

## Editöre Mektup

Sayın Editör,

Derginizin Temmuz 2006 tarihli 5. sayısında “Percutaneous transluminal angioplasty and stenting of proximal left subclavian artery stenosis in a patient with coronary-subclavian steal syndrome” adlı makalede Sayın Tayyareci ve ark. nadir görülen ve tedavisi perkütanöz olarak yapılabilen bir klinik tabloyu sunmuşlar ve hastayı salah ile taburcu etmişlerdir.<sup>[1]</sup> Makalede dikkate değer bazı noktalara değinmek gerekirse, hastanın yakınmaları sol kol hareketleri ile ortaya çıkmakta iken hastada egzersiz testine ek olarak *hand-grip* gibi basit bir el-kol egzersizi ile iskeminin ortaya konulabilmiş olmasının makaleye zenginlik katacağı kanaatindeyim. Ayrıca, hastalık “characterized by symptoms of myocardial ischemia, upper extremity claudication, and cerebrovascular insufficiency” şeklinde tanımlanırken, bu hastada serebrovasküler yetersizlik bulgularından hiç bahsedilmemiştir. Sonuç bölümünde koroner arter baypas cerrahisi uygulanacak olgularda rutin olarak sol subklavyen arter anjiyografisinin uygulanmasını tavsiye etmenin rasyonel olmayacağını, elimizdeki kısıtlı sayıdaki olgular ve uygulanacak işlemin zaman, alınan radyasyon, maliyet gibi boyutları düşünüldüğünde uygun bir öneri olmadığı düşüncesindeyim.

Saygılarımla,

Dr. Hüseyin Yılmaz

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi  
Kardiyoloji Anabilim Dalı, 07070 Antalya  
Tel: 0242 - 227 43 43 / 33730  
e-posta: hyilmaz@akdeniz.edu.tr

### KAYNAKLAR

1. Tayyareci Y, Bilge AK, Yılmaz E, Meriç M. Percutaneous transluminal angioplasty and stenting of proximal left subclavian artery stenosis in a patient with coronary-subclavian steal syndrome. Türk Kardiyol Dern Arş 2006;34:312-5.

### Yazarın yanıtı

Sayın Editör,

Öncelikle sayın okura, yazımıza gösterdiği önem, dikkat ve yapıcı eleştirilerinden dolayı teşekkür ede-

riz. Subklavyen arter çalma sendromunun klinikte %0.5-1.1 oranında görüldüğü; %62 oranında sol, %28 oranında sağ subklavyen arterde ve %10 oranında da brakiosefalik arterde olduğu bildirilmektedir.<sup>[1]</sup> İki taraflı oluşu oldukça nadirdir.<sup>[2]</sup> Lezyonun tam veya kısmi olması durumuna bağlı olarak, subklavyen arterin vertebral ve baziler sistemden kan çalması sonucu olguların %45’inde yalnız serebral, %40’ında serebral ve kol, %10’unda ise yalnız kol semptomlarına rastlanır. Olguların %5’inde ise semptomsuz seyrederek. Semptomların %75’i geçici, %25’i ise sürekli özellik gösterir.<sup>[3]</sup> Olgumuzda ön planda efor ile meydana gelen, ilerleyici karakterde angina pectoris yakınması vardı. Hastanın yakınmalarına ek olarak, göğüs ağrılarının sol kol hareketiyle de olabildiği ve son zamanlarda sol elinde cisimleri tutarken beceriksizlik, güçsüzlük hissettiği öğrenildi. Hastada, vertebrobaziler sistem yetersizliğini düşündürecek vertigo, görme alanı defekleri, belirgin baş ağrısı gibi semptomlar yoktu.<sup>[4]</sup> Olgumuzda asıl vurgulamak istediğimiz nokta ise, subklavyen arter darlığı nedeniyle koroner arter baypas grefti (KABG) ameliyatında kullanılan sol internal mamaryal arter (LİMA) anastomozunun çalışamaz hale gelmesiydi. Koroner anjiyografi yapılan ve KABG ameliyatı planlanan olgularda özellikle sol veya sağ internal mamaryal arter anastomozu planlanıyorsa, kateterizasyonu sonlandırmadan önce subklavyen arterin opak madde injeksiyonu ile görüntülenmesinin olası bu tip darlıkların önceden belirlenmesini sağlayacağı ve yapılan ameliyatın etkinliğini ve kalitesini arttıracığı inancındayız. Sadece baypas kararı alınan seçilmiş olgularda koroner görüntülemeye subklavyen arter injeksiyonunun eklenmesi, takdir ederseniz ki, işlem süresi, kullanılan kontrast madde miktarı ve maliyeti önemli derecede etkileyecek bir yaklaşım değildir. Böyle bir durumun KABG öncesinde tanınmaması ise hasta için talihsiz bir durum yaratarak, kullanılan LİMA anastomozunun kısa sürede tıkanmasına yol açacaktır. Ayrıca, KABG öncesinde fark edilebilen subklavyen arter darlığı perkütan girişim ile revaskülarize edilip, ardından LİMA anastomozunun yapılabilmesi şansı varken, önceden subklavyen arter darlığı fark edilmeyen ve LİMA anastomozu tıkanan bir olgu bizim sunduğumuz olgu kadar şanslı olmayabilir; bu anastomoz subklavyen ar-

terdeki darlık ortadan kalktıktan sonra da işlevini göstermeyebilir.

Sonuç olarak, aterosklerotik kalp hastalığının yaygın olduğu ülkemizde, KABG adayı olan hastalarda ameliyat öncesinde internal mamaryal arter greftlerinin işlevsel olup olmadığının belirlenmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz.

Saygılarımızla,

Dr.Yelda Tayyareci

Merzifon Devlet Hastanesi,  
Kardiyoloji Kliniği, 05300 Merzifon, Amasya  
e-posta: yeldatayyareci@hotmail.com

#### KAYNAKLAR

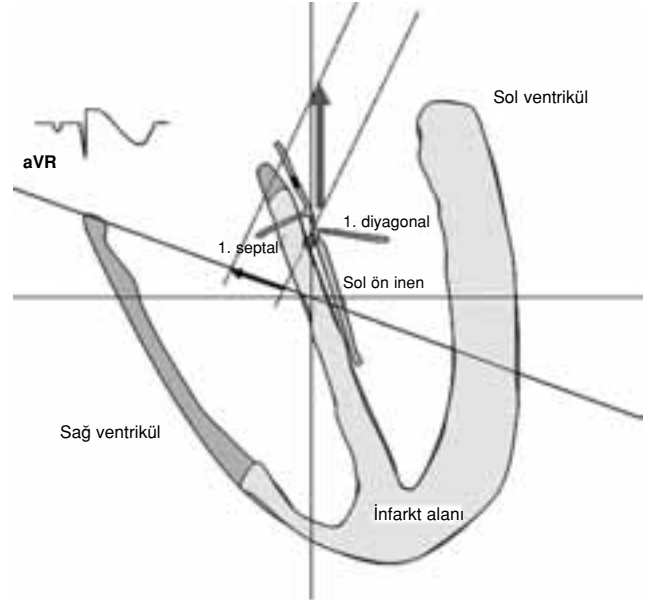
1. English JA, Carell ES, Guidera SA, Tripp HF. Angiographic prevalence and clinical predictors of left subclavian stenosis in patients undergoing diagnostic cardiac catheterization. *Cathet Cardiovasc Intervent* 2001;54:8-11.
2. Patel A, Toole JF. Subclavian steal syndrome-Reversal of cephalic blood flow. *Medicine* 1965;44:289-303.
3. Adams R, Victor M, Ropper AH, editors. *Principles of Neurology*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 1997.
4. Balkan S. *Serebrovasküler hastalıklar*. 2. baskı, Ankara: Güneş Kitabevi; 2005.

Sayın Editör,

Sayın Aygül ve ark.nın<sup>[1]</sup> "Sol ön inen arter proksimal lezyonlarının saptanmasında aVR derivasyonunun değeri" başlıklı makalesi, kendilerinin de ifade ettiği gibi "ihmal edilen bir derivasyon olan aVR'nin miyokard infarktüsündeki tanısal değerini göstermesi açısından çok değerli bir çalışmadır.

Birçok makalede<sup>[2-4]</sup> akut miyokard infarktüsü seyri sırasında aVR derivasyonunda ST yükselmesinin önemli koroner lezyonları, hatta ana koroner lezyonları işaret ettiği vurgulanmaktadır. Aygül ve ark. da akut miyokard infarktüslü olguları aldıkları çalışmalarında aVR'de 0.5 mm ve üstünde ST yükselmesinin, sol ön inen arter proksimal lezyonlarını göstermede özgüllüğünü %91, pozitif öngördürücü değerini %68 bulmuşlardır. Buradan da anlaşılacağı gibi, akut miyokard infarktüsü seyriinde aVR'de ST yükselmesinin görülmesi önemli koroner lezyonların bir göstergesi olup, ciddiye alınması gereken bir durumdur.

Bu vesile ile olayın vektöryel açıklamasını gözden geçirirsek, sol ön inen arter proksimalindeki tı-



kanıklıklarda (1. septal ve diyagonal öncesi) geniş bir alanda hasar olmakta ve ST segment vektörü superiora yönelmektedir. Ekteki şekil, böyle bir durumda ST segment vektörünü ve böyle yönelen bir vektörün aVR'de ST yükselmesi ile kendini belli edeceğini şematik olarak göstermektedir. Vektörün bu şekilde yönelmesinin nedeni infarkt alanının büyüklüğüdür. Konu ile ilgili çok güzel bir bölüm "Hurst's the heart" isimli kitapta yer almaktadır.<sup>[5]</sup>

Sayın Aygül ve ark.na akut miyokard infarktüsünde aVR'de yükselmenin büyük miyokard kütlelerinin tehdit altında olduğu anlamına geldiğini hatırlattıkları için teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Dr. Erdem Diker

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kardiyoloji Kliniği, 06100 Ankara.

Tel: 0312 - 430 78 08

e-posta: erdem.diker@isbank.net.tr

#### KAYNAKLAR

1. Aygül N , Özdemir K, Tokaç M, Aydın MÜ, Vatankulu MA. Sol ön inen arter proksimal lezyonlarının saptanmasında aVR derivasyonunun değeri. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2006;34:154-61.
2. Barrabes JA, Figueras J, Moure C, Cortadellas J, Soler-Soler J. Prognostic value of lead aVR in patients with a first non-ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Circulation* 2003;108:814-9.
3. Gorgels AP, Engelen DJ, Wellens HJ. Lead aVR, a mostly ignored but very valuable lead in clinical electrocardiography. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:1355-6.
4. Gorgels AP, Vos MA, Mulleneers R, de Zwaan C, Bar