

OLGU SUNUMLARI / CASE REPORTS

TEKRARLAYAN BRAKİİYAL ARTER EMBOLİZASYONUNA YOL AÇAN SUBKLAVYAN ARTER ANEVİRİZMASI

SUBCLAVIAN ARTERY ANEURYSYM CAUSING THE RECURRENT BRACHIAL ARTERY EMBOLIZATION

Kadir DURGUT, Yüksel DERELİ, Atilla ORHAN, Mehmet IŞIK, Niyazi GÖRMÜŞ, Tahir YÜKSEK
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

Özet

Üst ekstremité periferik arter anevrizmaları alt ekstremitéye oranla daha az görülür. En sık etkilenen arterler subklavyan, aksiller ve brakıyal arter; daha nadiren de radiyal ve ulnar arterlerdir. Subklavyan arter anevrizmaları en sık poststenotik dilatasyon ve ateroskleroza bağlıdır. İlerlemiş vakalarda anevrizma kesesi içinde tromboz ve uzak embolizasyon gelişebilir. Bu çalışmada rekürren distal embolizasyon kaynağı olan bir subklavyan arter anevrizması vakasını nadir görüldüğü için yayınlamayı uygun bulduk. (Damar Cer Der 2008;17(1):39-42).

Anahtar kelimeler: Subklavyan arter anevrizması, rekürren embolizasyon.

Abstract

Upper extremities of peripheral arterial aneurysm is very common when compared to lower extremities. Most commonly effected arteries are subclavian, axillar, and brachial arteries, but rarely radial and ulnar arteries can also be effected. The cause of subclavian arterial aneurysms is most commonly due to poststenotic dilatation and atherosclerosis. In advance cases, trombosis and distant embolisation can be growth in aneurysm pouch. In the present study, subclavian aterial aneurysm rarely occures as a source of distal embolisation. Therefore, we decided to publish this case. (Turkish J Vasc Sur 2008;17(1):39-42).

Key Words: Subclavian artery aneurysm, recurrent embolization.

Dr. Kadir DURGUT

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
42080 Meram / Konya
Tel : 0 (332) 223 68 42 / 223 70 14
E-posta: kdurgut@selçuk.edu.tr

GİRİŞ

Anevrizma, bir arterin geri dönüşümsüz olarak normal çapından % 50'den daha fazla genişlemesi olarak tanımlanır. Çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Periferik arter anevrizmaları, klinik olarak mortalite ve morbidite açısından torasik ve abdominal anevrizmalara göre daha az tehlikeli olmakla birlikte, tedavi edilmediği takdirde parmak ve ekstremitte kayıplarına yol açabileceği için önemlidir. Üst ekstremitte periferik arter anevrizmaları alt ekstremitteye oranla daha nadir görülür. İlerleyen dönemde anevrizma kesesi içerisinde tromboz gelişir ve periferik veya kraniyal embolizasyona yol açabilir. Çalışmamızda; nadir görülen ve tekrarlayan embolizasyon kaynağı olan bir subklavyan arter anevrizması yayınladık.

OLGU SUNUMU

15 gün önce, dış merkezde brakiyal embolektomi uygulanmış olan, 42 yaşındaki bayan hasta sol kolda tekrarlayan soğukluk, uyuşma, ağrı ve güçsüzlük şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde iskemi bulguları mevcut idi. Aksiller arter nabızı pozitif, brakiyal, radyal ve ulnar arter nabızları ise negatif değerlendirildi. Hastaya acilen sol brakiyal embolektomi uygulandı. Ancak 24 saat sonra tekrar akut arter tıkanıklığı bulguları gözlemlendi.

Kontrol doppler ultrasonografi (DUSG) ve manyetik rezonans (MR) anjiyografi tetkikleri sonucunda, sol subklavyan arterde 3 cm boyunda ve çapı yaklaşık olarak 1,5 cm'ye ulaşan, fuziform tarzda anevrizmatik dilatasyon tespit edildi. (Resim 1). Hasta tekrar operasyona alındı. Subklavyan arter trasesine uygun infraklavikular kesi ile girildi. Anevrizmanın klavikulaya yapışık olduğu gözlemlendi ve klavikula angulus bölgesinden enine kesilerek ekarte edildi. Anevrizmatik bölge rezeke edildi ve dacron greft ile interpozisyon uygulandı (Resim 2). İlave olarak sol antekubital bölgede eski insizyon yerinden girilerek

brakiyal arter eksplore edildi ve embolektomi yapıldı. Operasyon sonrası kontrolde distal nabızlar pozitif değerlendirildi. Hasta heparinize edildi ve oral antikoagülan tedavi başlandı. Takibinde komplikasyon gözlenmeyen hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi. Bir hafta sonra yapılan kontrol muayene ve MR anjiyografisinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı (Resim 3).



Resim 1. Preoperatif MR anjiyografi görüntüsü.



Resim 2. Subklavyan arterde greft interpozisyonu.



Resim 3. Postoperatif MR anjiyografi görüntüsü.

TARTIŞMA

Genel anlamda arterin dilate kısmının çapının, beklenen normal çapının (hemen proksimalindeki veya distalindeki normal çapın) en az 1,5 katı veya daha büyük olduğu durumlarda anevrizma varlığından söz edilebilir ⁽¹⁾. Anevrizmalar; yapı, şekil, lokalizasyon, etiyoloji, büyüklük ve klinik özelliklerine göre sınıflandırılabilir. Her arterde görülebilmekle birlikte, en sık infrarenal abdominal aortada görülür. Bunu ilyak arterler izler ve sıklıkla abdominal aort anevrizması ile beraber görülür. İzole periferik arter anevrizmasına ise en sık popliteal ve femoral arterlerde rastlanır. Son yıllarda periferik arter anevrizmalarına gerek ateroskleroz insidansında artış, gerekse tanı ve tedavi amaçlı invaziv metodların kullanımının yaygınlaşmasına bağlı olarak daha sık rastlanmaktadır ^(2,3).

Üst ekstremitate periferik arter anevrizmaları alt ekstremitateye oranla daha nadir görülür. Tutulan

arterler sıklık sırasına göre; subklavyan, aksiller, brakiyal, radiyal ve ulnar arterlerdir. Çok daha az sıklıkta da bilek ve el bölgesindeki küçük arterlerde görülür. Birçoğunu travmatik anevrizmalar oluşturur. Üst ekstremitede görülen subklavyan arter anevrizmalarında proksimal kesimde ateroskleroz ana etken iken, distalinde daha çok torasik outlet sendromuna (TOS) bağlı anevrizmalar gelişmektedir ⁽⁴⁾. Tüm anevrizma nedenleri arasında da en sık görüleni aterosklerozdur ve özellikle bifurkasyon bölgeleri etkilenir. Diğer nedenler arasında geçirilmiş cerrahi, travma, lokal enfeksiyon, sifiliz, disekan anevrizmalar ve konjenital durumlar yer alır. Ailevi yatkınlığın özellikle aort anevrizmalarında % 15–25 oranında olması genetik faktörlerin de etiyolojide rol aldığına işaret etmektedir ⁽⁵⁾. Brakiyal arter ve distalinde tanı ve tedavi amaçlı arter kanülasyonu ve arteriovenöz fistül oluşturulması amacıyla uygulanan girişimlere bağlı iyatrojenik anevrizmalara ve ilaç bağımlılarında da giderek artan oranda anevrizma oluşumuna rastlanmaktadır. Bizim olgumuzda travma, cerrahi, enfeksiyon ve aile öyküsü yoktu, Adson testi ve kostaklaviküler manevra negatif değerlendirildiği ve radyolojik olarak anevrizma varlığı tespit edildiği için TOS da ekarte edildi ve muhtemel sebep ateroskleroz idi.

Anevrizmanın kliniği, lokalizasyonu, büyüklüğü ve etiyolojisine göre farklılık gösterir. Anevrizmalar genelde asemptomatiktir. En önemli belirti arter lokalizasyonuna uyan bir alanda pulsatil kitle varlığıdır. Bu kitle komplike olmadığı sürece ağrısızdır. Tedavi edilmemiş, asemptomatik periferik arter anevrizmaları; tromboz, distal embolizasyon, rüptür ve genişlemeye bağlı ven veya sinir basısına yol açabilir ⁽⁶⁾. Hastalar genelde bu komplikasyonlara bağlı ağrı, iskemi bulguları veya kanama şikayetiyle başvururlar. Bizim olgumuza da brakiyal emboli tanısı ile dış merkezde embolektomi uygulanmıştı ve kliniğimize tekrarlayan brakiyal emboli bulgularıyla başvurdu.

Tanı, genelde başka bir hastalık nedeniyle yapılan fizik muayene esnasında pulsatil kitle varlığı ile tesadüfen konur. Kesin tanı için radyolojik tetkikler gereklidir. Yüzeyel bölgelerdeki anevrizmalar için

invaziv olmayan ultrasonografik yöntemler yeterli iken, toraks ve batin gibi daha derin bölgelerde anevrizmanın yapısı, yeri, büyüklüğü ve diğer organlarla ilişkisi hakkında güvenilir bilgiler elde edebilmek için bilgisayarlı tomografi (BT) ve MR gibi görüntüleme teknikleri gereklidir. Bizim olgumuzda da embolektomi uygulanmasından 24 saat sonra tekrar akut arteriyel tıkanıklığı bulguları gelişmesi üzerine yapılan DUSG ve MR anjiyografi tetkikleri sonucunda sol subklavyan arterde anevrizma tespit edildi.

Üst ekstremité periferik arter anevrizmalarında mortalite nadirdir. Ancak akut tromboz, embolizasyon ve komşu venöz veya nörolojik yapılara ait bası bulguları gelişebileceği ve parmak veya ekstremité kaybı gibi ciddi sonuçlara yol açabileceği için önemlidir. Bir anevrizma tespit edildiğinde, anevrizmanın yeri ve boyutuna göre komplikasyonlar açısından değerlendirilerek tedavi planı yapılabilir. Komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra, yapılacak cerrahi girişime rağmen amputasyon ve mortalite oranları artmaktadır ⁽⁷⁾. Bu yüzden periferik anevrizmalarda komplikasyon gelişimi uygulanacak müdahalenin başarı şansını azaltacağı için asemptomatik olsa bile mutlaka cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Ayrıca subklavyan arter anevrizmalarında periferik embolizasyon yanında santral embolizasyon ve buna bağlı serebrovasküler olaylar da gelişebilir. Bu yüzden tedavi daha da önemlidir ve tedavi planı daha acil olarak hazırlanmalıdır.

Cerrahi tedavi genelde distal embolizasyona bağlı akut arter tıkanıklığı, spontan rüptüre bağlı kanama riski ve diğer komplikasyonların gelişimini önlemek için uygulanır. Kozmetik problem de cerrahi tedavi için bir endikasyondur. Tüm vasküler patolojilerde olduğu gibi endovasküler tekniklerin kullanımı giderek artmasına rağmen geleneksel cerrahi yaklaşım halen en iyi yöntem olarak yerini korumaktadır. Cerrahi yaklaşımda primer hedef anevrizmanın eksizyonunu takiben rekonstrüktif girişimlerle distal arteriyel sisteme kan akımının sağlanmasıdır. İlk seçenek anevrizmanın rezeksiyonu ve uç uca anastomozdur. Bu mümkün değilse safen veni veya sentetik greft ile interpozisyon uygulanır. Çok distal anevrizmalarda arter ligatüre edilebilir. Biz de

olgumuzda anevrizma rezeksiyonunu takiben dacron greft ile interpozisyon uyguladık.

Ekstremité arterlerinin tekrarlayan embolilerinde öncelikle kardiyak patoloji varlığı ekarte edilmelidir. Alt ekstremitédeki rekürren embolilerde aortik anevrizma veya aort içinde periferik (mural) trombus varlığı araştırılmalıdır. Üst ekstremitéde ise TOS için geniş çaplı araştırma gerekir. Xiromeritis ve arkadaşları yayınladıkları olgu sunumunda, akciğer malignitelerinde tekrarlayan arteriyel embolilerin oluşabileceğini belirtmişlerdir ⁽⁸⁾.

Sonuç olarak, tekrarlayan üst ekstremité embolizasyonu etiyolojisinde subklavyan arter anevrizmaları akılda bulundurulmalıdır. Erken cerrahi girişim ile, subklavyan arter anevrizma kesesi içinde trombus gelişimi, distal ve serebral embolizasyonun önlenebileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD, et al. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. J Vasc Surg 1991;13:444-50.
2. Messina LM, Brothers TE, Wakafeld TW, et al. Clinical characteristics and surgical management of vascular complications in patients undergoing cardiac catheterization: Interventional versus diagnostic procedures. J Vasc Surg 1991;13:593-600.
3. Kurtoglu M, Aksoy M, Karaaslan C, Zilan A. Renkli doppler ultrasonografi, psödoanevrizmaların tanısında olduğu kadar tedavisinde de etkin bir seçenektir. Ulus Travma Dergisi 2003;9:300-3.
4. Davidovic LB, Markovic DM, Pejic SD, et al. Subclavian artery aneurysms. Asian J Surg 2003;26:7-11.
5. Thompson MW, Sayers RD. Arterial aneurysms. Bread JD, Gaines PA(Eds). Vascular and Endovascular Surgery. WB Saunders Company Ltd. London, 1998;253-85.
6. Roggo A, Brunner U, Ottinger LW, Largiader F. The continuing challenge of aneurysms of the popliteal artery. Surg Gynecol Obstet 1993;177:565-72.
7. Whitehouse WM Jr, Wakafeld TW, Graham LM, et al. Limb threatening potential of arteriosclerotic popliteal artery aneurysms. Surgery. 1983;93:694-99.
8. Xiromeritis N, Klonaris C, Papas S, et al. Recurrent peripheral arterial embolism from pulmonary cancer. Case report and review of the literature. Int Angiol 2000;19:79-83.