

18.9. Kronik Mezenter İskemisi

Hakan SÖZEN¹

Bağırsak anjinası olarak da adlandırılan kronik mezenterik iskemi, tipik olarak çoklu mezenterik arteriyel stenozu veya tıkanıklığı olan hastalarda meydana gelebilen ince bağırsağın epizodik veya sürekli hipoperfüzyonunu ifade eder. Hastalar tipik olarak 50 ila 70 yaşları arasında olup, kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazladır. 65 yaş üstü popülasyonun %10 kadarında görülür.

Kronik mezenterik iskemi vakalarının çoğunda neden çölyak veya superior mezenterik arterlerin orijinlerinin aterosklerotik daralmasıdır. Mezenterik arterlerin ateroskerozu oldukça yaygındır; bununla birlikte, mezenterik arter hastalığının bir sonucu olarak ortaya çıkan klinik belirtiler nadirdir. Mezenterik damarların ateroskleroza yatkın hale getiren faktörler diabetes mellitusa, hipertansiyon, sigara içmek, hiperlipidemi olarak sıralanabilir.

Ateroskleroza bağlı arter lümeninin daraldığında, yemek yeme sırasında oluşan herhangi bir kan akımı talebi şiddetli karın ağrısına ve daha kötüsü mezenterik iskemiye neden olabilir.

PATOFİZYOLOJİ

Çölyak arter, superior mezenterik arter (SMA) ve inferior mezenterik arter (İMA)

ince ve kalın bağırsağa kan sağlayan üç arterdir. Bu arterlerdeki kan akışı, bağırsak mukozasının metabolik talebindeki artış nedeniyle yemekten sonraki bir saat içinde artar.

Tek bir damarın kronik tıkanması, kollateral kan akışının kompanse olmasını sağlar, bu nedenle semptomlar en az iki ana arter tıkanana kadar tipik olarak ortaya çıkmaz.

Daha az görülen nedenleri arasında vaskülit, fibromusküler displazi, radyasyon ve Takayasu arteriti yer alır. Çok ender olarak çölyak arter kompresyon sendromu (median arkuat ligament sendromu olarak da bilinir) da KMİ yapar.

KLİNİK

Klinik belirtiler tipiktir. Bunlar:

- ▶ Postprandial ağrı, genellikle epigastrik veya periumbilikal
- ▶ Yemek yeme korkusu (sitofobi)
- ▶ Kilo kaybıdır.

Klasik semptom, yemekten 10 dakika ila 3 saat sonra gelişen tokluk ağrısıdır. Ağrı o kadar şiddetli hale gelebilir ki, hasta yemek yeme korkusu geliştirebilir ve son dönemlerde kilo kaybeder. Ağrının şiddeti ve yeri değişken olabilir

¹ Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., mhakansozen@gmail.com

ve bazen sırta yayılabilir. Yüksek yağ içeriğine sahip daha büyük öğünlerden sonra ağrının şiddeti daha fazladır. Diğer organları içeren vasküler hastalık öyküsü (örneğin, miyokard enfarktüsü, serebral vasküler hastalık veya periferik vasküler hastalık) olabilir.

Fizik muayenede aşağıdakiler bulgular bulunabilir:

- ▶ Yetersiz beslenme belirtileri
- ▶ Muayene bulguları hastanın ağrı öyküsüyle orantısızdır. Genellikle, rebound veya defans olmadan yaygın hafif karın hassasiyeti saptanır.
- ▶ Periferik vasküler hastalık belirtileri (örneğin, karotis darbeleri, nabız azalması ve iskemik ayaklar)

TANI

Laboratuvar testleri

- ▶ Tam kan hücresi (CBC) sayımı: Bu, kronik yetersiz beslenmeye bağlı anemi, lökopeni veya lenfopeni gösterebilir.
- ▶ Biokimya: Yetersiz beslenme, kusma veya ishalden kaynaklanan elektrolit anormallikleri gösterebilir: Hhipoalbuminemi, dehidratasyona bağlı hipernatremi, BUN artışı gibi.
- ▶ Gaitada gizli kan testi, ölü iskemik bağırsağın dökülmesi nedeniyle pozitif sonuçlar verebilir.

Konvansiyonel Anjiyografi: Tipik olarak, arteriyogram, aortun iki viseral dalının tıkanmasını gösterir ve kalan viseral dalda, genellikle çölyak gövdede veya SMA'da şiddetli darlık(lar) vardır.

Bilgisayarlı tomografi anjiyografisi (BTA): Mezenterik damarların aterosklerotik stenozunu tanımlarken veya dışlarken aynı zamanda diğer abdominal etiyojileri dışladığı için tercih edilen başlangıç, invazif olmayan yöntemdir.

Doppler Ultrasonografi: Zayıf hastada akım miktarını ölçerek taniye yardımcı olur.

AYIRICI TANI

- ▶ Akut Kolesistit
- ▶ Akut gastrit
- ▶ Akut mezenterik iskemi
- ▶ Safra tıkanıklığı
- ▶ Kolanjit
- ▶ Kolesistit
- ▶ Kronik gastrit
- ▶ Kronik pankreatit
- ▶ Divertikülit
- ▶ Mide kanseri

TEDAVİ

Asemptomatik KMI'li hastalar, sigarayı bırakma ve antiplatelet tedavi ile konservatif olarak tedavi edilir. Bu hastaların beş yıllık mortalitesi %40'tır ve ölümlerin çoğu miyokard enfarktüsü veya kardiyovasküler ölümüne bağlanmıştır. Semptomatik veya tedavi edilmemiş semptomatik KMI hastalarında %100'e yaklaşan beş yıllık bir ölüm oranı taşıdığından, açık veya endovasküler revaskülarizasyon gibi tedavi yöntemlerinin gerekliliğinin bir göstergesidir.

KMI için yönetim seçenekleri:

- ▶ Stentli veya stentsiz anjiyoplasti
- ▶ Cerrahi revaskülarizasyon
- ▶ Median arkuat ligament sendromunda ligamentin kesilmesi.

KAYNAKLAR

1. Julius D. Cheng, MD, and Matthew J. Eagleton, MD. Chronic Mesenteric Ischemia: A Diagnostic and Therapeutic Algorithm. *Seminars in Interventional Radiology*, Volume 34, Issue 4, Pages 335-341 (2017).
2. Robert A. Meguid, MD, and John L. Cameron, MD. Chronic Mesenteric Ischemia: Evaluation and Surgical Management. *Surgery*, Volume 153, Issue 6, Pages 702-709 (2013).
3. Ian S. Reynolds, MD, and Lloyd M. Nyhus, MD. Chronic Mesenteric Ischemia: Diagnosis and Management. *Surgical Clinics of North America*, Volume 74, Issue 4, Pages 911-932 (1994).