

Ekstrakraniyal İnternal Karotis Arter Anevrizması: Olgu Sunumu

Extracranial Internal Carotid Artery Aneurysm: Case Report

Dr. Süheyla DOĞAN,^a
Dr. Mine DEMİRBAŞ,^a
Dr. Özlem ACAR,^b
Dr. Candan Cudi ÖKTEN,^a
Dr. Ali Kemal ARSLAN,^a
Dr. Orhan Veli DOĞAN^a

^aKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
^bNöroloji Kliniği,
Trabzon Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Trabzon

Geliş Tarihi/Received: 13.04.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 11.07.2011

*Bu olgu sunumu Türk Kalp ve Damar Cerrahisi
Derneği 11. Ulusal Kongresi (27-31 Ekim 2010,
Antalya)'nde bildiri olarak yayınlanmıştır.*

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Mine DEMİRBAŞ
Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Trabzon,
TÜRKİYE/TURKEY
drminey@yahoo.com

ÖZET Ekstrakraniyal karotis arter anevrizması nadir görülmesine rağmen, yaşamı tehdit edici komplikasyonlar oluşturabilen önemli bir sorundur. Vakaların bir çoğunda boyunda pulsatil kitle bulunmaktadır, ancak semptomatik hale gelmedikçe sıklıkla dikkate alınmamaktadır. Bu olgu sunumumuzda baş ve boyun ağrısı, hemiparezi, anizokori, konuşma bozukluğu, disfajisi olan ve boyunda pulsatil kitle palpe edilmeyen, geç dönemde karotis arter anevrizması tanısı alan hastayla ilgili deneyimlerimizi paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Karotis arter; internal karotis arter; anevrizma

ABSTRACT Although seen rarely, extracranial carotid artery aneurysm is a serious problem causing life threatening complications. In most of the cases, there is a pulsatile mass on the neck, but usually remains undiagnosed unless symptomatic. In this case report, we aim to share our experience in a patient having symptoms of head and neck pain, hemiparesia, anisocoria, speech disorders, and dysphagia, but no palpable pulsatile mass on physical examination, and whose diagnoses was made lately.

Key Words: Carotid artery; internal carotid artery; aneurysm

Damar Cer Derg 2011;20(2):52-4

Ekstrakraniyal internal karotis arter anevrizması, erkeklerde 0.55 ± 0.06 cm, kadınlarda 0.49 ± 0.07 cm çapında olan internal karotis arterin %50'nin üzerinde dilatasyon göstermesi olarak tanımlanır ve oldukça nadir görülür.¹ Cerrahi tedavi uygulanan tüm karotis prosedürlerinin %0.1-2'sini kapsamaktadır. Tüm periferik arter anevrizmaları ile kıyaslandığında, karotis arter anevrizmalarının insidansı %0.4-4'tür. Genellikle semptomların temel nedeni anevrizmadaki trombüse bağlı embolidir. Anevrizmaya bağlı kompresyon bulguları ve rüptür oldukça azdır.²⁻⁴ Yazımızda emboli ve kompresyona bağlı semptomları bulunan ekstrakraniyal karotis arter anevrizmalı bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Kırk dört yaşında erkek hasta, yaklaşık 2,5 ay önce sağ tarafta kuvvetsizlik ve bilinç kaybı şikayeti ile nöroloji acil polikliniğine başvurmuştur. Hasta-

nın beyin difüzyon MR tetkikinde sol fronto-parietal lopta ve sol bazal ganglionlarda subakut infarkt izlenmiştir. Konuşma bozukluğu, disfaji ve hemiparezi olan hastaya fizik tedavi başlanmıştır. İki ay sonrasında genel durumunda bozulma olması üzerine yapılan karotis arter renkli doppler USG'de ve boyun BT anjiyografi incelemesinde sol internal karotis arterde (İCA) yaklaşık 4 cm boyutunda anevrizma saptanmıştır ve kliniğimize refere edilmiştir. Ayrıntılı anamnezinde hastanın 2,5 sene önce baş ve boyun ağrısı nedeniyle beyin cerrahisi bölümüne başvurduğu ve herhangi bir patoloji saptanmadığı öğrenilmiştir. Özgeçmişinde ayrıca hipertansiyon ve sigara kullanımı da bulunmaktadır. Fizik muayenesinde boyunda pulsatil kitle palpe edilemezken, vücudun diğer yerlerinde de ele gelen pulsatil kitle yoktur. Baş ve boyun ağrısı, hemiparezi, anizokori, konuşma bozukluğu ve disfajisi olan ve bilgilendirilmiş olur formu onayı alınan hastanın genel anestezi altında yapılan operasyonunda İCA'nın bifurkasyondan itibaren anevrizmatik olduğu ve iç kısma doğru büyüdüğü görüldü. Şant kullanılarak İCA'ya safen ven grefti interpoze edildi. Ameliyattan sonra konuşma bozukluğu ve disfajisi düzeldi. Postoperatif 1. günde solunum sıkıntısı olan hasta acil olarak reoperasyona alındı. Hematomu boşaltıldıktan sonra entübe edilebilen hastada İCA'nın distal ucundaki anastomozda küçük bir yırtık tespit edildi ve onarım yapıldı. Postoperatif 4. günde taburcu edilen hastada konuşma bozukluğu ve disfajisinin düzelmesinin yanı sıra baş ve boyun ağrısı da geçti. Hastanın yapılan patolojik incelemesinde aterosklerotik değişiklikler görüldü. Şikayetlerinin bir kısmı gerileyen hasta takibimiz altında olup, klinik olarak stabildir.

TARTIŞMA

Karotis arter anevrizmasına yönelik ilk başarılı girişim 1808 tarihinde Sir Astley Cooper tarafından ligasyon yapılarak uygulanmıştır. Yaklaşık 200 yıl önce ilk başarılı girişim yapılmasına rağmen nadir görülmesi nedeniyle günümüzde de önemli oranda ilgi çekmektedir.^{2,5,6} Karotis arterde gerçek anevrizma oluşumundaki en sık neden ateroskleroz veya fibromusküler displazidir.^{2,4} Çalışmalarda vakaların %37,5-100'ünde ilk bulgunun nörolojik ha-

dise olduğu bildirilmiştir. Nörolojik olayların temel nedeni ise anevrizmadaki trombüse bağlı embolidir. Geçici iskemik atak ile ya da inme ile karşımıza çıkabilir. Ateroskleroza bağlı karotis arter anevrizması tanısı alan hastamızda da emboli nedeniyle hemiparezi oluşmuştur. Bulguların oluşumundaki diğer bir nadir neden ise kompresyondur.^{2,4,5} Klasik olarak kitle mandibular üçgenin inferiorunda yer almaktadır ve fizik muayenede hastaların %90'ında boyunda pulsatil kitle bulunmaktadır.² Ancak Szopinski ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 15 hastanın sadece 6'sında; Attigah ve arkadaşları da 64 karotis anevrizmasının 19'unda pulsatil kitle saptamışlardır.^{5,7} Boynun içine doğru ilerleme görüldüğünde faringeal konstriktor kasların basısına bağlı olarak disfaji meydana gelmektedir. Mukoz membran veya glossofaringeal sinir basısına bağlı olarak da faringeal disfonksiyon oluşabilmektedir. Ayrıca glossofaringeal sinir basısı boyna yayılım gösteren kulak ağrısına neden olur. Bazen de göz etrafında veya baş ağrısı şeklinde karşımıza çıkabilir. Glossofaringeal sinir basısı dışında servikal sempatik zincir ve vagus da etkilenmektedir. Servikal sempatik zincirin etkilenmesine bağlı Horner Sendromu, vagus kompresyonuna bağlı da sıklıkla ses kısıklığı oluşmaktadır.^{2,5,8} Olgumuzda da boyunda kitle palpe edilememektedir ve yapılan operasyonda İCA'nın bifurkasyondan itibaren anevrizmatik olduğu ve iç kısma doğru büyüdüğü görülmüştür. Kompresyona bağlı baş ve boyun ağrısı, anizokori, konuşma bozukluğu ve disfajisi olduğu düşünülmüştür.

Opere edilmeyen karotis arter anevrizmalarında inme görülme oranı %50'nin üzerindeyken, mortalite oranı %71'dir.⁴⁻⁶ Bu nedenle tanı konar konmaz cerrahi tedavi önerilmektedir. Cerrahi tedavi tromboemboliye bağlı kalıcı nörolojik sekel-leri ve kompresyon bulgularını önlemektedir. Tercih edilen cerrahi prosedür anevrizmanın büyüklüğüne, lokalizasyon ve etiyojisine göre farklılık gösterebilmektedir.⁵ Geçmişte ligasyon sık kullanılan yöntem olmasına rağmen, son yıllarda arteriyel devamlılığın sağlanması daha çok tercih edilmektedir. Ancak mikotik anevrizmalı, anatomik nedenlerle bypassın distal kontrolünün yapılamadığı durumlarda veya kontrol altına

alınamayan kanama varsa ligasyon gene de en iyi tercih gibi gözükmetedir. Arteriyel devamlılığın sağlanmasında da en sık kullanılan yöntem anevrizmanın rezeksiyonu ve safen ven grefti ile bypassdır. Karotis arter anevrizmalarında endovasküler yöntemleri destekleyen olgu sunumları da bildirilmektedir.² Ligasyonda mortalite oranı %20, inme riski %25 iken, cerrahi tamirde mortalite ve inme riski %4 ile %9 arasında değişmektedir.⁵ Vakamızda da İCA'nın bifukasyondan itibaren anevrizmatik olduğu görüldü ve İCA'ya safen ven grefti interpoze edildi. Operasyondan sonra kompresyonun ortadan kalkmasıyla konuşma bozukluğu ve

disfajisinin düzelmesinin yanı sıra baş ve boyun ağrısı da geçti.

Sonuçta; ekstrakraniyal karotis arter anevrizmalarında görülen semptomlar ve gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle genel yaklaşım cerrahi tedavi olmalıdır. Bu olgu sunumumuz baş ve boyun ağrısı, hemiparezi, anizokori, konuşma bozukluğu ve disfajisi olan hastaların ayırıcı tanısında mutlaka karotis arter anevrizması da göz önünde bulundurularak diagnostik incelemelerin ve cerrahi tedavinin vakit geçirmeden yapılmasının gerekliliğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Bardakçı H, Akgül A, Babaroğlu S, Kaplan S, Beyazıt M. Ekstrakraniyal internal karotis arter anevrizması; Olgu sunumu. *Damar Cer Derg* 2006;15(2):49-52.
2. Longo GM, Kibbe MR. Aneurysm of the carotid artery. *Semin Vasc Surg* 2005;18(4):178-83.
3. Castelli P, Scamoni C, Caronno R, Piffaretti G, Tozzi M, Carnini M, et al. Giant aneurysm of the extracranial carotid artery: case report. *EJVES Extra* 2005;9:84-86.
4. Biasi L, Azzarone M, De Troia A, Salcuni P and Tecchio T. Extracranial internal carotid artery aneurysms: case report of a saccular wide-necked aneurysm and review of the literature. *Acta Biomed* 2008;79(3):217-22.
5. Szopinski P, Ciostek P, Kielar M, Myrcha P, Pleban E, Noszczyk W. A series of 15 patients with extracranial carotid artery aneurysms: surgical and endovascular treatment. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;29(3):256-61.
6. Winterton RIS, Vowden P. True aneurysm of the extracranial internal carotid artery in a 48 year old woman. *EJVES Extra* 2003;6(3):59-61.
7. Attigah N, Külkens S, Zausig N, Hansmann J, Ringleb P, Hakimi M, et al. Surgical therapy of extracranial carotid artery aneurysm: long term results over a 24 year period. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009;37(2):127-33.
8. de Donato G, Giobolini M, Chisci E, Setacci F, Setacci C. Giant external carotid aneurysm: A rare cause of dyspnoea, dysphagia and Horner's syndrome. *EJVES Extra* 2006;11(2):19-22.