

2.4.e. İliyak Arter

2.4.e.1. İliyak Arterin Hibrid Tedavisi

Oruç Alper ONK¹

Giriş

Vasküler cerrahide operatif ve endovasküler tekniklere odaklanılmasına rağmen çoğu hastada cerrahi müdahale gerekmez. Ameliyatsız tedavi ve risk faktörlerinin modifikasyonu tedavinin birincil bileşeni olmaya devam etmektedir. Periferik arter hastalığı olan hastalar asemptomatik, klodikasyo, istirahat ağrısı ya da iskemik ayak ülserleri gibi çeşitli tablolarla karşımıza çıkabilir. Klodikasyo periferik arter hastalığının klasik semptomudur, tutulan segmente ve darlığın şiddetine göre lokalizasyonu ve şiddeti değişmekle birlikte hareketle başlayan ağrı istirahat etmekle hafifler. Klasik klodikasyo hastaların küçük bir kısmında görülmekle birlikte pek çok hastada atipik semptomlar görülmektedir. 50 yaş altındaki hastaların %2 'den azında klasik klodikasyo görülürken, görülme sıklığı 50-70 arası %5'e, 70 yaş üzerindekilerde de %10 'a çıkmaktadır (1-3).

Tüm periferik arter hastalıklarında olduğu gibi ileri düzeyde aorto-iliak darlıkları olan hastalarda da öncelikle tedavi risk faktörlerinin değerlendirilip düzeltilmesi olmalıdır. Öncelikle diyet düzenlemesi, sigara kullanımının sonlandırılması önem arz etmektedir. Sonrasında ise hipertansiyon ve diyabetin regülasyonu ve ilaç tedavisi uygulanmalıdır (Antiagreganlar, statin, silostazol,

¹ Doç. Dr., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, alperonk@hotmail.com

güldürücüdür. Kılavuzların eşliğinde sadece lezyonu değil hastayı değerlendirerek hasta için en uygun, en az riskli tedaviyi yaparken, uygulanan tedavinin kısa ve uzun dönem sonuçları ve kalıcılığı göz önüne alınarak her hasta için kişiye özel tedavi kararı vermelidir.

Kaynaklar

1. Criqui MH, Fronek A, Barrett-Connor E, et al. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation*. 1985;71:510–515.
2. Fowkes FG, Housley E, Cawood EH, et al. Edinburgh Artery Study: Prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population. *Int J Epidemiol*. 1991;20:384–392.
3. Novo S, Avellone G, Di Garbo V, et al. Prevalence of risk factors in patients with peripheral arterial disease: a clinical and epidemiological evaluation. *Int Angiol*. 1992;11:218–229.
4. Murphy TP, Cutlip DE, Regensteiner JG, Mohler ER, Cohen DJ, Reynolds MR, et al. Supervised exercise versus primary stenting for claudication resulting from aortoiliac peripheral artery disease: six-month outcomes from the claudication: Jav exercise versus endoluminal revascularization (CLEVER) study. *Circulation* 2012;125:130-9.
5. Aquino R, Johnnides C, Makaroun M, et al. Natural history of claudication: Long-term serial follow-up study of 1244 claudicants. *J Vasc Surg*. 2001; 34: 962–970.
6. Leriche R, Morel A. The syndrome of thrombotic obliteration of the aorticbifurcation. *Ann Surg*. 1948;127:193.
7. Whiteley MS, Ray-Chaudhuri SB, Galland RB. Changing patterns in aortoiliac reconstruction: a 7-year audit. *Br J Surg* 1996;83:1367-9.
8. Boyd AM. The natural course of arteriosclerosis of the lower extremities. *Proc R Soc Med*. 1962;55:591.
9. Imparato AM, Kim G, Davidson T, et al. Intermittent claudication: its natural course. *Surgery*. 1975;78:795.
10. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *J Vasc Surg* 2007;45:5-67.
11. Hertzner NR, Bena JF, Karafa MT. A personal experience with direct reconstruction and extra-anatomic bypass for aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg*. 2007; 45: 527–535.

12. Pierce GE, Turrentine M, Stringfield S, et al. Evaluation of end-to-side v end-to-end proximal anastomosis in aortobifemoral bypass. *Arch Surg.* 1982; 158:117.
13. Brewster DC, Darling RC. Optimal methods of aortoiliac reconstruction. *Surgery* 1978;84:739-48
14. Brewster DC, Darling RC. Optimal methods of aortoiliac reconstruction. *Surgery.* 1978;84:739.
15. Crawford ES, Bomberger RA, Glaeser DH, et al. Aortoiliac occlusive disease: factors influencing survival and function following reconstructive operation over a twenty-five-year period. *Surgery.* 1981;90:1055.
16. Mozersky DJ, Summer DS, Strandness DE. Long-term results of reconstructive aortoiliac surgery. *Am J Surg.* 1972;123:503.
17. Whittemore AD, Mannick JA. The ischemic leg. McLean LD. *Advances in Surgery.* Mosby-Year Book: St. Louis; 1981:293.
18. Dotter CT, Judkins MP. Transluminal treatment of arteriosclerotic obstruction: description of a new technic and a preliminary report of its application. *Circulation.* 1964;30:654-670.
19. Becker GJ, Katzen BT, Dake MD. Noncoronary angioplasty. *Radiology.* 1989;170:921-940.
20. EE. Wilson SE, Wolf GL, Cross AP. Percutaneous transluminal angioplasty versus operation for peripheral arteriosclerosis: report of a prospective randomized trial in a selected group of patients. *J Vasc Surg.* 1989;9:19.
20. Becker GJ, Palmaz JC, Rees CR, et al. Angioplasty-induced dissections in human iliac arteries: management with Palmaz balloonexpandable intraluminal stents. *Radiology.* 1990;176:31-38.
21. Gardiner GA Jr, Meyerovitz MF, Stokes KR, et al. Complications of transluminal angioplasty. *Radiology.* 1986;159:201-208.
22. Richter GM, Palmaz JC, Noeldge G, et al. Relationship between blood flow, thrombus, and neointima in stents. *J Vasc Interv Radiol.* 1999;10:598-604.
23. Richter GM, Palmaz JC, Noeldge G, et al. Blood flow and thrombus formation determine the development of stent neointima. *J Long Term Eff Med Implants.* 2000;10:69-77.
24. Salam TA, Taylor B, Suggs WD, et al. Reaction to injury following balloon angioplasty and intravascular stent placement in the canine femoral artery. *Am Surg.* 1994;60:353-357.