

THE UPPER EXTREMITY ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE; CASE REPORT

Üst ekstremitte tıkaçıcı arter hastalığı; Olgu sunumu

Funda Tor Ocak, Mahmut Çetinoğlu, Tolga Onur Badak, Suat Karaca, İbrahim Özsöyler

Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, ADANA
Yazışma adresi: Dr. Funda Tor Ocak, funda_tor@yahoo.com

Cer San D (J Surg Arts), 2014;7(1):46-47.

<http://dx.doi.org/10.14717/jsurgarts.2014.145>

ABSTRACT

The various factors play the role in etiology of upper extremity occlusive arterial diseases. The incidence rate of arterial thrombosis due to atherosclerosis is %10-30. This rate is %80 in embolies. Since the atherosclerosis is less seen in upper extremity and because of the widespread of collaterals, the symptoms of upper extremity arterial diseases are milder than low extremity. Although the various factors play the role in etiology of upper extremity occlusive arterial diseases, treatment choices are limited. In this study, we presented the case operated because of upper extremity occlusive arterial diseases.

Key words: Extremity, occlusive artery disease.

ÖZET

Üst ekstremitte tıkaçıcı arter hastalığında etiyolojide çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Ateroskleroza bağlı arteriyel tromboz görülme sıklığı %10-30 iken, bu oran embolilerde % 80 civarındadır. Gerek aterosklerozun üst ekstremitte daha az görülmesi, gerekse kollaterallerin yaygınlığı, üst ekstremitte arteriyel hastalıklarda semptomlar alt ekstremiteden daha hafif seyretmesine sebep olmaktadır. Etiyolojide çeşitli faktörler rol oynamasına rağmen tedavi seçenekleri sınırlıdır. Bu çalışmamızda üst ekstremitenin kronik arteriyel oklüzyonu nedeniyle kınığımıza gelen ve opere ettiğimiz olguyu sunduk.

Anahtar kelimeler: Ekstremitte, tıkaçıcı arter hastalığı.

GİRİŞ

Üst ekstremitte arteriyel oklüzyonları alt ekstremitedekilerden belirgin farklılık gösterir. Üst ekstremitte genellikle aksiller arterin distalinde olmak üzere emboli, travma, kollajen doku hastalığı, trombo anjitis obliterans sonucu oklüzyonlar meydana gelir. Alt ekstremitteye göre kronik oklüzyonlarda ekstremitte kaybı nadir ve yaygın kollateral nedeniyle cerrahi girişim gerekliliği daha azken, akut tromboembolik tıkanıklıklar daha ciddi seyretmektedir. Zamanında müdahale edilmediğinde ciddi oranda mortalite ve morbidite ile seyredilmektedir (1,2). Akut ve kronik zeminli üst ekstremitte arteriyel tıkanıklıklarında cerrahi olarak embolektomi girişimi genellikle ilk tercih olmasına rağmen, özellikle kronik zeminli oklüzyonlarda embolektomi girişimi başarısız olabilmekte, bypass uygulamaları da her zaman mümkün olmamaktadır (3). Bu yazımızda sağ

üst ekstremitte tıkaçıcı arter hastalığı bulgusu nedeniyle kınığımıza gelen ve opere ettiğimiz olguyu sunmaktayız.

OLGU

Hasta 52 yaşında kadın hasta, bir ay önce başlayan sağ el 1. parmakta siyanoz nedeniyle kınığımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ brakial, ulnar ve radyal nabazan nonpalpable, diğer nabazan palpable idi. Sağ elde diğer ekstremitteye göre hafif soğukluk mevcuttu. Motor ve duyu defisit yoktu. EKG (elektrokardiyografi) sinüs ritminde idi. Hemogram ve biyokimya değerleri doğal idi. Arteriyel doppler ultrasonografide sağ brakial ve distalinde poststenotik akım olması üzerine hastaya MR (manyetik rezonans) anjiyografi yapıldı. MR anjiyografide sağ brakial ve distal arterlerde oklüzyon mevcuttu. Hastaya cerrahi girişim planlandı. Genel

anestezi altında operasyona alındı. Sağ antekubital bölgeye insizyon yapılarak sağ brakial arter eksplore edildi. Sağ brakial arterde nabız yok idi. Arterin fibrotik yapıda olduğu gözlemlendi. Heparinizasyonu takiben sağ brakial arter klempe edildi. Sağ brakial artere arteriyotomi yapıldı. Distalde kan akımının olmadığı görüldü. 3F fogarty kateteri gönderildi. Trombüs gelmedi. Akım sağlanmaması üzerine insizyon aksiller bölgeye ilerletilerek aksiller arter eksplore edildi. Aksiller arterde nabızın iyi alınması üzerine sağ aksillobrakial greft bypassa karar verildi. Safen ven kullanılarak sağ aksillobrakial safen ven bypass yapıldı. Anastomoz distalinde nabız olması ve kanama kontrolünün yapılması üzerine kapamaya geçildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Sağ brakial, radyal ve ulnar nabız palpable idi. Olgu asetil salisilik asit 150 mg verilerek taburcu edildi. Hastanın bir ay sonra yapılan kontrollerinde siyanozun kaybolduğu görüldü. Kontrol MR anjiyografi çekildi. Greftin açık olduğu görüldü (Resim 1).



Resim 1: MR anjiyografi; Greft açık.

TARTIŞMA

Kronik zeminde arteriyoskleroza bağlı üst ekstremitate arter tromboz oranı %10-30 arasındadır. Emboliye bağlı tıkanıklık ise %80 civarındadır. Trombozise bağlı semptomlar yavaş yavaş artarken, embolide daha hızlı ortaya çıkmaktadır (2). Gerek yaygın kollateral oluşumu gerekse aterosklerotik zeminin az olması nedeniyle üst ekstremitate arteriyel sistemin kronik tıkanıklıklarının semptomatik olma olasılığı alt ekstremitateye göre daha azdır (4). Üst ekstremitate iskemisi, tüm ekstremitate iskemilerinin arasında %17 (7-32) oranında görülmektedir (5). Ateroskleroz tüm akut arteriyel oklüzyonların %74,5'ini oluşturmaktadır (6). Tanı basit fizik muayene ile başlar. Akut oklüzyonlarda distal nabızlar alınmaz ya da karşı ekstremitateye göre zayıflamıştır. Fizik muayene yanında USG ve anjiyografi ile tanı kesinleştirilebilir (4). Hastaların çoğunda tanı, akut

iskemi süresini fazla uzatmamak için herhangi ek bir invaziv veya sonografik tetkik yapılmadan klinik bulgularla ve hasta başı el doppleri ile konulur. Tanıyı desteklemek için USG istenebilir. Ameliyat öncesi anjiyografi sadece karotis nabızları alınmayan, yaygın arteriyoskleroza bulunan ve daha önceden bilinen periferik arteriyel aterosklerotik hastalığı bulunan hastalarda kısa süreli periferik anjiyografi yapılarak distal yatak görüntülenmeye çalışılır (2).

Akut ve kronik zeminli üst ekstremitate periferik arter tıkanmalarında cerrahi olarak embolektomi girişimi genellikle ilk tercih olmasına rağmen, özellikle kronik zeminli oklüzyonlarda başarısız olabilmekte, bypass uygulamaları da her zaman mümkün olamamaktadır (7). Re-oklüzyon oranı %4-10 arasında bildirilmiştir (2). Bizim çalışmamızda da öncelikle embolektomi denenmiş ancak sonuç alınmaması üzerine peroperatif bypassa karar verilmiştir. Özellikle yaşlı, zeminde yaygın aterosklerozu bulunan, kollateral gelişimi iyi olmayan ve geç dönemde başvuran hastalarda ekstremitenin kurtarılması her zaman mümkün olamamaktadır. Ancak bu durum yine de alt ekstremitateye göre daha nadirdir.

KAYNAKLAR

1. Yao JS. Upper extremity occlusive disease. In: Greenfield LJ, editor. Essentials of surgery: scientific principles and practice. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. s:594-600.
2. Hernandez-Richter T, Angele MK, Helmsberger T, Jauch KW, Lauterjung L, Schildberg FW. Acute ischemia of the upper extremity: long-term results following thrombectomy with the Fogarty catheter. Langenbecks Arch Surg 2001;386(3):261-6.
3. Erentuğ V, Mansuroğlu D, Bozbuğa NU, Erdoğan HB, Elevli MG, Bal E ve ark. Akut arteriyel tıkanıklarda cerrahi tedavi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2003;11(3):236-9.
4. Eskandari M, Yao JST, Pearce WH. Upper extremity occlusive disease. Available from: <http://www.emedicine.com/med/topic2776.htm>.
5. Licht PB, Balezantis T, Wolff B, Baudier JF, Roder OC. Long-term outcome following thrombectomy in the upper extremity. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004;28(6):508-12.
6. Pearson TA, Kramer EC, Solez K, Heptinstall RH. The human atherosclerotic plaque. Am J Pathol. 1977;86(7): 657-64.
7. Saraç A, Akan H, Demirağ MK, Keçelgil HT, Bahçıvan M, Kolbakır F. Akut atardamar tıkanıklıklarında lokal trombolitik tedavi. OMÜ Tıp Dergisi 2004;21(1):78-83.