

Akut miyokard infarktöslü hasta ve Leriche sendromu

Patient with acute myocardial infarction and Leriche syndrome

- * Filiz Alkaya Solmaz
- * Pınar Karabacak
- ** Mustafa Etli
- * Lütfi Yavuz
- *** Hüseyin Okutan

- * Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve
Reanimasyon AD, Isparta
- ** Van Bölge Eğitim Araştırma
Hastanesi, Van
- *** Medical Park Hastanesi,
Antalya

Öz

Periferik arter hastalığı genellikle koroner arter hastalığıyla birlikte ve bu durumda başvuran hastalarda miyokard infarktüsü ve ölüm riski 2- 4 kat daha yüksektir. Burada, sigara içen erkek ve kardiyovasküler hastalık öyküsü olmayan Leriche sendromu olgusu sunulmuştur. Özellikle periferik arter hastalığı olan hastaların koroner by-pass operasyonlarında, LİMA grefti kullanılması sorunlara yol açabilir. Akut ekstremitte iske mi vakaları LİMA greft kullanımı ile bildirilmiştir. LİMA Leriche sendromlu hastalarda önemli bir kollateral kaynağıdır. Bu nedenle; biz postoperatif alt ekstremitte dolaşımını riske atmamak için, koroner bypass ameliyatı planlanan Leriche sendromlu hastada LİMA yerine safen ven greft kullanılmasıyla morbiditeyi azalttığını düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Akut miyokard enfeksiyonu, Leriche sendromu

Abstract

Peripheral arterial disease usually occurs together with coronary disease and patients presenting this condition have a 2-fold to 4-fold higher risk of experiencing myocardial infarction and death. We present an unusual case of a Leriche syndrome in a male smoker and without previous history of cardiovascular disease. In coronary by-pass operations, using LIMA graft may lead problems especially in patients with peripheral arterial disease. Cases of acute limb ischemia have been reported with use of LIMA grafts, concluded that LIMA is an important collateral source in patients with Leriche syndrome. Therefore; we suggest use of saphenous vein grafts in patients with Leriche syndrome planned to undergone coronary by-pass surgery instead of LIMA that does not risk post-operative lower extremity circulation, moreover reduce morbidity- mortality.

Keywords: Acute myocardial infarction; Leriche syndrome

Yazışma Adresi:
Yrd. Doç. Dr. Filiz Alkaya Solmaz
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve
Reanimasyon AD 32290 Isparta
Tel: 05327179357, 02462112115
Fax: + 9002462371758
e-mail: filizalkaya@hotmail.com

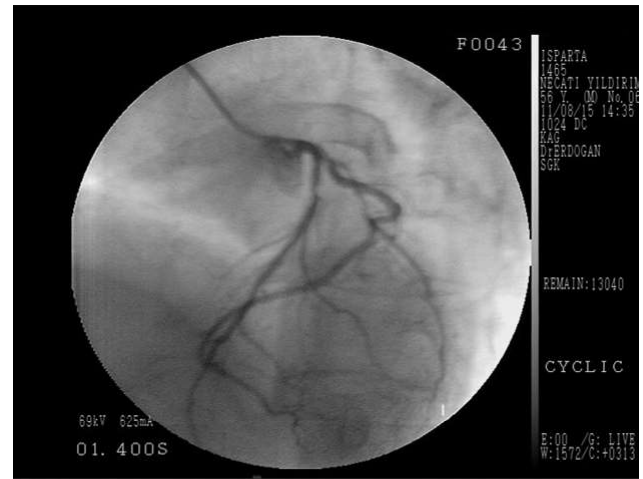
Giriş

Leriche sendromu; bilateral ana iliak arterlerin bifurkasyonu hizasında darlık ya da infrarenal aorta darlığı olarak tanımlanan ve ciddi morbiditeye yol açabilen bir sendromdur (1). Sıklıkla koroner arter hastalığı da bu sendroma eşlik ederek mortalite ve morbiditenin artmasına neden olabilir. Leriche sendromlu hastalarda sol internal mammarian arter (LİMA), kollateral dallar aracılığıyla alt ekstremité için alternatif kan perfüzyonu sağlayan damarlardan biridir. Periferik arter hastalığı olup koroner by-pass için LİMA grefti kullanılan hastalarda post-op dönemde alt ekstremitéde iskemi meydana gelmektedir (2). Bu olgu daha önceden bilinen aterosklerotik kalp hastalığı ve aktif şikayeti olmayan bireyde MI ön tanısı ile yapılan anjiosunda aort distalinin tıkalı olması tesadüf eseri tespit edilmiş olup eğer buna dikkat edilmemiş olsaydı bypass cerrahisi için LİMA kullanılacaktı ve hastanın ameliyat sonrası ciddi komplikasyonlarının olabileceğini hatırlatmak için sunulmuştur.

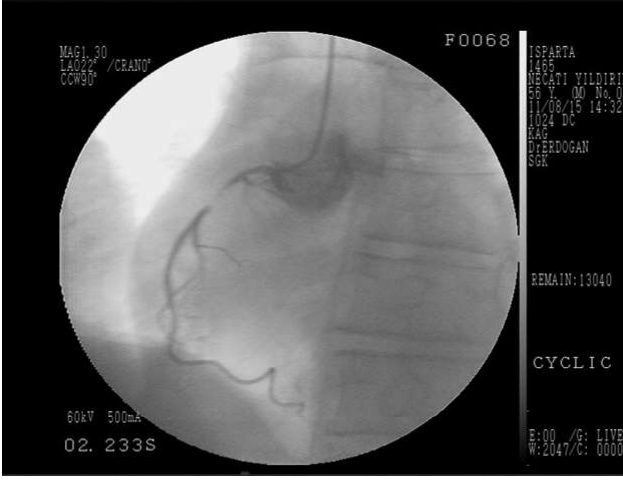
Olgu

Olgu 56 yaşında erkek hasta, daha önce bilinen bir kalp hastalığı yoktu. Hasta sıkıştırıcı tarzda göğüs ağrısı şikayeti ile kardiyoloji kliniğine başvurdu. Hastanın başka ek hastalığı mevcut değildi. Hasta Non ST miyokardiyal enfarktüs ön tanısıyla kardiyoloji yoğun bakıma yatırıldı. Hastanın laboratuvar bulgularında Hb:7.7g/dL, Htc:22.2%, WBC:12.4 $10^3/\mu\text{L}$, Plt:639 $10^3/\mu\text{L}$, Kreatinin:1.5 mg/dL, Bun:55 mg/dL, Na:133 mmol/L, K:3.6 mmol/L, Ca:9.7 mg/dL, AST:24 U/L, ALT:8 U/L, EKG: Sinüs ritminde V4-6 ve D1 AVL derivasyonlarında ST depresyonu mevcut idi. Yapılan ekokardiyografisinde left ventrikül diastol diameter (LVd):45 mm, left ventrikül sistol diameter (LVs):30 mm, interventriküler septum (IVS):12 mm, posterior wall (PW):11 mm, left atrium (LA):38 mm, aort diameter (Ao):29 mm, ejeksiyon fraksiyonu (EF) vizüel: %60, sol ventrikül diastol disfonksiyonu tespit edildi. Hastanın ilk yatışında anemi tespit edilmesi üzerine iki ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Hastanın yatışından dört gün sonra yapılan anjiyografisinde ana koroner normal, left anterior desenden (LAD): Proksimal % 80, gelişmiş D1 başında % 90 uzun segment, circumflex (CX): Plaklı gelişmiş optus marginal (OM) total tıkalı antegrad doluyor, right coronary arteria (RCA): Proksimal %

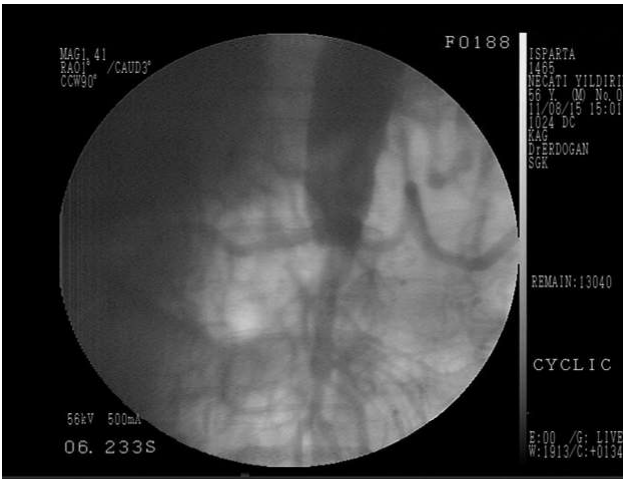
99 lezyon izlendi. Aynı seansta yapılan aortografide abdominal aort distalinin tam tıkalı olduğu için renal arter izlenemedi. Kollateraller ile dolum göstermekte ve sağ iliak arter görüntülenemedi (Resim 1-2-3). Koroner anjiyografi sonucunda koroner bypass kararı alınan hasta koroner bypass yapılmak üzere kalp damar cerrahisine yatırıldı. Hastanın yapılan muayenesinde kalp ve akciğer bulgularında anormallik saptanmadı. Periferik nabızlar ise her iki femoral arterden itibaren palpe edilemedi. Doppler ultrasonografide femoral arterden distale doğru nabızların bifazik olarak alındı, sağ ayak bileği 0.7 ml/dk, sol ayak bileği 0.75 ml/dk olarak ölçüldü. Optimal koşullar sağlandıktan sonra hasta koroner arter baypass greft cerrahisi uygulanmak üzere ameliyathaneye alındı. Rutin EKG, periferik oksijen saturasyonu, invaziv radial arter monitorizasyonu yapıldıktan sonra hastaya 140 mg propofol, 50 mcg remifentanil, 8 mg vecuronyumla anestezi induksiyonu yapıldı. Endotrakeal entübasyon yapıldıktan sonra remifentanil, vecuronyum infüzyonu ve sevofluran % 2 konsantrasyonda açıldı ve anestezi idamesi sağlandı. Safen ven kullanılarak sağ koroner arter, circumflex optus marginal (Cx OM) dalı ve left anterior desenden (LAD) olmak üzere üçlü koroner bypass yapıldı. Ameliyat süresi üç saat, cross klempe süresi 30 dakika idi. Hasta 6 mcg/kg dopamin infüzyonu ile yoğun bakıma çıkarıldı. Hasta iki gün yoğun bakım, beş gün serviste takip edildikten sonra, takiplerinde bir problem olmadan taburcu edildi.



Resim1: Left anterior descending (LAD) lezyonu



Resim 2: Right coronary arter (RCA) lezyonu



Resim 3: İliak arterler

Tartışma

Leriche sendromu bilateral ana iliak arterlerde bifurkasyon hizası darlığı ya da infrarenal aorta darlığı olarak tanımlanan periferik bir arter hastalığıdır (1). Tipik semptomları arasında kladikasyo, bacadakı ağrı ve soluklukla birlikte femoral nabızların kaybolması, erkeklerde erektil disfonksiyon sayılabilir (3). Leriche sendromlu hastalarda ana kollateral akım kaynakları LİMA, superior ve inferior epigasrik arterlerdir. LİMA'nın kollateral dallar ile alt ekstremitelere perfüzyonuna katkısı %50'ye çıkabilmektedir (2). Aortadaki darlığın

proksimale doğru uzanmasıyla LİMA'nın kollateral perfüzyona katkısı doğru orantılı olarak artmaktadır. Bu da LİMA'nın Leriche sendromlu hastalarda ciddi bir kollateral kaynak olduğunu göstermektedir. Kollateral akım sağlayan LİMA'lar genellikle hipertrofik olup çapları 3 mm'nin üstündedir (4). Koroner bypass ameliyatlarında LİMA'nın greft olarak kullanılması aynı zamanda periferik arter hastalığı olan hastalarda sıkıntı yaratabilmektedir (5). LİMA kullanılması sonrası akut ekstremitelere iskemisi gelişen olgular bildirilmiştir (6).

Periferik damar hastalıkları ile koroner arter hastalığı sıklığı genellikle artmaktadır. Bu nedenle koroner bypass kararı verilen hastalarda periferik arter hastalığı (Leriche sendromu) tetkik edilmelidir. Sol internal mammarian arter Leriche sendromlu hastalarda alt ekstremitelere kan perfüzyonunu sağlayan alternatif kollateral yollardan birini oluşturur. Şayet sendrom düşünülüyorsa kollateraller açısından hasta değerlendirilmeli ve önemli bir kollateral olan LİMA bu hastalarda greft olarak tercih edilmemelidir (1,3). LİMA grefti kullanılması sonrası ekstremitelere kayıplarına kadar giden ciddi sonuçlarla karşılaşılabilir (2). Bizde hastamızda bu nedenlerden dolayı greft olarak safen veni kullandık. Sonuç olarak LİMA, Leriche sendromlu hastalarda önemli bir kollateral perfüzyon kaynağı olup; periferik arter hastalığından şüphe edilen yada periferik arter hastalığı riski olan hastalarda mutlaka alt ekstremitelere anjiosu yapıp, yapılacak cerrahi girişimde kullanılacak anastomoz arterleri değerlendirilmeli, Leriche sendromlu hastalarda anastomoz için safen ven kullanılmalıdır.

Kaynaklar

1. Kim J, Won JY, Park SI, Lee DY. Internal thoracic artery collateral to the external iliac artery in chronic aortoiliac occlusive disease. *Korean J Radiol* 2003;4: 179-83.
2. Yurdakul M, Tola M, Ozdemir E, Bayazit M, Cumhuri T. Internal thoracic artery-inferior epigastric artery as a collateral pathway in aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg* 2006;43: 707-13.
3. Brewster DC. Direct reconstruction for aortoiliac occlusive disease. In: Rutherford RB, Cronenwett JL, Gloviczki P, Johnston KW, Kempczinski RF, Kpurski WC, eds. *Rutherford Vascular Surgery*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders 2000;p: 943-67.
4. Hayashida N, Kai E, Enomoto N, Aoyagi S. Internal thoracic artery as a collateral source to the ischemic lower extremity. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000;18: 613-6.
5. Ferrer MC, Calvo I, Sánchez-Rubio J, Galache G, Diarte JA, Lukic A, et al. The importance of investigating the

- internal thoracic artery before coronary artery surgery in Leriche's syndrome. *Rev Esp Cardiol* 2007;60: 1198- 201.
6. Parashara DK, Kotler MN, Ledley GS, Yazdanfar S. Internal mammary artery collateral to the external iliac artery: an angiographic consideration prior to coronary bypass surgery. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1994;32: 343- 5.