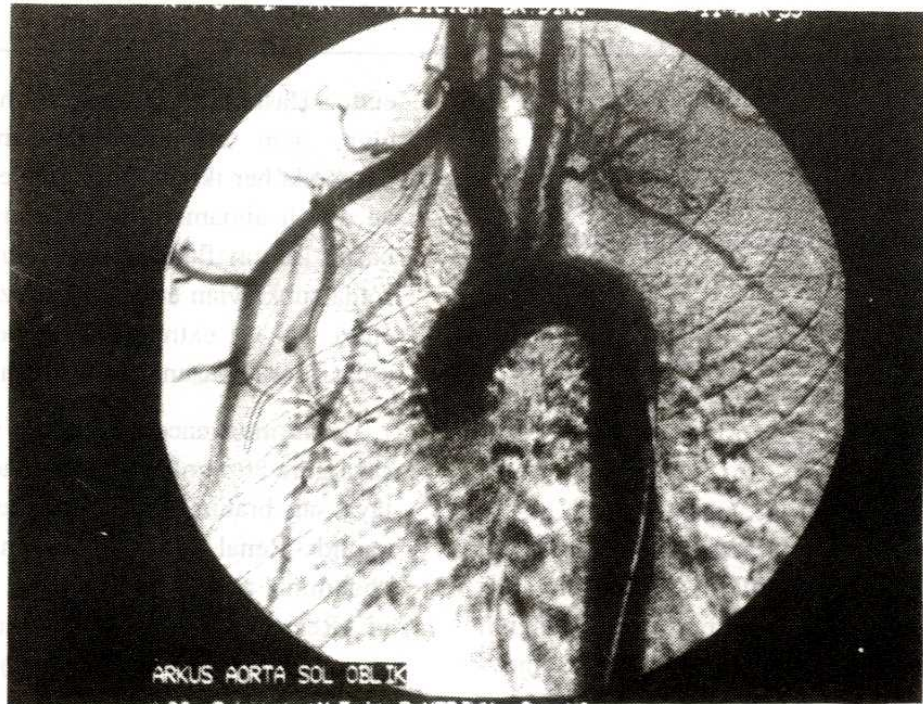
cuttu. Hastamız sigara içen, hipertansif bir hasta olup, aynı zamanda impotansı mevcuttu. Palpasyonda her iki alt extremitéde femoral nabazanlar ve distali alınamıyordu. Abdominal aortaya ait nabazan ise zayıflamış olarak alınıyordu. Dinlemekle solda subklavian arter trasesi üzerinde üfürüm mevcuttu. Sol üst extremitéde axiller, brakial, radial ve ulnar arter nabazanları zayıflamış olarak alınıyordu.

Fizik muayenede sol kolda sistolik arter basıncı sağa göre 30 mmHg azalmış olarak alınıyordu. Hastaya sağ brakial arterden girilerek DSA anjiyografi yapıldı. Renal arterlerin hemen distalinden itibaren abdominal aorta ve her iki iliak arter tamamen tıkalı idi (Resim 1). Sol subklavian arter aortadan ayrışım yerinde %80 tıkalı idi (Resim 2).

Haberleşme Adresi: **Yrd. Doç. Dr. İslam KAKLIKKAYA**, K.T.Ü.T.F. Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, TRABZON.



Resim 1. Leriche sendromlu hastada renal arterlerin hemen altından itibaren abdominal aorta ve her iki iliak arterin tamamen tıkalı olduğunu gösteren anjiyografi.



Resim 2. Leriche sendromlu hastada arkus aorta ve sol subklavian arterin anjiyografik görünümü.

Hasta 06.06.1995 tarihinde operasyona alındı. Sol üst extremité ile ilgili hastanın çok fazla şikayeti olmaması üzerine, sol subklavian artere rekonstruktif cerrahi işlemin ileriki bir tarihte yapılması planlandı. Hasta operasyona alındığında renal arterlerin hemen distalinden itibaren aortanın tam tıkalı olduğu görüldü ve tıkanıklık her iki ana iliak arteri içine alıyordu. Abdominal aorta renal arterlerin hemen altından dönülerek 3 cm'lik longitudinal aortatomi kesisi ile lümen içerisindeki aterom plakları temizlenerek bu bölgeye kan getirildi. 16x8 mm'lik bifurkasyonlu Dacron greft ile aorta-bifemoral bypass ameliyatı yapıldı. Ameliyattan sonra hastamızın tüm periferik nabazanları elle alınıyordu. Hasta bir hafta sonra şifa ile taburcu edildi. Daha sonraki takiplerde her iki alt extremitédeki claudication intermittens ve impotansın kaybolduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Infrarenal abdominal aorta ve iliak arterler kronik obliteratif aterosklerozisten en çok etkilenen damarlardır (1). Bu damarların aterosklerozise bağlı olarak daralma ve oklüzyonu tüm hastaların alt extremitelerinde cerrahi tedavi gerektirecek kadar ciddi semptomlara yol açabilmektedir.

Aorta-iliak hastalığa bağlı olarak oluşan sekonder iskemik semptomlarının giderilmesinin cer-

rahi olarak mümkün olabileceğini ilk olarak Leriche tanımlamıştır. 1923 yılının başlarında Leriche rölatif olarak genç hastalarda bilateral intermittens claudication, femoral nabazanların azlığı veya yokluğu ve impotansla giden kendi adıyla bilinen sendromu tanımlamıştır. Bu hastalığın ideal tedavisinin hasta segmentin eksize edilmesi ve damar devamlılığının arteriel greft yoluyla yapılması gerektiğini yazısında yayınlamıştır (2).

Bu hastalıkta cerrahi endikasyon, iskemik istirahat ağrısı veya aktüel doku nekrozunu, iskemik ülserasyonları, uzamış iskemiye düzeltme ve extremité kaybını önlemeye yöneliktir (3). Günümüzde bu hastalığın cerrahi tedavisinde aorta-iliak geçiş ameliyatı yapılır. Sıklıkla aorta-iliak ve aorta-femoral bypass grefti konulur (4). Sınırlı sayıda aorta-iliak end-arterektomi yapılabilmektedir (5).

Bizim olgumuzda Leriche Sendromu bulunan hastamıza 16x8 mm'lik bifurkasyonlu Dacron greft ile aorta-bifemoral bypass ameliyatı yapıldı. Hastamızın tüm şikayetleri kayboldu. Şunu vurgulamak istiyoruz ki; aorta-iliak oklüzif hastalıkta ve özellikle Leriche Sendromu'nda rekonstruktif cerrahi girişim hastanın semptomlarını gidermede çok yararlı bir tedavi yaklaşımıdır.

KAYNAKLAR

1. De Bakey ME, Lowrie GM, Glaeser DH. Lattens of atherosclerosis and their surgical significans. Am Surg 1985; 32: 201-3.
2. Lariche RR, Morel A. The syndrome of thrombotic obliterations of the aortic bifurcation. Am. Surg 1995; 127:193-6.
3. Imperato AM, Kim GE, Davidson T, et al. Intermittens Claudication its Natural Course. Surgery 1975; 78, 795-801.
4. Szilagyi DE, Ellioh JP JC, Smith RF, et al. A thirty year Survery of the reconstructure Surgical treatment of aortoiliac occlusive disease. J Vasc Surg 1986;3; 421-6.
5. Haimovici H. Vascular Surgery, California, Appleton and Lange 1989; 455-9.