

## Dev Ekstrakraniyal Karotis Arter Anevrizması: Olgu Sunumu

### A Huge Extracranial Carotid Artery Aneurysm: Case Report

Dr. Faruk CİNGÖZ,<sup>a</sup>  
Dr. Mehmet Ali ŞAHİN,<sup>a</sup>  
Dr. Fahri Gürkan YEŞİL,<sup>a</sup>  
Dr. Suat DOĞANCI,<sup>a</sup>  
Dr. Bilgehan Savaş ÖZ,<sup>a</sup>  
Dr. Mehmet ARSLAN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,  
GATA, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 26.06.2012  
Kabul Tarihi/Accepted: 14.08.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Fahri Gürkan YEŞİL  
GATA,  
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
fahrigurkanyesil@gmail.com

**ÖZET** Ekstrakraniyal karotis arter anevrizması, anevrizmalar içinde görülme sıklığı %0,4-4 oranında nadir görülen bir klinik durumdur. Elli sekiz yaşında erkek hasta sağ boyunda ele gelen şişlik ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Muayenesinde sağ üst juguler boyun bölgesinde pulsatil kitle saptandı. Yapılan ultrasonografik ve anjiyografik çalışmalar sonrası internal karotis arterin bifürkasyona yakın yerde 4x5 cm çapında anevrizma olduğu saptandı. Cerrahi olarak anevrizma rezeksiyonu yapılarak 3 cm uzunluğunda 8 mm dacron greft interpozisyon ameliyatı uygulandı. Bu makalede kafa travması sonrası gelişen ve cerrahi olarak tedavi edilen dev ekstrakraniyal karotis anevrizması olgusu literatür eşliğinde sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Anevrizma; karotis arter; cerrahi

**ABSTRACT** Extracranial carotid artery aneurysms are rare clinical problems that have 0.4-4% prevalence. Fifty eight years old male patient admitted to our clinic with complaint of bulging mass at the right side of the neck and the pain. At the physical examination there was a pulsatile mass at right upper jugular area. On the doppler ultrasonography and angiographic studies, there was an aneurysm at the internal carotid artery very close to the bifurcation with the size of 4x5 cm. Aneurysm was surgically removed and 8mm dacron graft with 3 cm long was interpositioned. Due to the huge nature of the aneurysm and a history of trauma, we intended to present a case of a huge extracranial carotid artery aneurysm which occurred after a head trauma and treated with surgical intervention with the review of the literature.

**Key Words:** Aneurysm; carotid artery; surgery

**Damar Cer Derg 2012;21(3):226-9**

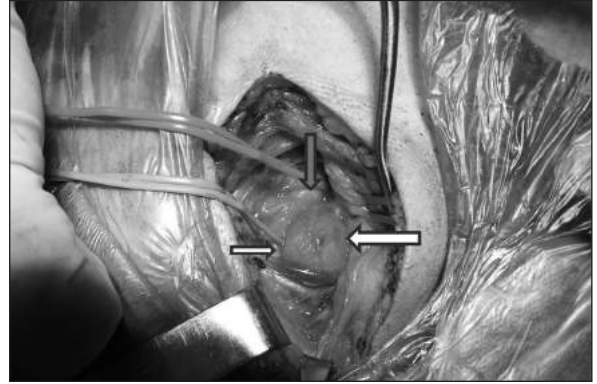
**K**arotis arterlerde kronik okluzif hastalıklar sık görülürken, anevrismatik oluşumlara nadir rastlanmaktadır. İnternal karotis arterin 1,5, ana karotis arterin 2 katına ulaşması halinde anevrizmal dilatasyondan bahsedilmektedir. Vücuttaki anevrizmalar içinde sıklığı %0,4-4 arasında değişmektedir.<sup>1,2</sup> Bununla birlikte karotis arter anevrizması %14 ile %50 arasında vücudun diğer yerlerindeki anevrizmalarla birlikte gözlenir.<sup>1-3</sup> Karotis arter anevrizmasının oluşumunda halen ateroskleroz en önemli etiyolojik faktör olarak kabul edilir. Geçirilmiş karotis arter endartektomi ameliyatı, travma ve infeksiyon diğer etiyolojik faktörlerdir. Hipertansiyon bütün hastalarda önemli bir risk faktörüdür.

doi: 10.9739/uvcd.2012-31154

Copyright © 2012 by  
Ulusal Vasküler Cerrahi Derneği

## OLGU SUNUMU

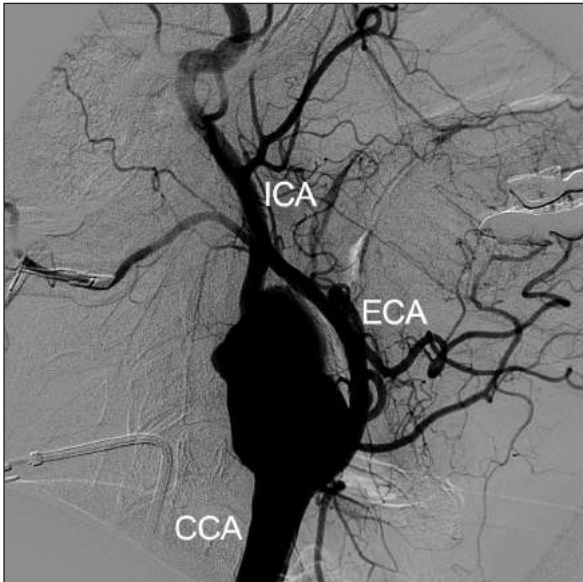
58 yaşında sağ boyunda üst juguler bölgede şişlik yakınması ile kliniğimize başvuran hastanın anamnezinde çocukluk çağlarında araç dışı trafik kazası sonrası kafa travması geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ mandibulanın altında pulsatil, 4x5 cm çapında kitle saptandı. Hastanın ağrı ve yutkunma gücü vardı. Ultrasonografik ve anjiyografik tetkiklerde sağ ana karotis arterden kaynaklanan uzunluğu 3 cm, genişliği 5 cm çapında olan anevrizma kesesi görüldü (Resim 1). Hasta elektif şartlarda hazırlanarak ameliyata alındı. Genel anestezi altında sternokleidomastoid kasın önünden yaklaşık 8 cm'lik insizyon ile anevrizma kesesine ulaşıldı (Resim 2). 20 mg lokal lidokain bulbus bölgesine vagal reaksiyonları bloke etmek için enjekte edildi. Anevrizma kesesinin arka yüzünde yaygın kalsifikasyonlar saptandı. Kesenin üstte internal karotid artere basarak akımı engellediği ve hypoglossal sinire yapışık olduğu saptandı. Anatomik diseksiyonlar dikkatlice yapılarak ana karotis arter, eksternal ve internal karotis arter ve hypoglossal sinir askıya alındı. 5000 ünite heparin yapılarak damarlara klemler kondu. Anevrizma kesesi lineer insizyonla açılarak içerisindeki



**RESİM 2:** Karotis arter anevrizmasının intraoperatif görünümü. Sağ ok anevrizmayı, orta ok ana karotis arteri ve sol ok eksternal karotis arteri göstermektedir.



**RESİM 3:** Cerrahinin bitmiş haline ait görünüm. Greftin üzerinde görünen ve cerrahi sırasında korunmuş olan hypoglossal sinir görülmektedir.



**RESİM 1:** Karotid arter anevrizmasının preoperatif konvansiyonel anjiyografik görüntüsü.

trombüsler temizlendi kese yeterince rezeke edildi. 3 cm uzunluğunda arter defekti oluşması üzerine ana karotis arter ile internal karotid arter arasında eksternal karotis arteri koruyacak şekilde 8 mm Dacron tüp greft anastomoz edildi (Resim 3). İşlem süresince serebral oksimetre kullanıldı. Serebral oksimetre değerlerinde klemler sonrası değişiklik olmaması nedeni ile vakada şant kullanılmadı. Kanama kontrolü sonrası alt juguler ven bölgesine dren konularak hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Dokunun histopatolojik incelemesinde anevrizmal genişleme gösteren aterosklerotik damar kesitleri yanında özellikle anevrizmanın ön kıs-

mında arter tabakalarının olmadığı endotelize segment varlığı bildirildi. Bu nedenle klinik bulgular yanı sıra vakanın yalancı anevrizma olduğu ve travmaya sekonder oluştuğu değerlendirildi. Ameliyat sonrasında hastada hipoglossal sinir zedelenmesine bağlı yutma güçlüğü gelişti. Stereoid ve B vitamin desteği ile yutma güçlüğü ameliyat sonrası 5. günden itibaren azaldı.

## TARTIŞMA

Ekstrakraniyal karotis arter anevrizmaları nadir olmalarına rağmen komplikasyonları açısından çok önemli klinik durumlara yol açabilir. Tedavi edilmeyen olgularda rüptür riski %10, emboli atma oranı %50 iken, ölüm %71 oranında bildirilmiştir. Bundan dolayı ulaşılabilen ekstrakraniyal karotis arter anevrizmalarında tanı konur konmaz cerrahi tedavi önerilmektedir.<sup>2</sup> Hastalarda en sık rastlanan belirti ve bulgular boyunda kitle, hemiparezi, üfürüm, sinir basısı, baş ağrısı ve tinnitustur. Ekstrakraniyal karotis arter anevrizmalarının, karotis tümörleri, lenf bezleri, kistik ve enfektif oluşumlardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Vasküler ultrasonografi, manyetik rezonans ve bilgisayar tomografik anjiyografi veya direk standart anjiyografi tanı amaçlı kullanılabilir. Bizim olgumuzda ultrasonografi sonrası klasik anjiyografi yapılarak tanı konularak cerrahi işleme karar verilmiştir. Son zamanlarda sınırlı da olsa endovasküler tamirler de uygulanmasına rağmen, cerrahi tedavi ile yırtılma, emboli ve serebrovasküler olay riskinin daha az olacağı kanısındayız.<sup>4</sup> Vakamızda endovasküler işlemde distalde internal karotis arterin yeterince anjiyografik olarak dolmaması, ultrasonografik olarak anevrizma kesesi içerisinde trombus varlığı, cerrahi tedavi ile yırtılma, emboli ve serebrovasküler olay riskinin daha az olacağını düşünerek vazgeçildi.<sup>4</sup>

Cerrahi tedavide vasküler cerrahide standart seçenekler olan anevrizma rezeksiyonu ve uç uca

anastomoz ilk tercih nedenidir.<sup>2-5</sup> Bunun yanı sıra anevrizmanın sadece ligasyonu veya ligasyon sonrası otojen ven veya sentetik materyal ile baypas yapılabilir. Hastamızda kesenin alınması sonrası uç uca anastomoz mümkün olmadı. Bu boşluk sentetik materyal ile giderilerek arteriyel akım sağlandı. Yapılan literatür taramasında uç uca anastomozun uygun olmadığı olgularda sentetik greft kullanılabileceği, ve sentetik greft ile otojen ven greftler arasında belirgin bir fark gözlenmediği bildirilmektedir.<sup>5</sup>

Karotis arter anevrizma cerrahisi lokalizasyon olarak kendine özgü komplikasyonları vardır. Ölüm oranı %5'in altında iken, perioperatif %8.2 oranında geçici iskemik atak görülmektedir.<sup>5</sup> Ancak bu bölgedeki cerrahide çevre kranial sinirlere bağlı nörolojik komplikasyonlar daha ön plandadır. Kranial sinir zedelenmeleri %28 oranında görülür.<sup>5</sup> Karotis arter anevrizma cerrahisinde kranial sinirlerin belirlenmesi ve azami dikkatle çalışılması önemlidir. Anevrizmaya bağlı olarak gelişen inflamatuvar reaksiyon çoğu zaman kranial sinirlere yayılabilmekte veya anevrizma kesesinin basısı altında kalmaktadır. Bu durum karotis arter endarterektomi ameliyatına göre nörolojik komplikasyonları arttırmaktadır. Bizim olgumuzda hipoglossal sinir etkilenmesine bağlı yutma güçlüğü görüldü ve şikâyetleri postoperatif 5. günden itibaren gerileyen hastaya stereoid ve B-vitamin tedavisi verildi.

Sonuç olarak; ekstrakraniyal karotis arter anevrizmalarının cerrahi yaklaşımında özellikle anatomik diseksiyonun zorluğuna, kranial sinirlerin anevrizma kesesine yakın ve yapışık olmasına rağmen tanı konur konmaz cerrahi teknik kullanılarak tedavi edilmesi gereklidir. Ancak son yıllarda artan damar girişimi tecrübelerinden dolayı uygun vakalarda endovasküler stent uygulamasının öncelikle yapılması kranial sinirlere ait komplikasyonlardan kaçınmak için tercih edilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Busuttil RW, Davidson RK, Foley KT, Livesay JT, Barker WF. Selective management of extracranial carotid arterial aneurysms. *Am J Surg* 1980;140(1):85-91.
2. Carrel T, Bauer E, von Segesser L, et al. Surgical management of extracranial carotid artery aneurysms: Analysis of 6 cases. *Cerebrovasc Dis* 1991;1:49.
3. El-Sabrou R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. *J Vasc Surg* 2000;31(4):702-12.
4. Thompson JE, Talkington CM. The surgery of carotid aneurysm. In: Greenhalgh RM, Mannick JA, Powell JT, eds. *The cause and management of aneurysms*. London: WB Saunders; 1990. p.39-48.
5. Chan AW, Yadav JS, Krieger D, Abou-Chebl A. Endovascular repair of carotid artery aneurysm with Jostent covered stent: initial experience and one-year result. *Catheter Cardiovasc Interv* 2004;63(1):15-20.