

Tinnitus ve tek taraflı baş ve boyun ağrısına neden olan ilerleyici karotis arter diseksiyonu

Progressive carotid artery dissection causing tinnitus and one-sided head and neck pain

Dr. Ömer Karadaş,¹ Dr. İlker Hüseyin İpekdağ,² Dr. Ali Meteoglu,³ Dr. Levent Hakan Gül⁴

¹Erzincan Asker Hastanesi ¹Nöroloji Kliniği, ²Kulak Burun Boğaz Kliniği, Erzincan, Türkiye;

²Mareşal Çakmak Asker Hastanesi Nöroloji Kliniği, Erzurum, Türkiye;

⁴Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Kırk yaşından genç insanlarda inmenin en önemli nedenlerinden olan karotis arter diseksiyonu, travma sonucunda olabileceği gibi kendiliğinden de ortaya çıkabilir. Olguların %85'inde inme, geçici iskemik atak, amorozis fugaks gibi merkezi nörolojik belirtiler görülmekle birlikte geri kalan hastalarda baş ağrısı ve kraniyal sinir felçleri ile karşılaşmaktadır. Bu yazıda, sol kulakta çınlama ve aynı taraflı baş boyun ağrısı yakınmasına ile birlikte ilerleyici karotis arter diseksiyonu olan 35 yaşında genç bir erkek olgu sunuldu. Hasta, karotis arter diseksiyonu tanısıyla kliniğe yatırıldı ve serebral anjiyografi (SA) planlandı. Ertesi gün yapılan SA'da diseksiyon alanına üç adet stent yerleştirildi. On gün boyunca klinikte takip edilen hastanın tüm yakınmalarında düzelme izlendi. Hasta üç ay sonra kontrole gelmek üzere sağlıklı bir şekilde taburcu edildi.

Anahtar Sözcükler: Karotis arter diseksiyonu; tinnitus; tek taraflı baş ağrısı.

Carotid artery dissection, one of the most common causes of stroke in patients younger than 40 years of age, may develop spontaneously or after trauma. In 85% of cases, central neurological signs such as stroke, transient ischemic attack and amorozis fugax are seen, while headache and cranial nerve paralysis can be the presenting symptoms in the rest of cases. In this case report, a 35-year of age young male patient who had a progressive carotid artery dissection accompanied by complaints of left sided tinnitus and ipsilateral head and neck pain. The patient was admitted to the clinic with the diagnosis of carotid artery dissection and cerebral angiography (CA) was planned. During the CA performed the day after, three stents were placed in the dissection area. Improvement was observed in all complaints of the patient who was followed up in the clinic for 10 days. The patient was discharged in a healthy condition to return after three months for a control.

Key Words: Carotid artery dissection; tinnitus; unilateral headache.

Baş ve boyun arter diseksiyonları son dönemlerde görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle daha sık saptanmaya başlanmıştır. Diseksiyon belirli bir baş veya boyun travması öyküsü tanımlamıyor-

sa, spontan diseksiyon olarak adlandırılmaktadır. Arterlerden akmakta olan kan intimal yırtığın arasına girer intimayı media tabakasından ayırır, yalancı bir lümen meydana getirir. Arterlerin

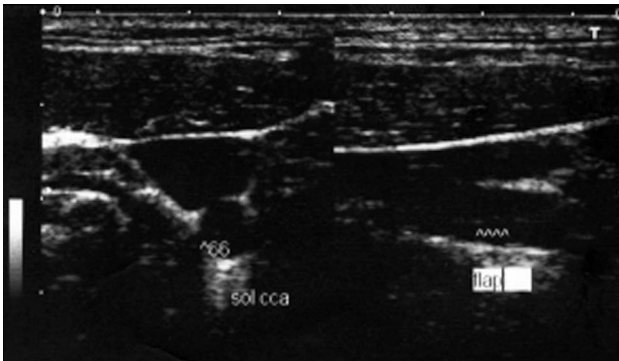
intrakraniyal kısmında media tabakası ekstrakraniyale göre daha zayıftır, dolayısıyla diseksiyon subintimal veya subadventisiyal görülebilir.^[1] Karotis arter diseksiyonunun etyolojisi çeşitlilik göstermekle beraber hipertansiyon, konnektif doku hastalıkları, damar anomalileri, homosisteinemi, Alfa-antitripsin eksikliği, sifiliz, migren, majör ve minör boyun travmaları önemli yer tutmaktadır.^[1-3] Diseksiyonlar en sık karotis arterin servikalden petroz kısmına, petroz kısmından kavernöz kısmına geçiş yaptığı bölgelerde görülmektedir. İnternal karotis arter (İKA) diseksiyonu sıklıkla servikal segmenttedir.^[4] Diseke olan arter tarafında tek taraflı baş ve yüz ağrısı bulunur. Baş ağrısını takiben, birkaç dakika veya birkaç gün içinde, geçici iskemik nöbet, inme veya her ikisi birlikte görülebilir. Hastaların %40'ında kısmi veya tam Horner sendromu görülür.^[1] Bu yazıda, çok ender görülen, sol kulakta uzun süreli çınlama ve aynı taraflı baş boyun ağrısı ile atipik başlangıç ve seyir gösteren spontan ilerleyici karotis arter diseksiyonu saptanan genç bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

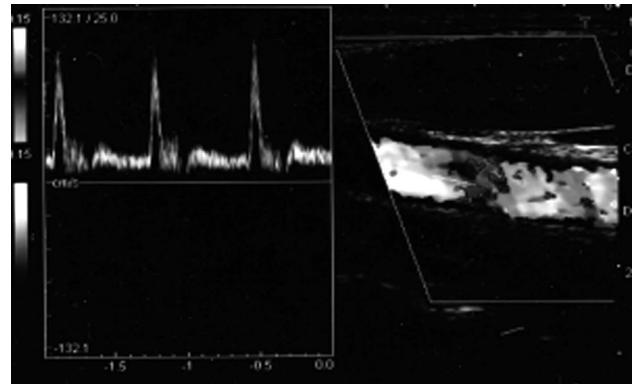
Otuz beş yaşında erkek hasta sol kulakta çınlama, uğultu, analjeziklere yanıt vermeyen sol taraflı baş boyun ağrısı ve sağ kol ile bacakta his kaybı yakınmaları ile kliniğimize kabul edildi. Öz geçmişinde hasta, baş dönmesi, denge bozukluğu, işitme kaybı gibi kulakla ilişkili hastalığı olmadığını, rutin kontrolleri sırasında kan basıncının yüksek saptandığını, bunun üzerine yapılan günlük tansiyon takipleri ve incelemeleri sonucunda hipertansiyon tanısı konulduğunu ve hipertansiyonu için olmesartan 10 mg/gün kullandığını belirtti. Ayrıca hasta hipertansiyon tanısı konulduktan yaklaşık altı ay sonra kulak çınlaması, baş ve boyun ağrısı

yakınmaları ile hastaneye başvurduğunu; yapılan kulak muayenesinin normal olması, işitme kaybının bulunmaması nedeniyle ek bir inceleme yapılmadığını, yakınmalarının kan basıncı değişikliklerine bağlı olabileceği ve ilaçlarını düzenli kullanması gerektiğinin söylendiğini bildirdi. Hasta bir süre sonra da sürekli devam etmeyen, ara sıra olup geçen sağ kol ve bacakta hafif uyuşmalarının başladığını, yine bu dönemde bazen sol kulağında çınlamaya eşlik eden uğultunun da ortaya çıktığını ifade etti. Bunun üzerine tekrar hastaneye başvuran hasta, kan incelemelerinin yapıldığını, kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT) çekildiğini, bu incelemeler sonucunda bir anormallik saptanmadığını, doktorunun önerisiyle ilaçlarına devam ettiğini, ayrıca kendisine hem baş ağrılarını azaltmak, hem de gerginliğini gidermek amacıyla 10 mg/gün dozunda başlanan essitoloqram ilacını kullandığını; ancak yakınmalarında bir değişiklik olmadığını ve yaklaşık altı ay sonra vücudunun sağ yarısında ara sıra hissettiği uyuşukluğun devamlı hal aldığını, bunun üzerine kliniğimize başvurduğunu belirtti.

Yapılan nörolojik muayenesinde vital bulguları stabildi. Sağ hemihipoestezi ve sağda taban deri yanıtı ekstansör olarak saptandı. Sol tarafta sürekli, pulsatil karakterde, nabız ile eş zamanlı kulak çınlaması tanımlayan hastanın aynı gün çekilen BT'si normaldi. Yapılan Doppler ultrasonografide (USG) sol ana karotis arter (AKA) proksimal düzeyinden başlayarak internal karotis arter (İKA) proksimal kesimine kadar uzanan lümeninde diseksiyon ile uyumlu ekojen görünüm izlendi (Şekil 1, 2). Hasta, karotis arter diseksiyonu tanısıyla kliniğe yatırıldı ve serebral anjiyografi (SA) planlandı. Ertesi gün yapılan SA'da diseksiyon alanına üç adet stent yerleştirildi. Serebral anjiyografi



Şekil 1. B-mod ultrasonografi görüntüsünde sol ana karotis arter proksimal düzeyinden başlayarak internal karotis arter proksimal kesimine kadar uzanan lümeninde diseksiyonla uyumlu ekojen görünümlerin izlenmekte.



Şekil 2. Spektral incelemede sol internal karotis arterde olması gereken düşük dirençli akım yerine yüksek dirençli akım paterni izlenmekte.

sırasında ve sonrasında parenteral yoldan parsiyel tromboplastin zamanı (PTT) takibi ile heparinize edilen hastada hiçbir komplikasyon gelişmedi. Oral antikoagülan tedaviye geçildi (Varfarin sodyum, 5-10 mg/gün, peroral (PO), international normalized ratio (İNR) değeri 2.0-3.0 olacak şekilde). On gün boyunca klinikte takip edilen hastanın tüm yakınmalarında düzelme izlendi. Hasta üç ay sonra kontrole gelmek üzere sağlıklı olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Her yaşta ortaya çıkabilen diseksiyonlar, özellikle genç yaş grubunda daha sık görülmektedir. Kafa dışı İKA diseksiyon olgularının %70'i 35-50 yaş grubundadır. Hastamızın yaşı literatür ile uyumludur. Özellikle kafa içi İKA diseksiyonları ergenlik çağında meydana gelmektedir.^[5-7] Diseksiyonun meydana geldiği vasküler yapıya ve yerleşim yerine göre mortalite ve morbidite oranı değişiklik göstermektedir. Kafa dışı İKA diseksiyonlarında ölüm oranı yaklaşık %5-10 iken, kafa içi İKA diseksiyonu ile baziler arter diseksiyonunda bu oran %70'in üzerindedir. Karotis arter diseksiyonlarında iskemik belirtiler en sık karşılaşılan semptomlardır. Karotis arter diseksiyonlu olguların değerlendirildiği bir çalışmada, bu olguların %85'inde tromboembolik iskemik patolojilerin olduğu belirtilmektedir.^[8-10] Olgumuzda ise en sık karşılaşılan iskemik semptomların son dönemde ve hafif düzeyde ortaya çıkması, bu tür patolojilerin atipik seyredebileceğine işaret etmektedir. Diseksiyon ile aynı tarafta görülen baş, boyun ve yüz ağrıları olmakta ve olguların yaklaşık %80'inde görülmektedir. Genellikle meydana gelen geçici iskemik atak ve inme gibi serebral iskemik semptomlar, baş ağrılarının ortaya çıkmasından birkaç dakika sonra veya birkaç gün içerisinde gelişmektedir. Diseksiyon olgularının %40'ında aynı taraflı okulo-sempatik felç (Horner sendromu) görülmektedir. Daha az saptanan kraniyal nöropatiler ise kompresyondan ziyade beslenme bozukluğuna bağlı gelişirler.^[1] Hastalığın prognozu ilk iskemik inmenin düzeyi ile ilişkilidir.^[11] Olgumuzda da olduğu gibi analjeziklere yanıtız, baş ve boyunu da içeren sürekli tarzda baş ağrısı görülürken, literatürden farklı olarak, iskemik semptomlar ve kraniyal nöropatiler gelişmeyebilir. Bu durum olgudaki kronik sürece bağlı olarak bir adaptasyon mekanizmasının gelişmiş olmasına bağlanabilir. Ya da güçlü kollateral dolaşım sayesinde, kan akım değişikliklerinin nöronlarda iskemi oluşturmadığını düşündürebilir. Literatür

ile uyumlu olarak hastada prognozun çok iyi seyretmesi, serebral hemodinaminin bozulmamış olmasıyla ilişkilendirilebilir. Hastamızda travma öyküsü olmaması karotis arter diseksiyon olasılığını dışlamaz. Baş ve boyun arter diseksiyonlarında manyetik rezonans anjiyografi (MRA) arterlerdeki daralmaları, anevrizmaları, intimal düzensizlikler şeklinde ortaya koysa da, küçük anevrizmaları göstermeyebilir.^[1] Ultrasonografi düşük dereceli stenozlarda daha düşük duyarlılığa sahip olsa da, genel olarak hızlı, noninvaziv, yüksek duyarlılığa sahip bir yöntemdir. Karotis arter diseksiyonunun erken tanısını sağlar.^[10] Olgumuzda da görüntüleme yöntemlerinde bir bulgu olmadığı dönemde, noninvaziv ve kolay uygulanabilir olan USG ile diseksiyon lehine kuvvetli bulguların saptanması, inmenin önlenmesinde Doppler USG'nin önemini ve ilk seçenek olması gerektiğini ortaya koymuştur. Medikal tedavinin etkin olmadığı durumlarda uygulanan cerrahi tedavide mortalite ve morbiditesi yüksek saptanmıştır.^[11] Endovasküler girişimlerde ise karotis stent anjiyoplasti uygulanan spontan veya travmatik İKA diseksiyonu çalışmalarında klinik gidişin stabil olduğu, ölüm ve inme gibi komplikasyonların görülmediği bildirilmiştir.^[11] Olgumuzun USG'sinde diseksiyon lehine bulguların izlenmesi sonrası, USG ile görülemeyen İKA'nın distal kısımlarının da değerlendirilmesi ve tedavinin yönlendirilmesi amacıyla SA'nın daha uygun olacağı düşünülebilir. Hastamızda olduğu gibi, anjiyografi ile lezyonun durumu değerlendirilip, stent konulabilmekte, uygulama sırasında ve sonrasında heparinize edilip, antikoagülan başlanan hastalarda komplikasyon oluşmadan tam bir düzelme sağlanabilmektedir.

Sonuç olarak, travmaya bağlı olmaksızın uzun süreli kulak çınlaması, kulakta uğultu ve tek taraflı baş boyun ağrısı gibi semptomlarla gelen özellikle genç olgularda, gerek beyin MR görüntülemesinde gerekse beyin BT'sinde, anormal bir bulgu saptanmasa dahi, etyolojik nedenler arasında karotis arter diseksiyonu düşünülmeli ve serebrovasküler anatomi ile hemodinamiyi incelemek amacıyla kolay uygulanabilirliği, noninvaziv ve ucuz olması nedeniyle, Doppler USG, öncelikle uygulanması gereken tanı aracı olmalıdır. Bu incelemenin sonuçlarına göre MRA ve SA gibi ileri görüntüleme yöntemlerine başvurularak tedavi planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sarıbaş O. Servikosefalik arterlerin spontan diseksiyonu. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2008;14:5-7.

2. Şengül G, Kadioğlu HH, Aydın İH. Arteriyel diseksiyon sendromları. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2:163-5.
3. Poppe AY, Minuk J, Glikstein R, Leventhal M. Fibromuscular dysplasia with carotid artery dissection presenting as an isolated hemianopsia. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2007;16:130-4.
4. Ajir F, Tibbetts JC. Post-traumatic occlusion of the supraclinoid internal carotid artery. *Neurosurgery* 1981;9:173-6.
5. Lee CC, Kim GW, Crupi RS. A common carotid artery dissection. *J Emerg Med* 2002;23:291-2.
6. Epley D. Carotid artery dissection. *J Vasc Nurs* 2001;19:2-7.
7. Beletsky V, Nadareishvili Z, Lynch J, Shuaib A, Woolfenden A, Norris JW, et al. Cervical arterial dissection: time for a therapeutic trial? *Stroke* 2003;34:2856-60.
8. Müller BT, Luther B, Hort W, Neumann-Haefelin T, Aulich A, Sandmann W. Surgical treatment of 50 carotid dissections: indications and results. *J Vasc Surg* 2000;31:980-8.
9. Kraus RR, Bergstein JM, DeBord JR. Diagnosis, treatment, and outcome of blunt carotid arterial injuries. *Am J Surg* 1999;178:190-3.
10. Benninger DH, Georgiadis D, Kremer C, Studer A, Nedeltchev K, Baumgartner RW. Mechanism of ischemic infarct in spontaneous carotid dissection. *Stroke* 2004;35:482-5.
11. Tuncer N, Afşar N, Aktan S. Yüzme sonrası gelişen internal karotis arter diseksiyonu: Olgu sunumu. *Sinir Sistemi Cerrahisi Derg* 2008;1:49-53.