



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Leriche sendromu

Leriche syndrome

Serdar DEMİRGAN,¹ Abdullah Tolga ŞİTİLCİ,² Sezen SOLAK,³
Mehmet Salih SEVDİ⁴, Kerem ERKALP,⁴ Emin KÖSE⁵

Özet

Leriche sendromu aortada, sıklıkla renal arterlerin distalinde trombotik oklüzyonla karakterize bir hastalıktır. Bu sendromun klasik semptomları; alt ekstremitelerde egzersizle ortaya çıkan ağrı (klodikasyon), femoral nabızların palpe edilememesi ve erkek hastalarda impotanstır. Dolaşım yetersizliğine bağlı klodikasyon ile nörojen kaynaklı klodikasyonun ayırıcı tanısı zordur. Ayırıcı tanı yapılmasında anamnez, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri önemli yer tutar. Fizik muayenede bilateral femoral nabızların palpe edilememesi Leriche sendromunu akla getirmelidir. Leriche sendromlu olgularda renkli Doppler ultrasonografi ile, her iki iliak arterde de akım olmadığı gösterilebilir. Bu hastalarda bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile aortadaki trombotik tıkanıklık doğrulanmalıdır. Sunduğumuz bu vaka klodikasyon şikayetiyle hastaneye başvurmuş ve lomber disk hernisi tanısı konulmuş bir Leriche sendromu vakasıdır. Ayırıcı tanıda vasküler patolojiler düşünülmemesi nedeniyle tedavisinde geçikmiş ve mortaliteyle sonuçlanmış olması nedeniyle önem taşımaktadır. Bacak ağrısı şikayetiyle hastaneye başvuran hastalarda vasküler patolojiler ayırıcı tanıda düşünülmesi ve klinisyenler tanıya giden yolda öncelikle detaylı anamnez ve kapsamlı bir fizik muayeneye güvenmelidirler.

Anahtar sözcükler: Klodikasyon; Leriche sendromu; tromboz.

Summary

Leriche syndrome is a disease that is characterized by a thrombotic occlusion in the aorta, frequently in the renal artery distal. The classical symptoms of this syndrome include pain in the lower extremities emerging during activity (claudication), impalpability of the femoral pulses and impotency in male patients. The definitive diagnosis of claudication, due to insufficient circulation as well as neurogenic-caused claudication, is hard. Medical history, physical examination and monitoring methods are important for definitive diagnosis. Impalpability of bilateral femoral pulses in physical examination may be a sign of Leriche syndrome. With colored doppler ultrasonography, it can be demonstrated in cases having Leriche syndrome that there is no circulation in both iliac arteries. In these patients, thrombotic occlusion of the aorta shall be confirmed by computed tomography angiography. This case that we present is a case of Leriche syndrome in which the patient came to the hospital with the complaint of claudication and was diagnosed with lumbar disc herniation. Since vascular pathologies were not considered in definitive diagnosis, the treatment was delayed and it resulted in mortality; for this reason it is important. In the case of patients coming to hospital with complaints of leg pain, the vascular pathologies shall be thought of in the definitive diagnosis and the clinicians, and in that way leading to the diagnosis, shall depend on detailed patient history and comprehensive physical examination.

Keywords: Claudication; Leriche syndrome; thrombosis.

¹Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Anestezi Kliniği, Düzce

²İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Anestezi Kliniği, İstanbul

³Ordu Devlet Hastanesi, Anestezi Kliniği, Ordu

⁴Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Kliniği, İstanbul

⁵Büyükçekmece Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

¹Department of Anaesthesiology, Düzce Atatürk State Hospital, Düzce, Turkey

²Department of Anaesthesiology, Istanbul University Dentistry Faculty, Istanbul, Turkey

³Department of Anaesthesiology, Ordu State Hospital, Ordu, Turkey

⁴Department of Anaesthesiology, Bağcılar Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

⁵Department of General Surgery, Büyükçekmece State Hospital, Istanbul, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 28.05.2015 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 10.09.2015 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 26.12.2016

İletişim (Correspondence): Dr. Serdar Demirgan. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Anestezi Kliniği, Düzce, Turkey.

Tel (Phone): +90 - 380 - 529 13 00 **e-posta (e-mail):** serdardemirgan@hotmail.com

© 2017 Türk Algoloji Derneği

Giriş

Leriche sendromu, aortada, sıklıkla renal arterlerin distalinde trombotik oklüzyonla karakterize bir hastalıktır.^[1] Bu sendromun klasik semptomları; alt ekstremitelerde egzersizle ortaya çıkan ağrı (klodikasyon), femoral nabızların palpe edilememesi ve erkek hastalarda impotanstır.^[2] Leriche sendromu, sebep olduğu dolaşım yetersizliği nedeniyle, egzersiz sırasında ortaya çıkan ve dinlenmekle geçen bacak ağrısına sebep olmaktadır. Bu durum, nörojenik klodikasyona neden olan dejeneratif spinal hastalıklarla karıştırılabilmektedir.^[3] Bununla birlikte Leriche sendromunun, akut parapleji gibi nörolojik komplikasyonlara neden olduğuna dair vaka sunumları mevcuttur.^[4]

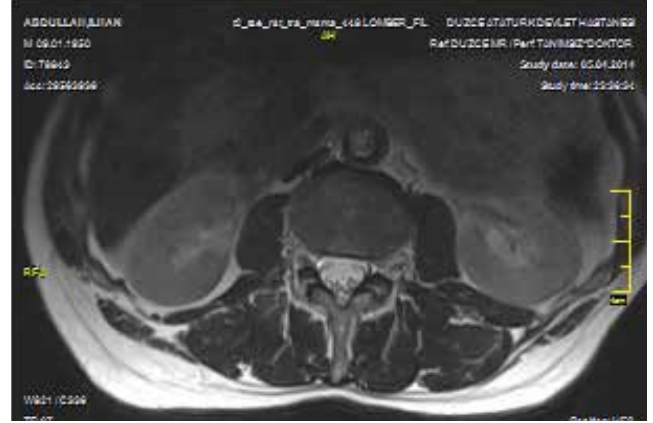
Dolaşım yetersizliğine bağlı klodikasyon ile nörojen kaynaklı klodikasyonun ayırıcı tanısı zordur.^[3] Ayırıcı tanı yapılmasında anamnez, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri önemli yer tutar. Leriche sendromlu olgularda renkli doppler ultrasonografi ile, her iki iliak arterde de akım olmadığı gösterilebilir. Bilgisayarlı tomografi anjiyografisi ile aortadaki trombotik tıkanıklık doğrulanmalıdır.^[2]

Leriche sendromunda ateroskleroz genellikle yaygın olduğundan, arterial sistemin serebral ve koroner arterleri kapsayan diğer kısımları da bu hastalıktan etkilenmektedir. Bu nedenle bu hastalarda koroner arter hastalığı gibi komorbid hastalıklara sık rastlanmaktadır.

Sunduğumuz bu vaka ayırıcı tanının doğru yapılması nedeniyle tedavisinde gecikmiş bir Leriche sendromu vakasıdır ve ayırıcı tanının doğru yapılmasının mortaliteyi önleyebileceğini vurguladığından önem taşımaktadır.

Olgu Sunumu

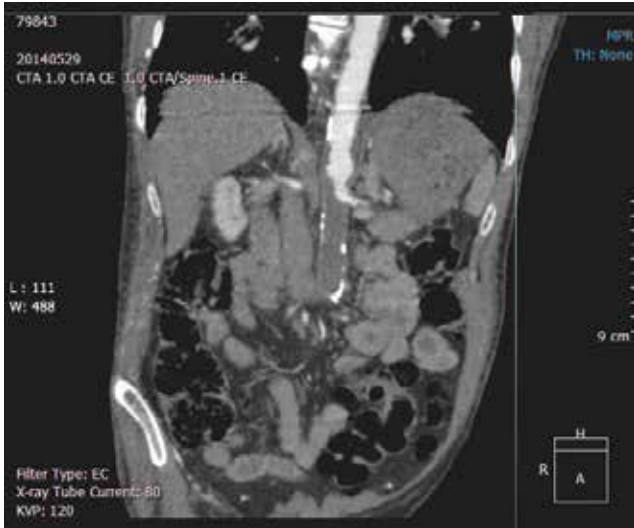
Evde ani gelişen senkop bulgusuyla ambulans servisine haber verilen ve müdahale ekibi tarafından kardiyopulmoner arrest halinde olduğu saptanan 64 yaşında erkek hasta, 10 dakika uygulanan kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası spontan dolaşımı geri dönünce, ambulans ile acil servise getirildi. Hastanın yakınlarından alınan anamnezde hastanın hipertansiyonu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), geçirilmiş tüberküloz öyküsü ve 60 paket/ yıl sigara hikayesi olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde ise babasının iskemik kalp hastalığı nedeniyle öldüğü



Şekil 1. Lomber spinal MR; aortta trombotik oklüzyon.

ve kardeşinin tip 2 diabetes mellitus hastası olduğu tespit edildi. Hastanın her iki bacağına bir yıldır devam eden, özellikle son üç ayda şiddeti artmış olan, yürümekle artan, istirahatle azalan ağrı ve güçsüzlük yakınması olduğu söylendi. Hastanın son 3 ayda bacaklarında ve ayaklarında solukluk ve soğukluktan şikayet ettiği de belirtildi. Bu şikayetlerle 3 ay önce Fizik tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) polikliniğine başvuran hastaya, sorunun lomber disk hernisi (LDH) ne bağlı nörojen bir sorun olabileceği belirtilerek lomber spinal bölgeyi inceleyen manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) istenmiş. Yapılan MRG incelemesinde L2-L3 disk seviyesinde, disk arka konturunda epidural yağlı planları silen annuler taşma ve L4- L5 disk seviyesinde disk arka konturunda dural keseye indentasyon gösteren sağ foraminal ağırlıklı annüler taşma tespit edilmiş ve hastaya FTR tarafından LDH tanısı konulduktan sonra bu tanıya uygun medikal tedaviye başlanmış (Şekil 1). Şikayetleri artarak devam eden hasta poliklinik kontrolü sonrası elektromyografik (EMG) inceleme yapılması için nöroloji kliniğine sevk edilmiş. Yapılan EMG'sinde sol tarafta lumbosakral radikulopati ile uyumlu bulgular saptanmış. Beyin cerrahisi tarafından değerlendirilen hastaya medikal tedavinin devamı ve takip önerilmiş. Pregabalın ve tramadol/ parasetamol tabletleriyle medikal tedavisi düzenlenen ve evinde takibe alınan hastanın şikayetlerinde artış devam ederken aniden kardiyak arrest meydana gelmiş.

Hastanın acil serviste yapılan fizik muayenesinde glaskow koma skoru (GKS) 1,1,4 olarak tespit edildi. Hastanın kabul anındaki arteriyel tansiyonu sağ kolda 180/80 mmHg, sol kolda 80/ 45 mmHg olarak ölçüldü. Bilateral femoral nabızlar palpasyonla tespit edilemedi. Inguinal çizginin altından itibaren bacak-



Şekil 2. Batın BT anjiografi koronal kesit; aortada renal arterlerin distalinden itibaren dolun defekti.



Şekil 4. Batın BT anjiografi; renal arterleri distalinden itibaren dolun defekti ve alt ekstremitenin kollateral dolaşımı.



Şekil 3. Batın BT anjiografi sagittal kesit; aortada renal arterlerin distalinden itibaren dolun defekti.

ların mor ve soğuk olduğu gözlemlendi. Hastada aort disseksiyonu ön tanısı düşünüldü ve toraks ile batını kapsayan BT anjiografi yapıldı. Bu tetkikte aort topuzu ve desenden aortada kalsifik değişiklikler ve aortada renal arterlerin çıkış yerinden itibaren dolun defekti saptandı (Şekil 2–4). Kontrastsız kranial BT incelemesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Çekilen EKG'sinde V4- V5'te ST segment depresyonu görüldü. Hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Yapılan kan tetkiklerinde CK, CK-MB değerleri normal sınırlardaydı. Kardiyoloji konsültasyonu istendi. Hastada myokard infarktüsü düşünülmeydi. Aortada, infrarenal seviyeden başlayan dolun defekti için Kardiyovasküler

Cerrahi Kliniği'nden konsültasyon istendi. Hastaya, anamnezi ve BT anjiografi sonuçları gözönüne alınarak Leriche Sendromu tanısı konuldu. Hastanın mevcut kardiyovasküler instabil durumu nedeniyle cerrahi müdahale düşünülmedi ve doku plasminojen aktivatörü ile heparin tedavisine başlanmasına karar verildi. İlaç tedavisi başlandıktan sonra hastada hipotansiyon gelişti ve tedavisine inotrop ilaçlar eklendi. Hastada yoğun bakım takibinin 24. saatinde bir kez daha kardiyopulmoner arrest gelişti ve hasta exitus oldu.

Tartışma

Klodikasyon, sadece bir semptom olup vazojenik veya nörojenik kaynaklı olabilir. Vazojenik klodikasyon patogenezinde, arterial yetersizlik nedeniyle alt ekstremitenin metabolik ihtiyaçlarının karşılanamaması sözkonusudur.^[5] Leriche sendromunda aorttaki trombotik oklüzyon, genellikle aterosklerotik değişikliklere bağlı meydana gelir. Distal aortadaki bu tıkanıklık, pelvis ve alt ekstremitelerde kan akımının azalması ile sonuçlanır.^[3,6] Alt ekstremitedeki bu iskemik değişiklikler vazojenik klodikasyona neden olur. Nörojenik klodikasyon ise sinir köklerine veya kauda equinaya veya onları besleyen damarlara direkt kompresyon sonucu meydana gelir.^[7,8] Nörojenik kaynaklı klodikasyonun en sık sebebi, lomber spinal stenozdur. Her iki patoloji de bacakta ağrıya ve aktivite kısıtlayıcı semptomlara sebep olsa da patogenezi farklıdır. Aynı semptomla ortaya çıkabilen bu iki patolojinin ayırıcı tanısının yapılması, tedavi süreçlerinin tamamen farklı olması nedeniyle çok

önemlidir. Ayrıca bazı hastalarda bu iki patolojinin birlikteliği de söz konusu olabilir.^[9]

Sunduğumuz vakada hastanın FTR polikliniğinde yapılan ilk değerlendirmesinde bacak ağrısı şikayeti üzerinde yoğunlaşmış, ancak bacaklardaki soğukluk ve solukluk şikayetlerinin üzerinde yeterince durulmamıştır. Yapılan lomber spinal MRG sonucunda LDH tanısı konulmuş, ancak ayırıcı tanılar olan vasküler kaynaklı patolojilerden uzaklaştıracak fizik muayeneler ve noninvaziv testler yapılmamıştır. Semptomlarında azalma olmayan hastaya EMG yapılmasına karar verilmiştir. Yapılan EMG sinde de LDH tanısını sadece sol taraf için destekleyen elektrofizyolojik bulgular olmasına rağmen klinisyenler, olası bir vasküler patoloji veya koinsidans düşüncesinden iyice uzaklaşmışlardır. Burada dikkati çekmesi gereken bir nokta da hastanın MRG ve EMG sonuçları ile klinik bulguları arasındaki uyumsuzluktur. Hasta her iki bacağında egzersizle artan çok şiddetli ağrıdan, her iki bacağında solukluk ve soğukluktan yakınmaktaydı. Oysa EMG'de sadece sol taraf için nörojenik sebep olabilecek bir açıklama bulunmuşken, sağ taraf için bir bulgu yoktur. Anamnezde vurgulanan bilateral alt ekstremitedeki klodikasyon hikayesi gözden kaçırıldığı için, ayırıcı tanıya dönük fizik muayene yöntemleri ve testleri uygulanmamıştır.

Leriche sendromu ve LDH, her iki hastalıkta da alt ekstremitte ağrısı ve alt ekstremitte güçsüzlük bulgularına rastlanabildiği için karıştırılabilir veya birlikteliği gözardı edilebilir. Finsterer J. ve arkadaşları,^[10] 67 yaşında bel, kalça ve bacak ağrısı şikayeti olan ve önce LDH tanısı konmuş bir Leriche sendromu vakası sunmuşlardır. Hastanın ağrı yakınmasının yanında her iki bacakta güçsüzlük ve solukluk şikayetleri de mevcut olduğundan yakınmaları L5- S1 disk hernisine bağlanmış ve hastaya acil olarak laminektomi ameliyatı uygulanmış. Hastanın ameliyat sonrası şikayetleri artmış, karın ağrısı gelişmiş, C- reaktif protein (CRP) ve kreatinin düzeyleri yükselmiş. Postoperatif 4. gün hastada anüri gelişmiş ve yapılan muayenesinde femoral nabızlar palpe edilememiş. Bunun üzerine yapılan BT anjiyografisinde hastada abdominal aortanın distalinden süperior mezenterik artere kadar tıkanıklık tespit edilmiş ve hasta bir gün sonra kaybedilmiş. MRG görüntülemeleri postmortem dönemde tekrar incelendiğinde, aortik kitlenin görüldüğü tespit edilmiş. Finsterer J. ve arkadaşları-

nın sunduğu bu vaka bizim vakamızla birçok yönden benzerlik göstermektedir. Her iki olguda da semptomların her iki bacakta olması ve egzersizle artması klinisyenler açısından uyarıcı olmalıydı. Radikülopatide ağrı genellikle vücudun belli bir pozisyonda sabit durmasıyla artar ve etkilenen sinir kökünün olduğu taraftadır. Yine her iki olguda da kapsamlı bir fizik muayene ile femoral nabızların palpe edilememesi ayırıcı tanıda vasküler klodikasyonu akla getirebilirdi. Benzer şekilde iki vakada da daha önceden yapılan MRG de, aortik kitle gözlemlenmekteydi. Ön tanı olarak LDH düşünüldüğü için bu MRG görüntüsünün gözden kaçtığını düşünmekteyiz.

LDH, radikülit ve/veya radikülopatiyeye neden olan sık rastlanan bir spinal patolojidir.^[11,12] Kural olarak LDH'ya bağlı radikülopatide başlıca semptom tutulan sinir kökünün innervasyon alanına uyan ağrıdır. Künt olmayan delici, sızlayıcı ve aşırı derecede şiddetli olan bu ağrı özellikle öksürme, hapşırma ve ıkınma sırasında artar. Sinir kökü tutulumunu düşündüren diğer bulgular motor defisit, dermoatomal duyuşal değişiklikler, refleks değişiklikler, diz ve uyluk fleksiyona getirildiğinde ağrıda azalma, herhangi bir pozisyonda sabit durulduğunda ağrının artması olarak sayılabilir. Radikülopatinin önemli bir fizik muayene yöntemi de "Laseque Testi"dir. Tüm bu bilgiler göz önüne alındığında, ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayenenin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Radikülopatinin ayırıcı tanısı yapılırken tüm bu bulgular ayrıntılı bir şekilde sorgulanmalı ve dikkatli bir fizik muayene yapılmalıdır. LDH düşünülen hastalar periferik vasküler hastalık, hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperkolesterolemi ve sigara içiciliği açısından sorgulanmalıdırlar. Laseque testi bulgusunun pozitif olmaması ve femoral nabızların palpe edilememesi bizi LDH tanısından uzaklaştırmalıdır. Sunduğumuz vakada, muayene kayıtlarına bakıldığında, fizik muayene esnasında bilateral femoral nabızların değerlendirilmediği anlaşılmıştır. Aksi halde klodikasyonun ayırıcı tanısında vasküler patolojiler düşünülebilirdi.

Tüm bunlara ek olarak, bir hastada LDH ve Leriche Sendromu aynı anda bulunabilir. Seithanoğlu ve arkadaşları^[12] ilk önce LDH nedeniyle opere edilen, postoperatif 40. günde şikayetler gerilemeyince yapılan incelemelerle Leriche Sendromu tanısı koyulan bir vaka sunmuşlardır. Sundukları bu vakayla, radyo-

lojik ve klinik olarak LDH tanısı koyulan hastalarda, ameliyat öncesi vasküler lezyonlarında düşünülmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Sunduğumuz bu vaka, aortta tıkanıklığı bulunan hastaların erken teşhisinin önemini vurgulamak açısından da önemlidir. Bu hastanın FTR polikliniğinde ilk değerlendirmesinde anamneze dikkat edilseydi ve fizik muayenede ayırıcı tanılara dönük yöntemler de kullanılsaydı, hastada Leriche Sendromu'ndan şüphelenilebilir ve tanı ek tetkiklerle doğrulanabilirdi. Bu da hastanın doğru tedavi yöntemlerine ulaşmasını sağlayarak morbidite ve mortalitenin önüne geçilmesini sağlayabilirdi.

Sonuç olarak; bacak ağrısı şikayetiyle hastaneye başvuran hastalarda ayırıcı tanıda vasküler patolojiler düşünülmesi ve günümüzün tüm ileri teknolojik tanı yöntemlerine rağmen klinisyenler, tanıya giden yolda rehber olarak öncelikle detaylı anamnez almaya ve kapsamlı fizik muayene bulgularına güvenmelidirler.

Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. Leriche R, Morel A. The Syndrome of Thrombotic Obliteration of the Aortic Bifurcation. *Ann Surg* 1948;127(2):193–206. [Crossref](#)
2. Jian W, Tajima H, Murata S, Abe Y, Hakozaiki K, Kumazaki T, et al. Renal artery stenosis in a patient with Leriche syndrome: brachial artery access for stent placement. *Radiat Med* 2004;22(1):49–51.
3. Yoon do H, Cho H, Seol SJ, Kim T. Right calf claudication revealing leriche syndrome presenting as right sciatic neuropathy. *Ann Rehabil Med* 2014;38(1):132–7. [Crossref](#)
4. Akhaddar A, Eljebbouri B, Saouab R, Boucetta M. Acute paraplegia revealing Leriche syndrome. *Intern Med* 2012;51(8):981–2. [Crossref](#)
5. Fernandez BB Jr. A rational approach to diagnosis and treatment of intermittent claudication. *Am J Med Sci* 2002;323(5):244–51. [Crossref](#)
6. Wang YC, Chiu YS, Yeh CH. Leriche's syndrome presenting as sciatica. *Ann Vasc Surg* 2010;24(5):694.e1–3. [Crossref](#)
7. Wilson CB. Significance of the small lumbar spinal canal: cauda equina compression syndromes due to spondylosis. 3: Intermittent claudication. *J Neurosurg* 1969;31(5):499–506. [Crossref](#)
8. Epstein NE, Maldonado VC, Cusick JF. Symptomatic lumbar spinal stenosis. *Surg Neurol* 1998;50:3–10.
9. Seyithanoglu MH, Gundag M, Dogan K, Kitis S, Aydın T, Peru C. Leriche syndrome with lumbar disc hernia: First case report in literature. *J Neurol Sci* 2011;28:641–5.
10. Finsterer J, Stöllberger C, Mölzer G, Fischer H. A vascular cause of painful lumbar transverse syndrome. *J Spinal Cord Med* 2009;32(5):587–90. [Crossref](#)
11. Manson NA, McKeon MD, Abraham EP. Transforaminal epidural steroid injections prevent the need for surgery in patients with sciatica secondary to lumbar disc herniation: a retrospective case series. *Can J Surg* 2013;56(2):89–96. [Crossref](#)
12. Awad JN, Moskovich R. Lumbar disc herniations: surgical versus nonsurgical treatment. *Clin Orthop Relat Res* 2006;443:183–97. [Crossref](#)