

İnternal Karotid Arter Anevrizması: Olgu Sunumu

Denyan Mansuroğlu, Kaan Kırallı, Mesut Şişmanoğlu, Suat Nail Ömeroğlu, Bahadır Dağlar, Gökhan İpek, Cevat Yakut

Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

ÖZET

Son iki ayda gelişen boyunda şişlik, yutma güçlüğü ve ağrı şikayetleri ile kliniğimize refere edildiren 72 yaşında kadın hasta karotid arter anevrizması nedeniyle ameliyat edildi. Anevrizma kesesi rezeksiyonla çıkarılarak internal karotid arter devamlılığı safen ven ile sağlandı. İkinci haftada kendiliğinden düzelen yutma güçlüğü dışında nörolojik hadiseye rastlanmadı. Postoperatif 2. ayda yapılan kontrol karotid doppler ultrasonografisinde safen greftinin açık olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Karotid arter, gerçek anevrizma

SUMMARY

ANEURYSM OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY: CASE REPORT

A 72 years old woman who had swelling at neck, dysphagia and pain for two months was referred to our clinic. She was operated because of the diagnosis of carotid artery aneurysm. The aneurysmal sac was resected and the internal carotid artery continuity was achieved with saphenous vein. There was no other neurologic deficit except dysphagia, which spontaneously recovered at 2 weeks postoperatively. The carotid Doppler Ultrasonography carried out at 2 months postoperatively revealed that the saphenous vein graft was patent.

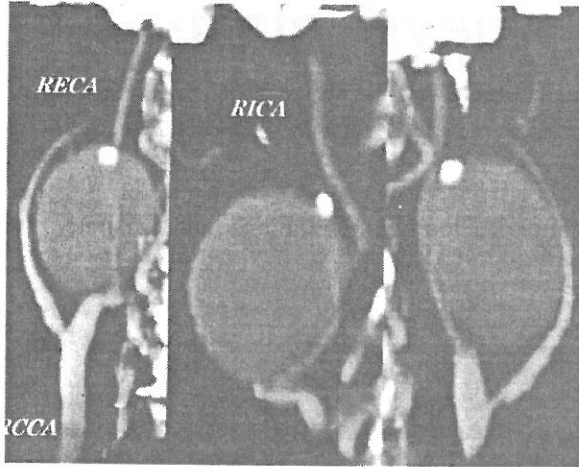
Key Words: Carotid artery, true aneurysm

Ekstrakranial aterosklerotik lezyonlar sık olmasına rağmen internal karotid arter anevrizmaları nadir olarak görülür. Cerrahi tedavinin amacı hastayı tromboembolik komplikasyonlara bağlı nörolojik sekillerden korumaktır. Tercih edilen temel tedavi anevrizma rezeksiyonu ve arteriyel devamlılığının safen ven veya sentetik greft ile sağlanması şeklindedir (1). Karotid arter anevrizmaları konvansiyonel metodlar ile kolay bir şekilde tedavi edilebilir. Ancak, anevrizmanın lokalizasyonu ve büyüklüğü nadir olarak alternatif teknikler gerektirebilir.

VAKA TAKDİMİ

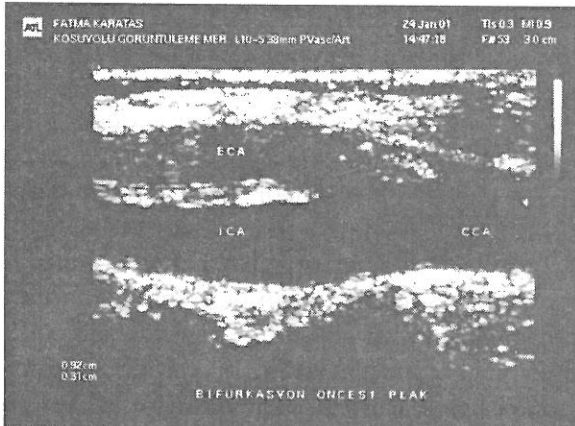
72 yaşında kadın hasta son iki ayda gelişen boyunda şişlik, yutma güçlüğü ve ağrı şikayetleri ile kliniğimize refere edildi. Hastanın alınan anamnezinde geçirilmiş bir enfeksiyon hikayesi veya geçici iskemik atak öyküsü yoktu. İki sene medikal tedavi ile kontrol altında tutulan hipertansiyonu mevcuttu. Klinik muayenesinde

kraniyal sinir tutulumuna veya Horner sendromu'na raslanmadı. Ancak sağ boyunda 3x2 cm boyutunda pulsatil kitle mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. İlk olarak hastaya karotid arter doppler ultrasonografisi yapıldı. Sağ karotis internal arterde 3x3x3 cm boyutlarındaki kitle psödoanevrizma olarak rapor edildi. Psödoanevrizma ile gerçek anevrizma ayırımını yapmak için elektron tomografisi yapıldı. Sağ internal karotid arterde 3.6x3.2x4.4 cm boyutlarındaki homojen, yoğun kontrast dolumu gösteren kitle sakküler tipte gerçek anevrizma olarak değerlendirildi (Resim 1). Beyin tomografisinde patolojik bulgu ve anevrizmanın intrakraniyal devamlılığı tespit edilmedi. Hastaya yaşının ile ilgili olması nedeniyle koroner ve karotid anjiyografisi yapıldı. Sağ internal karotid arterde, bulbus-tan hemen sonra başlayan eksternal karotid arteri deplase eden 4x4x4 cm boyutlarında geniş anevrizma görüldü (Resim 2). Karotid sistemde stenoz yoktu. Koroner anjiyografisi ve sol ventri-

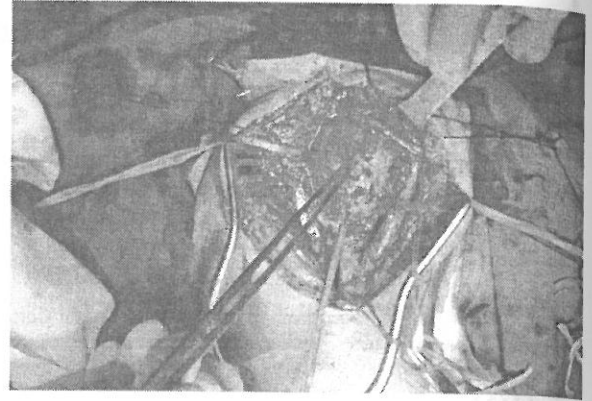


Resim 1. Preoperatif internal karotid arter anevrizması'nın tomografik görüntüsü

külografisi normaldi. Hasta genel anestezi altında operasyona alınarak anevrizma kesesi eksplore edildi. N. hipoglossus ve n. vagus'un kitleye yapışık olduğu görüldü ve bu yapılar anevrizma duvarından dikkatlice disseke edildikten sonra anevrizma kesesi açıldı. Anevrizma kesesi rezeke edildikten sonra internal karotid arter devamlılığı, kasık tarafından alınan safen ven greftin akım yönüne uygun olacak şekilde interpozisyon sağlandı (Resim 3). 15 dakikalık klem-paj sırasında intraluminal şant kullanılmadı. Hasta postoperatif 6. saatte ekstübe edildi. Hastadan alınan materyalin patolojik incelemesinde kitle sakküler tipte gerçek anevrizma olarak rapor edildi. Geçici yutma güçlüğü dışında nörolojik hadise görülmedi. Yutma güçlüğü ikinci haftada düzeldi. Postoperatif 2. ayda yapılan kontrolde karotid ve temporal arter nabızları alı-



Resim 3. Postoperatif 2. ayda devamlılığı safen ven grefti ile sağlanan sağ karotid arterin ultrasonografik görüntüsü



Resim 2. Anevrizmanın intraoperatif görünümü

nyordu. Yapılan doppler ultrasonografisinde safen greftin açık olduğu görüldü.

TARTIŞMA

Karotis arter anevrizmaları seyrek görülen patolojilerdir. Etiyolojide en sık ateroskleroz ve travmaya raslanmakla birlikte diğer nedenler arasında mikotik anevrizmalar, konnektif doku hastalıkları (Marfan Sendromu, Ehler Danlos), fibromusküler displazi, geçirilmiş karotid endarterektomi sonrası sayılabilir (2-4).

Karotid arter anevrizmalarında ana semptom boyunda şişlik ve ağrıdır. Bunun yanında disfaji, kraniyal sinir basısına veya santral sinir sisteminin disfonksiyonu bağlı bulgularla kendini gösterebilir. Tanıda dublex ultrasonografinin önemli yeri olmasına rağmen, anjiyografi özellikle anevrizmanın büyüklüğü, lokalizasyonu ve kollateral sirkülasyonunu gösterme açısından altın standarttır (2,4,5). Diğer arter anevrizmalarında olduğu gibi karotid arter anevrizmalarında da arter çapının 2 katına ulaşmasının ameliyat endikasyonu sayılmasına karşın, karotid arter anevrizmaları, tanı konulduğunda özellikle çevre dokulara bası, serebral iskemi ve embolizasyon riskinden korumak amacıyla hemen ameliyat edilmelidir (4). Ameliyat lokal anestezi, genel anestezi veya kardiyopulmoner bypassla total sirkulatuar arrest altında yapılabilir (1,2).

Ekstrakraniyal karotid arter anevrizmaları ilk kez 1808 yılında Cooper tarafından proksimal ligasyon uygulanarak başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir (6). Dimtza 1952 yılında ilk kez rezeksiyon ve primer "end to end" anastomoz tekniğini ortaya atmıştır (7). Bu tip operasyonlarda ilk prostetik greft materyal kullanılması Beall tarafından gerçekleştirilmiştir (8). Günümüzde

klasik tedavi anevrizma rezeksiyonu ve arter rekonstrüksiyonu şeklindedir. İnterpozisyon için otojen ven (juguler veya safen ven) veya sentetik greft kullanılabilir. Kullanılan prostetik ve otojen greftlerin sonuçları benzerdir. Özellikle enfeksiyon şüphesi olan vakalarda safen ven grefti kullanılmalıdır. Komplike vakalarda şant uygulamak gerekebilir. Biz vakamızın kısa sürmesi ve karşı tarafın sağlam olması nedeniyle şant kullanmadık. Kafa tabanına yakın olan distal büyük anevrizmalar teknik olarak sorun yaratabilir. Sternokleidomastoid kasının mastoid bölümden divizyonu, digasrik kasın divizyonu, stiloid çıkıntının ortadan kaldırılması, mandibula subluksasyonu gibi manevralar gerektirebilir (4,9). Son yıllarda güncel olan endovasküler tedavi anevrizma ve psödoanevrizmalarda da uygulama alanı bulmuştur (4). Postoperatif dönemde en sık görülen hipoglossal ve rekürren larengial sinir paralizileridir. Geçici yutma güçlüğü nervus vagustan köken alan farengial muskuler dalların, superiyor larengial ve glossofarengial sinir hasarına bağlı olarak görülebilir (4,10). Nitekim hastamızda erken dönemde geçici yutma güçlüğü görülmüş ve ikinci haftada tamamen düzelmiştir. Özellikle büyük anevrizmalarda kraniyal sinir hasarını önlemek amacıyla anevrizmanın parsiyel rezeksiyonu önerilmektedir.

Günümüzde modern vasküler cerrahi yöntemlerinin gelişmesi karotid arter anevrizmalarının tedavisini yüksek başarı ve düşük nörolojik komplikasyon oranları ile uygulanmasına olanak sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Thelin S, Almgren B, Hansson HE, Thyden H: Surgery of extracranial carotid artery aneurysm using cardiopulmonary bypass, hypothermia and circulatory arrest. *J Cardiovasc Surg* 29: 332-335, 1988.
2. Mishaly D, Pasik S, Barzilai N, Mashiah A: Repair of internal carotid aneurysm under lokal anesthesia. Case report. *J Vasc Surg* 33: 380-382, 1992.
3. Wheeler JMD, Wright I, Pught N, Lane IF: Is there carotid artery aneurysm formation following saphenous vein patch endarterectomy? *Cardiovascular Surgery* 8: 47-50, 2000.
4. Goldstone J: Aneurysm of the extracranial carotid artery: Rutherford RB (ed) *Vascular Surgery*, Philadelphia, Saunders, 1995 pp: 1600-1610.
5. Seabrook GR, Towne JB: Nonarterosklerotic cerebrovascular disease: Haimovici (ed) *Vascular surgery, principles and techniques*: Massachusetts, Blackwell Science, 1996 pp: 966-981
6. Cooper A: Account of the first successful operation performed on the common carotid artery for aneurysm. *Guy Hosp Rep* 53, 1836.
7. Dimtza A. Aneurysm of the carotid arteries. Report of two cases. *Angioloji* 7: 218, 1956.
8. Beall AC, Crawford ES, Cooley DA, et al: Extracranial aneurysm of the carotid artery. *Postgrad Med J* 32: 93-102, 1962.
9. Yves A, Pascal DM, Eduard F, Jacques M, Claude J: Blunt injury to the internal carotid artery the base of the skull: Six case of venous graft restoration. *J Cardiovasc Surg* 24: 249-257, 1996.
10. Atay Y, Yağcı T, Alat İ, ve ark: Ateroskleroz dışı karotid arter hastalıkları. *Damar Cerrahi Dergisi* 3: 121-126, 1998.