

# BÖLÜM 18

## SUPRAİNGÜİNAL DARLIKLARDA CERRAHİ

*Oruç Alper ONK<sup>1</sup>*

Aortoiliak tıkaııcı hastalıklarda cerrahi ve girişimsel tedaviler günümüzde sık olarak uygulanmaktadır. Endovasküler tedaviler giderek yaygınlaşmasına rağmen gerek endovasküler tedaviye uygun olmayan gerekse endovasküler tedavi başarısız olmuş hastalarda aortofemoral baypas cerrahisi değerli bir seçenektir. Bu bölümde aortofemoral baypas cerrahisinin önemli teknik unsurları gözden geçirilecektir. Bunun yanında pek çok hasta bu tedavilere gerek duyulmadan tedavi edilebilir. Ameliyatsız tedavi ve risk faktörlerinin modifikasyonu tedavinin birincil bileşeni olmaya devam etmektedir.

Periferik arter hastalığı olan hastalar asemptomatik, klodikasyo, istirahat ağrısı yada 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 aortoiliak 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, antihipertansifler, antidiyabetikler) . İlaç tedavisine ek olarak kontrollü egzersiz tedavisinin uygulanmasının oldukça iyi sonuçları olduğu bilinmektedir (4). Bu tedaviler uygulan-

<sup>1</sup> Doç.Dr., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi AD., alperonk@hotmail.com

dir görülen bir geç komplikasyondur ama görülmesi durumunda greft eksizyonu gerekir. Aorto enterik fistül nadir görülür fakat oluşması halinde ölümcül bir komplikasyondur. Mortalite %30'a kadar çıkar. Tipik olarak aortadaki proksimal sütün hattının duodenumdaki 3. veya 4. kısım boyunca aşınmasına sekonder olarak ortaya çıkar. Sepsis, karın ağrısı ve GI kanama üçlüsü her zaman mevcut olmadığı için tanı koymak genellikle zordur. Başlangıçta az miktarda olan GİS kanaması daha sonra oluşacak büyük kanamanın habercisi olabilir. IV kontrastlı BT taraması ve üst endoskopi bazen tanıda yardımcı olur. Bulduğunda, greft eksizyonu, enfekte dokunun debridmanı, bağırsak onarımı/rezeksiyon ve ekstra anatomik baypas veya yeni greft yerleştirme ile acil keşif amaçlı laparotomi gereklidir. Ameliyat başarılı olsa bile, bu komplikasyonla ilişkili hala yüksek mortalite vardır. (20)

Aortobifemoral greft baypasından sonraki sonuçlar mükemmeldir , erken açıklık oranları %100'e yaklaşır ve 5 yıllık açıklık oranları %80'den fazladır (14-17). 10 yıllık açıklık oranları %75'e yaklaşır. (14) Greft bacak uzunluğundan kaçınmak ve distal damar yatağıyla uyumlu greft çapı seçimi işlem başarısını artıran faktörlerdendir.

Günümüzde gerek hasta tercihi gerekse teknoloji ve yardımcı cihazların gelişimiyle endovasküler tedavi uygulanan sayısı artmaktadır. Kalp damar cerrahlarının femoral artere endarterektomi yapıp ardından iliak artere yaptıkları anjioplasti ve stent uygulaması şeklinde hibrid yaklaşımlarında sonuçları yüzgüldürücüdür. 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.

## KAYNAKÇA

1. Criqui MH, Fronek A, Barrett-Connor E, Klauber MR, Gabriel S, Goodman D. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation*. 1985;71 (3):510-5.
2. Fowkes FG, Housley E, Cawood EH, Macintyre CC, Ruckley CV, Prescott RJ. Edinburgh Artery Study: prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population. *International journal of epidemiology*. 1991;20 (2):384-92.
3. Novo S, Avellone G, Di Garbo V, Abrignani MG, Liquori M, Panno AV, et al. Prevalence of risk factors in patients with peripheral arterial disease. A clinical and epidemiological evaluation. *International angiology : a journal of the International Union of Angiology*. 1992;11 (3):218-29.
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: exercise versus endoluminal revascularization (CLEVER) study. *Circulation*. 2012;125 (1):130-9.
5. Brown KN, Muco E, Gonzalez L. Leriche Syndrome. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls

Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.; 2022.

6. Aquino R, Johnnides C, Makaroun M, Whittle JC, Muluk VS, Kelley ME, et al. Natural history of claudication: long-term serial follow-up study of 1244 claudicants. *Journal of vascular surgery*. 2001;34 (6):962-70.
7. Leriche R, Morel A. The Syndrome of Thrombotic Obliteration of the Aortic Bifurcation. *Annals of surgery*. 1948;127 (2):193-206.
8. Whiteley MS, Ray-Chaudhuri SB, Galland RB. Changing patterns in aortoiliac reconstruction: a 7-year audit. *The British journal of surgery*. 1996;83 (10):1367-9.
9. Boyd AM. The natural course of arteriosclerosis of the lower extremities. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1962;55:591-3.
10. Imparato AM, Kim GE, Davidson T, Crowley JG. Intermittent claudication: its natural course. *Surgery*. 1975;78 (6):795-9.
11. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of vascular surgery*. 2007;45 Suppl S:S5-67.
12. Hertzner NR, Bena JF, Karafa MT. A personal experience with direct reconstruction and extra-anatomic bypass for aortoiliac occlusive disease. *Journal of vascular surgery*. 2007;45 (3):527-35; discussion 35.
13. Pierce GE, Turrentine M, Stringfield S, Iliopoulos J, Hardin CA, Hermreck AS, et al. Evaluation of end-to-side v end-to-end proximal anastomosis in aortobifemoral bypass. *Archives of surgery (Chicago, Ill : 1960)*. 1982;117 (12):1580-8.
14. Brewster DC, Darling RC. Optimal methods of aortoiliac reconstruction. *Surgery*. 1978;84 (6):739-48.
15. Crawford ES, Bomberger RA, Glaeser DH, Saleh SA, Russell WL. Aortoiliac occlusive disease: factors influencing survival and function following reconstructive operation over a twenty-five-year period. *Surgery*. 1981;90 (6):1055-67.
16. Mozersky DJ, Sumner DS, Strandness DE. Long-term results of reconstructive aortoiliac surgery. *American journal of surgery*. 1972;123 (5):503-9.
17. Whittemore AD, Mannick JA. The ischemic leg. *Advances in surgery*. 1981;15:293-316.
18. Nevelsteen A, Suy R. Graft occlusion following aortofemoral Dacron bypass. *Annals of vascular surgery*. 1991;5 (1):32-7.
19. Hagino RT, Taylor SM, Fujitani RM, Mills JL. Proximal anastomotic failure following infrarenal aortic reconstruction: late development of true aneurysms, pseudoaneurysms, and occlusive disease. *Annals of vascular surgery*. 1993;7 (1):8-13.
20. Marolt U, Potrc S, Bergauer A, Arslani N, Papes D. Aortoduodenal fistula three years after aortobifemoral bypass: case report and literature review. *Acta clinica Croatica*. 2013;52 (3):363-8.