

MIDDLE AORTİK SENDROM

MIDDLE AORTIC SYNDROME

Dr.Ergun SALMAN, Dr.Murat ÖZEREN, Dr.Mustafa ZENGİN,
Dr.Mete HIDIROĞLU, Dr.Ertan YÜCEL

SSK Ankara Hastanesi Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye
Gazi Tıp Dergisi 3 : 239-242, 1992

ÖZET : Middle aortik sendrom distal torasik veya abdominal aortanın diffüz darlığı ile karakterize bir patolojidir. Bilinmeyen bir etiyoloji ile genellikle hayatın ikinci on yılından sonra görülür. Sendromun klinik yansıması hipertansiyon ve alt ekstremitelerin kladiasyonu şeklindedir. Makalede cerrahi tedavi uygulanan bir middle aortik sendrom olgusu sunulmakta literatür gözden geçirilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Middle Aortik Sendrom, Torakal Aorto Bifemoral Bypass.

Middle aortik sendrom distal torasik veya abdominal aortanın diffüz darlığı ile karakterize bir patoloji olup genellikle visseral ve renal arterleri de içine alır. Hipertansiyon bu sendromun ana belirtilerinden biridir. Sendromun diğer sinonimleri subisthmik koarktasyon, atipik koarktasyon ve abdominal koarktasyon olarak bilinmektedir (Messina ve ark. 1986). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte otoimmün orijinli inflamatuvar bir vasküler hastalık olarak ele alınmaktadır (Pokrovsky, 1989).

Tıbbi tedaviye dirençli hipertansiyonu, kladiasyonu olan hastalarda cerrahi tedavi endikasyonu vardır. Operasyonun zamanı hipertansiyonun şiddetine ve hastanın yaşına göre değişmektedir (Scott ve ark. 1979). Makalede cerrahi tedavi uygulanan middle aortik sendromlu bir olgu takdim edilerek literatür gözden geçirilmektedir.

SUMMARY : Middle aortic syndrome is a pathology characterized by the diffuse narrowing of the distal thoracic or abdominal aorta. It occurs with unknown etiology in the second decade of life. The clinical presentation of the syndrome is hypertension and claudication of lower extremities. In this article, a case with middle aortic syndrome treated surgically is reported with the review of literature.

Key Words : Middle Aortic Syndrome, Thoracic Aortobifemoral Artery Bypass.

OLGU SUNUMU

Y.U. (14601198) 38 yaşında erkek hasta 3 ay önce başlayan, 100 metre yürümekle oluşan kladiasyon ve baş ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.

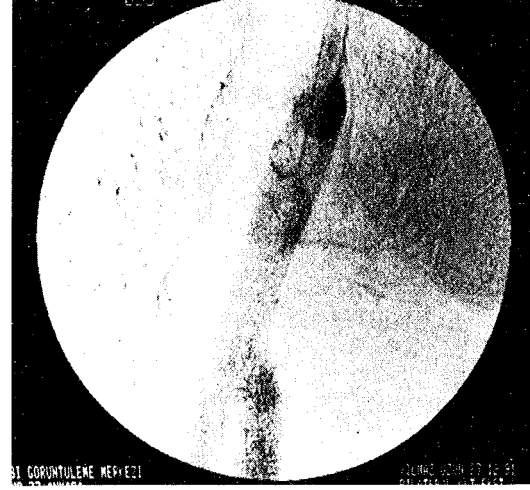
Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi, TA : 190/100 mm Hg, Nb : 72/dk ritmikdi. Vasküler muayenesinde bilateral femoral arter ve distali nabızlar alınmıyordu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Alışkanlıklarında 23 yıldır günde 1-1.5 paket sigara, 20 yıldır haftada 350 cc alkol alımı vardı.

Laboratuvar bulguları normal sınırlarda idi. Abdominal aorta, alt ekstremit ve bilateral selektif renal angiografisinde abdominal aorta sağ renal arterin hemen distalinden itibaren kalibrasyonu ince-

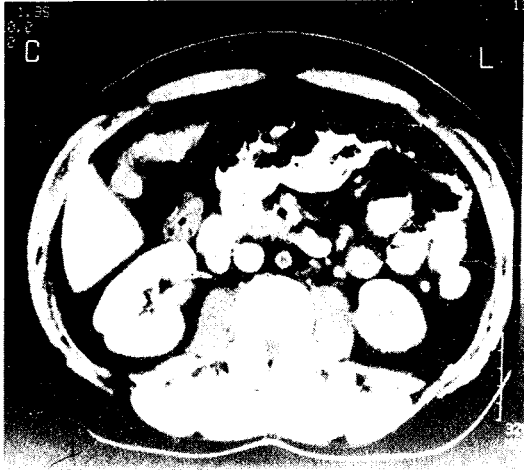
lerek doluyor ve daha distalde kayboluyordu, her iki femoral arter kollateral dolaşım ile tekrar vizualize oluyordu. Sağ renal arter düzenli bir şekilde dolarken sol renal arter vizualize olmuyordu (Resim 1). Kontrastlı abdominal kompute tomografide abdominal aorta infrarenal düzeyden itibaren distale doğru kalibrasyonu azalarak kayboluyor, her iki böbrek kontrast madde ile vizualize oluyordu (Resim 2).



Resim - 1 : Olgunun preoperatif angiografisi.

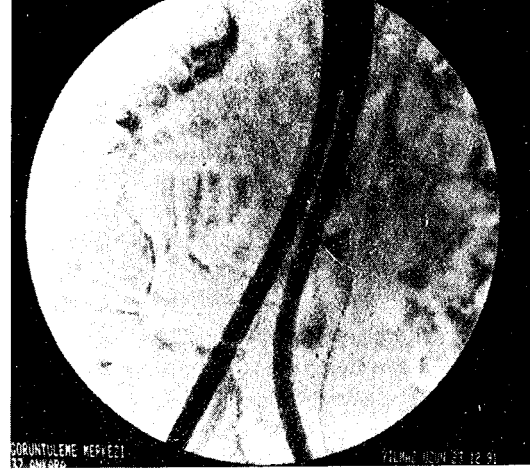


Resim - 3



Resim - 2 : Olgunun preoperatif kompute tomografisi.

Middle aortik sendrom tanısı konulan hasta 20.11.1991 tarihinde ameliyata alındı. Sağ semilateral dekübit pozisyonu verildikten sonra sol torakotomi ve midline laparotomi ile açıldı. Her iki kasık da açılarak femoral arterler hazırlandı. Abdominal aorta 0.5 cm. çapında, fibrotik bir kord şeklindeydi. Aortadan ayrılan bir sol renal arter yoktu. 0.5 cm çapındaki büyük bir kollateral hilusa yakın aç-



Resim - 4

Resim - 3, 4 : Olgunun postoperatif kontrol angiografisi. Greftin paten olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Middle aortik sendromun klinik belirtilerini hipertansiyonla birlikte femoral nabızların zayıflığı veya yokluğu teşkil eder. Bu olgulardaki renovasküler hipertansiyon insidansı % 55'dir (Pokrovsky, 1989).

Sendromun etiolojisi konusunda farklı görüşler vardır. Maycock middle aortik sendromun kongenital bir lezyon olduğunu, gestasyonun dördüncü haftasında çift dorsal aortanın füzyon yetmezliği sonucu oluştuğunu öne sürmektedir (Maycock, 1937). Sendromun nörofibromatozis, rubella, infantil hiperkalsemi ve tuberosklerozis ile olan ilişkileri de kongenital hipotezi destekliyen deliller olarak gösterilmektedir (Halpern ve Currarino, 1965). Hindistan ve Asyadan gelen yayınlarda ise middle aortik sendromun segmental stenoz ile sonuçlanan lokalize aortite sekonder olarak geliştiği ve sıklıkla aterosklerozun buna eklendiği öne sürülmektedir (Messina ve ark. 1986; Sen ve ark. 1963). Middle aortik sendromun Takayaşu aortitinin bir variantı olduğuna inanan Daimon ve Kitamura 26 hastanın 14'ünde nonspesifik aortit tesbit ettiklerini bildirmekteler (Messina ve ark. 1986). Son zamanlardaki yayınlarda middle aortik sendrom otoimmün orijinli sistemik, inflamatuvar bir vasküler hastalık olarak tanımlanmaktadır (Messina ve ark. 1986; Pokrovsky, 1989). Sendromun akut inflamasyon, subakut rekürrent inflamasyon, kronik inflamasyon olmak üzere üç dönemi mevcuttur.

Teşhiste hipertansiyon, femoral nabızların zayıflığı veya yokluğu, abdominal üfürüm duyulması önemli noktalar. Hastalık torakal aortayı tuttuğunda P.A. akciğer grafisinde kosta altı çentiklenmeler görülebilir (Pokrovsky, 1989). Kesin teşhis angiografi ile konur. Renal arterlerin multipl oblik görüntüleri ile lateral aortogram renal ve visseral arterlerin durumunu tayin etmede çok yardımcıdır. Messina kendi serisinde, diğer serilerden daha yüksek oranda renal arter stenozu tesbit ettiğini bunun hasta seçiminden çok lateral aortografinin rutin kullanımına bağlı olduğunu belirtmektedir (Messina ve ark. 1986). Middle aortik sendromun teşhisinde komputere tomografi ve magnetik rezonans da oldukça yol göstericidir (Pokrovsky, 1989; Messina ve ark. 1986).

Middle aortik sendromun cerrahi tedavisinde farklı operatif teknikler kullanılmaktadır. Aortik rekonstrüksiyon ya patch aortoplasti ya da bypass prosedürleri ile yapılır. Patch aortoplasti şiddetli hipertansiyonu olan çok genç hastalarda tercih edilmeli daha ileri yaşlarda ise bypass prosedürleri uygulanmalıdır (Messina ve ark. 1986). İnfrarenal aortanın greft anastomozu için bizim olgumuzda olduğu gibi elverişsiz olduğu durumlarda hastanın genel durumu iyi değilse aksillofemoral bypass önerilmektedir (Haas ve ark. 1985). Aksillofemo-

ral bypass'ta greftin cilt altında seyretmesi enfeksiyon ve travma riskini artırır, burada diğer bir istenmeyen husus da düşük greft kalibrasyonunun sebep olduğu flow azlığıdır. Aksillofemoral bypass'ta 5 yıllık patensi % 50-60 olarak bildirilmektedir (Haas ve ark. 1985). Genel durumu iyi olan middle aortik sendromlu hastalarda descending torakal aortadan her iki common femoral artere dakron bifurkasyon grefti ile torakal aorto bifemoral bypass uygulanmalıdır (Haas ve ark. 1985; Lakner ve ark. 1983). Torakal aorto bifemoral bypass ilk olarak 1961 de Blaisdell ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Blaisdell ve ark. 1961). 1972'de Nunn ve Kamal descending torakal aortodan femoral arterlere bypass yaptıkları bir seri yüksek aortoiliak oklüzyonlu hasta yayınlamışlardır (Haas ve ark. 1985). Middle aortik sendrom, juxtarenal aortik oklüzyon, daha önce geçirilmiş multipl abdominal aorta cerrahisi gibi nedenlerle uygulanan torakal aortobifemoral bypass'ın uzun süreli takip sonuçlarının oldukça yüz güldürücü olduğu bildirilmektedir (Cevese ve Gallucci, 1975; Nunn ve Kamal, 1972). Bu bilgiler ışığında bizim olgumuza da yaşı ve patolojisinin natürü dolayısıyla torakal aortobifemoral bypass uygulanmıştır.

Yazışma Adresi :

Dr.Ergun SALMAN
SSK Ankara Hastanesi
Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi
Kliniği
06100 ANKARA - TÜRKİYE
Tel : 4 - 133 03 30

KAYNAKLAR

1. Blaisdell FW, De Mattei GA, Gauder PJ : Extraperitoneal thoracic aorta to femoral bypass graft as a replacement for an infected aortic bifurcation prosthesis. Am J Surg 102 : 583-585, 1961
2. Cevese PG, Gallucci V : Thoracic aorta-to -femoral artery bypass. J Cardiovas Surg 16 : 432-438, 1975
3. Hass KL, Moulder PV, Kerstein MD : Use of thoracic Aorto-bifemoral artery bypass grafting as an alternative procedure for occlusive aortoiliac disease. American Surg 51 : 573-576, 1985

4. Halpern M, Currarino G : Vascular lesions causing hypertension in neurofibromatosis. *N Engl J Med* 273 : 248-252, 1965
5. Lakner G, Lukacs L : High aortoiliac occlusion; treatment with thoracic aorta to femoral arterial bypass. *J Cardiovas Surg* 24 : 532-534, 1983
6. Maycock Wd'A : Congenital stenosis of the abdominal aorta. *Am Heart J* 13 : 633-646, 1937
7. Messina LM, Goldstone J, Ferrell LD, Reilly LM, Ehrenfeld WK, Stoney RJ : Middle aortic syndrome. *Ann Surg* 204 : 331-339, 1986
8. Nunn DB, Kamal MA : Bypass grafting from the thoracic aorta to femoral arteries for high aortoiliac occlusive disease. *J Surg* 72 : 749-755, 1972
9. Pokrovsky AV : Nonspecific aortoarteritis. In : *Vascular Surgery*. Third Ed : Rutherford RB (WB Saunders, Philadelphia). 1989, pp. 217-237
10. Sen PK, Kinare SG, Engineer SD, Parulkas GB : The middle aortic syndrome. *Br Heart J* 25 : 633-646, 1963
11. Scot WH, Dean RH, Boerth R : Coarctation of the abdominal aorta; Pathophysiologic and therapeutic considerations. *Ann Surg* 189 : 746-757, 1979