

**ÜST EKSTREMİTELERİN AKUT PRİMER DERİN
VEN TROMBOZU**

**Paget-Schroetter Sendromu, V. Aksillaris - V. Subklavia
Trombozu**

(11 vakanın klinik incelenmesi)

Dr. Altan TÜZÜNER(*)

Dr. Ertan TATLICIOĞLU()**

Dr. Ahmed YAYCIOĞLU(*)**

GİRİŞ :

Üst ekstremitte derin ven trombozu sıklıkla büyük proksimal venleri tutar. Bunlar sıklık sırasına göre v. aksillaris, v. subklavia ve v. innominata'dır. Bu tip ven trombozu alt ekstremitte trombozlarına oranla çok daha az görülür. OCHSNER ve arkadaşları (1940) % 2, BARKER ve arkadaşları ise (1941) % 4,3 oranında bir sıklık bildirmişlerdir (14, 24).

CRUVEILHIER (1816), BILLROTH (1869), PAGET (1875) ve Von SCHROETTER'in (1884) hastalığı ilk defa bildirmelerinden bu yana (1, 14, 25) hastalığın patogenezi ve pratik tedavisi üzerinde çok değişik görüşler ileri sürülmüştür.

Günümüzde tüm damar trombotik olayları çerçevesinde, kan dolaşımının fizyolojik yönleri ve trombozis patogenezindeki yeni bilgilere rağmen gerek arteriel gerekse venöz trombozis olaylarında etyoloji, patogenezi ve tedavi yönleri tam bir açıklığa kavuşturulamamıştır.

* A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji T. T. D. Kürsüsü Doçenti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji T. T. D. Kürsüsü Başasistanı.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Şirürji T. T. D. Kürsüsü Profesörü.

Bir taraftan venlerin trombotik olaylarının etyolojik etmen, tedavi ve sekellerin yarattığı sosyo - ekonomik sorunlara çözüm aranırken, tüm tromboflebitler içinde seyrek görülen üst ekstremitelerin akut derin ven trombozlarını vakalarımızın özellikleri ve literatür bilgileri ışığında incelemeyi yararlı bulduk.

MATERYEL VE METOD :

Ocak 1966 - Ağustos 1975 yılları arasında kliniğimize müracaat eden ve tedavi gören tromboflebit vakaları incelenerek üst ekstremitelerde derin ven trombozu tanısı alan vakalar değerlendirilmiştir.

Bu sürede (9 yıl 8 ay) kliniğimizde 315 vaka tromboflebit tanısı ile tedavi görmüş, bunlardan 11 vakanın üst ekstremitelerde akut derin ven trombozu olduğu saptanmıştır (% 3,46). Yukarıdaki rakamdan üst ekstremitelerde derin ven trombozlarının alt ekstremitelerdekine oranla oldukça seyrek görüldüğü ortaya çıkmaktadır.

Bu 11 vakanın 9'u erkek, 2'si kadındır. Vakaların yaşları en küçük 21 ve en fazla 58 olmak üzere ortalama yaş 36,6 olarak hesaplanmıştır. Hemen belirtmek gerekir ki bu 11 vakanın 2'si hariç hepsi genç ve aktif erkekler olduğu dikkati çekmektedir. Bunlardan 7 vakada hastalık solda, 2 vakada sağda, 2 vakada ise her iki üst ekstremitelerde görülmüştür (Tablo : 1).

HASTALARIN ŞİKÂyetleri :

Ağrı, şişlik, kol hareketlerinde ağrı ve sınırlılık, deride değişik derecelerdeki renk değişikliği hastaların hemen hepsinin orta şikâyetleri olarak dikkati çekmiştir. Ağrının şiddeti daha çok trombozun lokalizasyonu ve yaygınlığı ile ilgili olduğu görülmüştür. Yaygın ve iki taraflı aksiller - subklavian ven trombozu bulunan, ayrıca arter spazmı belirtileri veren iki taraflı aksiller - subklavian bir tromboz vakası dışında diğer 8 vakada ağrı hafif ve orta derecelerde idi ve analjezik tabletlerle kolayca kontrole alınabiliyordu. Ancak diğer 3 vakada ağrı narkotik analjezik enjeksiyonları gerektirecek şiddette idi.

Aynı şekilde kol ve omuzdaki şişlik ve ödem ile tromboz olayının yaygınlığı arasında bir paralelizm görülmüştür. Yay-

TABLO : 1

(11 vakanın yaş, cins, hastalıklı taraf ve etyolojik etmene göre dağılımı)

Sıra No.	Yaş	Cins	Meslek	Hastalıklı taraf	Muhtemel etmen
1	23	E	Sekreter (Halterci)	Sol üst Ekstr.	Aşırı kas effortu
2	21	E	Öğrenci (Halterci)	Sağ üst Ekstr.	Aşırı kas effortu
3	57	K	Ev kadını	Her iki üst Ekstr.	Kalp yet. - Dol. yet.
4	22	E	Şöför (Sporcu)	Sol üst Ekstr.	Aşırı kas effortu
5	53	E	Memur	Sol üst Ekstr.	iv katet. - iv enfüz.
6	58	K	Ev kadını	Sol üst Ekstr.	Kalp yet. - Dol. yet.
7	21	E	Öğrenci (Halterci)	Sol üst Ekstr.	Aşırı kas effortu
8	23	E	Öğrenci (Barfiks)	Sağ üst Ekstr.	Aşırı kas effortu
9	28	E	İşçi (Sporcu)	Sol üst Ekstr.	Aşırı kas effortu
10	26	E	İnşaat işçisi	Sol üst Ekstr.	Aşırı kas effortu
11	43	E	İşçi	Her iki üst Ekstr.	iv katet. - iv enfüz.

gın tromboz bulunan 3 vakada şişlik ve ödem diğer vakalara oranla daha belirgindi.

Hastalar kollarının ağırlaştığını, kol hareketlerinin ağırlı ve sınırlı olduğunu ifade etmekte idiler. 2 vakada bu tabloya parestezi de iştirak ediyordu. Tüm hastalarda genellikle kolda uyuşukluk ifade edildi.

FİZİK MUAYENE BULGULARI:

Gözlemle tüm vakalarda kırmızı - mavi - mor'a kadar varabilen değişik derecelerde renk değişikliği saptanmıştır. Yaygın trombozis bulunan 3 vakada daha belirgin olmak üzere tüm vakalarda ilgili taraf omuz ve toraksta pakterol bölge üzerinde venöz kollaterallerin belirginleştiği dikkati çekmiştir.

Yine bütün vakalarda aksiller venin sert ve ağırlı bir şerit şeklinde ele geldiği görülmüştür. Kol ve omuz hareketlerinde büyük ölçüde azalma olması diğer önemli bir fizik belirti olarak kaydedilmiştir. Özellikle kolun adduksiyon ve omuz hareketleri oldukça ağırlı ve sınırlı bulunmuştur.

Şişlik ve ödem bütün hastalarda değişik derecelerde görülmüştür. Şişlik genellikle parmak uçlarından omuza kadar uzanmakta ve karakteristik olarak godet bırakmayan bir ödem bulunmaktadır. Tüm hastalara girişte simetrik olarak el, kol ve omuz çevre ölçümleri yapılmış ve tedavi süresince belirli periyotlarla ölçümler tekrarlanarak kaydedilmiştir. Hastalıklı tarafın normal tarafa oranla değişik seviyelerde 5 - 10 cm.'lik farklar gösterdiği saptanmıştır (Tablo : 2).

TANI:

Üst ekstremité akut derin ven trombozlarında karakteristik klinik görünüm yanında dikkatli bir anamnezin yanılgıya yol açmadan kesin tanıya götürebileceğini rahatlıkla söylemek mümkündür.

Vakalarımızın dikkatli sorguları yapılmış ve bununla tanı ile birlikte olayın etyolojik etmeni (en azından trombozu precipite eden etmen) ortaya çıkarılmıştır. 11 vakamızın 5'inin sporcu olduğu halter ve barfiks çalışmaları yaptıkları öğrenilmiştir. 2 vaka çiftçi ve işçi, 2 vakada iv kateter uygulanması, 2 vakada ise konjestif kalp hastalığı bulunmaktaydı. Kalp hastası

TABLO : 2

(11 vakalık serimizde trombozun lokalizasyonu, şişlik, derecesi ve sonuçlar)

Vaka prot.	Tromboz lokalizasyonu	Şişlik derecesi	Sonuç
1 800/74	V. Axillaris	Karşı taraftan 2 - 7 cm. çevre farkı	13. ayda kontrol Tam iyileşme
2 1253/67	Axiller - subklavian	Karşı taraftan 2 - 9 cm. çevre farkı	Tam iyileşme
3 1567/66	Axiller - subklavian	İki taraflı olduğu için karşılaştırma yapılamadı - Belirgin	Kollarda minimal şişlik, semptomlar tam kayboldu
4 567/71	V. Axillaris	Karşı taraftan 2 - 5 cm. çevre farkı	Tam iyileşme
5 827/74	V. Axillaris	Karşı taraftan 2 - 7 cm. çevre farkı	Tam iyileşme
6 117/75	Axiller - subklavian	Karşı taraftan 3 - 10 cm. çevre farkı	Kolda minimal şişlik, semptomlar kayboldu
7 898/72	V. Axillaris	Karşı taraftan 2 - 5 cm. çevre farkı	Tam iyileşme
8 1027/72	V. Axillaris	Karşı taraftan 3 - 5 cm. çevre farkı	Tam iyileşme
9 356/73	V. Axillaris	Karşı taraftan 2 - 4 cm. çevre farkı	Tam iyileşme
10 489/73	V. Axillaris	Karşı taraftan 3 - 5 cm. çevre farkı	Tam iyileşme
11 1875/75	Axiller - subklavian	İki taraflı olduğu için fark alınamadı şişlik belirgin	Klinik belirtiler kayboldu, hasta bronkopnomoniden eksitus

ve iv kateter tatbik edilen 4 vaka haricinde 7 vakada olayın üst ekstremitelere ağır bir effor sonrası başladığı ifade edilmiştir. Tablo: 1'de de görüldüğü üzere serimizdeki 11 vakadan 7'sinde olayın effor trombozu tanısı kapsamına girebileceği söylenebilir. 2 vakada ise iv kateter uygulanması olayın intimal harabiyet, enfüze edilen ilaçların irritasyonu ve bakteriel envazyon faktörlerinin birlikte etki ettikleri izlenimini uyandırmıştır. **Konjestif kalp hastalığı** bulunan 2 vakada olayın görülmesi dolaşım bozukluğunun ön planda bulunduğunu göstermektedir.

Hastaların hikâyelerindeki bu ayrıntılar dışında yukarıda bildirilen klinik görünüm, üst ekstremitte ven trombozu olasılığını büyük ölçüde kanıtlar. Ancak en kesin ve ayrıntılı bilgi flebografi ile elde edilir. Biz vakalarımızda rutin olarak flebografi uygulama eğilimindeyiz. Ancak olanaklar ve hastaların hekime yardımcı olma kapasitesi bunu etkilemektedir. Buna rağmen 11 vakanın 7'sine flebografi uygulanabilmiş, ancak bir vakada ilaç reaksiyonu sonucu işlem geri bırakılmıştır. Flebograide v. subklavianın aksilla çevresinde kısmi veya tam olarak devamlılığının kaybolması karakteristik bir bulgudur (Resim: 1, 2).

DİĞER LABARATUAR TETKİKLERİ:

Bütün hastalarda rutin tam kan, idrar, tetkikleri ve akciğerlerin radyolojik tetkiki yapılmıştır.

7.000 - 10.000 civarında bir lökositoz, sedimantasyonda hafif süratlenme dışında kayda değer bir bulgu saptanamamıştır.

Bunların dışında yaygın trombozis bulunan 3 vaka dışında, **hastaların genel** durumunda bir bozukluk olmadığı dikkati çekmiştir. 2'si kalp yetmezliği tablosunda bulunan bu vakalarda 37,5 - 38 derece C bir ateş, siyanoz, hipotansiyon ve takikardi saptanabilen diğer bulguları teşkil etmektedir.

TEDAVİ:

Bütün vakalarda kesin tanı konulduğu andan itibaren tıbbi tedavi kapsamına giren ölçülerde aşağıdaki tedavi yolu uygulanmıştır.

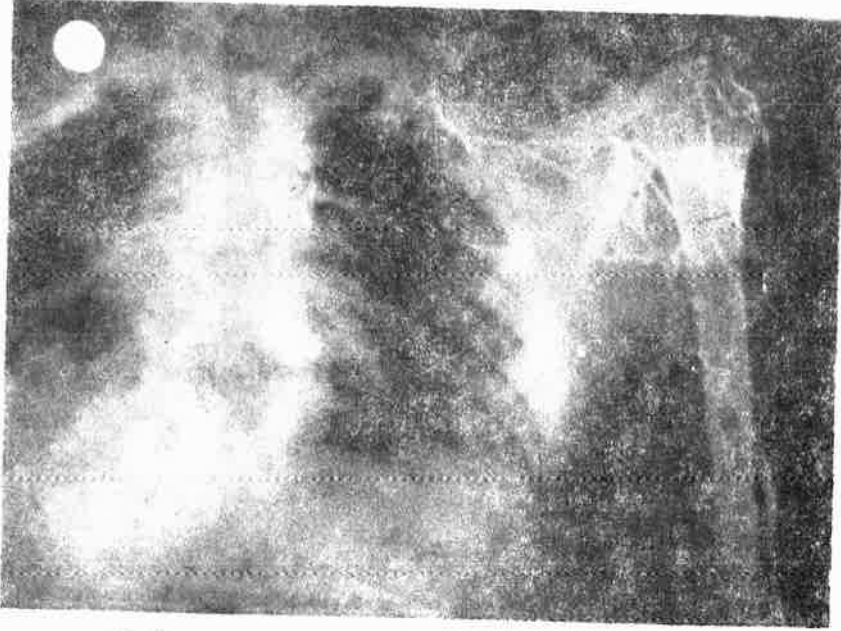


Resim : 1 — B. Ö., 23 yaş, Yezgat. Prot. : 800/12257. Sekreter, halter çalışmalarları sonucu sol kolda v. aksillaris trombozu gelişmiştir. Hastanın girişteki flebografisi görülmektedir.

- 1 — Kolun yüksekte tutulması,
- 2 — İV Antikoagülan tedavi,
- 3 — Analjezik,
- 4 — Vazodilatatörlerin uygulanması,
- 5 — Antibiotikler,
- 6 — Kalp - Akciğer semptomlarına yönelik tedavi.

Hastalar hastahaneye kabul edildikleri andan itibaren yata-
tak istirahatine alınmışlar ve kol veya kollar uygun askı veya
yastık üzerinde kalp seviyesi üstüne yükseltilmiştir. Hastaların
ağrıları, şiddetine göre oral veya intramüsküler enjektabl anal-
jeziklerle giderilmiştir. Rutin kan tetkikleri ve kanama, pıhtı-
laşma zamanı tayin edilerek hemen iv heparinle antikoagülan
tedaviye geçilmiştir.

Heparin iv olarak kanama ve pıhtılaşma tayinleri kontrol
edilerek, kontrol değerin 2 misline ulaşılacak şekilde verilmiş-
tir. Bizim vakalarımızdaki heparin uygulanması, tedavi öncesi



Resim : 2 — H. K., 23 yaş, Erzurum. Prot. : 827/74. Şöför (sporcu). Halter ve barfiks çalışmaları sonrası sol v. aksillariste tromboz. Olayın başlamasından sonra müracaat ettiği 8. gündeki flebografisi. Belirgin kollateraller dikkati çekmektedir.

kanama, pıhtılaşma zamanı tayini, hemen sonra 10.000 ünite heparin vermek ve yapılacak kontrollere göre 6-8 saat ara ile 30-40.000 üniteye çıkılması şeklindedir. Kaide olarak iv enfüzyon sağlam koldan veya hasta olmıyan bir venden yapılır. Ayrıca tüm im ve iv enjeksiyonlar bütün asepsi ve antisepsi kurallarına uyularak yapılmalıdır.

Heparinle tedaviye (heparinle) hastanın belirtilerinde bir düzelme görülünceye kadar 4-7 gün süre ile devamedilerek, daha sonra Tromexan veya Coumadin ile oral yolla antikoagülan tedaviye devam edilir. Burda verilecek doz miktarı protrombin zamanı kontrol değerinin % 10-36 fazlası arasında tutulacak şekilde düzenlenir.

Yaygın trombozis bulunan 3 vakada antikoagülan tedavi yanında iv Rheomacrodex ve komplamin verilmiştir. Buradaki

amaç ilaçların mikrosirkülasyonu kolaylaştırıcı hemodinamiği düzenleyici ve oksijenizasyonu artırıcı etkisinden yararlanmaktadır. Arter spasmı bulunan vakalarda (1 vaka) papaverin hidroklorür uygulanmıştır.

Bütün vakalarda kaide olarak oral veya sistemik olarak geniş spektrumlu antibiotikler kullanılmıştır. Ayrıca kalp - akciğer problemi bulunan 2 hastada dijitalizasyon, uygulanmış, bronko - dilatatöreer verilmiş ve nefes darlığı, siyanoz bulunduğu için aralıklı (intermittant positif pressure) IPP oksijen verilmiştir.

SONUÇLAR :

Yukarıda belirtilen tedavi ölçüsü içinde 11 vakanın 7'sinde ilk 48 - 72 saat içinde dramatik bir düzelme olmuş, ilk 5 - 7 gün sonunda klinik belirtiler büyük ölçüde, semptomlar ise tamamen bertaraf edilmiştir. Bu 7 hasta 5 - 7 gün sonunda oral antikoagülan tedaviye alınmış ve 10 - 12 gün sonunda 3 ay süre ile idame dozda tromexan almak üzere taburcu edilmişlerdir. Hemen belirtmek gerekir ki bu 7 vakanın hepsi de «EFFOR trombozu» tanımına giren aksiller ven trombozu vakaları idi.

Konjestif kalp hastalığı bulunan 2 vaka (birisini iki taraflı) ile iki taraflı trombozis bulunan kateter sonrası olayın geliştiği 1 vakada klinik belirtilerin gerilemesi daha uzun sürede (15 - 18 gün) sağlanabilmiş ve bunlarda heparin tedavisine 8 - 12 gün devam etme zorunluluğu doğmuştur. Konjestif kalp yetmezliği belirtileri de bulunan 2 hastada yetmezlik belirtilerinin gerilemesine paralel koldaki belirtiler de azalarak 18 - 22 günde koldaki semptomları kaybolmuş ancak, orta dereceli ödem ve şişlikleri bulunmasına rağmen idame dozda tromexan tedavisine devam etmek üzere taburcu edilmişlerdir. Kateter sonrası yaygın aksiller - subklavian tromboz bulunan vaka ise koldaki belirtilerin gerilemesine rağmen bronko - pnömoni sonucu vefat etmiştir.

IV kateter sonrası v. aksillaris trombozu gelişen diğer vaka 5. güne kadar iv heparin daha sonra tromexan tedavisi ile tamamen düzelmiş, 8. gün idame dozda tromexan verilerek tüm

semptomları giderilmiş ve klinik belirtilerin % 80 oranında kaybolmuş durumda taburcu edilmiştir.

Bu 11 vakadan effor trombozu grubundaki 6 vaka 13-38 ay izlenebilmiş ve bu sürede 1 vaka haricinde hiçbir semptom ve klinik belirti bulunmadığı görülmüştür. 1 vakada hiçbir semptom ve hareket sınırlılığı bulunmamasına rağmen pektoral bölgedeki ven kollaterallerinin karşı tarafa oranla belirginliği dikkati çekmiştir. Bu vakada izleme süresi 13 aydır.

TARTIŞMA :

Üst ekstremitelerin akut derin ven trombozlarına günümüze değin olayın patolojik etmeni, yerleştiği yöre veya olayı ilk tanımlayan otörlerin isimlerine ait bir sendrom şeklinde çok değişik isimler verilmiştir. Örneğin; PAGET-SCHROETTER sendromu, EFFOR TROMBOZU, V. Axillaris veya V. Subklavia trombozu, Travmatik Aksiller ven trombozu gibi (2, 4, 6, 7, 14, 24).

V. aksillaris veya V. subklavia trombozunun patogenetik yönden aşırı yorgunluk kolların aşırı kas faaliyeti sonucu geliştiği bilinmekte ve bu nedenle de «EFFOR TROMBOZU» adı ile ifade edilmektedir (2, 4, 6, 14, 24). Bildirilen V. Aksillaris - V. Subklavia tromboz serilerinin çoğunda hastaların aşırı kas faaliyeti sonucu olayın spontan olarak geliştiği kaydedilmektedir (1, 2, 4, 6, 12, 14, 24, 25). Bizim 11 vakalık serimizde bu tip bir etyolojik etmen 7 vakada (% 63,6) ortaya çıkarılmıştır.

Aynı olayın akut bir travma, koldan iv kateter tatbiki sonrası, iv enfüzyonlarda ilaçların toksik - enfektif etkileri ile kateterin ven intimasında meydana getirdiği harabiyetin tromboz olayına yol açtığı bildirilmektedir (2, 14, 18, 24, 26). Bizim 2 vakamızda bu tip bir etyolojik faktör (% 18,1 oranında) dikkati çekmiştir.

Kalp dolaşım bozuklukları, kan hastalıkları (polyglobuli, lösemi) ve enfeksiyon (% 18,1) kalp yetmezliği, dolaşım bozukluğu olayda etkili faktörler olarak görülmüştür.

Son yıllarda Anovulatuvar ilaçların gerek üst gerekse alt ekstremitelerde venöz trombozis olaylarında sebep etken olarak suç-

lanmaktadır (2, 4). Ancak biz serimizdeki vakalarla adı geçen ilâçlar grubu arasında bir ilişki saptayamadık.

Mc CLEERY (1951)'in görüşlerine göre v. subklavianın M. Anticus anterior ve M. Subklavius tarafından sıkıştırılmasının olayda önemli bir etkisi vardır (21). Diğer gözlemciler de (PUHL ve HENINGS) zorlayıcı kas çalışmasının bir taraftan fizyolojik aksiller - adale darlığı ile reaktif adale şişliği, diğer yandan endotel patolojisi ve periflebitinin olayda önemli rol oynadığını ileri sürmüşlerdir (13, 23).

Bunun dışında COSTALARDO 1924, WAGNER 1938, OCHSNER —De BAKEY 1940, SUNDER— PLASMAN 1943, TWISINA 1953, CRILLAG - GERGELY 1957, v. aksillarisste primer olay için yükleme ve çekilmeye bağlı olarak bir spazm olduğunu ve bunu trombozun izlediğini ileri sürmüşlerdir (14).

Üst ekstremitelerdeki primer derin ven trombozları günümüz olanakları çerçevesinde daha ayrıntılı bir biçimde V. Aksillaris - V. Subklavia veya Aksiller - Subklavian ven trombozu şeklinde isimlendirilmesinin daha uygun olacağı kanısındayız.

Üst ekstremitte akut derin ven trombozları alt ekstremitte ven trombozlarına oranla çok daha seyrek görülmektedir. Bildirilen serilerde bu sıklık OCHSNER ve arkadaşları 1233 akut tromboflebit vakasında üst ekstremitte ven trombozu olarak % 2, BARKER ve arkadaşları ise 584 vakalık bir seride % 4,3 olarak bildirmişlerdir (14). Biz kendi vakalarımızda bu oranı, 315 tromboflebit vakası içerisinde % 3,46 olarak saptadık.

V. Aksillaris - Subklavia trombozlarının tanısında dikkatli bir anamnez ve fizik muayene büyük oranda kesin tanıya götürür. Dikkatli bir anamnezde yukarıda bildirilen etyo - patogenetik etmenlerin de yakalanması mümkündür. Bunun yanında flebografi yapılması kesin tanı konabilmesi yanında trombozisin yaygınlığı ve lokalizasyonu açısından yararlı bilgiler sağlar.

1

Akut ven trombozlarında ivedili flebografik tetkikin tıkaçın yerinden koparak pulmoner emboliye sebep olabileceği ileri sürülmüş ve bu tip bir tetkikin hiç değilse ilk 48 saatten sonra yapılması önerilmiştir (18). Bu süre sonunda trombüsün orga-

nize olarak damar endoteline sıkıca yapıştığı deneysel olarak da saptanmıştı (15). Üst ekstremité akut derin ven trombozlarının klinik gidişi itibariyle bir flebotromboz olabileceği düşüncesiyle pek sık olmamakla beraber bir emboliye neden olur endişesiyle ilk 48 saat içinde flebografiden sakınılmasının uygun olacağı kanısındayız.

Üst ekstremité akut derin ven trombozlarında tedavi sorunu da günümüze değin kesin bir düzeye ulaştırılamamıştır. Çoğu kez başarılı sonuçlar alınan antikoagülan tedavi yanında trombolitik tedavi, servikal sempatektomi, skalenotomi, fassioto-mi ve son yıllarda büyük bir heyecanla venöz trombektomi önerilmiştir.

Antioagülan tedaviden bildirilen serilerin çoğunda başarılı sonuçlar alındığı görülmektedir (2, 4, 6, 16, 24). Bir kısım otörler retromboz olayını önlemek amacıyla antikoagülan tedavi yanında streptokinase ile trombolitik tedavi uygulanmasının yararlı olduğunu ileri sürmüşlerdir (Pitney ve ark., Karmody ve ark. 16, 22). Ancak hemen belirtmek gerekir ki trombolitik tedavi antioagülan ajanlar kadar kolay ve emniyetle uygulanamaması yanında, trombolitik ajanların allerjik olaylara yol açabilmesi, kanamaya sebep olma olasılığının yüksek olması ve uygulanmasındaki güçlükler sağladığı yararlılardan endişe yaratacak oranda fazla bulunmuştur (2, 4, 16, 18, 22).

Venöz trombektomi ilk defa 1927 de LE RICHE tarafından uygulanmıştır (8). MAVOR - GALLOWAY (20), FONTAINE (10), FOGARTY (11) ve Re WEESE ve arkadaşları (7) trombektominin tutucu tedaviye üstünlüğünü belirten yayınlar yapmışlardır. Yazarlar trombektominin büyük ven fonksiyonlarının yeniden sağlanması ve post-flebitik sekelleri önlemesi açısından üstün tutmaktadırlar.

Ancak ilk 48 - 72 saatten sonra trombüsün organize olduğu, rekanalizasyon gösterdiği bilindiğine göre, bu süre aşılıdıkça trombektominin tam olamayacağı parçalanmış zeminde retromboz olasılığının ve hatta kopan parçaların pulmoner emboliye yol açabileceği bilinen diğer gerçeklerdir (2, 4, 6, 8, 17, 19).

Bu bilgiler ışığında trombektominin ilk 48 - 72 saat içinde uygulanması halinde başarılı olabileceği ortaya çıkmaktadır.

Ancak hemen belirtmek gerekir ki bu tip bir uygulamanın geniş teknik olanaklara sahip ve konu ile ilgili tecrübesi bulunan yerlerde yapılması gerekir.

BIALISTOZKY ve arkadaşları (3) üst ekstremitelerin yaygın ven trombozlarında fassiotomiye önermiş ve 6 vakada başarılı sonuçlar aldıklarını bildirmişlerdir. Ancak bu tip bir uygulama paliatif ölçüde değer kazanabileceği gibi 6 vakadan alınan sonuçlar genel bir değerlendirmeye yeterli olmadığı da açıktır.

Ganglion stellate blokrajı, servikal sempatektomi, skalenotomi gibi diğer uygulamalar vakaların özelliklerine ve klinik seyrine göre endikasyon kazanabilecek yöntemlerdir.

SONUÇ :

Üst ekstremitte akut derin ven trombozları literatür bilgileri ve kliniğimizde tedavi edilen 11 vakanın retrospektif incelenmesiyle eleştirilmiştir. Kliniğimizde 315 tromboflebit vakası içerisinde 11 vaka (% 3,46) oranında üst ekstremitte akut derin ven trombozu saptanmıştır.

Bu tip ven trombozlarının büyük bir çoğunluğunun üst ekstremitte aşırı kas faaliyeti sonucu görülmesi (% 63,6) patogeneze de effor trombozu teriminin doğru olabileceğini kanıtlamaktadır. Kesin tanıda flebografi çok yararlı olmakta ve trombüsün lokalizasyonu yanında yaygınlığı hakkında da yararlı bilgiler sağlamaktadır. Ancak flebografinin emboliye neden olabileceği endişesiyle ilk 48 saat içinde uygulanmaması uygun görülmektedir.

Tedavide serimizde antikoagülanlarda tutucu tedavi ölçüleri içinde başarılı sonuçlar alınmıştır. Trombolitik tedavi uygulama ve kontrol güçlükleri nedeniyle henüz pratikte tavsiye edilecek bir aydınlığa kavuşmamıştır. Venöz trombektomi ise, erken vakalarda 48 - 72 saatlik, endike olması yanında konu ile ilgili geniş tecrübeyi gerektirmektedir. Servikal sempatektomi, skalenotomi ve fassiotomi vakaların özelliklerine göre uygulanabilecek diğer yöntemlerdir.

Hiçbir vakamızda üst ekstremitte akut derin ven trombozuna bağlı pulmoner emboli görülmemiştir.

ÖZET:

Ocak 1966 - Ağustos 1975 yılları arasında kliniğimizde tromboflebit tanısı alarak tedavi gören 315 vaka içerisinde 11 üst ekstremité derin ven trombozu (% 3,46) tesbit edilmiştir. 11 vakadan 2'si kadın, 9'u erkekti. Vakalardan 7'sinde olay solda, 2 vakada sağda, 2 vakada ise bilateral idi. Etyopatogenetik faktör olarak 7 vakanın aşırı effor sonrası olayın gelişmesi effor trombozu terimini doğrulamaktadır.

Hastalığın tanısında dikkatli bir anamnez, fizik muayene yanında fleborafi yanılığına yol açmadan kesin tanıya ulaştırır. Ven trombozu ile birlikte arteriel spasm olabileceği ve akut arter tıkanması izlenimi verebileceği akılda tutulmalıdır. Hiçbir vakada üst ekstremité akut derin ven trombozuna bağlı pulmoner emboli görülmemiştir.

Hastalığın tedavisinde antikoagülan tedavi, yatak istirahati ve ilgili uzvun kalp seviyesi üstünde elevasyonu başarılı sonuçlar vermektedir. Tedavide önerilen venöz trombektomi ancak ilk 48 - 72 saatlik yeni vakalarda başarılı olabilir. Geç vakalarda trombüsün organize olması işlemi güçleştirmesi yanında, retromboz, ve pulmoner emboli olasılığını artırır. Bunun yanında böyle bir işlem ancak tecrübeli hekimler tarafından uygulanmalıdır.

SUMMARY**PRIMARY ACUTE DEEP VEIN THROMBOSIS OF THE
UPPER EXTREMITY**

Paget-Schroetter syndrome - Axiller - Subclavian vein
Thrombosis

(Retrospective analyses of 11 cases)

Between January and August 1975, 315 thrombophlebitis were diagnosed and treated in our clinic. Among these, 15 cases of primary acute deep vein thrombosis of the upper extremity were identified (3,46 %). 2 of the 11 patients were female and

9 wen. In these patients thrombosis was on the left in 7, on the right in 2, and bilateral in the other 2 cases. It was found that the onset was expressed after extensive muscle exercise, which confirms the patogenetic effort thrombosis concept (63,6).

Carefull questioning, physical examination and phlebography can prove the correct diagnosis. One must kept in mind that arteriel spasm may complicate the clinical picture and may lead to a false acute arterial obstruction disition. None of this 11 cases showed any signs of pulmonary embolism.

In the treatment of the process, bed rest, anticoagulant therapy and elevation of the extremity gives succesfull results. Venous thrombectomy can only be indicated and may give succesfull results in the first 48 - 72 hours. In late cases because of the organisation and recanalisation process of the thrombi, thrombectomy may porvoke pulmonary embolism and rethrombosis.

LİTERATÜR

- 1 — Adams, J. A. : De Weese, J. A. : Effort thrombosis of the Axillary and Subclavian veins. The Jour of Trauma, 11 : 923, 1971.
- 2 — Allen, E. V., Barker, N. M., Hines, E. A. : Venous thrombosis, Thrombophlebitis and Pulmonary embolism. Allen, Barker and Hines peripheral vascular diseases Chap XXIII 3. edit W. B. Saunders Co., 1962.
- 3 — Bialostozky, L., Liceaga, J., Benaviders, R. : Massive venous thrombosis of the upper extremity. International Surgery, 55 : 99, 1971.
- 4 — Catchpole, B. N. : Venous thrombosis and embolism. Clinical surgery. Chap 12. Vascular surgery and reticuloendothelial system. Vol. 14, Charles Rob Rodney Smith p. 266 Butterworths, London, 1967.
- 5 — Clagett, G. P., Thornbury, J. R., Penner, J. A. : Upper extremity venous thrombosis with pulmonary embolism. A complication of Excretory urography. JAMA, 227 : 187, 1974.
- 6 — De Weese, J. : Venous and lymphatic diseases. Principles of Surgery Chap 21, p. 779. McGraw Hill Co., 1969.
- 7 — De Weese, J. A., Adams, J. T., Gaiser, D. L. : Subclavian venous thrombectomy. Circulation Supp., 11 : 158, 1970.
- 8 — Edwards, W. H., Sawyers, J. L., Foster, J. H. : İleo-femoral venous thrombosis «Reappraisal of Thrombectomy». Ann of Surg., 171 : 961, 1970.
- 9 — Flores, A. M., Tabis, J. S., Bronx : Acute axillary vein thrombosis fol-

- lowing prolonged use of stand-alone Report of Case. Arch of Physical Med. and Rehab, 89 : 239, 1970.
- 10 — Fontaine, R., Tuchman, L. : The role of thrombectomy in deep vein thrombosis. The jour of Cardio-vasc Surg., 5 : 289, 1964.
 - 11 — Fogarty, T. J., Krippaehne, W. W. : Catheter technique for venous thrombectomy. S. G. O., 121 : 362, 1965.
 - 12 — Hall, J. R. : Upper extremity venous thrombosis. J.A.M.A., 228 : 876, 1974.
 - 13 — Henningsen, O. : Venenwandverletzung als Ursache der akuten Achsel-venenstauung. Langenbecks Arch. Klin. Chir., 191 : 439, 1940.
 - 14 — Hölzl, H. R., Flora, G. Marberger, M. : Primary Axillary vein stasis (Paget Schroetter syndrome) Langenbecks Arch. Klin. Chir., 331 : 295, 1972.
 - 15 — Kiper, H., Tatlıcıoğlu, E., Yaycıoğlu, A. : Venöz trombozis üzerinde deneyssel bir çalışmadan çıkarılan sonuçlar. A. Ü. Tıp Fak. Mec., Cilt : XXV, sayı 6, 1972'den ayrı baskı.
 - 16 — Karmody, A. M., Galloway, J. M. D., Mavor, G. E. : An experimental evaluation of use of streptokinase in venous thrombosis. Brit. J. Surg., 58 : 289, 1971.
 - 17 — Karmody, A. M., Walker, F. : The fate of experimental occlusive venous thrombi. (An combined histological and venographic study). Brit. J. Surg., 58 : 215, 1971.
 - 18 — Laufmann, H. : Thrombosis of the upper extremity. Christophers textbook of surgery. Ninth Edit. Chap. 35, p. 1312. W. B. Saunders Co. Phil., Lon., Tor., 1968.
 - 19 — Mansfield, A. O., Cormicaheal, J. H. E., Parry, E. W. : Thrombectomy employing continous radiological control. Brit. J. Surg., 58 : 118, 1971.
 - 20 — Mavor, G. E., Galloway, J. M. D. : Ileo-femoral venous thrombosis «Pathological considerations and surgical management». Brit. J. Surg., 56 : 45, 1969.
 - 21 — Mc Cleery, R. S., Kesterson, J. E., Kirtley, J. A., Love, R. B. : Subclavius and anterior scalene muscle compression as cause of intermittent obstruction of the subclavian vein. Ann Surg., 133 : 588, 1951.
 - 22 — Pitney, W. R., Pafael, M. J., Webbpeople, M. M., Olsen, E. G. J. : Treatment of experimental venous thrombosis with streptokinase and an-crod (Arvin) Brit. J. Surg., 58 : 442, 1971.
 - 23 — Puhl, H. : Zühr frage der sogenannten Trombose der vena axillaris. Langenbecks Arch. Klin. Chir., 190 : 569, 1937.
 - 24 — Sieberns Von H. : Umgehungskreislauf bei trombotischen Verschle der Vena Subklavia Fortscnr Geb Roentgenstr Nuklear Med., 114 : 801, 1971.
 - 25 — Swinton, N. E., Edgett, J. W., Hall, J. R. : Primary subclavian-axillary vein thrombosis. Circulation, 35 : 737, 1968.
 - 26 — Walters, M. B., Stanger, H. A. D., Rotem, C. E. : Complications with percutaneous venous catheters, J. A. M. A., 220 : 1455, 1972.