

JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ CERRAHİ SONRASI EYER (SADDLE) EMBOLİSİ DÜŞÜNDÜREN AKUT BİLATERAL ALT EKSTREMİTE İSKEMİSİ: OLGU SUNUMU

ACUTE BILATERAL LOWER EXTREMITY İSCHEMIA SUGGESTING SADDLE EMBOLISM, AFTER GYNECOLOGICAL ONCOLOGIC SURGERY : A CASE REPORT

Kadir Burhan KARADEM, Ahmet Rıfki ÇORA

Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Isparta Şehir Hastanesi, Isparta

Cite this article as: Karadem KB, Çora AR. Acute Bilateral Lower Extremity İschemia Suggesting Saddle Embolism, After Gynecological Oncologic Surgery : A Case Report. Med J SDU 2020; 27(1): 119-122.

Öz

Akut alt ekstremite iskemilerinin en sık nedeni atero-embolilerdir. Nadir de olsa aorta-iliyak tıkaçıcı hastalık(Leriche Sendromu) daha proksimalden kaynaklanan embolizasyon sonucu akut bilateral alt ekstremite iskemisi ile karşımıza gelebilir. Bu yazımızda jinekolojik onkoloji cerrahisi geçiren postoperatif dönemde akut bilateral alt ekstremite iskemisi gelişen vakamızı sunmayı amaçladık.

50 yaşında bayan hasta endometrium kanseri nedeniyle jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrası yirmi dördüncü saatte bilateral alt ekstremite iskemisi nedeniyle danışıldı. Bilgisayarlı tomografik anjiyo sonrası abdominal aort total oklude idi ve acil cerrahi planlandı. Distal embolizasyonu ekarte etmek için bilateral ana femoral arterden proximale ve distale embolektomi uygulandı. İşlem sonrası yeterli akım gelmemesi üzerine batin açıldı. Bifurkasyon öncesi abdominal aort ve her iki ana iliak çapları normal çaplardan belirgin derecede küçüktü. Hastanemizde Y greft olmadığından dolayı her iki ana iliak artere greft ile baypas yapıldı.

Cerrahi sırasında vasküler yaralanması olan hastalarda postoperatif dönemde sık vasküler muayene geri dönüşü olmayan komplikasyonların önlenmesi açısından gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Leriche sendromu, alt ekstremite iskemisi,

Abstract

Most common cause of acute lower extremity ischemia is atheroembolism. Although it is rare, aortic-iliac occlusive disease (Leriche Syndrome) may present with acute bilateral lower extremity ischemia resulting from proximal embolization.

A 50-year-old female patient was consulted for bilateral lower extremity ischemia at the twenty-fourth hour after gynecologic oncology surgery for endometrium cancer. Patient was evaluated at clinic and determined bilateral lower extremity ischemia. After performing radiologic evaluation no flow obtained from aorta to distal vascular bed and emergency surgery planned. Bilateral proximal and distal embolectomy was performed at the same time, after no satisfactory achievement of retrograde and antegrade flow, laparotomy was performed for further evaluation of proximal vasculature as a cause of ischemia. After the procedure did not come back enough backflow, laparotomy was performed. The distal abdominal aorta in the proximal of bifurcation and both major iliac diameters are significantly smaller than normal diameters. No flow was determined in small diametered distal abdominal aorta and bilateral iliac arteries and bilateral aorto-uni-iliac bypass was performed with 8mm ptfе-ringed graft because of, no Y graft in our hospital.

In patients with vascular injuries during surgery, frequent vascular examination postoperatively is necessary to prevent non-reversible complications.

Keywords: Leriche syndrome, saddle embolism

İletişim kurulacak yazar/Corresponding author: kbk.karadem@gmail.com

Müracaat tarihi/Application Date: 12.07.2018 • **Kabul tarihi/Accepted Date:** 27.08.2018

Available online at <http://dergipark.gov.tr/sdutfd>

Makaleye <http://dergipark.gov.tr/sdutfd> web sayfasından ulaşılabilir.

Giriş

Akut alt ekstremitte iskemilerinin en sık nedeni ateroembolilerdir ve bunların orjini %90-95 kardiyak kökenlidir(1). Non-kardiak nedenler arasında; ateromatöz emboli, arteryel anevrizmalar, iatrojenik travmalar sayılabilir. Bilateral alt ekstremitte iskemisi yapabilecek nedenler arasında Leriche sendromu bulunmaktadır. Bu sendrom daha ziyade kronik bacak iskemisi ve klasik triadi ile karşımıza çıkmaktadır. Nadir de olsa aorta-iliyak tıkaçıcı hastalık(Leriche Sendromu) daha proksimalden kaynaklanan embolizasyon sonucu akut bilateral alt ekstremitte iskemisi ile karşımıza gelebilir(2). Bu yazımızda jinekolojik onkoloji cerrahisi geçiren postoperatif dönemde ortaya çıkan akut bilateral alt ekstremitte iskemisi gelişen vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

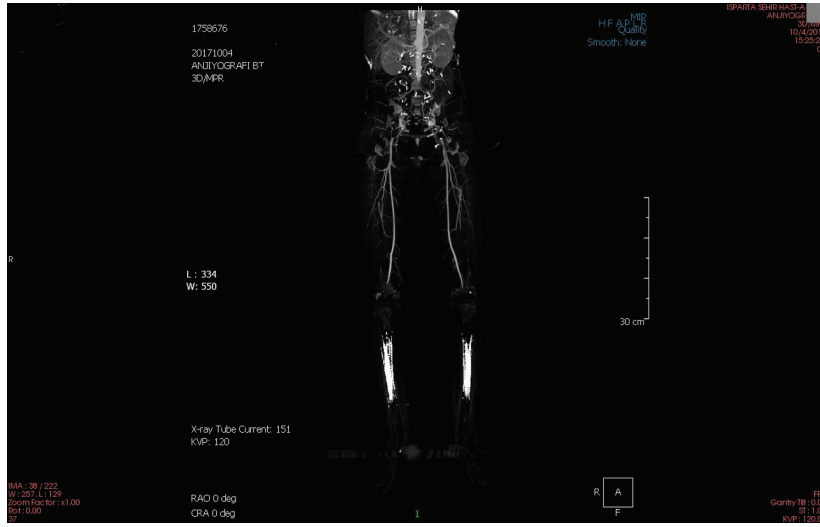
50 yaşında bayan hasta daha önceden bilinen hastalığı yok endometrium kanseri nedeniyle jinekolojik onkoloji cerrahisi sonrasında antiemboli çorabı ile takip edilmeye başlanmış. Hastada postoperatif 12. saatte her iki alt ekstremitte parastezi gelişmiş. Hasta nöroloji ile konsülte edilerek emg planlanmış ve parastezinin nedeninin hastanın opere olduğu alçak litotomi pozisyonuna sekonder siyatik sinir basısı olabileceği düşünülmüş. Postoperatif 24. saatten sonra bacaklarda ağrı şikayeti olmuş ve antiemboli çorapları çıkarılınca, çorapların bilateral diz altı ulaştığı seviyeye kadar parmak ucundan başlayan siyanotik değişiklik olması üzerine tarafımızca değerlendirilmesi istendi. Hasta değerlendirildiğinde; anamnezde fiziksel aktivitesinin düşük olduğu öğrenildi ve klidasyo tariflemiyordu. Boyu 160 cm kilosu 80 kg idi. Vitalleri stabil tansiyon 140/80 mmHg, nabız 100 atım/dk ve ritmikti, saturasyon %99, sağ-sol kol tansiyon farkı yoktu. Alt ekstremitte motor kayıp vardı. Bilateral femoral arter ve distal nabızlar palpe edilemedi. El doppleri ile sinyal alınamadı. Acil abdominal ve alt ekstremitte bilgisayarlı tomografik anjiyo (BT anjiyo) istendi ve acil cerrahi için ameliyathane salonu hazırlandı. Çekilen BT anjiyoda abdominal aortun superior mezenterik arter distalinden total oklüde olduğu ve kollateral dolaşım ile femoral arterlerin kontrastlanma gösterdiği fakat akımın zayıf olmasına bağlı varis çorabı kompresyonu sonucu diz altı arteryel sistemin dolum göstermediği izlendi. Preop tetkiklerinde bt anjiyo tetkiki yoktu. Hastanın cerrahına ulaşılarak hastanın geçirmiş olduğu operasyon bilgisine ulaşıldı. Hastanın endometrium kanseri nedeniyle Wertheim operasyonu geçirdiği, uterus ve overlerin frozena gönderildiği ve frozen sonucunda invazyon geldiği öğrenildi. Total histereroktomi ve bilateral salpingo-ooferektomi,

apendektomi, omentektomi sonrası retroperitoneal eksplorasyonla bilateral pelvik ve paraortik lenf nodu diseksiyonlarının yapıldığı öğrenildi. Aortta ve vena kavada olan yaralanmaların 5/0 prolen ile onarıldığı ve inferior mesenterik arterin (İMA) ve küçük arteryel damarların bağlandığı öğrenildi.

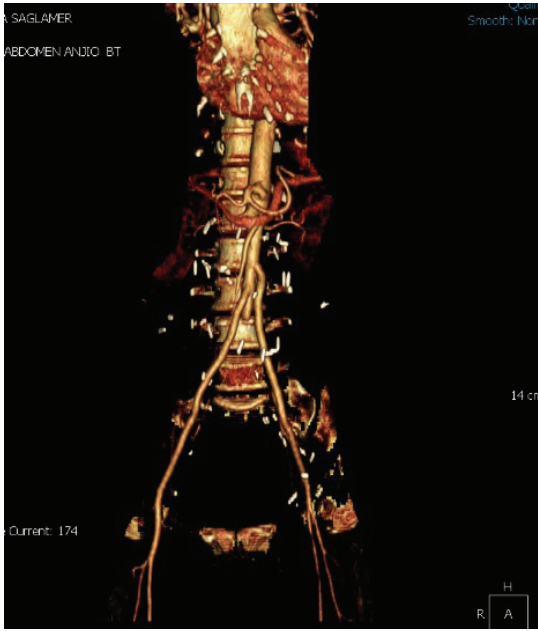
Hasta BT anjiyo sonrası akut abdominal aort trombozu nedeniyle cerrahiye alındı(Resim 1). Lokal anestezi ile her iki femoral bölge açıldı. Femoral arterlere bilateral ulaşıldı. İncelemede her iki ana femoral arter çapları sağda 5mm ve solda 4mm olarak normalden düşük saptandı. Derin, yüzeysel ve ana femoral arterler askıya alındıktan sonra uygun heparinizasyonun ardından distale ve proksimale embolektomi yapıldı. Distalden emboli materyali gelmedi. Distalden yeterli geri akım(-backflow) gözlenmedi. Proksimalden emboli materyali gelmesine rağmen yeterli akım gelmedi. Hastanın mevcut şikayetini, düşünülen ateroembolinin aksine daha önceden Leriche Sendromu olabileceği ve geçirdiği malignite cerrahisi sonrası kolletaral arterlerin ve inferior mesenterik arterin bağlanmasına bağlı alt ekstremitte dolaşımının yetersiz kalmasına bağlı. Batının açılmasına karar verildi. Hasta anestezi tarafından entübe edilerek genel anestezi altında daha önceki göbük üstü ve altı median laparotomiden açıldı. Bağırsaklar ıslak kompreslerle ekarte edildikten sonra abdominal aortaya ulaşıldı. İncelemede İMA'nın proksimalinden bağlanarak ligate edildiği görüldü. Ana iliyak arter çaplarının da sağ ve solda yaklaşık 6 mm olduğu görüldü. Palpe edilen her iki iliyak arterde nabız yoktu. Abdominal aort bifurkasyonunun 5 cm e proksimaline kadar elle nabız alınamadı. Her iki iliyak artere bypass planlandı. Ek doz heparin yapılarak aorta infrarenal seviyeden kleplendi. Hastanemizde Y greft olmadığı için 6mm ringli PTFE (politetrafloroetilen) greft ile aorta-iliyak (yan-uç anastomoz) 2 adet bypass yapıldı. Aortik klemp kaldırıldıktan sonra her iki femoral arterde nabız elle alındı. Katlar usulüne uygun kapatıldı. Operasyon sonrası her iki tibialis posteriorda ve dorsalis pedis arterinde el doppleri ile akım sinyali alındı. Hastanın sağ ayak parmaklarında distal falanklarda siyanotik görünüm devam etti. İki aylık medikal tedavi ve fizik tedavi sonrası ayaklardaki siyanotik görünüm geri döndü. Postoperatif BT anjiyo görüldü(resim 2). Hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Akut alt ekstremitte iskemilerinin en sık nedeni ateroembolilerdir ve bunların orjini çok yüksek oranla kardiyaktır. Atrial fibrilasyon, mitral kapak hastalıkları, akut miyokard enfarktüsü, endokardit, kardiyomiyopati, kardiyak tümörler, prostetik kalp kapakları bazı nedenleridir. Non-kardiak nedenler arasında; ateromatöz



Resim 1: Preoperative BT anjiyo 3 boyutlu görüntüsü. Abdominal aort superior mezenterik arter distalinden total oklude (Siyah ok). Ana femoral arterler kolleteral ile doluyor. Diz altı bilateral kontrast geçişi izlenmiyor. (Varis çorabı kompresyonuna bağlı)



Resim 2: Postoperatif 3 Boyutlu BT anjiyo görüntüsü.

emboli, arteriyel anevrizmlar, tümörler, travmalar yabancı cisime bağlı ve iatrojenik nedenler sayılabilir. Klasik olarak "5P bulgusu" ile semptomatolojisi tarif edilir. Pain (ağrı), pulselessness-embolinin distalinde nabızların palpe edilememesi-(nabızsızlık), parastezi, paralizi, pallor (solukluk) ve ilave olarak altıncı "p" nin poikilotermi (ısı değişimi) hatırlatıcı olarak eklenir.

Leriche sendromu aorta-iliyak okluziv hastalık olarak da bilinir ve infrarenal aortanın veya aortik bifurkasyonun obliterasyonudur(3-4). Klasik triadı alt ekstre-

mitelerde kladikasyo, femoral nabızların alınmaması ve impotanstır(5). Kolleteral arteriyel sistemin tam gelişmediği hastalarda istirahat ağrısına neden olabilmektedir. Akut veya kronik formda olabilmektedir. Vakaların çoğu aterosklerozun ilerleyişine bağlı olarak kronik formda karşımıza gelmektedir. Nadir de olsa akut formları distal aortaya trombus oturmasıyla meydana gelir(3). Bazı vakalarda maligniteler bağlı olabileceği bildirilmiştir.(6) Tedavisinde sıklıkla kullanılan yöntem aortafemoral greft ile bypasstır. Daha az sıklıkta endovasküler tedavi yöntemleri ve endarterektomi uygulanmaktadır(7).

Bilateral alt ekstremitelerde iskemi oluşturabilecek aorta-iliyak bifurkasyona yerleşen emboliler de ("eyer embolisi") kollateral dolaşımın da embolilerle tıkanıdığı durumlarda daha derin iskemi oluşturabilir. Akut aort trombozu olarak adlandırılan bu olay mortalitesi yüksek ve acil müdahale gerektiren bir durumdur. Trombus kaynağı genellikle kardiyak kökenlidir(8). Hastalarda predispozan faktörler olarak diyabetes mellitus, hipertansiyon, sigara kullanımı gibi aterosklerotik durumlar mevcut olabilir.(9).

Tümör kaynaklı emboliler de mevcuttur. Malign tümörlerde özellikle akciğerin primer ve metastatik tümörlerinde tümör parçacıklarının arteriyel sisteme karışması ile arteriyel emboliler olabilmektedir(10). Malign tümörlerde paraneoplastik sendrom olarak da emboliler olabilmektedir(11). Ayrıca iatrojenik travmalara bağlı arteriyel duvar hasarında trombus o bölgeye yerleşebilmektedir. Ve yine tümör cerrahisinde İMA'nın bağlanması gereken durumlar olmaktadır(12).

Sandgren ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptıkları çalışmada kadınlarda 42.5± 4.9 yaş grubunda ana femoral arter çapı 8.2±0.6mm olarak bulunmuş. Vücut yüzey alanına göre 1.9 metrekare 50 yaşında kadın kişilerde medyan 8.9 mm en düşük 7.3 mm ve 10.8 mm olarak saptanmıştır(13). Jin Hyun Joh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 50-59 yaş aralığında sağ iliak arter çapı 1.14±0.22 mm, sol iliak arter çapı 1.13± 0.21 mm olarak saptanmış. Hastamızda her iki ana femoral ve iliak arter çapları hipoplastik saptandı(14). Dolayısıyla vakının kronik zeminde aortik bir inflamasyon geçirdiğini desteklemektedir.

Hastamızda öncesinde anamnezde aterosklerotik süreci gösterecek herhangi bir semptom olmaması ve abdominal ve retroperitoneal bölgede geniş rezeksiyon gerektiren malignite cerrahisi geçirmesi ilk olarak akla arteriyel tümör embolizmini veya iatrojenik travmaya bağlı bir trombüsü akla getirmiştir. Fakat femoral arterlerin ve iliak arterlerin eksplorasyonun ardından yapılan inspeksiyon ve palpasyonda hastanın Leriche Sendromu olabileceği ve geçirdiği major cerrahi sonrası kollateral arteriyel sistemin destrüksiyonu ve İMA'nın ligate edilmesi sonucu alt ekstremitte iskemik bulgularının ortaya çıktığı kanaatine varılmıştır. İMA'nın Leriche sendromlu hastalarda alt ekstremitteyi kurtardığına dair yayınlar da mevcuttur.(15). Fogarty kateterlerimizin uzunluğu 80 cm olduğundan dolayı distal embolizasyonun ekartasyonu ve tedavisi için hastamızda femoral arterlerin eksplorasyonu zorunlu idi. Proksimalden emboli materyali gelmesi ise İMA'nın bağlanması sonucu distal aortada akımın yavaşlamasına bağlı trombüs oluşumu olarak düşünüldü. Klasik Virchow tiradındaki (Hiperkoagülasyon, staz, damar duvar hasarı) staza bağlandı(16).

Sonuç

Abdominal ve retroperitoneal malignite cerrahisinde inferior mesenterik arterin bağlanması gereken durumlarda ayrıntılı anamnez ve fizik muayenenin önemi büyüktür. Cerrahi öncesi kontrastlı BT anjiyonun çekilmesi ve ayrıntılı incelenmesinin, damar invazyonunu göstermesi açısından ve İMA'nın bağlanması gereken durumlarda komplikasyonların önüne geçilebileceği ve hayat kurtarıcı olabileceği kanaatindeyiz. Cerrahi sırasında vasküler yaralanması olan hastalarda postoperatif dönemde sık vasküler muayene geri dönüşü olmayan komplikasyonların önlenmesi açısından gereklidir.

Kaynaklar

1. Bozkurt K, ve ark. (2007) Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Periferik Arter ve Ven Hastalıkları Tedavi Kılavuzu. 1. Taslak.

2. Furrer M, Schüller M, Leutenegger AF, Rüedi T. (1994) Acute Leriche syndrome in a previously healthy woman: differential diagnosis of embolic occlusion *Helv Chir Acta.* Dec;60(6):887-91
3. Lee WJ, Cheng YZ, Lin HJ. (2008) Leriche's syndrome. *Int J Emerg Med*;1:223.
4. Kakkos SK, Shepard AD. (2008) Delayed presentation of aortic injury by pedicle screws: report of two cases and review of the literature. *J Vasc Surg*;47:1074-82.
5. Leriche R, Morel A. (1948) The syndrome of thrombotic obliteration of the aortic bifurcation. *Ann Surg* ; 127: 193-206.
6. G. Bruce Hopkins, MD (1968) Leriche Syndrome Associated With Leiomyosarcoma of the Right Common Iliac Artery *AMA*;206(8):1789-1790
7. Frederick M, Newman J, Kohlwes K, et al. (2010) Leriche syndrome. *J Gen Intern Med* ; 25(10): 1102-1104.
8. Lee WA. (2003) Acute aortic occlusion from a cardiac embolus. *J Vasc Surg*;38:197.
9. Babu SC, Shah PM, Nitahara J. (1995) Acute aortic occlusion-factors that influence outcome. *J Vasc Surg*;21:567-72.
10. Liggett C, Karchner M: (1979) Peripheral arterial tumor embolism by malignant tumor. *West J Med* 130:72-75,
11. Zerbino DD, Lukasevich LL, Servetnik MI. (1994) Thrombosis and embolism as paraneoplastic syndrome *Arkh Patol. Jul-Aug*;56(4):77-80.
12. Singh D et al (2017) The long-term survival benefits of high and low ligation of inferior mesenteric artery in colorectal cancer surgery: A review and meta-analysis *Medicine (Baltimore)*. Nov;96(47):e8520
13. Thomas Sandgren, MD, Björn Sonesson, MD ve ark (1999). The diameter of the common femoral artery in healthy human: Influence of sex, age, and body size *J Vasc Surg.* Mar;29(3):503-10.
14. Jin Hyun Joh, Hyung-Joon Ahn, and Ho-Chul Park (2013) Reference Diameters of the Abdominal Aorta and Iliac Arteries in the Korean Population *Yonsei Med J.* Jan 1; 54(1): 48-54.
15. Mahmoud Assaad, Sunit Tolia, and Marcel Zughuib (2017) Leriche syndrome: The inferior mesenteric artery saves the lower extremity *Open Med Case Rep.*; 5:
16. Howard A. Liebman and Ilene C. Weitz (2014) *Rutherford's Vascular Surgery, 2-Volume Set, 8th Edition Chapter 37 Hypercoagulable states*