

Torasik Outlet Sendromu'nun Geç Komplikasyonunda Minimal İnvaziv Yöntemlerle Başarılı Arteriyel Rekonstrüksiyon

Öztekin OTO, Eyüp HAZAN, Özalp KARABAY, Hüdai ÇATAL YÜREK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı. İnciraltı İzmir

Torasik outlet sendromu (TOS) terimi ve bugün kabul gören ekzersiz programı ilk defa 1956' da Peet ve arkadaşları tarafından yayınlanmış, Torasik Outlet Kompresyon Sendromu tanısı ilk defa 1958' de Rob ve Standevan tarafından kullanılmıştır (1). TOS brakiyal pleksus, subklaviyan arter ve venin kompresyonunun oluşturduğu bir semptomlar topluluğudur. TOS' da vasküler komplikasyonlar daha az olup hastaların % 8' inde görülmektedir (2). Arteriyel TOS' da iskemi, ekstremitede güçsüzlük, kladikasyo olmaktadır (1).

GKDC Dergisi 1997; 5: 306-309

Successful Arterial Reconstruction with Minimal Invasive Method in Late Complication of Thoracic Outlet Syndrome

Peet et al introduced the term "thoracic outlet syndrome" in 1956, and described an exercise program that is still used frequently. Rob and Standevan used the term "thoracic outlet compression syndrome" in their description of arterial occlusion in the outlet in 1958. TOS is commonly used to describe symptoms resulting from compression of the subclavian vein, subclavian artery, and brachial plexus. The vascular form of TOS was found in 8 % in arterial TOS, the arm becomes ischemic and claudicates.

Giriş

TOS' da yumuşak doku anomalilerini içeren 10 tip tanımlanmıştır, sendrom genellikle kombinasyonlar halindedir (1). % 70 olguda patoloji bilateral görülmektedir.

Torasik çıkımın anatomik sınırları; 1. kotun dış kenarıyla medialde üst mediastinum, sefalad yönde de 5. servikal sinir düzeyi arasındadır. Bu küçük alanda anterior ve mid skalen kaslar, brakiyal pleksusun 5 primer sinir dalı ve 3 adet trunkusu, frenik, uzun torasik ve dorsal skapul-er sinir dalları, stellat ganglion, subklaviyan ven ve arter, duktus torasikus ve skalen lenf nodları, akciğer kupulası bulunmaktadır (1).

TOS patofizyolojisi ve klinik tablosu kompleks- tir, semptomlar bası altında kalan arter ve sinir- lere aittir. Hafif derecede nörolojik şikayetler ve

arteryel kompresyon varsa parestezi, uyuşuk- luk ve karıncalanma yakınmaları vardır. Daha ileri semptomlar his kaybı, kas zayıflığı ve atrofidir. Arterin kompresyonuna bağlı bulgu- lar minör arteryel dolaşım yetersizliğinden arteryel tam tıkanıklığa kadar değişebilir. İleri derecede dolaşım yetersizliğinde iskemiye bağ- lı ön kol ve elde kladikasyo, kuvvet azlığı ve ağrı olur (1). Sübjektif semptomların iyi değer- lendirilmesi, ayrıntılı bir öykü ve iyi bir fizik inceleme tanı için çok değerlidir.

TOS tanısında bir "gold standart" test yoktur. Negatif vasküler patolojiyi açıklamak için yapılan testlerde yalancı negatif veya pozitif sonuçlar elde edilebilmektedir (3).

Radyografik inceleme ile servikal kot, anormal C-7 transvers oluşumu, 1. kosta anomalileri, klavikuler ekzostosis veya fraktürlerin tespiti,

arteriografi, MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme), dupleks scanning ile vasküler lezyonların tanımı tam olarak yapılmaktadır.

Cerrahi tedavi endikasyonları brakial pleksus ya da periferik sinir kompresyonuna bağlı semptomların giderilmesinde konservatif yöntemlerin yetersiz kalması, duysal yada motor semptomların 3 aydan uzun sürmesi ya da kötüleşmesi ya da ulnar ve/veya median sinir ileti hızlarının uzamasıdır. En önemli cerrahi endikasyon periferik emboli ile beraber olan ya da olmayan aksiller subklavyan arter darlığı ya da oklüzyonu olup diğer cerrahi endikasyonlar:

1. Konservatif tedaviye yanıt vermeyen atipik göğüs ağrısı (Koronar arter, özofagus ya da pulmoner patolojiye bağlı olmayan, sempatik sisteme bağlı vasküler reaksiyonla gelişen)

2. Hipersempatik aktivite varlığı

3. Aksiller subklavyan ven trombozu (Paget Schrötter Sendromu) (4).

Olgu

Pro. No: 154720, H.D. 22 yaşında bayan öğrenci 1 yıldan beri her iki kolunda uyuşma şikayeti ve özellikle sağ kolda eforla kladikasyon tarif ediyor. Özgeçmişinde önemli bir özellik olmayan hasta sigara kullanmıyor. Fizik incelemesinde bilateral üst ekstremitelerinde soğukluk ve aksiller arterler de dahil olmak üzere nabızsızlık dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Radyografik incelemesi normal olan olguda, intra arteriyel dijital anjiyografi (IA DSA) ile her iki subklavyan arter distal kesiminde ve aksiller arter boyunca arter lümeni ciddi düzeyde dar ve bilateral daralma sonrası oklüde olduğu görüldü (Şekil 1). Distal arteriyel yapılar yaygın kollateraller aracılığıyla dolmuş gösteriyordu. Ekokardiyografik incelemede Mitral Valv Prolapsusu (MVP) belirlendi. Diğer laboratuvar incelemeleri normaldi. İlk seansta sol infraklavikuler mini insizyonla hastaya safen grefti proksimalde sol subklavyan artere ve distalde cilt altından geçirilerek brakial artere end to side anastomoz edildi (Şekil 2).

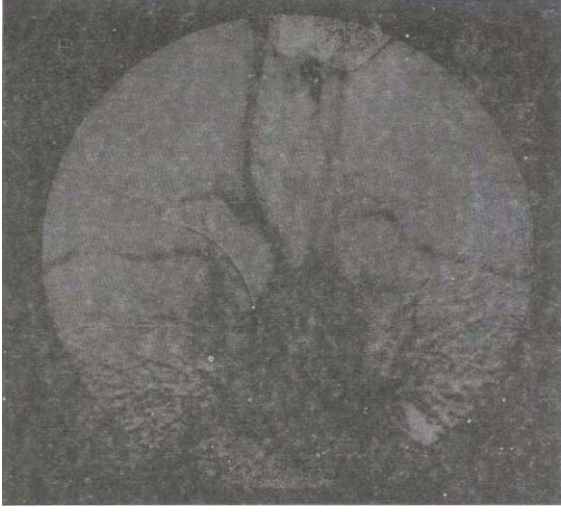
Postoperatif dönemde hastanın radyal ve ulnar nabızları (+) idi, Postoperatif 4. gün taburcu edilen hastaya 1 ay sonra yapılan 2. operasyonda sağ infraklavikuler mini insizyonla sağ subklavyan artere eksplere edildi. Ancak atrofik yapıda olması nedeniyle perikard açılarak safen grefti asendan aortaya side to side olarak, proksimalde asendan aortaya ve cilt altından geçirilerek brakial artere end to side anastomoz edildi. Ayrıca torakal sempatektomi yapıldı. Operasyon sahasındaki olası kanamaları drene etmek için sağ plevraya toraks dreni konuldu. Postoperatif dönemde kladikasyon yakınmaları geçmiş ve sağ radial, ulnar nabızları (+) idi. Kontrol amacıyla yapılan İA DSA incelemesinde her iki safen greftinin de açık olduğu, bunun yanı sıra subklavyan arterlerdeki tam tıkanma görüntülendi (Şekil 3).



Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3 .

Damar duvarı, aort duvarı, sempatik sinir dokusundan yapılan patolojik incelemede damar duvarında kronik enflamasyon ve aterosklerotik oluşumlar gözlenmedi ve normal doku yapısı olarak değerlendirildi.

Arteriyel TOS' da bilateral başarı revaskülarizasyon yapılan hasta postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeden, kol ve omuz kaslarına yönelik kuvvetlendirme egzersizlerini içeren fizik tedavisi verilerek postoperatif 5. gün taburcu edildi.

Tartışma

TOS' da nörolojik komplikasyonlar daha sık görülmektedir. Vasküler komplikasyonlar daha az sıklıkla görülmektedir (5, 6). Hempel' in 637 vaka içeren serisinde % 92 nörolojik tip görülürken, vasküler tip % 8 görülmektedir. Venöz komplikasyonlar % 6' sını, arteriyel komplikasyonlar da ancak % 2' lik bölümü oluşturmaktadır (7). Oklüzyon ya da anevrizma nedeniyle yapılan arteriyel rekonstrüksiyonlarda safen veya polytetraflourethilen greft kullanılabilir ve kombine supraklavikuler-infraklavikuler yaklaşım uygun olur (4). TOS' lu hastaların postmortem incelemelerinde % 10 bilateral normal anatomi tespit edilmiştir (8).

Sanders ve arkadaşlarının TOS' un arteriyel komplikasyonlarının cerrahi tedavisinde 30 olguda (% 22) safen ven veya prostetik greft ile onarım, 36 (% 26) olguda da end to end anastomozla başarılı revaskülarizasyon bildirilmektedir. Aynı seride 42 olguda (% 31) ekstrinsik dekompresyon (kot rezeksiyonu, skalenotomi, klavikulotomi) uygulanarak TOS' un arteriyel komplikasyonlarının tedavisi yapılmıştır (9).

Bizim olgumuzda da arteriyel komplikasyonların tedavisinde bilateral safen ven grefti kullanılarak başarılı revaskülarizasyon yapılmıştır.

Yaygın kollateraller ağrı nedeniyle üst ekstremitede parmaklarda ve elde gangren gelişimi oldukça nadirdir. Distal embolizasyon ve tromboembolizm akut semptom olarak görülebilir. Nadir olarak stroke gelişebilir (10).

Sonuç olarak teşhis edilmemiş, tedavisi yapılmamış TOS' un arteriyel komplikasyonları tahrip edicidir. Arteriyel tıkanıklıklarda genç hastalarda TOS düşünülmelidir. Erken cerrahi girişim yapılarak subklavyan arter anevrizma gelişimi, trombozis, distal ve serebral emboli önlenmektedir. TOS' un tedavisi seçilmiş olgularda cerrahidir. Minimal invaziv yöntemle 10 cm den küçük insizyon yapılarak aortaya ulaşmakta ve arteriyel rekonstrüksiyon yapılabilir. Yüksek oranda iyileşme sağlandığından arteriyel TOS' da erken cerrahi tedavinin uygulanması gerektiği kanısındayız.

Kaynaklar

1. Roos DB: Historical perspectives and anatomic considerations. Seminars in Thoracic and Cardiovascular surgery. Vol 8, No: 2, 1996; 183-189.
2. Novak CB: Conservative management of thoracic outlet syndrome. Seminars in Thoracic and Cardiovascular surgery. Vol 8, No. 2, 1996; 201-207.
3. Mackinnon SE and Novak CB: Evaluation of the patient with Throacic outlet syndrome. Seminars in thoracic and Cardiovascular surgery. Vol 8, No. 2,1996; 190-200.

- 4- Urschel HC: The transaxillary approach for treatment of thoracic outlet syndromes. Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery. Vol 8, No. 2,1996; 214-220.
5. Desai Y and Robbs JV: Arterial complications of the Thoracic outlet syndrome. Eur J Vasc Endovasc surg 1995 Oct; 10 (3): 362-5.
6. Aburahma AF and White WF: Thoracic outlet syndrome with arm ischemia as a complication of cervical rib. W. V. Med J 1995; 91 (3): 92-4.
7. Hempel GK, Shutze WP, Anderson J F, Bukharî HI: 770 consecutive supraclavicular first rib resections for thoracic outlet syndrome. Ann Vasc Surg 1996; 10 (5): 456-63.
8. Juvonen I, Satta J, Laitala P, luukkonen K, Nissinen J: Anomalies at the thoracic outlet are frequent in the general population. Am J Surg 1995; 170(1): 33-7.
9. Sanders RJ, Haug C. Reviewv of arterial thoracic outlet syndrome vvith a report of five nevv instances. Surg Gynecol Obstet 1991; 173: 415-425.
10. Henry Haimovici. Haimovici's Vascular Surgery, Fourth Edition, 1996 Braun-Brumfield, USA: 1089-90.

Yazışma adresi: Dr. Özalp Karabay, Göğüs Kalp ve Damar cerrahisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 35340 İnciraltı-İzmir
Tel: 0 232 277 77 77 / 32 42
Fax: 0 232 277 21 65
