

Subklavian arter trombozu Subclavian artery thrombosis

Özgür Dikme, Özlem Dikme, Hakan Topaçoğlu

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Özet

Subklavian arter trombozu damar içindeki kan akımının aniden kesilmesi durumudur. Tromboz akut ya da kronik olabilir. Subklavian stenoz insidansı popülasyonda genel olarak %3-4 arasındadır. Bu durumun en sık nedeni aterosklerozdur. Kimi otörler üst ekstremitte arteryel hastalığını el ve kol semptomlarına yol açmasından çok belirgin nörolojik ve kardiyak sekelle ilişkili olabileceği için önemli olarak değerlendirilmektedir.

Bu vakada sol kolundan tansiyon ölçemediği için acil servise başvuran 64 yaşında bir erkek hastayı sunduk. Hastaya Subklavian arter trombozu tanısı konulmuş ve trombektomi yapılmıştır.

Acil servise sersemlik, vertigo, senkop, ataksi, bulantı, kolda ağrı ve güçsüzlük, kolda soğukluk veya duyu kaybı ile başvuran tüm hastalarda subklavian arter trombozu ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Subklavian arter, tromboz, ateroskleroz, trombektomi

Türkçe kısa makale başlığı: Subklavian arter trombozu

Abstract

Subclavian artery thrombosis is a condition in which the blood flow through the vessel is suddenly obstructed. Thrombosis may be acute or chronic. The incidence of subclavian stenosis in the general population ranges from 3% to 4%. Atherosclerosis is the most common cause of this condition. Few practitioners consider the importance of upper extremity arterial disease; which, besides causing hand and arm symptoms, can be associated with significant neurologic and cardiac sequelae. We describe a 64 year old male patient who admitted emergency department while he couldn't measure blood pressure from the left arm. Subclavian artery thrombosis was diagnosed and he was treated with thrombectomy. In the emergency department, light-headedness, vertigo, syncope, ataxia, nausea, arm pain and weakness, coldness or loss of sensation in the arm for all patients with subclavian artery thrombosis should be considered in the differential diagnosis.

Key words: Subclavian artery, thrombosis, atherosclerosis, thrombectomy

İngilizce kısa makale başlığı: Subclavian artery thrombosis

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Özlem Dikme/ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul
Tel: 05056487292/ E-mail: ozlemakinci80@yahoo.com

Giriş

Subklavian arter trombozu damar içerisindeki kan akımının aniden kesilmesi durumudur ve damarda önceden var olan yaralanma, hiperkoagülabilité ve aterosklerotik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkar. Subklavian stenoz insidansı popülasyonda genel olarak %3-4 civarındadır. Ekstremitelerdeki sıralamaya bakılacak olursa %34 femoral arter, %14 popliteal arter, %13,5 common iliak arter, %9,1 abdominal aorta, %9,1 brachial arter, %4,5 subklavian-axiller ve %3 eksternal iliak arter olarak sıralanmaktadır (1). Bu durumun en sık nedeni aterosklerozdur. Kimi otörler üst ekstremité arteryel hastalığını el ve kol semptomlarına yol açmasından ziyade belirgin nörolojik ve kardiyak sekellerle ilişkili olabileceği için önemini vurgulamaktadırlar. Özellikle önemli miktarda üst vücut aktivitesi olan genç bireylerde sık görülür. Tromboz akut ya da kronik olabilir. Kan akımının aniden kesilmesiyle meydana gelen subklavian arter trombozu nadiren akut semptomlarla ortaya çıkar. Kronik tromboz daha sık görülür, genellikle aterosklerotik değişikliklere ikincil oluşur ve hastada semptoma neden olmaz. Kronik trombozda torasik outlet sendromu ve subklavian çalma sendromuna dikkat edilmelidir (2,3).

Bu olguyu sunmadaki amacımız acil servise başvurusunda asemptomatik olan bir subklavian arter trombozu vakasının klinik özellikleri, tanı ve tedavi özelliklerini tartışmaktır.

Olgu Sunumu

Altmış dört yaşında erkek hasta sol kolundan tansiyon ölçülememesi şikayeti ile acil servise getirildi. Öyküsünde bir gün öncesinde istirahat esnasında yaklaşık yarım saat ve sonrasında iki defa 10 dakika süreyle ensede, sol omuz, kol ve sırt bölgesinde ani başlangıçlı bıçak saplanır tarzda ağrısı olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Hastanın bilinci açık, koopere ve oryante idi. İlk değerlendirmesinde sağ koldan kan basıncı 120/80 mmHg olarak ölçülürken, sol kolda kan basıncı ölçümü yapılamadı. Diğer vital bulguları normal olarak saptandı. Sağ radial ve brakial arter nabızları dolgun ve düzenli palpe

edildi. Sol üst ekstremité nabızları ise palpe edilemedi. Ekstremitelerde ısı farkı ve şişlik yoktu. Aynı zamanda ekstremitelerde motor ve duyu kusuru saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Elektrokardiyogram sinüs ritmindeydi ve iskemik değişiklik mevcut değildi. Akciğer grafisi olağan olarak değerlendirildi. Aort diseksiyonu şüphesi ile istenen intravenöz kontrastlı torako-abdominal bilgisayarlı anjiyotomografisinde subklavian arterin arkus aortadan çıkış yerinde trombüs mevcut olduğu görüldü, ancak distale kontrast madde geçişi mevcuttu (Resim 1,2,3).



Resim 1. Subklavian arter açık görünümünde, kontrast madde geçişi mevcuttur.



Resim 2. Subklavian arterde kontrast madde geçişi yaklaşık %50 oranında azalmıştır.



Resim 3. Subklavian arterde kontrast madde geçişi olmamakta, tam oklüzyon görülmektedir.

Düşük molekül ağırlıklı heparin subkutan yapıldı. Acil servis izleminde başka bir acil durum saptanmayan hasta trombektomi amacıyla hastaneye yatırıldı. Kalp damar cerrahisi tarafından aynı gün operasyona alınan hastaya trombektomi uygulandı ve sonrasında servis izlemine alındı. Operasyon sonrasında periferik nabızlar dolgun olarak palpe edildi. Hastanın servis yatışı sonrasında yapılan ekokardiyografisi olağan saptandı, tromboz izlenmedi. Ateroskleroza sekonder gelişen bir tromboz olduğu düşünüldü. Servis yatışı süresince hastaya heparin ve intravenöz antibiyoterapi uygulandı. İzlemin beşinci gününde sorunsuz olan hasta peroral antiagregan tedavi düzenlenerek kontrole gelmek üzere servisten taburcu edildi. İzleminde re-tromboz izlenmedi, amputasyon ihtiyacı olmadı.

Tartışma

Subklavian arter stenozu üst ekstremitelerde, beyin ve bazı durumlarda kalbi etkileyen semptomatik iskemik sorunlara yol açarak önemli bir morbidite nedeni olabilir. Ateroskleroz bu durumun en sık nedenidir. Damardaki aterosklerotik değişiklikler bölgedeki akım özelliklerine bağlı olarak oluşur. Aterosklerotik hastalığın ilerlemesini sağlayan sigara, hiperkolestrolemi ve hipertansiyonu içeren diyetsel ve sosyolojik özellikler damardaki değişiklikleri hızlandırır. Hastamızda etiyolojik faktörlere bakıldığında hipertansiyonun mevcut olduğu görülmektedir. Arterit, radyasyon maruziyetine bağlı

inflamasyon, kompresyon sendromları, fibromusküler displazi ve nörofibromatozis diğer subklavian stenoz nedenleri olarak sayılabilir. Subklavian arter trombozu akut üst ekstremitelerde iskemisinin nadir sebeplerindedir (4). Subklavian arter trombozunun non-kardiyak en sık sebebi travmadır. Hastamızda ise herhangi bir travma öyküsü mevcut değildi. Subklavian stenoz insidansı popülasyonda genel olarak %3-4 arasındadır (5). Ancak periferik damar hastalığı olanlarda %11-18'lere kadar çıktığı bildirilmiştir. Yine bu çalışmada periferik damar hastalığı olan hastaların %41.6'sında brakiosefalik arterlerin en az birinde darlık olduğu ve bu olguda olduğu gibi sıklıkla sol subklavian arterde darlık olduğu bildirilmiştir (6). İzole bir stenoz söz konusu olduğunda mevcut kollateral potansiyeline bağlı olarak semptomların şiddeti değişebilmektedir. Üst ekstremitelerde kolda kladikasyon ya da kas yorgunluğu, arteriyel nabızların zayıf alınması ya da alınamaması, soğukluk ya da solukluk, uyuşukluk, hareket ya da istirahat ağrısı veya ciddi vakalarda doku nekrozu görülebilir. Vertebrobaziler hipoperfüzyona bağlı olarak nörolojik bulgular ortaya çıkabilir. Ataksi, vertigo, senkop, disfazi, görme bozuklukları ve hemisensoriyel defisitler görülebilir. Ancak bu vakada nörolojik yakınma mevcut değildi. Tıkanıklığın ateroskleroza ikincil olduğu durumlarda, arterin akut trombozu genellikle asemptomatiktir. Bu vakada da benzer şekilde (her ne kadar bir gün önce sırt, kol ve omuz ağrısı olmuşsa da) hasta acil servis başvurusu esnasında asemptomatiktir. Aslına bakılırsa, otopsi serilerinin %9'unda sol subklavian arter ya daralmış ya da tıkalı olarak saptanmıştır (3). Aboyan ve ark. yaptıkları 307 subklavian stenozu olan hastayı içeren çalışmada prevalansı kadınlarda (%5.1) erkeklerden (%3.9) daha yüksek bulmuşlardır. Altın standart olarak anjiyografik bilgileri kullanarak English ve ark. yaptıkları bir çalışmada kollar arasındaki arteriyel kan basıncı farkının 15 mm/Hg dan büyük olmasını subklavian stenoz taraması için %50 sensitif ve %90 spesifik olarak bulmuşlardır (7). Taşdemir ve ark. tarafından yapılan üst ekstremitelerde arteriyel oklüzyonlarının

incelendiği 43 hastalık bir çalışmada, literatürde tromboembektomi sonrasında görülen re-tromboz oranı %4-10 arasında belirtilmiş olmasına rağmen, %23,2 oranında re-tromboz oranı bildirilmiştir. Yine amputasyon oranına bakıldığında %9,3 ve mortalite oranı ise %9,3 olarak bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında ise üst ekstremité akut arteriyel tıkanıklıkları ile ilgili embektomi sonrasında 30 günlük mortalite için %9-19 arasında değişen oranlar olarak bildirildiği görülmektedir (8). Bizim olgumuzda re-tromboz, amputasyon ya da ölüm görülmemiştir.

Subklavian arter stenozuna yönelik farklı tedavi seçenekleri için kanıtlar çoğunlukla gözlemsel ve retrospektiftir. Kimileri ilaçlarla konservatif tedaviyi savunurken, çoğunluk subklavian çalma (vertebral ya da koroner), kladyasyon ya da iskemik sekeli de içeren semptomatik hastalarda cerrahi ya da endovasküler tedaviyi önermektedir.

Acil servise sersemlik, vertigo, senkop, ataksi, bulantı, kolda ağrı ve güçsüzlük, kolda soğukluk veya duyu kaybı ile başvuran tüm hastalarda subklavian arter trombozu ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Özellikle daha sık görülen ve ateroskleroza ikincil olan vakaların asemptomatik olabileceği, vasküler sistem açısından ayrıntılı fizik muayene ve kan basıncı ölçümlerinin mutlaka iki koldan yapılması gerektiği de unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Yetkin U, Gürbüz A. Akut arter tıkanmalarına genel bakış. Van Tıp Dergisi 2002; 9:38-46.
2. Bahçivan M, Saraç A, Demirağ MK, ve ark. Üst ekstremité tromboembolik atardamar tıkanmaları. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2008; 16:20-3.
3. Mancini MC. Subclavian artery thrombosis. In: Medscape Reference, Drugs, Diseases & Procedures. Last updated: Nov 15, 2011.
4. Boas N, Desmoucelle F, Bernadet V, et al. Rare cause of acute ischemia of the right upper extremity: thrombosis of a retroesophageal subclavian artery. Ann Vasc Surg 2002; 16:387-90.

5. English JA, Carell ES, Guidera SA, et al. Angiographic prevalence and clinical predictors of left subclavian stenosis in patients undergoing diagnostic cardiac catheterization. Catheter Cardiovasc Interv 2001; 54:8-11.

6. Gutierrez GR, Mahrer P, Aharonian V, et al. Prevalence of subclavian artery stenosis in patients with peripheral vascular disease. Angiology 2001; 52:189-94.

7. English JA, Carell ES, Guidera SA, et al. Angiographic prevalence and clinical predictors of left subclavian stenosis in patients undergoing diagnostic cardiac catheterization. Cathet Cardiovasc Intervent 2001; 54:8-11.

8. Taşdemir HK, Ceyran H. Üst Ekstremité Akut Arteriyel Tıkanıklıkları ve Erken Dönem Sonuçları. Erciyes Tıp Dergisi 2009; 31:44-8.