

OLGU SUNUMU

Sol subklavyan arter agenezisinde vertebral arterden aksiller artere kollateral gelişimi

Kadir ARSLAN¹, Uğur KÜÇÜK¹, Bahadır KIRILMAZ¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale.

Geliş tarihi: 13.08.2021; Kabul tarihi: 04.09.2021

Sorumlu yazar: Kadir ARSLAN, *Adres:* Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Barbaros Caddesi Terzioğlu Kampüsü B Blok No: 4, Çanakkale, Türkiye, *E-posta:* arslankadir96@gmail.com, *Telefon:*+905389765103.

ÖZET

Subklavyan arter agenezisi, aortadan direkt köken alan baş, boyun ve üst ekstremiteleri besleyen arterin konjenital olarak gelişmeme durumudur. Nadir rastlanılan bu benign durum genellikle asemptomatiktir. Ancak vakaların %20'sinde semptomatik olabilir. Agenezi ile oluşan akım azlığı veya yokluğu nabızlarda zayıflamaya, nörolojik olaylara (presenkop, senkop) ve üst ekstremitelerde iskemik değişikliklere sebep olabilir. Bu semptomlara Takayasu arteriti başta olmak üzere birçok inflamatuvar hastalık sebep olabilir.

Anahtar kelimeler: Koroner anjiyografi, subklavyan arter, agenezi

Collateral development from vertebral artery to axillary artery in left subclavian artery agenesis

ABSTRACT

Subclavian artery agenesis is the congenital underdevelopment of the artery supplying the head, neck and upper extremity directly originating from the aorta. This rare benign condition is usually asymptomatic. But it can be symptomatic in 20% of cases. The decrease/absence of flow caused by agenesis may cause weakening in pulses, neurological events (presyncope, syncope) and ischemic changes in upper extremity. These symptoms can be caused by many inflammatory diseases, especially Takayasu's arteritis.

Keywords: Coronary angiography, subclavian artery, agenesis

GİRİŞ

Subklavyan arter agenezisi klinikte nadir karşılaşılan daha çok subklavyan arter stenozu olarak toplumda yaklaşık %2 saptanan klinik bir durumdur [1]. Periferik arter hastalıkları (PAH) arasında üst ekstremitelerde stenoz, oklüzyonları nadir görülmesine rağmen üst ekstremitelerde PAH oranları arasında en sık stenoz, oklüzyon durumu subklavyan arterde izlenir [2]. Subklavyan arter agenezisi, stenozu genellikle asemptomatik seyretme eğiliminde olup nadiren ekstremitelerde iskemik değişiklikler, kladikasyon, parmaklarda nekroz veya vertebro-baziller hipoperfüzyon durumuna bağlı olarak senkop, vertigo, ataksi, disfazi, disartri gibi klinik durumlarla karşımıza çıkabilmektedir [1]. Bu klinik durumlar göz önüne alındığında aktif kol fonksiyonu olmamasına bağlı hayati işlevlerin kendi kendine yapılamaması, gelişen nörolojik olaylara bağlı yatağa bağımlılık veya yaşam konforunda azalma saptanabilir. Literatüre bakıldığında hayatı tehdit eden beyin sapı iskemisine sebep olabilen subklavyan çalma sendromları görülebilir [3]. Yazımızda uzun yıllar atletik spor yapmasına rağmen bir şikayeti olmayıp detaylı fizik muayenesinde tanısı konulan vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

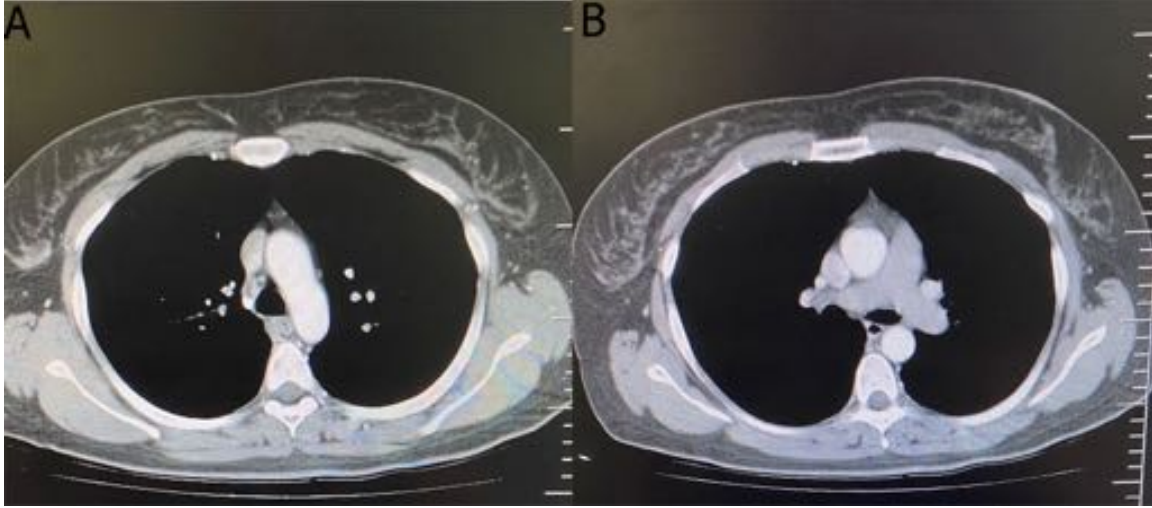
45 yaş kadın hasta üst ekstremitelerde arteriyel tansiyon farkı nedeniyle dış merkezden polikliniğimize

yönlendirildi. Yıllık rutin kontroller sırasında sol üst ekstremitelerde sağ üst ekstremitelere göre ölçülen tansiyon değerleri bariz düşük olması üzerine ileri tetkik için yatış verildi. 20 yıl karate ve 15 yıl vücut geliştirme sporları ile uğraşmasına rağmen sol kolda herhangi bir belirgin bir iskemik semptom izlenmemiştir ve kas gelişimi normaldi.

Fizik muayenesinde yapılan monitörize ölçümünde sağda 74 atım/dk nabız, arteriyel oksijen saturasyonu (SaO₂) %94, arteriyel tansiyon 117/86 mmHg olarak ölçülürken sağ kolda nabız 76/dk, SaO₂ %100 ve tansiyon arteriyel 79/64 mmHg olarak ölçülmüştür (Şekil 1). Elektrokardiyografisinde normal sinüs ritmi 100



Şekil 1. Sağ (A) ve sol (B) kol nabızı ve tansiyon değerleri ile sağ ve sol el arasındaki nabız ve saturasyon ölçümleri (C).

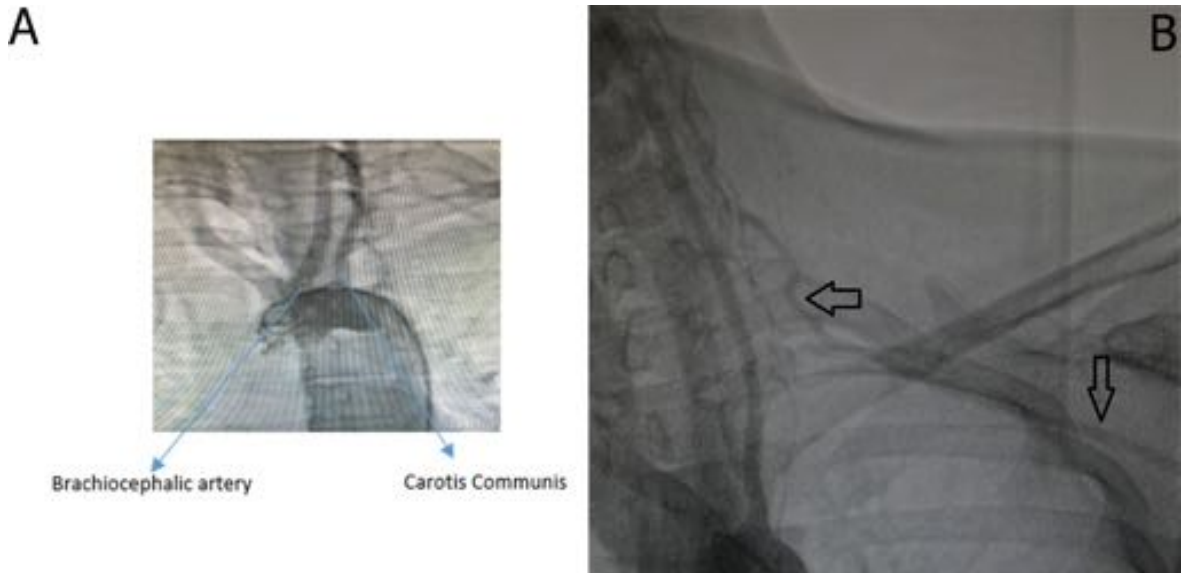


Şekil 2. Bilgisayarlı toraks tomografisi. Aort koarktasyonu veya aort diseksiyonu bulgusu izlenmiyor.

atım/dk izlenen hastanın yapılan transtorasik ekokardiyografisinde ejeksiyon fraksiyonu %60 olarak hesaplandı. Duvar hareket kusuru ve kapak patolojisi saptanmamıştır. Yapılan sol Doppler ultrasonografide aksillerden itibaren olan doğal akım saptandı. Olası Takayasu arteriti sebebi alınan romatolojik tetkiklerde antinükleer antikor negatif, anti-düz kas antikoru negatif, anti-nötrofil sitoplazmik antikor negatif, romatoid faktör negatif saptandı. Yapılan aort bilgisayarlı tomografide aort koarktasyonu ve diseksiyonuna dair görüntü saptanmadı (Şekil 2). Diğer laboratuvar değerlerinde anormallik olmayan hastaya yapılan anjiyografik görüntüleme sol subklavyan arterin doğuştan agenezik olduğu ve sol aksiller artere kollateral veren vertebral arter izlenmiştir (Şekil 3).

TARTIŞMA

Subklavyan çalma sendromu proksimal subklavyan arter stenoz ve oklüzyonlarında poststenotik intraluminal basınç, baziller arter basıncının altına düştüğünde vertebral arterde geriye doğru bir akım ortaya çıkışına bağlı ortaya çıkan klinik durumdur [4]. Ayırıcı tanısında başta Takayasu arteriti, göğüs çıkış sendromu, posteriyor sirkülatuar serebrovasküler olaylar, aort koarktasyonu ve diseksiyonu bulunur. Tedavi hastanın semptomlarına göre planlanmaktadır. Şikayeti olmayan hastaların klinik takibi yapılabilirken, semptomları hayatını etkileyen hastalarda cerrahi, perkütan transluminal anjiyoplasti veya stent uygulanarak revaskülarizasyon sağlanabilir [4]. Literatüre bakıldığında nörolojik semptomları olan hastalara stent uygulanarak tedavi edilebildiği görülmek-



Şekil 3. Sol subklavyan arter agenezisi (A) ile vertebral ve aksiler arterlerdeki kollateral (B) gösteren anjiyografik görüntüsü.

tedir [5]. Bizim hastamızda hayatını etkileyecek majör semptom olmaması (iskemi, kas günü kaybı, senkop, inme, vertigo) sebebiyle medikal takip kararı verilerek poliklinik kontrolleri önerdik. Tanısında Doppler ultrasonografi, kontrastlı bilgisayarlı tomografi kullanılmasına rağmen hastamızda olduğu gibi tanı koyma kısmında fizik muayenenin atlanmaması tansiyon ve nabız muayenesi ile hasta için hayati bir

durumun erken tanısının mümkün olduğunu göstermek istedik.

Çıkar çatışması: Yok

Finansal destek: Yok

Açıklama

Olgudan aydınlatılmış onam alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Caesar-Peterson S, Bishop MA, Qaja E. Subclavian Artery Stenosis. 2021 Mar 3. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. PMID: 29261913
2. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, et al; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur Heart J 2018;39(9):763-816.
3. Sharma VK, Chuah B, Teoh HL, et al. Chronic brainstem ischemia in subclavian steal syndrome. J Clin Neurosci 2010;17(10):1339-41.

4. Pollard H, Rigby S, Moritz G, Lau C. Subclavian steal syndrome: A review. Australas Chiropr Osteopathy 1998;7(1):20-8.
5. Yürekli VA, Kutluhan S, Gürkaş E, et al. Subclavian steal syndrome treated by endovascular approach in the interventional Neurology clinic. Turk J Neurol 2013;19(2):66-8.