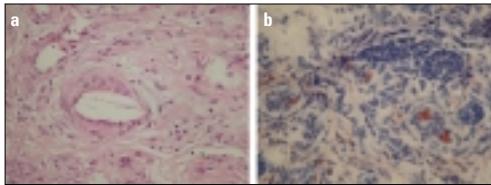


Periferik arter hastalığı ile karıştırılan spontan kolesterol embolisi

Spontaneous cholesterol embolism confused with peripheral arterial disease

Altı ay önce ayak parmaklarında morarma yakınması olan 67 yaşındaki kadın hastaya 2 ay önce başvurduğu hastanede kronik böbrek yetersizliği nedeniyle hemodiyaliz yapılmaya başlanmış. Daha sonra ayak parmaklarında ağrı başlamış ve periferik arter hastalığı düşünülerek pentoksifilin verilmiş. Ağrılarının şiddetlenmesi üzerine 2 hafta önce yapılan renkli Doppler ultrasonografi normal sınırlarda, aortografi ve alt ekstremité anjiyografi ise abdominal aorta ile iliak arterler hafif dilate ve plaklı bulunmuş ancak obstrüksiyon saptanmamış. Polikliniğimize sevk edilen hastanın fizik muayenesinde anormal bulgu olarak ayak parmaklarında siyanoz saptandı. Tüm nabızlar normal olarak palpe edildi. Kliniğe yatırılan hastada anormal laboratuvar bulguları olarak BUN 50 mg/dl, kreatinin 4.9 mg/dl, sedimentasyon hızı 48 mm/saat, hemoglobin 6.9 gr/dl, eozinofili (%4.2) ve minimal mitral yetersizliği bulundu. Gün aşırı diyaliz yapılmakta olan hastanın iki taraflı ayak başparmakları ve 2. ile 3. parmak uçlarında ülser ve nekroz belirmeye başladı. Tüm nabızları açık olan hastada kolesterol embolisi düşünülerek ayak parmağından biyopsi alındı. Onay verilmemesi nedeniyle böbrek biyopsisi alınamadı. Yatışının 10. gününde hasta kendi isteğiyle taburcu oldu. Önceden kullandığı amlodipin, atorvastatin, aspirin ile trimetazidin reçete edildi ve ayak bakımı önerildi. Üç gün sonra histopatolojik incelemenin kolesterol embolisine ikincil iskemik nekroz ve ülserasyonla uyumlu olduğu saptandı (Resim-1). Kontrollerde ayak başparmağında nekroz ve siyanozun gerilediği ayrıca 2. ve 3. parmaklardaki ülserasyonların kaybolduğu saptandı (Resim 2). Hastanın izlemi halen devam etmektedir.

**Abdi Bozkurt, Mustafa Demirtaş, Filiz Çevlik*,
Mevlüt Koç, İlhan Tuncer***
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji ve Patoloji*
Anabilim Dalları, Adana, Türkiye



Resim 1. a) Damar lümeninde bazofilik mekik tarzında fokal bir alanda yüzeyinde basık endotelial hücre izlenen aterom plakı ve kolesterol kristalleri ile uyumlu yapı b) Yağ boyasında (oil red) damar lümeninde pozitif boyama gösteren yağlı madde



Resim 2. a-b) Ayak parmaklarında siyanoz ve başparmaklarda ülser nekrotik lezyonlar

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Abdi Bozkurt
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
Tel./Faks: 0322 338 71 35 E-posta: abozkurt@cu.edu.tr

Not: Olgumuz 20-24 Eylül 2006 tarihinde Bodrum, Türkiye'de düzenlenen "II.Kardiyoloji&Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler" kongresinde poster olarak sunulmuştur

Derin ven trombozunda nadir bir komplikasyon olarak Phlegmasia cerulea dolens vakası

Case of Phlegmasia cerulea dolens as a rare complication in deep venous thrombosis

Bu yazıda uygun profilaksi ve tedavi yaklaşımlarına rağmen Phlegmasia cerulea dolens (PCD) ve venöz gangren gelişmiş bir vaka sunulacaktır. Ayrıca yeni profilaktik antikoagülan ilaçlar ve tedavi seçenekleri literatür ışığında tartışılacaktır.

Olgumuz, 78 yaşında bayan, uygun dozda ve sürede düşük molekül ağırlıklı heparin LMWH ile profilaksiye rağmen sağ total kalça protezi operasyonundan 10 gün sonra sol bacakta iliofemoral derin ven trombozu (DVT) tanısı konuldu. Uygun medikal tedaviye rağmen (80Ü/kg bolus ve takiben 18Ü/kg/sa heparin infüzyonu), bir hafta sonra sol bacakta ağrısının artması, morarma başlaması üzerine (Resim 1) hastaya PCD tanısı konuldu. Medikal tedaviye klinik yanıt alınamayınca venöz trombektomi yapıldı. Heparin infüzyonuna devam edilen hastanın bacağındaki iskemisinin artması ve metabolik asidozunun olması üzerine 26 saat sonra diz üstü amputasyon yapıldı. Amputasyon sonrası kliniği oldukça düzelen hasta postoperatif 18. günde iyi olarak taburcu edildi.

Phlegmasia cerulea dolens derin ven trombozunun ciddi ve nadir görülen bir formudur. İskemik venöz tromboz (IVT)'da denilen bu tablo uygun profilaksi ve tedavi yaklaşımlarına rağmen, trombotik sürecin ilerlemesi ekstremitede gangren, amputasyon ve ölüm ile sonuçlanabilir (1).

Bu hastalığın tedavisinde günümüzde çok farklı tedavi yöntemlerinin genellikle birkaç kombinasyonu kullanılmaktadır. Bu tedaviler, antikoagülanlar, trombolitikler ile perkütan girişimler, venöz trombektomi, ekstremité elevasyonu, sıvı replasmanı ve venöz gangren gelişirse amputasyondur (1, 2). Günümüzde standart medikal ve cerrahi tedaviler venöz oklüzyon hastalığında çoğunlukla yeterli sonuç vermediği için alternatif tedaviler geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Özellikle kullanım kolaylığı sağlayan LMWH'ler profilaksiste kullanımı artırmıştır. Günümüzde yeni ve etkili bazı antitrombotik ilaçların geliştirilmiş olması belki de tromboz profilaksisi ve tedavisindeki başarı oranlarını daha da arttırabilir. Bizim hastamızda da majör ortopedik cerrahi öncesi ve sonrası LMWH ile uygun dozda ve uygun sürede profilaksi yapılmış olmasına rağmen DVT ve PCD gelişmişti. Bu gözlem belki de profilaksi için kullandığımız ilaçların yetersizliği ile ilişkili olabilir. Yakın gelecekte kardiyovasküler sistemde de tüm dünya piyasasında kullanıma gireceği düşünülen oral direkt trombin inhibitörü (Ximelagatran) ve sentetik bir polisakkarit olan, selektif anti faktör Xa aktivitesine sahip fondaparinux ve idraparinux gibi ilaçların daha başarılı profilaksi sağlayabileceği söylenmektedir. Kardiyovasküler sistemdeki bu ilaçlar ile ilgili insan çalışmaları halen devam etmektedir. Ortopedik cerrahi grubu hastalarında bu ilaçlar ile yapılmış profilaksi çalışmaları bu ilaçların LMWH'lere göre daha başarılı profilaksi sağladığını göstermiştir (3, 4).



Resim 1. Phlegmasia cerulea dolens gelişen bir vakada diz altı bölgede ciddi iskemik görülmekte

Sonuç olarak Phlegmasia cerulea dolens tedavisinde birinci basamak non-operatif tedavidir. Non-operatif tedavi elevasyon, hidrasyon ve antikoagülasyonu içerir. Derin ven trombozu ve onun ileri formlarının tedavisindeki gelişmeler kadar, risk grubunda olan hastalarda uygun şekilde yapılacak profilaksi yaklaşımlarının da gelecekte DVT ve onun komplikasyonlarını daha da azaltacağını düşünmekteyiz. Akut venöz tıkanıklık tespit edilen hastalarda yetersiz ve uygunsuz tedavi ile ilgili ekstremitenin ve hasta sağlığının ciddi risk altına gireceğini hiçbir zaman unutmamalıyız.

**Erkan İriz, Dilek Erer, Pınar Köksal, İrfan Taşoğlu,
Volkan Sinci, Mehmet Emin Özdoğan**
**Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye**

Kaynaklar

1. Haimovici H. Ischemic venous thrombosis: phlegmasia cerulea dolens and venous gangrene. In: Haimovici's Vascular Surgery. Haimovici H, Acsher H, Hollier LH, editors. Cambridge, Massachusetts; Blackwell Science: 1996. p. 1267-82.
2. Gutt CN, Oniu T, Wolkener F, Mehrabi A, Mistry S, Büchler MW. Prophylaxis and treatment of deep vein thrombosis in general surgery. Am J Surg 2005; 189: 14-22.
3. Lassen MR, Bauer KA, Eriksson BI, Turpie AG. Postoperative Fondaparinux versus preoperative Enoxaparin for prevention of venous thromboembolism in elective hip-replacement surgery: a randomised double-blind comparison. European Pentasaccharide Elective Surgery Study (EPHESUS) Steering Committee. Lancet 2002; 359: 1715-20.
4. Eriksson BI, Bergqvist D, Kalebo P, Dahl OE, Lindbratt S, Bylock A, et al. Ximelagatran and melagatran compared with dalteparin for prevention of venous thromboembolism after total hip or knee replacement: the METHRO II randomised trial. Lancet 2002; 360: 1441-7.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Erkan İriz
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
Beşevler 06500 Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 202 56 37 Faks: +90 312 212 90 14 E-posta: erkaniriz@hotmail.com

Aortic aneurysm: a rare complication of ulcerative colitis

Aortik anevrizma: Ülseratif kolitin nadir görülen bir komplikasyonu

Ulcerative colitis is an idiopathic chronic inflammatory disorder localized in the colon and rectum. Systemic and extraintestinal complications of ulcerative colitis are arthritis, delayed growth and sexual maturation, nutritional deficiency secondary to malabsorption, mucocutaneous lesions, renal disease, hepatobiliary disease and ocular complications (1). Cardiac complications including myocarditis, pericarditis and increased risk of infective endocarditis may be rarely seen during the clinical course but aortic aneurysm is an extremely rare complication of ulcerative colitis (2- 4).

A 16-year-old boy was admitted to our hospital because of delayed growth, pruritic mucocutaneous lesions, bloody diarrhea and seizures.

Medical history revealed that he had apparently been well until one year old. It was learned that pruritic mucocutaneous lesions first began on face and trunk and aggravated with sun exposure. Bloody diarrhea, abdominal pain, tenesmus, and tonic-clonic convulsions were also

noted by his parents after age of one year old. There was no history of exposure to tuberculosis, sick persons, or animals, and there was no family history of allergy. Parents were first-degree relatives.

His axillary temperature, pulse, respiratory rate, and blood pressure were 36.8 °C, 123/min, 28/min, and 106/56 mmHg, respectively. His height was 124 cm (below the 3rd percentile), and his weight was 21.8 kg (below the 3rd percentile).

Physical examination revealed chronic dermatitis on trunk and face and a perianal fistula.

Hemoglobin, hematocrit, mean corpuscular volume, white cell count, erythrocyte sedimentation rate, and serum C-reactive protein levels were 7.4 g/dl, 25.9%, 53.4 µm³, 15.200/ml, 36 mm/hr, and 22.3 mg/dl, respectively. He had thrombocytosis. Hypochromic and microcytic erythrocytes were observed on stained blood smear. Stool examination revealed occult blood. Urinalysis was normal.

Serum aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase, and alkaline phosphatase levels were 12 U/L, 5 U/L, and 425 U/L, respectively.

Serum total protein, albumin, globulin, immunoglobulin G and E levels were 7.3 g/dl, 3.1 g/dl, 4.2 g/dl, 14.2 g/l, and 907.3 IU/ml, respectively. Pathergy test and VDRL were negative. Test for perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies (pANCA) was positive.

Cardiac examination was normal but telecardiography showed a prominent aorta. Echocardiography revealed aneurysm of both ascending and descending aorta.

Rectosigmoidoscopy revealed a pale, edematous and fragile mucosa and loss of vascular pattern. Rectal biopsy showed crypt

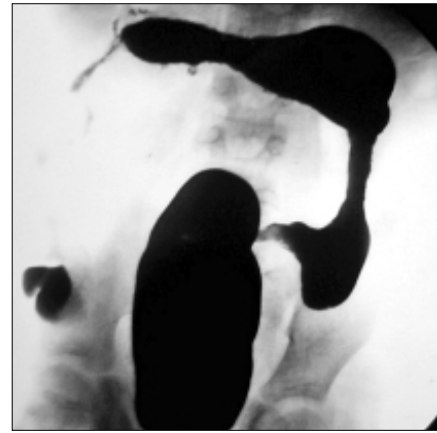


Figure 1. Barium enema shows pseudodiverticula and lead pipe sign in the transverse colon

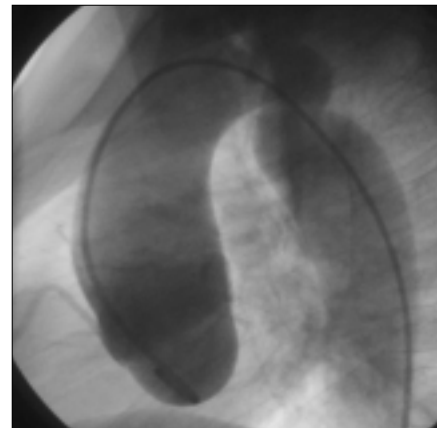


Figure 2. Aortogram shows aneurysm of ascending and descending aorta