

ANGİNA ABDOMİNALİS (KRONİK İNTESTİNAL İSKEMİ)

Attila Törüner*

Altan Tüzüner**

Fikri Aslan***

Angina Abdominalis veya kronik intestinal iskemi büyük mezenterik arterlerde stenoza sebep olan, nadir fakat ciddi rahatsızlıklara ve ölüme yol açan bir hastalıktır.

Angina abdominalisli hastaların % 85'inde arterie mezenterika Sup. veya dallarından ikisinde ciddi bir stenoz vardır. Semptomların ortaya çıkışı tıkanan arter sayısından ziyade kollateral damarların durumu ile ilgili olarak değişiklik gösterir (11). Hastalığın meydana gelmesine sebep genellikle arterio sklerozdur, bunu ligamentum arkuata mediale basısı izler, Fibro müsküler dispilazi konjenital stenozy ve mezenter steal sendromu bu vakaların yaklaşık % 10 kadarında görülürler (5).

Bu çalışmanın amacı nadiren görüldüğü ve akla gelmediği için gözden kaçan kronik intestinal iskemi ile ilgili bilgileri irdelemek ve kliniğimizde cerrahi girişimle tedavi edilen bir vak'amızı sunmaktır.

MATERYAL ve METOD

Vak'a : A.G.S. 56 yaşında erkek. İki seneden beridir yemeklerden 15 dakika sonra başlayan 30-60 dakika süre ile devam eden epigastrium ve göbek çevresinde lokalize, sırta vuran ağrı şikayeti ile müracaat etti. Hastanın ağrı ile birlikte bulantı ve kusma şikayetleri oluyormuş son dört ayda 8 kg. kilo kaybı meydana gelmiş.

Öz Geçmişi : Diyabeti var.

Fizik Muayene : Fizik muayenede deri altı yağ dokusu azalmış ağırlığı 48 kg. Epigastriumda duyulan üfürüm dışında patolojik muayene bulgusu saptanmadı.

* A.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti

** A.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Profesörü

*** A.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Yardımcı Muayene Metodları :

Mide Duodenum Grafisi : Normal

İnce Barsak Grafisi : Normal

Karaciğer ve Dalak Sintigrafisi : Normal

Karın Ultrasonografisi : Normal

İncebarsak Biopsisi : Villuslarda ve örtücü epitelde yer yer atrofi ve regressif değişiklikler mevcuttur.

Selektif Anjiyografi : A. çölyaka ve A. mezenterika süperior dolmuyor. Riolan arkı çok genişlemiş olarak görüldü.

Ameliyat Bulguları : Yapılan laparotomide A. Çölyakanın ve A. Mezenterika süperiorun proksimal 10 cm. lik kısmının tamamen tıkalı olduğu, ayrıca mide küçük kurtavurunda 1 cm. çapında peptik ülser bulunduğu gözlenmiştir. Hastaya safen ven grefti hazırlanarak, sağ a. iliak eksterna ile a. ileokolika arasında retrograd by-pass yapıldı. Hasta 10. cu günde şifa ile taburcu edildi. Bir yıl sonra yapılan translomber kontrol anjiyografisinde, anastomozun açık olduğu ayrıca A. Mezenterika süperior ile A. Hepatika arasında Gastroduodenal arter aracılığı ile zengin kolleterallerin oluştuğu ve bu yolla A. Çölyakanın opaklaştığı, A. Mezenterika süperior distalinde zengin bir kolletaral akımın varlığı gözlenmiştir. Hasta ameliyattan sonra 10 k. kadar kilo aldığını ifade ediyor.

TARTIŞMA

Genellikle arteriyo sklerozis mezenter damarlarının başlangıç kısımlarında yerleşir. A. Çölyaka içerisindeki lezyon bu kısa boylu arterin proksimal kısmında sınırlı olarak bulunur. Arter tamamen tıkanca bile turunkus çölyakus kollateral akım aracılığı ile dolar ve distalde beslenmeyi sağlar (5).

Arteria Mezenterika süperiorun tıkayıcı lezyonlarında komşu viseral dallar ile normal anatomik yollardan bazı kollateraller gelişir (11).

Bu anatomik yollar şunlardır :

1— A. Torasika interna ile a. Çölyaka arasındaki damar köprüleri.

2— Pankreatiko-duodenal arkus

3— Riolan kavsi

4— A. Mezenterika inferiyor ile a. İliaka arasında, a. Rektalis Sup. üzerinden olan bağlantı.

Bir ana damarın tıkanması halinde, distalde bulunan arteriyel basıncın düşmesi sonucunda kollateraller açılırlar. Tıkanmanın distalindeki vasküler sahada bulunan basınç, sistemik basınçtan düşük olduğu sürece bu kollaterallerdeki akım artmış olarak devam eder. Eğer distal sahada vazokonstriksiyon oluşursa buradaki arteriyel basınç yükselir ve kollateral akımda azalmaya sebep olur. Buna benzer olarak şayet rekonstrüksiyonla normal kan akımı düzenlenirse, kollateral damarlar tamamen kapanarak kan akımı durur (6).

Anjina Abdominalisin üç evresi vardır (7). Kompanse evrede kollateraller barsak beslenmesini sağlayacak şekilde gelişmiştir ve bu hastalarda karın ağrısı şikayetleri yoktur.

Ara evrede semptomlar yalnızca Gastrointestinal sistemin yük altında bulunduğu postbrandial dönemde ortaya çıkar. Hastalarda yemek sonrasında karında şişkinlik, epikastrik bölgede ağrı ve ishal şikayetleri ortaya çıkabilir.

Dekompense evrede ise, arteriyel tıkanma ilerlemiş kollararalsirkülasyon yetersiz hale gelmiştir. Bu evrede anjinaabdomalisle ilgili karakteristik yemek sonrası karın ağrısı ve ani olarak başlayan kilo kayıpları ortaya çıkar. Fizik muayenelerinde genellikle (% 70) vak'ada epigastriumda üfürüm duyulur. Laboratuvar muayenelerinde barsak absorpsiyon testlerine ait değişiklikler oluşur (1,7,9,11).

Bu hastalarda intestinal kan dolaşımından, mide kan dolaşımına doğru çalma meydana geldiğinden intestinal damarlardaki perfüzyon basıncı düşer ve incebarsakta spazm oluşur. Spazmin meydana gelmesi barsaklardaki kan akımını dahada azaltarak incebarsaklarda kuvvetli kasılmalara ve şiddetli, yaygın karın ağrısına sebep olur (8).

Hastalığın tanısının konulmasında aortografi en önemli yardımcı muayene metodudur(1). Hasta da mevcut semptomların şiddetli, ağrının dindirilmesi barsak infarktüsü tehlikesinin ortadan kaldırılması amacıyla ameliyat endikasyonu koydurur.

Anjina abdominalis hastalığının belirti ve bulguları mevcut olan ve yapılan anjiografide damar truckuslarında tıkaçıcı hastalık bulunan şahıslarda kanser, serebral ve koroner yetmezlikte varsa risk ol-

dukça fazladır (1,2,5,7,11). Anjino abdominalisin cerrahi tedavisinde genellikle şu üç temel cerrahi yöntemden yararlanılarak cerrahi tedavi uygulanır.

Bunlar :

- 1— Reinplantasyon
- 2— Endarterektomi
- 3— By-Pass

Reinplantasyon yöntemi aort rekonstrüksiyonu sırasında, kolonlar ve pelviste yeterli kan dolaşımını temin etmek amacıyla arteria mezenterika inferiorun revaskülasyonunda kullanılır. Şayet aorta kapatıldığında kolonlarda istemik belirtiler görülürse yahutta retrograd kan akımı zayıf ise, anjiografide riolan kavsi genişlemişse bu rekonstrüksiyon işlemine ihtiyaç vardır. Rekonstrüksiyon arter tıkalı kısmın distalinden kesilerek direkt veya bir greft aracılığıyla yeniden aortaya implante edilerek yapılır (2,11,14).

Endarterektomi de günümüzde tercih edilen endarterektomi girişi Torako-abdominal Retroperitoneal Trans-aortik Endarterektomi tekniğidir (4). Bu yolla torosik aortanın distalinde, aort bifurkasyonuna kadar aortanın tamamı ve çıkan dalların üzerinde, rahatlıkla endarterektomi ve rekonstrüksiyon yapılabilmektedir (2,5).

Köprüleme işlemi ise otojen greftler veya sentetik greftlerle antegrad veya retrograd şekilde uygulanmakta ve sentetik greftlerin uygulama sonuçlarının daha iyi olduğu bildirilmektedir (2,4). Sentetik greftle antegrade olarak uygulanan köprüleme yönteminde arteriosklerozun az görüldüğü distal torasik aortanın kullanılmasının daha iyi sonuç verdiği ifade edilmektedir. A. çölyaka ve a. Mezentrika superior üzerine, aynı anda iki direkt cerrahi girişim yapılması isteniyorsa bifurkasyonlu greftler tercih edilirler. (2,3,4,10).

SONUÇ

Anjinal abdominalis hastalığının tedavisi amacıyla günümüzde muhtelif revaskülarizasyon yöntemleriyle başarılı cerrahi sonuçlar alınmaktadır. Cerrahi tedavide uzun süreli iyilik mümkün olduğunca çok sayıdaki damarın normal işlevine döndürülmesiyle sağlanabilir.

Revaskülarizasyon yöntemlerinden alınan en iyi sonuçlar antegrad köprüleme yöntemleri ve transaortik retroperitoneal endarterek-

tomi tekniği ile olmaktadır. Henüz otojen ven greftleri ile sentetik greftlerin kullanılmasının hangisine ait sonuçların anjioabdominalis cerrahi tedavisinde üstün olduğu kesinlik kazanmamıştır.

ÖZET

Anjina abdominalis veya kronik intestinal iskemide hastalarda ciddi rahatsızlıklara sebep olan, ani ölümlere yol açan ve incebarsaklara ait tıkaçıcı arter hastalığı sonucunda oluşan bir klinik patoloji olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddetli karın ağrısı ve yemek sonrası dispeptik şikayetleri bulunan şahıslarda bu hastalık hatırlanmalı ve bu yönde gerekli araştırmalar yapılmalıdır.

Bir anjina abdominalis olgusu dolayısıyla literatürü gözden geçirerek bilgilerimizi irdeledik ve vak'amız ile ilgili sonuçlarımızı sunduk.

SUMMARY

**Angina abdominalis
(Chronic intestinal ischemia)**

Angina abdominalis or chronic intestinal ischemia appears to be a clinical pathology which causes serious disturbances and sudden deaths as a result of obstructive arterial disease in small intestine.

In the patients suffering from severe abdominal pain and complaining of dyspepsia after meals, this disease must be recalled and the required investigations must be made.

In this study we searched the literature thoroughly and presented the results of the surgical therapy of our case.

KAYNAKLAR

1. Berk J.E. : Gastroenterology 4ed ed. Ch : 115-116-117 Ann Surg. 182, 480, 435-1975. W.B. Saunders Comp. 1985 Philadelphia
2. Cameron J.L. : Current Surgical Therapy. Philadelphia. Mosby Comp. 1984 pp : 74-80, 435-444
3. Connolly J.E. et al. : Prdphylactic Revascularization of the Gut. Ann Surg. 190 : 515-321, 1979.

4. Greenhalgh R.M. : Vascular Surgical Techniques. pp : 85-90 Butterworths 1984
5. Haimovici H. (Ed.) : Vascular Surgery 2ed. Ch : 48 1984.
6. Hardy J : Textbook of Surgery 1983 pp : 881-888
7. Pokrousky A.V. and Kasantchjan P.O. : Surgical Treatment of Chronic Occlusive Disease of the Enteric Visceral Branches of the Abdominal Aorta. Ann Surg. 191 : 51-56, 1980.
- 8 .Poole J.W. et al. : Hemodynamic Basis of the Pain of Chronic Mesenteric Ischemia. Am. J. Surg. 153 : 171-176, 1987.
- 9 Rogers D.M. et al. : Mesenteric Vascular Problems. Ann Surg. 195 : 554-563-1982.

Rutherford R.B. (Ed.) : Vascular Surgery 2nd ed. pp : 948-971 1984. Sack J. et al. : Primary Mesenteric Venous Thrombosis S.G.O. 154 : 205-208, 1982.
10. Shackelford R.T. and Zuidema G.D : Surgery of the Alimentary Tract. W.B. Saunders Comp. 1986 Philadelphia Ch : 1-2-3-4-5-6-7 Volum 5
11. Volmar V.J. : Rekonstruktive Chirurgie der Arterien G.T. Verlag. Stuttgart 1975 pp : 383-407.