Tam Tıkalı İliyak Artere Başarılı Antegrad ve Brakiyal Retrograd Anjiyoplasti

Combined antegrade and retrograde endovascular intervention for Chronic Total Occlusion in Iliac Artery

Uğur ARSLANTAŞ, Ekrem YETER, Mehmet DOĞAN, Sadık AÇIKEL, Harun KILIÇ, Ramazan AKDEMİR
Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A .H. Kardiyoloji Kliniği, Ankara-TÜRKİYE
Geliş Tarihi:17.08.2011 Kabul Tarihi:26.09.2012

Özet

Altmış dokuz yaşında erkek hasta sağ kalça ve baldır kladikasyosu yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Periferik anjiyografisinde sağ ana iliyak arter ostiyumunda tam tıkanma izlendi. Sıklıkla, kısa tıkanıklıkların tedavisi perkütan girişimle tedavi yapılabilirken, uzun ve ostiyal lezyonların tedavisi cerrahidir. Vakamızda bu zor vakaların tedavisinde antegrad ve brakiyel retrograd yaklaşımı beraber kullanarak başarılı tedavisini gösteriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Brakiyal girişim , İliyak arter darlığı, stent

Abstract

A 69 year-old man presented with right sided claudication. Peripheral angiography revealed chronic total occlusion (CTO) of right common iliac artery at the level of the ostium. Often, shorter occlusion treatment can be done with endovascular treatment whereas more chronic and longer occlusions require surgery. We showed that an example of combined antegrade and brachial retrograde fashion to facilitate revascularization of such difficult cases.

Keywords: Brakial intervention, İliac artery stenosis, Stent

Giriş

Aterosikleroz sonucu gelişen aorta-iliyak arter hastalıkları alt ekstremite iskemik sendromunun en sık sebebidir1. İliyak arterin kronik tam tıkanmalarının tedavisinde perkütan anjiyoplasti veya cerrahi ile yapılabilir. Son yenilenen tedavi kılavuzuna göre tedavi yöntemi seçimi darlığın morfolojik ve lokalizasyon gibi özelliklerine göre yapılması önerilmektedir2. İliyak arterin kısa olan daralmalar sıklıkla stentle tedavi edilebilirken, uzun, ve ostiyal daralmaların tedavisi cerrahi gerektirmektedir. Genel anestezi alması riskli olan hastalarda zorlu lezyonların tedavisinde perkütan anjiyoplasti cerrahiye alternatif olabilir. Vakamızda uzun ve ostial lezyon özellikleri nedeniyle perkütan girişimin zor olduğu ana iliyak arter tam tıkanmasının antegrad ve brakiyal arter yoluyla retrograd yöntemlerin beraber kullanımı ile başarılı tedavisini sunuyoruz.

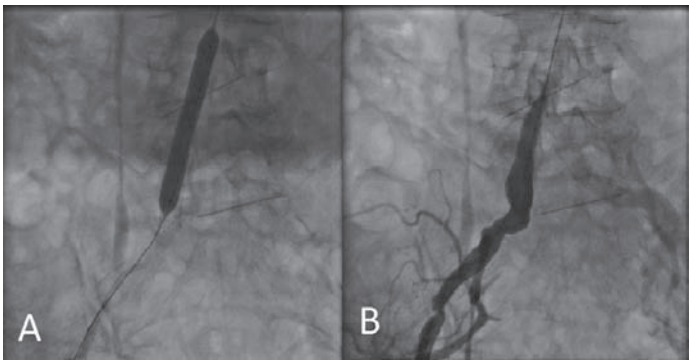
Vaka

Altmış dokuz yaşında erkek hasta, aktivite yapmasını engelleyen, istirahatte de olan sağ kalça ve baldır kladikasyosu yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın sigara kullanım öyküsü ve ileri kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı vardı. Fizik muayenesinde, solunum sesleri azalmış, ekspiryumu belirgin uzamış ve sağ alt ekstremite arteriyel nabızları yokluğu saptandı. Yapılan anjiyografisinde normal koroner arterler ve sağ ana iliyak arterin ostiyumunda tam tıkanıklık izlendi (Şekil 1A). Kronik akciğer hastalığı nedeniyle genel anestezi alması riski olan hastaya, iliyak arterin perkütan anjiyoplasti ile tedavisine karar verildi.

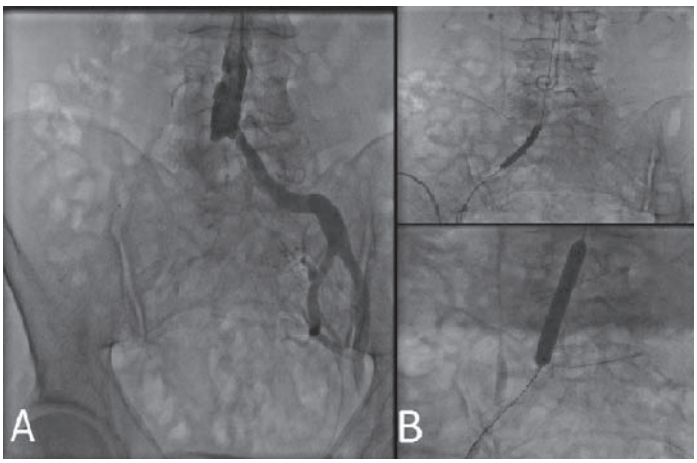
Perkütan retrograde giriş sağ femoral arterden 6-F sheath ile yapıldı ve intavenöz heparin ile antikoagülasyon sağlandı (70U/kg). Sağ ana iliyak arter kronik total tıkanıklığı 8-F JR4 (Launcher, Medtronic) kılavuz kateter deste-

ği ile 0,014'' hidrofilik kılavuz tel ile geçilebildi. 2*20 mm (Turquoise, Alvimedica) boyutunda koroner balon ile 14 atm. basınç altında anjiyoplasti ile arter akımı sağlandı sonrasında 0,035'' amplatz kılavuz tel ile lezyon geçilerek 6*40 mm balon ile lezyon predilate edildi (Şekil 1b). 8*40 mm boyutunda self-expandable nitinol stent (SMART) yerleştirilmesi planlandı fakat stentin lezyonu geçmemesi üzerine lezyonun ostial olması ve sol kasık mantar enfeksiyonu nedeniyle sağ brakiyal arter yoluyla JR4 kılavuz kateter desteğiyle darlık antegrad olarak 0,035'' amplatz kılavuz tel ile geçildi. Self-expandable nitinol stent 2-3 mm iliyak ostiyumu da kapsayacak şekilde yerleştirildi ve 6*40 mm boyutunda balon (Cordis,Jonhson&Jonhson) ile postdilatasyon yapıldı, tam açılma sağlandı (Şekil 2). Hastanın sağ alt ekstremite nabızları normale döndüğü görüldü. Hasta 3 aylık kontrollerinde yürüme mesafesinin düzeldiği izlendi.

Şekil 1.A- Sağ ana iliyak arter ostiyum seviyesinde başlayan total oklüzyon **B –** Sol femoral arter yoluyla yapılan 2*20 mm ve 6*40 boyutlarında balonlarla predilatasyonu görülüyor.



Şekil 2.A- Ana iliyak artere stent yerleştirilmesi sonrası 6*40 mm boyutlu balon ile postdilatasyon **B-** Perkütan anjioyoplasti ve stentleme sonrasında çekilen kontrol anjiyografisi



Tartışma

İliyak arterin tam tıkanmalarının perkütan anjiyoplasti ile revaskülarizasyonu yüksek derecede başarılı3 ve kabul edilebilir uzun dönem sonuçları vardır. Perkütan anjiyoplasti bu başarı nedeniyle bu hastaların çoğunun tedavisinde lezyon özelliği de uygunsa ilk seçenektir2. Anjiyoplasti işlemi retrograd veya antegrad yöntemle yapılabilmektedir. En fazla tercih edilen yöntem ise ipsilateral ana femoral arter yoluyla yapılan retrograd girişim yöntemidir4-5. Retrograd yolun avantajı lezyona ulaşımın kısa olması ve düz bir yol izlemesidir. Bu sayede kateter desteği ile tam tıkanma daha kolay geçilebilmektedir. İpsilateral femoral arterinde aterosklerotik tutulumu veya işlemin başarısız olması durumunda ise en sık tercih edilen yöntem kontralateral femoral arter yoluyla antegrad girişimdir. Hastamızda sol kasık bölgesinde mantar enfeksiyonu olması ve tıkanmanın ostiyumu da içermesi nedenleriyle bu yöntem tercih edilmemiştir. Hastanın ciddi akciğer hastalığı nedeniyle genel anestezi almasının yüksek risk taşıması nedeniyle brakiyal arter kullanılarak işleme antegrad yolla devam edilmiştir. Yakın zamanda radiyal arter yoluyla iliyak arter stentleme yöntemiyle 2 vakanın başarılı tedavisi bildirilmiştir6-7. Bununla beraber brakiyal arter daha büyük sheath kullanımının mümkün oluşu ve aorta-iliyak segmentte çoğu hastada ulaşabilme ihtimali nedeniyle daha avantajlıdır. Genellikle primer stentleme tercih edilen yöntem olsa da, tam tıkanmaların tedavisinde normal periferik 0.035'' balon 4-6 mm*20 veya 40 mm boyutlu balonlarla predilatasyona ihtiyaç duyulur. Vakamızda tam tıkanma 0,014'' hidrofilik koroner kılavuz tel ile geçilebilmiş ve koroner balon ile predilatasyon yapılmıştır. Modern iliak arter müdahalesinde stentleme esastır ve stent tipi darlığın morfolojisine ve lokalizasyonuna göre seçilir. Bu vakada olduğu gibi lezyon stabil uzun, az kalsifiye ise tedavisinde self-expanding nitinol stentler tercih edilmelidir 8.

Bu vakada olduğu gibi anestezi alması yüksek risk taşıyan hastaların kompleks lezyonların tedavisinde cerrahiye alternatif olarak femoral yaklaşımın başarısız olduğu durumlarda brakiyal yol ile müdahale iyi bir alternatif olabilir. Radiyal yaklaşımla benzer 2 olgu bildirilse de bu vakanın brakiyal arter kullanımı ile literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Criqui MH, Denenberg JO, Langer RD, Fronek A. The epidemiology of peripheral arterial disease: Importance of identifying the population at risk. Vasc Med 1997;2(3):221-6.
2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG. Inter-Society Consensus for the Management of Pe-

ripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg. 2007 Jan;45 Suppl S:S5-67.

3. Uher P, Nyman U, Lindh M, Lindblad B, Ivancev K. Long-term results of stenting for chronic iliac artery occlusion. J Endovasc Ther. 2002 Feb;9 (1):67–75.
4. Navarro F, Sullivan TM, Bacharach JM. Intravascular ultrasound assessment of iliac stent procedures. J Endovasc Ther. 2000 Aug;7(4):315-9.
5. Krajcer Z, Howell MH. Update on endovascular treatment of peripheral vascular disease: new tools, techniques, and indications. Tex Heart Inst J. 2000; 27 (4):369-85.
6. Rigatelli G, Magro B, Maronati L, Tranquillo M, Oliva L, Panin S, Bedendo E.An improved technique for gaining radial access in endovascular interventions. Cardiovasc Revasc Med. 2006Jan-Mar;7 (1):46-7.
7. Flachskampf FA, Wolf T, Daniel WG, Ludwig J. Transradial stenting of the iliac artery: a case report. Catheter Cardiovasc Interv. 2005 Jun;65 (2):193-5.
8. Leung DA, Spinosa DJ, Hagspiel KD, Angle JF, Matsumoto AH. Selection of stents for treating iliac arterial occlusive disease. J Vasc Interv Radiol. 2003 Feb;14 (2 Pt 1):137–52.

Sorumlu Yazar: Uz.Dr. Uğur ARSLANTAŞ
Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A .H. Kardiyoloji Kliniği,
Ankara-TÜRKİYE
Tel : +90 312 596 20 00
E-mail: druars@yahoo.com