



Tekrarlayan brakial arter embolisi oluşturan subklavyen arter stenozunda subklavyo-karotid transpozisyon: Olgu sunumu

Subclavian-carotid transposition for subclavian artery stenosis causing recurrent brachial artery embolism: case report

Bilgin EMRECAN, Ali Vefa ÖZCAN, Gökhan ÖNEM, Ahmet BALTALARLI

Üst ekstremitte emboli kaynağı olarak subklavyen arter stenozu oldukça küçük bir orana sahiptir. Daha önce üç kez brakial embolektomi yapılan hastanın çekilen arteriyografisinde subklavyen arter darlığı ve darlık distalinde trombus saptandı. Bu yazıda, tekrarlayan brakial arter emboli sebebi olan subklavyen arter stenozu olgusunun subklavyo-karotid transpozisyon tekniği ile başarılı bir şekilde tedavisi yapılan bir olgu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Embolizasyon; subklavyen arter stenozu; subklavyo-karotid transpozisyon.

Subclavian artery stenosis represents a relatively lower rate for upper extremity emboli source. Subclavian artery stenosis with thrombus localized distal to the stenosis was diagnosed on the arteriography of a patient who had a history of three previous brachial artery embolectomies. In this report, a case with subclavian artery stenosis causing recurrent brachial artery embolism who was successfully treated using subclavian-carotid transposition is presented.

Key Words: Embolization; subclavian artery stenosis; subclavian-carotid transposition.

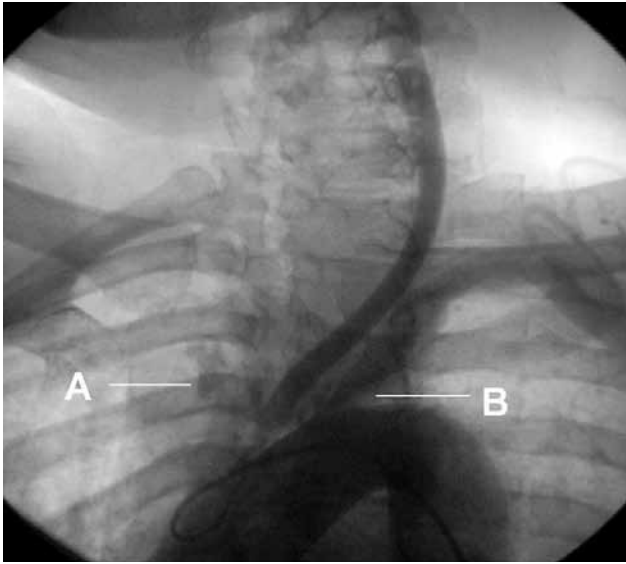
Üst ekstremitede arteriyel emboliler %15-32 oranında olup alt ekstremitedekilere oranla daha ender gelişmektedir.^[1] Embolinin kaynağı daha çok kardiyak kökenli (%58-93) olup atriyal fibrilasyon bunun büyük bir kısmını oluşturmaktadır.^[2,3] Diğer emboli kaynakları arasında aort arkusu patolojileri, subklavyen arter anevrizması, subklavyen arter stenozu, intimal flep veya yabancı cisim enjeksiyonu sayılabilir. Bunlar arasında subklavyen arter stenozu oldukça nadir görülmektedir.^[4,5]

Bu olgu sunumunda, subklavyen arter stenozuna bağlı tekrarlayan brakial arter embolisi olgusu ve cerrahi yaklaşımı anlatılacaktır.

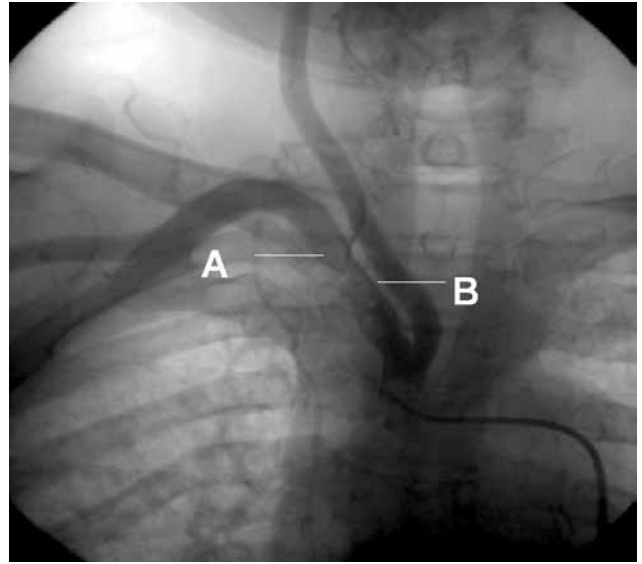
OLGU SUNUMU

Ani başlayan kol ağrısı nedeniyle başka bir merkezde görülen 56 yaşındaki kadın hastanın bu merkezde yapılan fiziksel incelemesinde sağ kolundaki periferik nabızlarının alınamaması üzerine acil olarak brakial arter embolektomisi yapıldığı öğrenildi. Operasyon sonrasında nabızları gelen hastanın bir gün sonra

şikâyetlerinin yeniden başlaması üzerine tekrar ameliyata alındığı ve bol organize trombus çıkarıldığı belirtildi. Hastanın nabızlarının ameliyattan 12 saat sonra tekrar kaybolması üzerine üçüncü kez embolektomi yapıldığı ve takibinde arteriyografi çekilerek merkeze sevk edildiği öğrenildi. Hastanın başvurusunda yapılan incelemesinde kalp ritmik olup 88/dk hızında idi, ek ses veya üfürüm yoktu. Akciğerlerde yaygın kaballeri ve ronküsleri mevcut olup ekpiriyum uzamıştı. Sağ kolda ve diğer tüm ekstremitelerde distal nabızları manuel alınıyordu. Ancak sağ kolda 120/75 mmHg olan arteriyel basınç solda 150/95 mmHg idi. Hastanın yaklaşık 40 paket/yıl sigara öyküsü ve yeni tanı konulmuş hipertansiyon dışında risk faktörü yoktu. Sağ elde kapiller doluş 3 saniye idi. Allen testi negatifti. Motor veya duyu kaybı yoktu. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi. Hemoglobün 11 gr/dl, hematokrit %34, trombosit 146.000 /ml, aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) 52 saniye, INR 1,1 ve protrombin zamanı (PT) 13 saniye idi. Tekrarlayan embolizasyon olması nedeniyle hasta acilen ameliyata alındı.



Şekil 1. Ameliyat öncesi anjiyografi, (A) subklavyan arterdeki kalsifikasyon, (B) sol subklavyan arter başındaki stenoz.

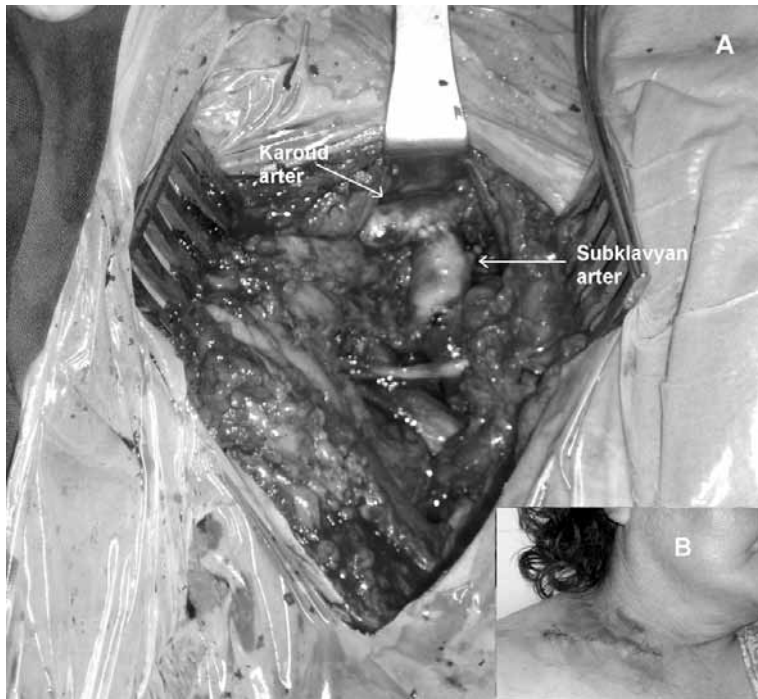


Şekil 2. Ameliyat öncesi anjiyografi, (A) subklavyan arter lezyonunun hemen distaline yerleşmiş trombus, (B) subklavyan arterdeki stenotik akım.

Ameliyata alınırken hastanın nabızlarının tekrar kaybolduğu görüldü. Arteriyografisinde sağ subklavyan arter proksimalinde ciddi stenoz olması, proksimaldeki darlığın distalinde trombus olması ve sol subklavyan arter proksimalinde hafif stenoz olması nedeniyle hastaya subklavyo-karotid transpozisyon planlandı (Şekil 1, 2).

Genel anestezi altında sağ supraklaviküler kesiyile girilerek sağ subklavyan arter ve dalları ve a. caro-

tis communis askıya alındı. Sağ internal torasik arter ligatüre edildi ve subklavyan arter serbestlendi. Vertebral arter ve tiroservikal arter askıya alındı. Heparin (1 mg/kg) uygulamasını takiben subklavyan arter proksimali ucu ligature edilerek serbestlendi. Sadece ana karotid arter klemplenecek güdük basıncı bakıldı. Geri akımın iyi olduğu ve güdük basıncının 65 mmHg olduğu görülen hastaya subklavyo-karotid transpozisyon yapıldı (Şekil 3). Subklavyan arter ana karotid artere 5,0 polipropilen sütür kullanılarak devamlı dikiş tekniğiyle uç-yan anastomoz yapıldı. Karotid arter klemp süresi 11 dakika idi. Aynı seansta brakial embolektomi de yapılan hastanın ameliyat sonrası nörolojik problemi olmadı. Ameliyattan sonra dördüncü gün nabızları manuel olarak alınan hasta oral antiagregan tedavi ile taburcu edildi.



Şekil 3. (A) Subklavyo-karotid transpozisyonun tamamlanmış hali. (B) Ameliyat sonrası cerrahi kesinin görünümü.

TARTIŞMA

Kardiyak kökenli olmayan üst ekstremité embolileri genellikle kardiyak kökenli embolilerden küçük yapıda olup özellikle el ve parmak arterlerine atılmaktadır. Bunların büyük kısmı anevrizmatik arterlerden köken almaktadır.^[4,5] Anevrizmalar direk olarak tromboz oluşturarak veya distale embolizasyon yaparak distal dolaşımı engellemektedir.^[3] Stenoza bağlı distal embolizasyon literatürde oldukça az yayında bildirilmiştir. Bir yayında innominat ve subklavyan arterdeki kompresyon veya aterosklerotik stenozdan kay-

naklanan 19 distal embolizasyon olgusu bildirilmiş ve bunların 5'i majör amputasyonla sonuçlanmıştır.^[6] Yine subklavyan lezyona bağlı vertebro-baziller embolizasyon olguları da bildirilmiştir.^[7] Bunların vertebro-baziller yetersizlik oluşturduğu ve majör amputasyon gibi ciddi komplikasyonlar oluşturduğu göz önüne alınırsa bu lezyonlara müdahalenin geciktirilmemesi gerektiği aşikârdır. Ancak cerrahi seçim konusunda bu hastalara yaklaşım konusunda seçim cerrahın tercihleri ile sınırlıdır. Bir yazıda 5 olgunun sadece birinde karotid-subklavyan anastomoz uygulanmış ve tatmin edici sonuçlar alınmıştır.^[8] Bizim hastamızda embolik materyalin lezyonlu yerin distalinde hala mevcut olması ve karşı taraf subklavyan arterde hafif de olsa lezyonun olması nedeniyle ekstra-anatomik baypas tercih etmedik. Lezyonun subklavyo-karotid transpozisyon için uygun olması ve yabancı cisim kullanılmaması nedeniyle bu hasta bu tekniği uyguladık. Ekstra-anatomik bir yaklaşımda hastalıklı damar segmentinin bırakılacak olması yeni bir embolizasyon için zemin hazırlayabileceğinden tercih edilmedi. Yine subklavyan arter stenozlarında perkütan anjiyoplasti ve stent uygulaması mortalitesi ve morbiditesi düşük olan diğer bir tedavi seçeneğidir.^[9] Ancak ekstra-anatomik baypas cerrahisinin supra-aortik dalların aterosklerotik hastalığında daha düşük komplikasyona sahip olduğu ve uzun dönem açıklıklarının çok daha iyi olduğunu bildiren yazılar da vardır.^[10] Ancak olgumuzda anjiyoplasti tercih etmememizin en önemli nedeni, stenoz sonrasında büyük oranda trombus olması ve nükseden embolizasyon yapmasıydı. Endovasküler tedavide trombusun distale ve en önemlisi de vertebro-baziller sisteme hareketlenmesi riski bulunması nedeniyle anjiyoplasti tercih edilmedi. Bu nedenle uygun

hastalarda subklavyo-karotid transpozisyonu oldukça etkili ve düşük komplikasyonlu bir teknik olarak önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Whitehouse WM, Erlandson EE. Upper extremity revascularization. In: Rutherford RB, editor. Vascular surgery. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2000. p 1162-70.
2. Evers P, Earnshaw JJ. Acute non-traumatic arm ischaemia. Br J Surg 1998;85:1340-6.
3. Edwards JM, Porter JM. Upper extremity arterial disease: etiologic considerations and differential diagnosis. Semin Vasc Surg 1998;11:60-6.
4. Nehler MR, Taylor LM Jr, Moneta GL, Porter JM. Upper extremity ischemia from subclavian artery aneurysm caused by bony abnormalities of the thoracic outlet. Arch Surg 1997;132:527-32.
5. Pentti J, Salenius JP, Kuukasjärvi P, Tarkka M. Outcome of surgical treatment in acute upper limb ischaemia. Ann Chir Gynaecol 1995;84:25-8.
6. Rapp JH, Reilly LM, Goldstone J, Krupski WC, Ehrenfeld WK, Stoney RJ. Ischemia of the upper extremity: significance of proximal arterial disease. Am J Surg 1986;152:122-6.
7. Ricotta JJ, Ouriel K, Green RM, DeWeese JA. Embolic lesions from the subclavian artery causing transient vertebro-basilar insufficiency. J Vasc Surg 1986;4:372-5.
8. Kretschmer G, Polterauer P, Waneck R, Wagner O, Marosi L. Ischemia syndrome of the upper extremities not due to cardiac causes. Proximal arterial stenosis with embolization into the periphery. [Article in German] Chirurg 1982;53:441-5. [Abstract]
9. Bates MC, Broce M, Lavigne PS, Stone P. Subclavian artery stenting: factors influencing long-term outcome. Catheter Cardiovasc Interv 2004;61:5-11.
10. Modarai B, Ali T, Dourado R, Reidy JF, Taylor PR, Burnand KG. Comparison of extra-anatomic bypass grafting with angioplasty for atherosclerotic disease of the supra-aortic trunks. Br J Surg 2004;91:1453-7.