

Aberran Sağ Subklavyen Arterin Greftsiz Onarımı

Repair of Right Aberrant Subclavian Artery without Using Graft

Abdullah Özer¹, Mustafa Hakan Zor¹, Barış Mardin¹, Başak Koçak¹, Azer İlbengü Kaptan², Yusuf Ünal²

¹ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Aberran sağ subklavyen arter, arkus aortanın en sık görülen konjenital anomalisidir. Sıklıkla asemptomatik seyreden bu durum, semptomatik olduğunda cerrahi tedavi yapılması gerekmektedir. Seçilecek olan yaklaşım yöntemi ve uygulanacak cerrahi teknik hastadan hastaya farklılık gösterdiğinden dolayı, olumlu sonuç alabilmek için iyi bir durum yönetimi yapılması gerekmektedir. Biz bu olguyu, görece sık görülen bu anomaliyi hatırlatması ve uyguladığımız tekniğin diğer meslektaşlarımıza yol gösterici olması amacıyla paylaşmayı uygun görüyoruz.

Anahtar Sözcükler: Aberran sağ subklavyen arter, aortik ark, subklavyen arter

Geliş Tarihi: 23.11.2017

Kabul Tarihi: 11.12.2017

ABSTRACT

Aberrant right subclavian artery is the most common congenital anomaly of the aortic arc. This situation which is usually asymptomatic, has to be corrected surgically if it becomes symptomatic. Since the surgical approach and method differs from patient to patient, a well made management should have done in order to get positive results. We find suitable to share this case to remind this relatively common anomaly and to make our surgical method as a guide for our colleagues.

Key Words: Aberrant right subclavian artery, aortic arc, subclavian artery

Received: 11.23.2017

Accepted: 12.11.2017

GİRİŞ

Aberran sağ subklavyen arter (ARSA) söz kalıbı, sağ subklavyen arterin alışlageldik biçimde brakiosefalik kök yerine, arkus aortanın 4. dalı olarak en distalden başlayıp sağ aksiller bölgeye doğru uzanmasını tanımlar. Arkus aortanın en sık görülen anomalisidir. Aberran arter sıklıkla özofagusun arkasında seyrederek ancak trakea ve özofagus arasında ya da trakeanın önünde seyrettiği durumlar da olabilir. Bu anomaliye sahip hastaların büyük kısmı asemptomatiktir ve otopsi serilerinde rastlantısal olarak görülmektedir. Semptomatik olan olgularda en sık görülen patoloji arterin özofagusa yaptığı baskı nedeniyle özofagus lümeninin daralması sonucu görülen yutma güçlüğüdür. David Bayford tarafından 1761 yılında bu durum "*dysphagia lusoria*" olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle bu durumu oluşturan aberran sağ subklavyen artere de "*arteria lusoria*" adı verilmektedir.

Tanıda non-spesifik yutma güçlüğü, ağrılı yutma, dispne gibi bulgular tek başına yeterli değildir. İntravasküler görüntülemenin eksiksiz yapılması amacıyla kontrastlı BT, BT anjiyografi, MR anjiyografi, konvansiyonel aortografi ya da DSA anjiyografi yöntemleri kullanılabilir. Bu yöntemler seçilirken hastanın ek hastalıkları mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

ARSA anomalisi konjenital kalp anomalileri ile doğrudan ilişkili değildir ancak konjenital kalp anomalisi olan olgularda, sağlıklı popülasyona oranla daha fazla görülmektedir(1). Down Sendromu başta olmak üzere birçok konjenital kalp anomalisi ve bazı karyotipik bozuklukların varlığında görülme sıklığının daha fazla olduğu çalışmalarda bildirilmiştir ancak ARSA varlığının bu anomalilerin görülmesi için tanıyı destekleyecek bir bulgu olarak kullanılması tek başına yeterli değildir(2).

OLGU SUNUMU

Yirmi üç yaşında kadın hasta, giderek artan yutma güçlüğü nedeniyle başvurdu. Muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Özofagus fonksiyonu için yapılan testlerde fonksiyon bozukluğu olmadığı görüldü. BT görüntülemesinde her iki karotis arterin brakiosefalik kök gibi tek kök ile aortadan ayrıldığı, sol subklavyen arterin doğal seyirinde olduğu ve sağ subklavyen arterin 3. kök olarak arkus aortanın en distalinden başladığı görüldü. Hastaya bu durum açıklandı, gerekli hazırlıkları yapıldıktan ve anestezi onayı alındıktan sonra hasta opere edildi.

Genel anestezi altında, çift radial arter monitörizasyonu yapılarak, uygun cerrahi saha boyanma ve örtünmeyi takiben median sternotomi yapılarak mediastene girildi. Timus kalıntıları rezekt edildi. Perikard açıldı. Çıkan aorta ve arkus aorta çevre bağ dokudan ayrılarak serbestleştirildi. (Resim 1) Arkusun ilk dalının ortak karotis kökü olduğu, ikinci dalının sol subklavyen arter olduğu, son dalı olan sağ subklavyen arterin ise en distalde ve arkusun postero-superiorunda yerleştiği, özofagusun arkasından seyrederek aksillaya döküldüğü görüldü. (Resim 2 ve 3) Aorta ve arkusun dalları dönüldü. Aberran arter aksiller bölgeye kadar çevre bağ dokulardan temizlenerek serbestleştirildi. (Resim 4) Aberran arter köküne klemp konularak sağ radial arterde tansiyonun kaybolduğu görüldü. Bunun üzerine aberran arter proksimalden kleplendi ve kök kısmında bir parça güdük kalacak şekilde divize edildi. (Resim 5) Güdük teflon feld kullanılarak sandviç yöntemiyle kapatıldı. Klemp açılarak kanama olmadığından emin olundu. Serbestleştirilmiş olan aberran arter özofagusun arkasından alınarak, doğrudan arkus aortanın üzerine yetişip yetişmediği kontrol edildi.

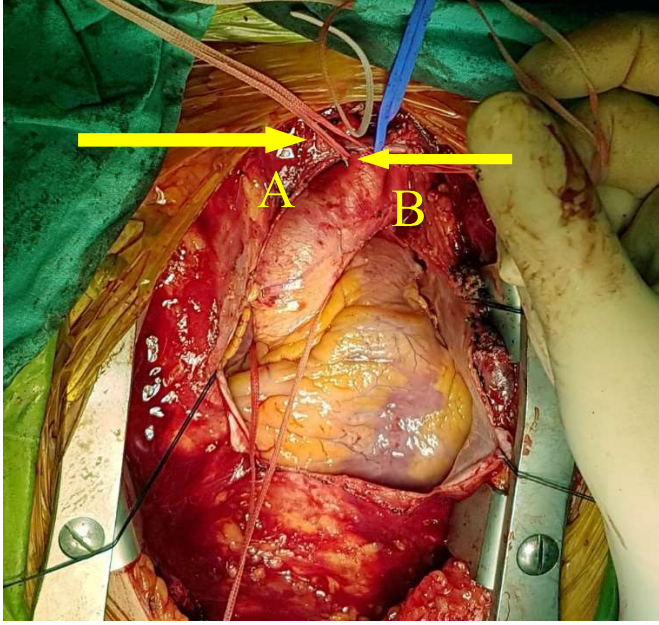
Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Dr. Abdullah Özer, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Beşevler Ankara, Türkiye E-posta: dr-abdozer@hotmail.com

©Telif Hakkı 2018 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

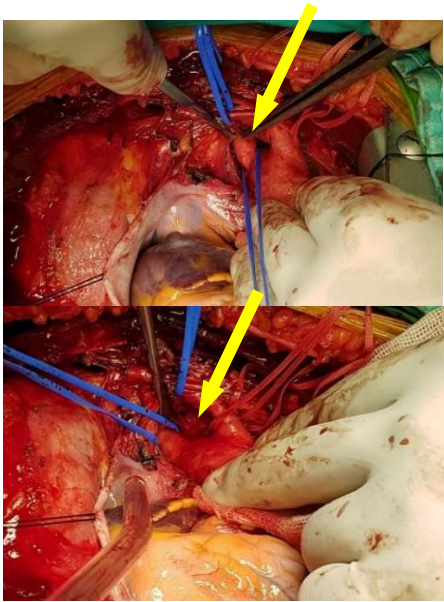
©Copyright 2018 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi:<http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2018.39>

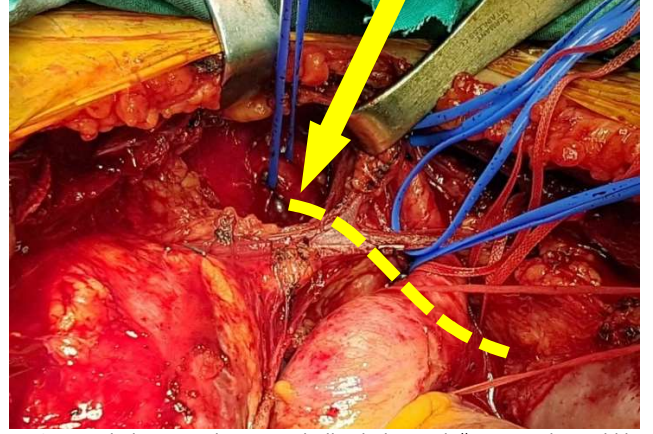
Sorunsuz biçimde karotis kökünün proksimaline uzandığının belirlenmesi üzerine aortaya yine side klemp konularak aort üzerine doğrudan anastomoz edildi. (Resim 6) İşlem sonrası klemp açılarak sağ radial arter tansiyonunun sol radial arter ile eşit ölçüldüğü ve anastomoz bölgesinden kanama olmadığı görüldü. (Resim 7) Çevre dokularda ve anastomoz bölgelerinde kanama kontrolü yapıldı. Perikard içerisine ve dışarısına drenaj tüpleri konuldu. Perikard prolen dikişle kapatıldı. Sternum tellendi, cilt ve cilt altı katları uygun biçimde kapatıldı. Komplikasyon izlenmedi. Postoperatif dönemde hasta sorunsuz biçimde ekstübe edildi. Takip eden süreçte drenaj tüpleri çekildi. Kontrol muayene, laboratuvar parametreleri ve grafilerde sorun saptanmayan, şikayetleri azalan, genel durumu taburculuğa uygun olan hasta uygun tedavi ve önerilerle taburcu edildi.



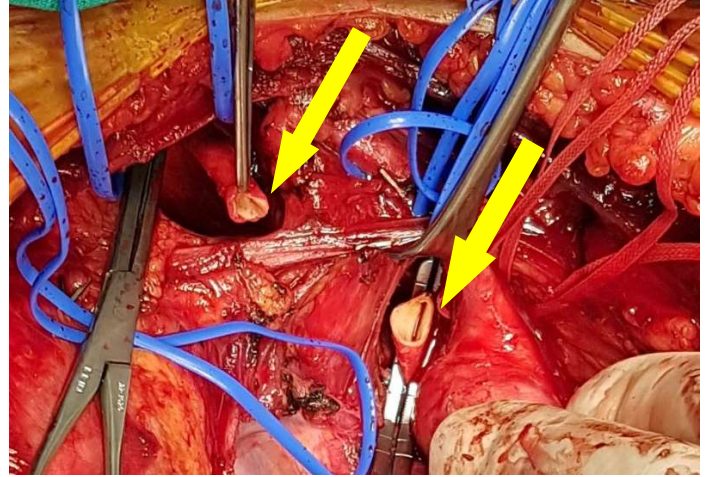
Resim 1: Aorta ve dallarının doğal pozisyonu
A: Ortak karotis kökü B: Sol subklavyen arter



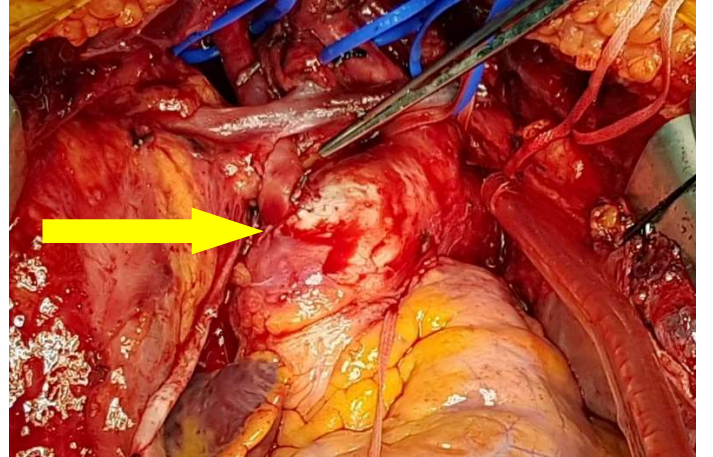
Resim 2 ve 3: Ok ile gösterilen yapı ile aorta posteriorunda yer alan aberran subklavyen arter gösterilmiştir.



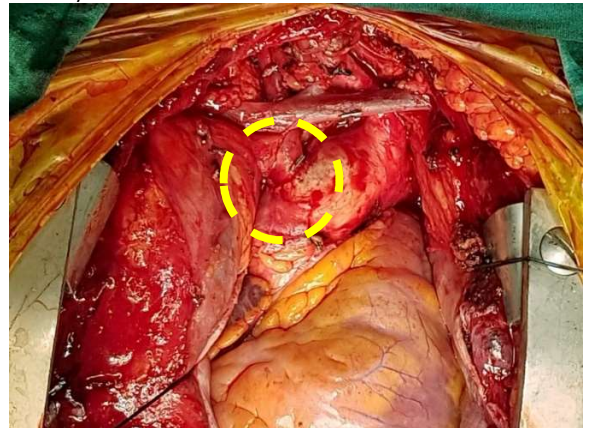
Resim 4: Ok ile gösterilen yapı aksiller bölgeye doğru seyreden subklavyen arterdir.



Resim 5: Divize edilmiş aberran subklavyen arter.



Resim 6: Arkus aortanın başlangıç bölgesine anastomoz edilmiş aberran subklavyen arter



Resim 7: Anastomoz sonrası sternum ekstürü kısmen gevşetilerek alınan görüntüde arterlerin doğal yerleşimi görülmektedir.

Aberran sağ subklavyen arter olgularının tedavisi yapılırken hastanın ek anomalisinin olup olmadığı kontrol edilmelidir(3). Ek sorun gözlenmeyen olgularda, semptomatik olmadığı sürece tedavi gerekliliği yoktur ancak gelişebilecek anevrizma, travmatik rüptür ve diseksiyon olasılığına karşılık hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmeli, gerekirse düzenli olarak fizik bakı ve görüntüleme ile takibi yapılmalıdır. Cerrahi yaklaşım açısından bakıldığında sternotomi, mini-sternotomi, torakotomi, midye kabuğu (clamshell) gibi farklı yöntemler uygulanmış ancak varyasyonel anatomik yerleşimler nedeniyle birbirlerine karşı üstünlüğü olduğu gösterilememiştir(4). Kimi hekimler hastaya cerrahi işlem uygulamadan önce özofagus stenti gibi semptom giderici tedaviler uygulanmasını, yetersiz kalındığı takdirde cerrahi seçeneğin tercih edilmesini önermiştir. Cerrahi tedavide doğrudan düzeltme yapılabileceği gibi greft materyalleri de kullanılabilir. Bazı olgularda karotis arterler veya sol subklavyen arterden, aberran sağ subklavyen artere uzanan konkomitan arterler olduğu görülmüş ve bu nedenle açık cerrahi yerine aberran arterin intravasküler yolla embolizasyonu ya da kapalı cerrahi yöntemlerle klips ve benzeri uygulamalar kullanılarak arteriyel akımın seyrinin değiştirildiği ve bu sayede disfaji, dispne gibi semptomların giderildiği bildirilmiştir(5).

Cerrahi sırasında yapılabiliyorsa her iki koldan arteriyel basınç ölçümü yapılmalı ve doğru artere doğru girişimin yapıldığından emin olunmalıdır. Bütün bu girişimlerde esas olan, hastanın en fazla fayda göreceği yöntemi seçmek ve en doğal pozisyona uygun cerrahi onarımı yapmaktır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Gursoy Erzincan S, Karamustafaoglu Balci B, Tokgoz C, Kalelioglu IH. Incidence of an Aberrant Right Subclavian Artery on Second-Trimester Sonography in an Unselected Population. *J Ultrasound Med.* 2017;36:1015-9.
2. Carles D, Pelluard F, André G, Nocart N, Sauvestre F. [Aberrant right subclavian artery (arteria lusoria) and the risk for trisomy 21. Retrospective study of 11,479 fetopathological examinations]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2014;43:698-703.
3. Gul A, Corbacioglu A, Bakirci IT, Ceylan Y. Associated anomalies and outcome of fetal aberrant right subclavian artery. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285:27-30.
4. Hata H, Shibukawa T, Satoh H. Surgical repair of aberrant subclavian artery through clamshell approach. *Ann Thorac Surg.* 2012;94:1362-4.
5. Kieffer E1, Bahnini A, Koskas F. Aberrant subclavian artery: surgical treatment in thirty-three adult patients. *J Vasc Surg.* 1994;19:100-9; discussion 110-1.