

KAROTİS ARTER ANEVİRİZMASI: Olgu Sunumu

CAROTID ARTERY ANEURYSM-A CASE REPORT

Vural ÖZCAN, Cengiz KÖKSAL, Sabit SARIKAYA, Mustafa ZENGİN

SSK Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü, İSTANBUL

Özet

Karotis arter anevrizmaları vücuttaki diğer arteriyel yapılara göre oldukça nadir rastlanan olgulardır. Klinik olarak boyunda basit bir kitle görüntüsü ile ağır nörolojik semptomlara kadar varabilen bir spektrumda karşımıza çıkabilir. Cerrahi tedavinin uzun dönem sonuçları medikal tedaviye göre oldukça üstündür. Tedavide amaç anevrizmanın çıkarılması ve arteriyel devamlılığın sağlanmasıdır. Yazımızda ekstrakraniyal internal karotis arterde görülen ve cerrahi tedavi uygulanan bir olgu sunulmuştur. (Damar Cerrahi Dergisi 2003;12(2): 25-27)

Anahtar Kelimeler: Karotis arter, Anevrizma

Summary

Carotid artery aneurysms are rarely encountered when compared with other aneurysm location sites. It has a wide range of symptomatology and may be presented as a single mass at the neck regio or severe neurologic deficiency. Surgical resection with revascularisation is the only treatment modality as it is for all aneurysms. We present an extracranial internal carotid artery aneurysm case treated surgically. (Turkish J Vasc Surg 2003;12(2): 25-27)

Key Words: Carotid artery, Aneurysm

Yazışma Adresi:

Op. Dr. Vural ÖZCAN
SSK Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümü D Blok
MALTEPE / İSTANBUL
E-Posta: drvozcan@yahoo.com

Karotis arterlerinde ateroskleroz sık görülmesine rağmen arter ağacının diğer bölümlerine göre anevrizma oldukça seyrek görülür. Hauser ve Baker 5000 servikal cerebral angiografi serisinde sadece 8 adet servikal karotis arter anevrizması saptamışlardır⁽¹⁾.

OLGU SUNUMU

50 yaşında kadın hasta. Yaklaşık 3 yıldır boynun sağ tarafında giderek büyüyen fişlik fişkayeti mevcut. Herhangi bir travma öyküsü yok. 5 yıldır bilinen hipertansiyonu var. Fizik muayenede boynun sağ tarafında mandibulum 3 cm altında 3x3x3 cm boyutlarında pulsatil, ağrısız kitle tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri normal. Rutin tetkiklerinde bir

özellik yok. Sağ karotis arter dopler ultrasonografi ve angiografisinde internal karotis arter başlangıcından 2 cm sonra sakküler anevrizmatik genişleme mevcut, diğer segmentler ve sol karotis arter normal görünmekte (şekil 1).

Hastaya cerrahi tedavi planlandı. Genel anestezi altında sağ sternokleidomastoid kasının ön kenar boyunca yapılan insizyon ile karotis artere ulaşıldı. Anevrizmanın internal karotis arterin 2 cm distalinden kaynaklandığı ve sakküler özellikte olduğu, diğer segmentlerin normal olduğu görüldü. Ana karotis arter, eksternal karotis arter ile anevrizmanın distalinde internal karotis arter klemp koymaya hazır hale getirildi. Hastaya 1 cc intravenöz heparin



Resim 1. Olgunun anjiyografik görüntüsü

yapıldıktan sonra ana ve eksternal karotis arterler klempe edilip güdük basıncı ölçüldü, 65 mmHg bulundu. İnternal karotis arterin distaline de klempe konularak anevrizma kesesi açıldı. Kese içinde trombus görülmedi. Kese rezeke edildikten sonra internal karotis arterin proksimal ve distal güdükleri yaklaştırılıp uç uca anastomoz edildi. Kanama kontrolünü takiben katlar kapatıldı. Hastanın postoperatif döneminde cerrahi ve nörolojik sorunu olmadı. Kesenin patolojik incelemesi dejeneratif, hiyalinize değişiklikler şeklinde rapor edildi.

10 gün sonra yapılan dopler ultrasonografik incelemesinde internal karotis arterin devamlarında bir sorun gözlenmedi. Hasta altı ayda herhangi bir sorunu yok.

TARTIŞMA

Karotis endarterektomi ameliyatları oldukça sık yapılan bir cerrahi işlem olmasına rağmen anevrizma nedeniyle cerrahi oldukça nadirdir. Tüm karotis arter prosedürlerinin % 0,1-2 sini teşkil eder. En geniş serilerin bildirildiği merkezlerde bile insidans yılda 1 olgudur⁽²⁾.

Karotis anevrizmalarının sebepleri arterioskleroz, karotis cerrahisi, travma, infeksiyon, diseksiyon ve doğumsal anomalilerdir. Bunlardan günümüzde en çok görülenler ateroskleroz zemininde görülen

anevrizmalar ve karotis cerrahisi sonrası görülen psödoanevrizmalardır.

Tanım için dopler ultrasonografi genellikle yeterlidir. Ayrıca tanımda karotis body tümörleri, bükülmüş ve ya dönmüş arter, büyümüş lenf nodları göz önüne alınmalıdır. Ancak yüksek seviyede yerleşim gösteren anevrizmalarda şüphelerin değerlendirilebilmesi için angiografi gereklidir⁽³⁾. Angiografi aynı zamanda eflak eden stenoz gibi ek lezyonları da gösterir ve cerrahi yaklaşım stratejini saptamada yardımcı olur. Ancak intramural trombus varlığında anevrizma tam görüntülenemeyebilir⁽⁴⁾.

Karotis arter anevrizmaları yüksek oranda tromboembolik nörolojik komplikasyonlara adaydır. Medikal tedavi antikoagülan ve antihipertansifler ile şüphelidir. Ancak bu tedavi nörolojik riskleri azaltmadığı gibi hemoraji riskini arttıracağı için tehlikeli de olabilir⁽⁵⁾. Nörolojik komplikasyon oranlarının çok daha düşük olması ve yüzgüdüren uzun dönem sonuçları nedeniyle cerrahi tedavi tercih edilmelidir.

Cerrahi tedavide ideal olan rezeksiyon ve sonrasında arteriyel devamlılığın sağlanmasıdır. Rezeksiyon sonrası uç uca anastomoz, sentetik ve ya safen ven grefti ile interpozisyon yapılabilir. Endarterektomiye göre klempaj süresi daha uzun olduğu için flant kullanılmayan öneren yazarlar mevcuttur. Revaskülarizasyonun teknik olarak mümkün olmadığı durumlarda internal karotis arterin ligasyonu da bir yöntemdir. Ancak %25 major inme, % 20 mortalite riski olduğu unutulmamalıdır. Kafa tabanı içindeki anevrizmalarda mandibulanın subluksasyonu, transtemporal yaklaşım gibi baş-boyun ve beyin cerrahilerinin de katılacağı çiftli yaklaşım biçimleri tarif edilmiştir⁽⁵⁾. Ayrıca son yıllarda tüm anevrizmalar için yaygınlaşmakta olan endovasküler yolla stent greft yerleştirilmesi, embolizasyon gibi prosedürler de bir diğer tedavi yöntemidir. Özellikle ulaşılmaz, yüksek seviyedeki anevrizmalar için akıldan bulundurulmalıdır^(6,7). Ancak bu konuda uzun dönem sonuçları henüz yeterli değildir.

Ameliyat sonrası dönemde hemipleji, hipoglossus ve rekurren sinir hasarı gibi karotis cerrahisine özgü komplikasyonlar görülebilir. Tedavi sonuçları

etiolojiye, boyutuna, yerleşim yerine, ve eşlik eden faktörlere göre değişir. Ruptür ve nörolojik olay sonrası acil alınan hastalar ile endarterektomi sonrası oluşan anevrizmaların cerrahi tedavisi sonrasında morbidite ve mortalite daha yüksektir^(2,4).

Sonuç olarak oldukça nadir görülen karotis arter anevrizmalarında cerrahi tedavi ilk seçilen tedavi olmalı ve ön planda arteriyel devamlılığın sağlanması amaçlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Haimovici H. Peripheral Arterial Aneurysms. Haimovici H, Ascer E, Hollier LH, Strandness DE, Towne JB. Vascular Surgery 4th ed 1996:893-909.
- 2- El-Sabroun R, Cooley D A. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. J Vasc Surg 2000;31:702-12.
- 3- Sokullu O, Fierbetçioğlu A, Sanioğlu S ve ark. Ekstrakraniyal İnternal Karotis Arter Anevrizması: Kısa Olgu Sunumu. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi 2002;10:181-183.
- 4- Özcan HZ, Kunt A, Hızarcı M, Bayazıt M. Ekstrakraniyal Karotis Arter Anevrizmaları. Damar Cerrahi Dergisi 2003;12(1):43-47.
- 5- Surgical treatment of extracranial internal carotid artery aneurysms. Rosset E, Albertini JN, Magnan PE, Ede B, et al. J Vasc Surg 2000 ;31 :713-23.
- 6- Mase M, Banno T, Yamada K, Katano H. Endovascular stent placement for multiple aneurysms of the extracranial internal carotid artery : technical case report. Neurosurg 1995;37:832-5.
- 7- Hurst RW, Haskal ZJ, Zager E, et al. Endovascular stent treatment of cervical internal carotid artery aneurysms with parent vessel preservation. Surg Neurol 1998;50:313-7.