Doc! Where are My Legs? Leriche Syndrome Case Report

Doktor! Bacaklarım Nerede? Leriche Sendromu Olgusu

Leriche Sendromu / Leriche Syndrome

Birdal Güllüpınar
Mersin Toros State Hospital, Emergency Department, Mersin, Turkey

Özet

Leriche sendromu, infrarenal aorta veya bilateral iliak arter bifurkasyonun tıkanmasıdır. Periferik vasküler hastalık olup her iki alt ekstremiteyi tutar. Nadir görülen ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Karakteristik semptomları bacakta kladikasyo, femoral nabızlarda azalma veya kaybolma ve erkeklerde erektil bozukluktur. Leriche sendromu tedavisi cerrahidir.

Anahtar Kelimeler

Leriche Sendromu; Parapleji; 3D Bilgisayarlı Tomografi

Abstract

Leriche syndrome is the obstruction of the infrarenal aorta or bilateral iliac artery bifurcation. It is a peripheral vascular disease and can affect both lower extremities. It is a rare disease with high mortality rates. The characteristic symptoms are claudication in the leg, decreased or absent femoral pulses and male erectile disorder. Leriche syndrome's treatment is surgery.

Keywords

Leriche Syndrome; Paraplegia; 3D Computed Tomography

DOI: 10.4328/JCAM.2162 Received: 14.11.2013 Accepted: 25.11.2013 Printed: 01.10.2013 J Clin Anal Med 2013;4(suppl 2): 202-4
Corresponding Author: Birdal Güllüpınar, Mersin Toros Devlet Hastanesi Acil Servis, 33200, Akdeniz, Mersin, Turkey.
GSM: +905419400369 E-Mail: birdalg@yahoo.com

Giriş

Leriche sendromu (LS) bir periferik vasküler hastalık tipi olup nadir rastlanır. LS, infrarenal aorta veya bilateral iliak arter bifurkasyonunda tıkanması sonucu ortaya çıkan mortalitesi yüksek bir klinik tablodur. Bu sendromun temel nedeni "atheroskleroz"dur. Sıklıkla 50 yaşın üstündeki erkekleri tutar. Karakteristik semptomları ise bir veya iki bacakta kladikasyo yani yol yürümekle bacaklara gelip dinlenmekle geçen ağrı, femoral nabızlarda azalma veya kaybolma ve erkeklerde erektil bozukluktur [1]. Bu yazıda, acil servislerde nadir görülen yürüyememe ve nefes darlığı ile acil servise başvuran infrarenal aorta düzeyinde oklüzyon tespit ettiğimiz, LS tanısı koyduğumuz olguyu sunduk.

Olgu Sunumu

Öncesinde herhangi bir yakınması olmayan 71 yaşında erkek hasta 2-3 saat önce başlayan her iki bacakta uyuşma, daha sonra olan yürüyememe ve nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı, 18 yıl önce geçirilmiş koroner arter by-passgrefti (CABG) ve Alzheimer hastalığı vardı. Sigara kullanım öyküsü yoktu. Düzenli olarak donepezil 10 mg/gün ve asetilsalisilik asit 100 mg/gün kullanıyordu. Vital bulgularında sistolik/diastolik kan basıncı:147/101mmHg, nabız:116/dk, solunum sayısı:40/dk, ateş:36.1oC, oda havasında oksijen satürasyonu: %87 idi. Sağ-sol kan basıncı farkı yoktu. (147/101 mmHg-138/97 mmHg) Genel durum orta, bilinç açık, koopere, oryente olan hastanın fizik muayenesinde bilateral orta zonlara kadar raller vardı. Ayrıca bilateral alt ekstremiteperiferik nabızları alınamıyordu. Her iki alt ekstremite kas gücü 1/5, soğuk ve soluktu.

Tüm diğer sistem muayeneleri olağandı. Elektrokardiografisinde sağ dal bloğu, ve sinüs taşikardi mevcuttu. Labaratuvar tetkiklerinde glukoz:283 mg/dl (80-115 mg/dl), BUN: 15 mg/dl (9.8-20.1 mg/dl), kreatinin: 1.4 mg/dl (0.6-1.3 mg/dl), sodyum: 146 mmol/L (136-145 mmol/L), potasyum: 5,5mmol/L (3,5-5,1 mmol/L); Tam kan sayımında beyaz kan hücresi: 16.8 U/L (4-10.3 U/L), Hb: 18.2 g/dl (13.5-17.5 g/dl), Htc: 54.1 (% 41-53), trombosit: 184 103/µL (156-373 µL) idi.Direk akciğer grafisinde bronkovasküler belirginleşme mevcuttu. Hastaya çekilen Bilgisayarlı tomografianjiografide infrarenal düzeyden başlayan bilateral iliak ve femoral arterleride içine alan total trombüs saptandı (Şekil-1).Hastaya başvurusunun birinci saatinde LS tanısı konuldu. Bunun üzerine kalp damar cerrahi konsültasyonu istenip acil başvurusunun ikinci saatinde operasyona gönderildi. Kalp damar cerrahi yoğun bakımına alınan hasta ikinci günü eksitus oldu.

Tartışma

Atheroskleroz, ilerleyen teknolojiye rağmen çağımızın en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. İnfrarenal aortanın en çok görülen hastalığı atheroskleroz olup, LS'nun etiyolojisinde önemlidir. LS, infrarenal aort ve iliak arterlerin aterosklerotik tıkayıcı hastalığıdır. Bizim hastamızda atheroskleroza bağlı koroner arter hastalığı ve ardından CABG öyküsü mevcuttu.

LS'nun üç tipi vardır. LSTip I %5-10'unu oluşturur. Tıkayıcı lezyonlar, distal abdominal aort ve comman iliak arterlerin proksimal bölümünde lokalizedir ve kadınlarda sık görülür. Tip II %35'ini oluşturur. Lezyonların hem abdominal aortada hemde



Şekil 1. Abdominal aortun total oklüzyonunun 3 boyutlu görünümü



Şekil 2. Abdominal aortun total oklüzyonunun 3 boyutlu görünümü



Şekil 3. Abdominal aortun infrarenal düzeyden total oklüzyonunun görünümü



Şekil 4. Abdominal aortun infrarenal düzeyden total oklüzyonunun görünümü

iliak arterlerde yaygın olarak bulunduğu durumdur, yani hastalık abdominal damarlarla sınırlıdır. Tip III ise %60'ını oluşturur. Hem abdominal aortada ve iliak arterlerde hemde femoral arterlerde bilateral yaygın lezyonlar vardır. Genellikle bu gruptaki hastalar yaşlıdır ve erkeklerde sık görülür. Koroner ve serebral arter hastalıkları gibi yandaş hastalıklar sıkça görülür. Tip III hastalarda mortalite ve morbidite riski diğerlerine göre daha yüksek olup yaşam beklentisi azdır. Bizim hastamız yaygın lezyonları olması, yaşlı-erkek olması ve koroner arter hastalığı olması nedeniyle mortalite ve morbiditesi diğerlerine göre yüksek olan Tip III olarak düşünüldü.

LS'nun klasik triadı; intermittant kladikasyo, seksüel güçte azalma ve femoral arter pulsasyonlarının azalması ya da alınamamasıdır[1]. Egzersiz ile ortaya çıkan klodikasyon, hemen her zaman en erken bulgudur. Kollateral dolaşım istirahat esnasında bacağın beslenmesi için yeterlidir ancak kan akımında 5-10 kat artışa neden olan ağır egzersiz sırasında yetersiz kalır. Ayaklarda ve bacakta solukluk, palpasyonda her iki femoral arter pulsasyonu çok hafif alınabilmesi yada alınamaması, popliteal ve tibial arter pulsasyonlarının alınamaması, deride atrofik değişiklikler, ülserasyonlar, iskemik nekroz yada gangren görülebilir.

Bu sendromda kalça ve bacak ağrısı görüldüğünden vertebral dejeneratif değişiklikler, disk hernisi sonucu sinir kökü irritasyonu, diyabetik nöropati gibi nedenlerle oluşan ağrılardan ayırt etmek gerekmektedir.

Abdominal aortanın akut tıkanıklığı erken dönemde yüksek ölüm oranı ile ilişkilidir [2]. İnfrarenal aortik tıkanıklığın nonoperatif yönetimi, yüksek ölüm oranı ve ekstremite kaybı ile ilişkilidir [3]. Bu hastalarda anamnez ve fizik muayane ile tanı kolaylıkla konabilir. LS tanısında ultrasonografi ve Bilgisayarlı Tomografi anjiografi kullanılır .

LS tedavisi cerrahidir. Aorta-bifemoral bypass greft uygulaması (%90-95) ve Aorta-iliak endarterektomi (%5-10) yöntemleri kullanılır [1]. Bizim hastamızda cerrahiye alındı. Ancak geç başvuru nedeniyle eksitus oldu.

Sonuç olarak, acil servislere paraplejik gelen ve şiddetli ağrı tarif eden hastalarda, öncelikle ayırıcı tanıda infrarenal aortik oklüzyon akla gelmeli ve femoral nabızlar mutlaka kontrol edilmelidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Brewster DC. Direct reconstruction for aortoiliac occlusive disease. In: Rutherford RB, Cronenwett JL, Gloviczki P, Johnston KW, Kempczinski RF, Kpurski WC, eds. Rutherford VascularSurgery. 5th ed. Philadelphia: WBSaunders 2000;p: 943-67.
2. Babu SC, Shah PM, Nitahara J. Acute aortic occlusion-factors that influence outcome. J Vasc Surg 1995; 21:567-72.
3. Ligush J Jr, Criado E, Burnham SJ, Johnson G Jr, Keagy BA. Management and outcome of chronic atherosclerotic infrarenal aortic occlusion. J Vasc Surg 1996; 24:394-404; discussion 404-5.

How to cite this article:
Güllüpınar B. Doc! Where are My Legs? Leriche Syndrome Case Report. J Clin Anal Med 2013;4(suppl 2): 202-4.