

ARAŞTIRMALAR :

Klinik Çalışmaları :

SUB-KLAVIAN STEAL SENDROM

A. Vertebralis başlangıcından önce, A. Vertebraliste tıkanıklık gösteren üç vaka üzerinde bir araştırma

Doç. Dr. İbrahim Ceylan*

Dr. Sabri Acartürk**

Her iki tarafta A. Subklavia başlangıcından itibaren stenoz veya tıkanıklık iki ayrı sahada belirtilere sebep olabilir. 1- Üst taraf 2- serebral. Bu durumda özellikle üst taraf beslenmesini A. Vertebralisten alırlar. (Şekil 1)

Böylece kan A. Vertebralis içersinde ters olarak akar. Beyin gibi isemiye hassas olan dokuda bu volüm eksikliği önemli belirtiler ortaya çıkarır. Bunlardan başlıcaları : Baş dönmesi görme kusuru ve serebral iseminin bütün belirtiler kompleksidir. Bu gün bütün dünyada bu belirtiler kompleksine «Sub-Klavian Sendrom» ismi verilmektedir.

İlk defa Kubik ve Adams tarafından ortaya atıldı, ve 1956 da Yates, Hutchinson (11) tarafından daha etraflı incelenmiştir. 1960 da Contorni (3) bu belirtiler kompleksinin anatomi ve fizyolojisini yazdılar. 1961 de Reivich ve ark. (8) klinik ve angiografik tam bir izahını yaparak «Sub-Klavian Steal Sendrom» deyimini ortaya atmışlardır. O tarihten sonra De Bakey (4, 5) Bosniak (2), Gonsette (6) ve daha birçoklarının çalışmalarıyla incelemeler çoğaldı.

A. Ü. Tıp Fakültesi 1. cerrahi kliniğinde 1970-1974 yılları arasında bizzat ameliyatı yapılmış sol sub-klavian arter üzerinde tıkanıklık gösteren 3 vakanın incelenmesi, cerrahi uygulama ve sonuçları üzerindeki çalışmamızı bu yazımızda sunmaya çalışacağız. Bu güne kadar memleketimizde yayınlanmış 4 vaka olduğuna, üstelik

* A. Ü. Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniği Doçenti

** A. Ü. Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniği Uzman Asistanı

literatürde 200-250 vaka bulunduğunu belirtildiğine göre, görüldüğünden ve zannedildiğinden daha azdır.

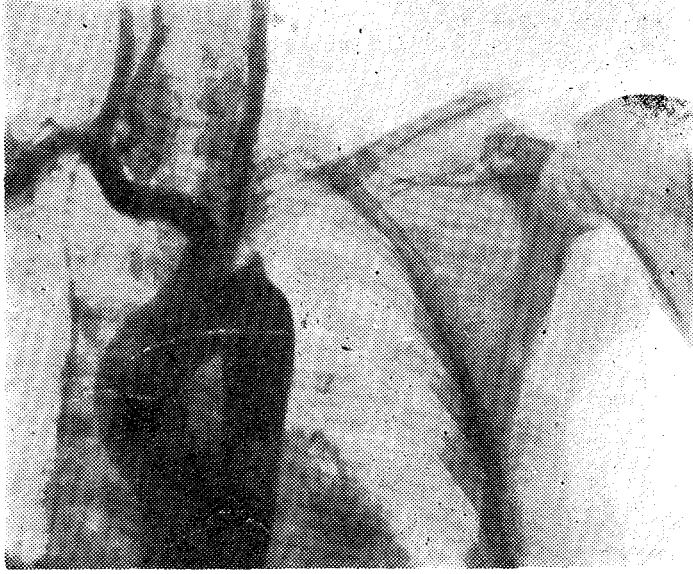
Etiyolojisinde başlıca neden ateromdur. Ender olarak trombo-angiozudur. Konjenital olarak gelişebileceği de hatırlanmalıdır. Yayınlanmış vakaların çoğunluğu erkektir. İster sağda isterse solda olsun A. subklavia tıkanıklığında, A. Vertebralisler çıkış yerinden itibaren açıktır. Çok ender olarak hafif bir stenoz olabilir. A. Vertebralisste sifonaj mekanizmasının olabilmesi için A. Subklaviada % 70 azalması gerekmektedir.

A. Vertebralis içinde kanın ters yönde akımı klinik ve iskemin sendromun esasıdır. Arcus Aorta ile ondan çıkan büyük arterler ile beyin arasındaki ilişki aşağıdaki şemada gösterilmiştir. Rob ve Cameron (9) Sub Klavian Sendromda serebral belirtilerin ortaya çıkışını, beyindeki kanın A. Vertebralislerle kollara ters yönde akarak bir völüm azalmasına bağlı olduğunu ispat etmişlerdir.

Klinik olarak teşhis güçtür. Zira belirli semptomları bir arada bulabilmek çok enderdir. Kollardan birinde atımların kaybolması veya azalması hallerinde Sub-Klavian sendromu düşünmek gereklidir. Bu durumda klinik, radyolojik ve hemodinamik muayene yöntemlerini uygulamalıdır. Hastalarda geçici fakat sık olarak bulantı, diplopi disfajive görme bulanıklığı vardır. Kollarda duyarlılık azalması ve ağrı, soğuğa karşı duyarlılık bulunur. Bizim vakalarımızda sadece birinde serebral ve ekstremiteler belirtileri tamdı. Diğer ikisinde serebral belirtiler henüz tam değildi.

MATERYAL ve METOD

Vaka 1 : Fatma Arlı : (Pro. No. 13179/1503). 29/7/1970 bir yıldır sol kolda ağrı, karıncalanma ve uyuşukluk, parmaklarda hareket azlığı ve incelleme. Zaman zaman bulanık ve çatalı görme, baş dönmesi mevcuttu. Yapılan muayenesinde: Sağ kolda T.A. 140/80 mm/Hg, nabız. 84/dak. Sol kolda T.A. alınamadı. A. Aksillaris, Brachialis, Radialiste atımlar yoktu. Reflekslerde azalma mevcut. Bu şikâyetlerle hastada Sub-Klavian Steal Sendrom düşünülerek angiografi uygulandı. 11/9/1970 tarihinde fakültemiz radyoloji enstitüsünde sağ femoral arterden Seldinger tekniği ile girilerek aort kökünden opak madde enjekte edildi (Antiografi 1)

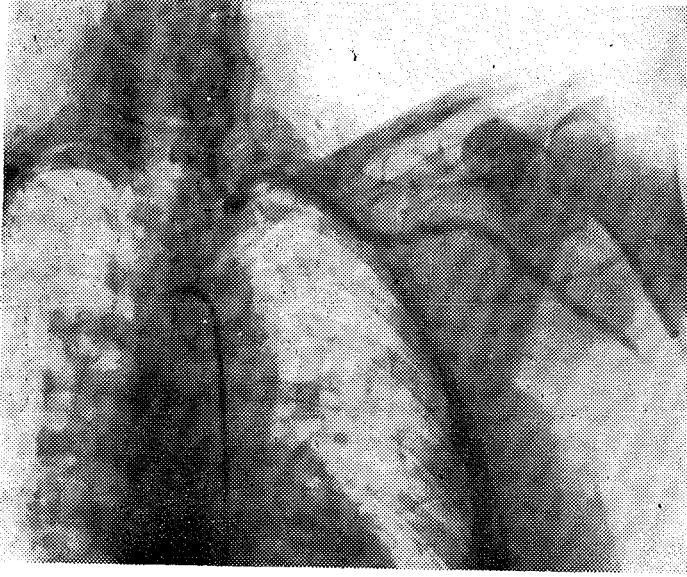


Antiangiografi I

Vaka 2 : Ömer Aslan : (Prot. No. 1376). 12/9/1972. Üst ekstremitate ağrısı ile polikliniğimize müracaat ettiği zaman yapılan sistemik muayenesinde sol kolda arter atımlarının alınamaması üzerine tetkike alındı. Sol el sağa oranla soğuk, belirli bir kuvvet azalması, rotasyon ve ekstansiyon hareketleri yaptığı zaman gelen ağrı ve solukluktan şikayetçi idi. Yapılan angiografik incelenmesinde (Radyoloji ens. 55958) solda A. Subklavia bütün grafilerde başlangıç kısmı ileri derecede stenoze fakat A. Vertebralis aynı tarafta dolmakta ve tersine bir akım göstermekte idi. (Angiografi 2)

Vaka 3 : Abdullah Ünal : (Prot. No. 321) 27/2/1974. Şikayetleri 4 ay önce başlamış. Sol kolda üşüme, uyuşukluk ve kolunu kullandığı zaman ağrı ile bu şikayetlerde artma olurmuş. Sol koluna efor yaptırıldığı zaman hafif baş dönmesi tarif ediyor. Muayenesinde: A. Aksillaris, Brakialis, ve Radialiste atımlar alınmıyor.

Angiografi : Damar çok bükümlü olduğundan bütün uğraşılara rağmen yapılamadı. Teşhis klinik muayene sonucu kondu.



Angiografi II

Tedavi : Etkisi bu gün için ıspat edilmemiş olan tıbbi tedavinin üzerinde durmadan doğrudan doğruya cerrahi tedaviden bahsedecğiz.

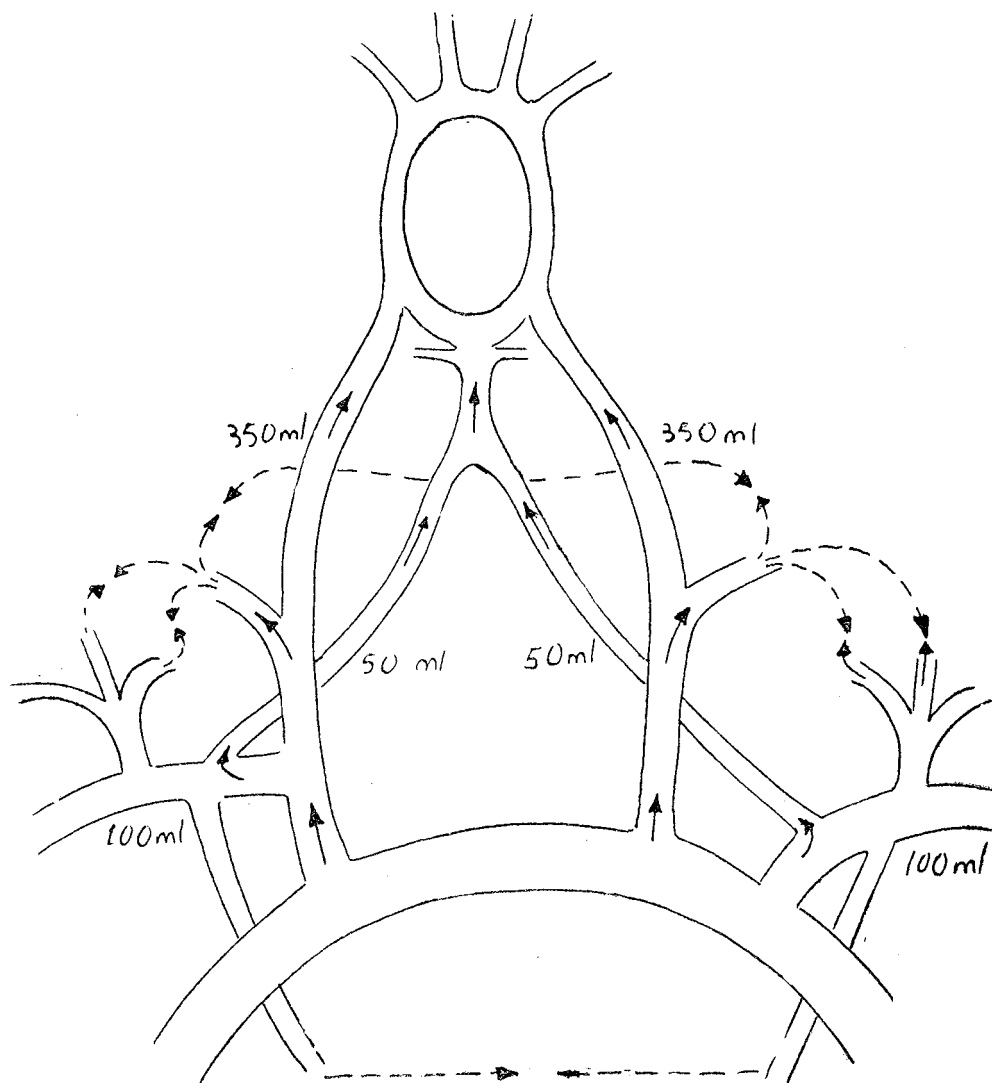
İki türlüdür.

- 1 — Koruyucu,
- 2 — Tedavi edici,

Koruyucu tedavi : Contorni (3) ortaya atmıştır. O zamandan buyana sayısız yayın yapılmıştır. Bizim konumuz dışında olduğu için fazla girilmemiştir.

Tedavi edici (küratif) : Teorikman iki çeşit ameliyat şekli üzerinde durulmuştur.

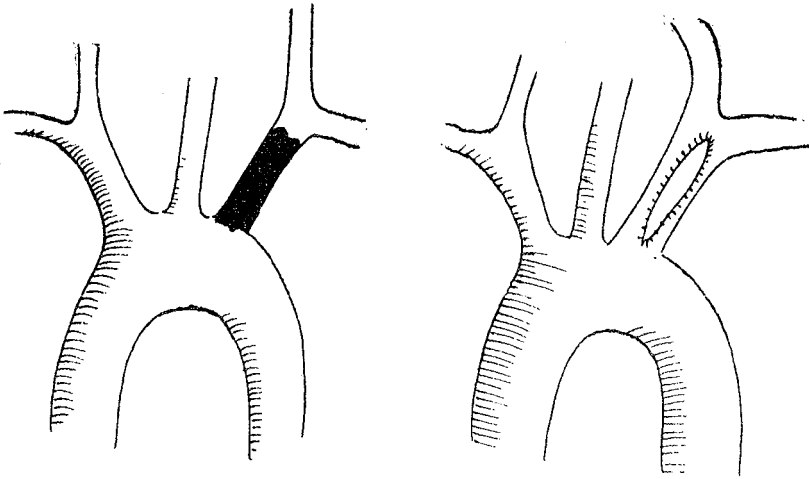
- a — Serebral dolaşım yetmezliğini takviye etmek,
- b — Sendroma sebep olan vasküler tıkanıklığı ortadan kaldırmak,
 - a — Serebral dolaşım yetmezliğini takviye etmek Rob ve Cameron (9) yaptıkları vakalardan aldığı sonuçlar ümit verici olmuş-
sada genel durumu bozuk olan vakalarda denenmemelidir.



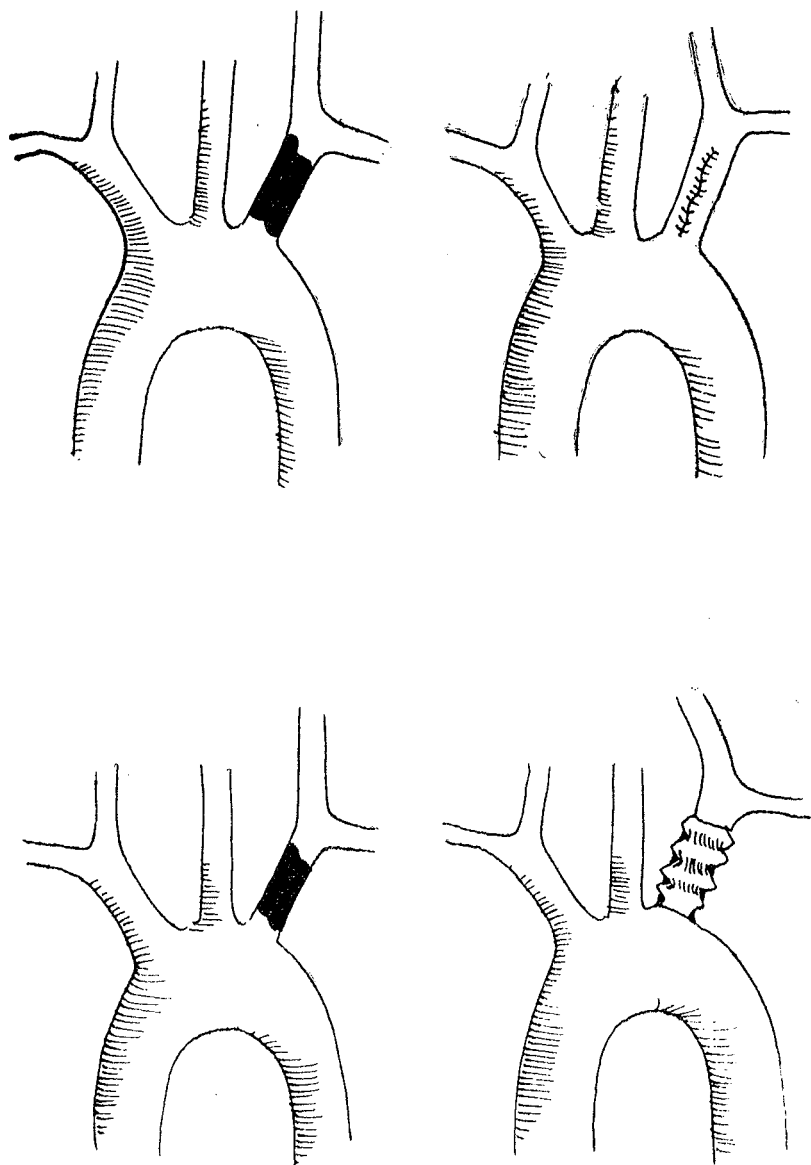
b — Sendroma sebep olan vasküler tıkanıklığı ortadan kaldırmak için kullanılan teknikler :

- 1 — Desobtrüksiyon — Ven yama
- 2 — Arteriektomi — Reimplantasyon
- 3 — By-Pass

Bizim vakalarımızın birisinde, stenoz üzerine, 2 Cm. lik bir arter kesisi yapılarak önce desobtrüksiyon yapıldı ve açık kısım sentetik grefle kapatıldı. İkincisinde tıkanıklık gösteren arterin üzerinden 2,5 Cm. uzunluğunda bir kesi yapıldı. Desobtrüksiyondan sonra A. Subklaviya ileri derecede geniş olduğundan primer olarak kapatıldı. Üçüncü vakamızda yine arteriotomi yapıldıktan sonra arter duvarı ileri derecede bozuk olduğundan, desobtrüksiyon ve yama greft konması düşünülmeden, arteriektomi yapıldıktan sonra aradaki kısma termino-terminal dakron greft kondu. (Şekil 1, 2, 3)



Kesiler : Ameliyat için giriş yollarının en iyisi tartışmalıdır. Fakat biz her üç vakamızda uzunluğuna serviko-Sternotomi-Median kesiyi kullandık. Fakat plevra açılmamıştır.



Sonuç : Sub-Klavian-Steal Sendrom üzerindeki çalışmalar henüz yeterli değildir. Aşağı yukarı 10 yıllık bir tecrübemiz vardır.

Bizim şahsen yaptığımız ve izlemek fırsatını bulduğumuz üç vakanın sonuçlarını özetleyelim. Burada hatırlatmakta fayda buluyoruz. Türk tıp tarihinde bizim araştırmalarımızla elde edebildiğimiz kadarı ile :

Bir vaka A. Ü. Tıp Fakültesi göğüs cerrahisi tarafından yayınlanmıştır. (10)

İki vaka A. Ü. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Seksyonu tarafından yayınlanmıştır. (7)

Bir vaka T. Y. İhtisas Hastahanesi tarafından yayınlanmıştır. (1)

Böylece bilebildiğimiz kadarı ile toplam 4 vakadır. Buna karşılık son 4 yıl içerisinde 3 vakanın sonuçlarını vermek olanağını bulduk.

Vakalarımızda yapılan ameliyat şekilleri

Vaka Sayısı (5)	Medikal Tedavi (5)	Sentetik greft (5)	Desobtruksiyon Simple (5)	Desobtruksiyon Sentetik yama (5)
3	—	1	1	1

Sonuçlar

Ameliyat (6)	Vakı Sayısı (4)	İyi Sonuç (4)	H o ş n u t (6)	Mortalite (4)
Sentetik Greft	1	—	2 ay sonra şikayetleri geçti	—
Desobtruksiyon Primer Sütür	1	—	2 yıl sonra şikayetleri yok	—
Desobtruksiyon Sentetik Yama	1	1	4 yıl sonra atımlar normal	—

Tartışma : Vakalarımızın ikisi erkek, biri kadındır. Bu durumda erkeklerde kadınlardan iki defa daha fazladır. En sık raslandığı yaş 50-55 arasındır. Hastalarımız 60-48-47 yaşlarında idi. Bu durum

arterioskleroz başlamış hastaların gelişiminin arttığı yaşlardır. Vakalarımızda obstrüksiona neden aterom plakları idi. Fakat konjenital vakalarda yayınlanmıştır.

Her üç hastamızda tıkanıklık, A. Subklavianın, arcus aortadan çıkış yerinden başlamakta idi. Sadece bir vakamızda Arcus Aorta duvarında da aterom plakları mevcuttu. Diğer ana arterler açıktı. Literatürde daha çok sol taraf üzerinde durulmuştur. Nitekim bizim her üç vakamızda da solda olması bunu doğrulamaktadır.

Ortaya çıkan belirtiler, tıkanıklığın lokalizasyonuna, uzunluğuna ve zamana bağlı olarak değişmektedir. Bu belirtiler, beyine ve ekstremitelere ait olmak üzere iki grupta toplanır.

Beyine ait nörolojik semptomlar, baş dönmesi ve ağrısı ile birlikte geçici bulantı, diplopi, disfaji, iki taraflı görme bulanıklığı olabilir.

Ekstremitelere ait olanların başlıcaları : Adale atrofisi, elde özellikle hareketle gelen syanoz, aksiller arterden başlayarak distale kadar atımlarda azalma veya kaybolma, soğukluk ve solukluk, uyuşma, karıncalanmadır. Nörolojik bulguların ortaya çıkmasını sağlamak için hastaya dirsek üzerinde ekstansiyon ve fleksiyon hareketlerinin yaptırılmasına bağlı olan efor denemesinin önemi unutulmamalıdır.

Sonuç : Tanınması yeni olan Sub-Klavian-Sendrom üst ekstremitenin birinde arter atımı kaybolması veya azalması geçici serebral bulgular gösteren her hastada özenle araştırılmalıdır. Kâti tanı angiografi ile konur. Böylece tıkanıklığın yeri, uzunluğu, derecesi ve özellikle A. Vertebralis üzerindeki ters akımın yukardan aşağıya doluşunu gösterir. Vakalar semptomatik ve asemptomatik olarak iki gruba ayrılır. Biz bu yazımızda bu güne kadar memleketimizde yayınlanmış 4 vakaya ek olarak değişik teknik uygulanmış üç vakamızı ilave ettik.

SUMMARY

A disease newly known in the surgical world, the Subclavian-steal syndrome, should be sought for, whenever a patient has the symptoms of diminished or lost peripheral arterial pulses of one of his upper extremities and transient cerebral ischemia. Angiog-

raphy acentains the diagnosis. Thus, reversed blood flow in the vertebral artery, the exact anatomical location and extent of the obstruction can be seen. Cases are classified as symptomatic and asymptomatic.

In this paper we have added 3 of our cases who have had different surgical interventions to the 4 cases previously reported in Turkey.

LİTERATÜR

- 1 — BEYAZIT K., TULPAR S., AKER Ü. : «Subklavian Steal» Senrromu Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası: 32, 428, 1966
- 2 — BOSNIAK M. A. : Cervical Pathwaya Associated With Br[chi]ocephalic Occlusive Disease Reontgenology 91, 1232, 1964
- 3 — CONTORNI L. : Il circolo Collaterale Vertebro-Vertebrale Nella Ob-literazione Dell'arterio Arteria Subclavia : Minerva Chir, 15, 268-271, 1960
- 4 — DE BAKEY M. E., STANLEY CROWFORD, DENTON A., COOLEY. : Cerebral Arterial Insufficiency On To 11 Years, Results Following Arterial Reconstructive Oper]tion : Ann. Surg. 161, 921-945, 1965
- 5 — EDWARD B. D., E. STANLEY C., DE BAKEY M. E., : Occlusive Disease Or The Common Carotid And Subclavian Arteries Treated By Carotid -Subclavian By- Pass : The American Journal Of Surgery 114, 800-808, 1967
- 6 — GONSETTE R., BALISAUX A. G., LANTIN F. : LE SENDROM DE SUPPLEANCE VERTEBRO- SOUS-CLAVIERE. (Etude Clinique Et Radiologique) : Acta Neurol, 63, 171-182, 1963
- 7 — KAYMAKÇALAN S., CİĞERCİOĞLU O., ORAM E., CORDAN. J., OK-TAY S. : Subcavia Çalma Sendromu «Subclavian Steal Sendromu» A. Ü. Tıp Fak. Mec. Vol. 22, 3, 562, 1969
- 8 — REIVICH M?, HOLLING H. E., ROBERTZ, B., TOOLE J. F. : Reversal Of Blood Tlow Through Vertebral Artery And Its Effect On Cerebral Circulation : New Engl. J. Med. 265, 878-885, 1961
- 9 — ROB C. CERebral Vascular Disiase : Sympoposium du 4 Jlnvier 1961
- 10 — URAK G., İÇÖZ V., YAVUZER Ş., : Subklavian Steal Sendromu: A.Ü. Tıp Fak. Mec. Vol. 24, sayı 5, 991, 1971
- 11 — YATES P. O.?, et HUTCHINSON F. C. : Cerebral Infaction Role Of Stenosis of Extracranial, Cerebral Arteries: Medical Research Council- Special Report Series No. 300 Brain, 79, 319, 1956