

EKSTRAKRANYAL İNTERNAL KAROTİD ARTER ANEVİZMASI: OLGU SUNUMU

EXTRACRANIAL INTERNAL CAROTID ARTERY ANEURYSM: CASE REPORT

Muhammet AKYÜZ¹, Övünç ASLAN², Ersin ÇELİK³, Haydar YAŞA⁴

¹Ege Üniversitesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir.

²İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir.

³Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir.

⁴Özel Baki Uzun Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir.

ÖZET

Ekstrakranyal internal karotid arter (İKA) anevrizması nadir görülen fakat tromboemboli, rüptür gibi potansiyel fetal komplikasyonları nedeniyle üzerinde durulması gereken anevrizmalardır. Kırk dört yaşında bayan hasta yaklaşık 5 yıl önce başlayan ve giderek büyüyen boynunun sol tarafında şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastamızda inme, geçici iskemik atak ve kranyal sinir disfonksiyonu gibi herhangi bir nörolojik semptom mevcut değildi. Çekilen servikal renkli doppler ultrasonografi (RDUS) ile yapılan ilk değerlendirmede, sol İKA'da sakküler tipte anevrizma gözlemlendi. Hastanın çekilen manyetik rezonans anjiyografi (MRA) tetkikinde sol internal karotis arter bifurkasyonundan yaklaşık 3 cm distalde 16x25 mm çaplı sakküler tipte anevrizma saptandı. Cerrahi tedavide anevrizma rezeksiyonu sonrasında İKA uç uca anastomoze edildi.

Anahtar kelimeler: Karotid arter, İnternal, Anevrizma

ABSTRACT

Extracranial internal carotid artery (ICA) aneurysms, although seen rarely, must be paid attention as it may cause potential fatal complications such as thromboemboli and rupture. Forty-four year-old female admitted to our clinic with a progressive bulging mass since 5 years on left side of her neck. No neurologic symptom like stroke, transient ischemic attack or cranial nerve dysfunction was detected. Initial investigation with color-duplex ultrasound (CDUS) demonstrated saccular aneurysm of the ICA on the left. On magnetic resonance angiography (MRA) a 16x25 mm saccular aneurysm was revealed on 3cm distal part of left carotid bifurcation. ICA was anastomosed with end-to-end technique following resection of aneurismatic segment.

Key words: Carotid Artery, Internal, Aneurysm

Yazışma adresi:

Op Dr. Övünç Aslan

E-mail: ovuncaslan@gmail.com

GİRİŞ

Ekstakranial İKA anevrizmaları nadir olarak karşılaşılan vasküler patolojilerdir. Tanı konmadığı ve tedavi edilmedikleri takdirde hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilmekte ve hatta ölümlerle sonuçlanabilmektedir(1). Bütün periferik arter anevrizmalarının %1-4 ünü oluşturur. Karotid arter anevrizma operasyonları tüm karotid arter girişimlerinin %2 sini oluşturmaktadır (2). En sık ateroskleroza bağlı olarak gelişir. Geçirilmiş karotid endartektomi operasyonu, travma, disseksiyon, radyoterapi, fibromusküler displazi, konnektif doku hastalıkları ve infeksiyonlar diğer etyolojik faktörlerdir. Ekstrakraniyal İKA anevrizmalarının en sık yerleşim yeri ana karotid arter ve özellikle karotid arter bifurkasyonudur. İkinci sıklıkta internal karotis arterde görülür. Tromboemboli, rüptür ve lokal bası gibi potansiyel fetal komplikasyonlara sahiptirler (3).

OLGU

Kırk dört yaşında bayan hasta yaklaşık 5 yıl önce başlayan ve giderek büyüyen boynunun sol tarafında şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde sigara içtiği ve 6 yıl önce lomber disk hernisi nedeni ile opere olduğu, hipotiroidi nedeni ile levotiroksin kullandığı öğrenildi. Öyküde boyun bölgesine ait geçirilmiş travma, invaziv girişim ve enfeksiyon yoktu. Yapılan fizik muayenede sol sternokloidomastoid kasının orta kesiminde medial yerleşimli yaklaşık 2x2.5 cm lik pulsasyon veren ağrısız kitle tespit edildi. Başka özellik saptanmadı. Elektrokardiografisi(EKG) normal sinüs ritminde idi. Rutin kan tetkikleri normal sınırlar içerisinde saptanmış olup hipotiroidi öyküsü olan hastanın bakılan tiroid fonksiyon testleri (TFT) ve yapılan tiroid ultrasonografisi (USG) Hashimoto Tiroiditi ile uyumlu saptandı. Endokrinoloji kliniği ile konsülte edilerek medikal tedavisi düzenlendi. Hastanın çekilen MRA tetkikinde sol İKA'da bifurkasyondan yaklaşık 3 cm distalde 16x25 mm çaplı sakküler tipte anevrizma saptandı (Resim1). Anevrizmanın distalinde İKA'da yaygın aterosklerotik kıvrımlanmalar görülmekteydi ve eksternal karotid arter normal saptandı.

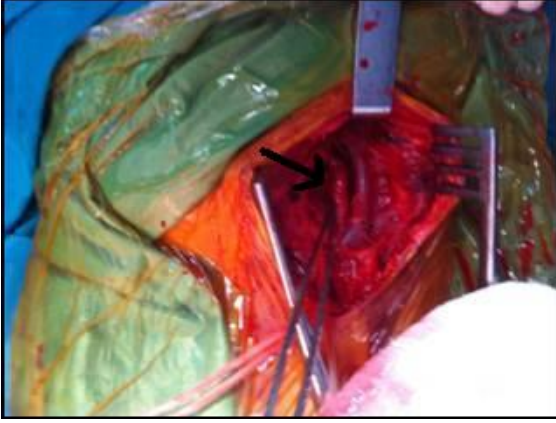
Hasta elektif olarak operasyona hazırlandı. Genel anestezi altında sol sterno kloidomastoid kasın yaklaşık 2 cm medialinden vertikal insizyon ile anevrizma kesesine ulaşıldı. Ana karotid arter, eksternal karotid arter ve İKA tek tek naylon teyp ile dönüldü. Anevrizma kesesi çevre dokulardan serbestleştirildi (Resim 2). Diseksiyon sonrası 80 Ü/kg heparin intravenöz olarak uygulandı. Klempaj uygulandıktan sonra anevrizmektomi yapıldı ve İKA uç uca anastomoze edildi (Resim 3). Hastanın postoperatif takipleri problemsiz seyretti. Hastanın gönderilen patoloji örneğinde aterosklerotik değişiklikler saptandı. Hasta postoperatif 4. günde asetilsalisilik asit 100 mg 1x1 tedavisi ile şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. Sol İKA yerleşimli sakküler anevrizma



Resim 2. İKA anevrizmasının görünümü ve yerleşimi



Resim 3. İKA uç uca anastomozu

TARTIŞMA

Ekstrakranial İKA anevrizmalarında, tedavi edilmeyen olgularda rüptür riski %10, embolizasyon %50, ölüm %71 oranında bildirilmiştir. Bu nedenle, ulaşılabilen ekstrakranial İKA anevrizmalarında tanı konur konmaz cerrahi tedavi önerilmektedir (4).

Hastalığın belirtileri boyunda pulsatil kitle, boyun ve baş ağrısı, retroorbital baskı hissi, glossopharyngeal kompresyona bağlı oksipital bölgeye yayılan kulak ağrısı, disfaji, karotid kanalı yakınlarına ulaşan anevrizmalarda kranial sinir kompresyonları santral sinir sistemi disfonksiyonudur. Bunlardan en sık boyunda pulsatil kitle ve ağrı görülür (3). Dupleks ultrasonografi en basit tanı aracıdır. Ancak lezyon yukarıda lokalize veya hastanın boynu kısa ise yetersiz kalabilir (5). Tanıda RDUS dışında MRA, spiral tomografi ve anjiyografi yardımcıdır.

Cerrahi tedavi seçenekleri, rezeksiyon ve uç uca anastomoz, ven veya sentetik materyal ile baypas, ekstra-intrakranial baypas ile ligasyon veya sadece ligasyondur. Standart tedavisi rezeksiyon ve uç uca anastomoz ile arteriyel akımın yeniden sağlanmasıdır. Hastamızda olduğu gibi, olguların %50'sinde, karotid arter rezeksiyon ve uç uca anastomozu uygundur (6,7). Uç uca anastomozun uygun olmadığı olgularda greft kullanılabilir. Sentetik greftler ve safenöz ven arasında belirgin bir fark gözlenmemiştir (7). Alternatif başka bir teknik de endovaskü-

ler tedavidir. Özellikle kafa tabanına uzanan, ulaşımı zor anevrizmalarda, cerrahinin kompleks hale gelmesi nedeni ile akılda tutulmalıdır. Yüksek servikal yerleşimli birçok gerçek ve psödoanevrizma transfemoral yolla silikon balonlar kullanılarak tedavi edilebilir (8). Anevrizmanın lokalizasyonu ve büyüklüğü göz önüne alınarak tedavi yöntemlerinden uygun olan seçilmelidir.

Uygun tedavi metodu, anevrizmanın lokalizasyonu ve büyüklüğü göz önüne alınarak seçilmelidir. Cerrahi tedavi ile lokal bası, tromboemboliye bağlı serebrovasküler olay ve rüptür riskinin daha az olacağı kanısındayız. Biz de sunduğumuz ekstrakranial İKA anevrizma olgusunda, rezeksiyon ve uç uca anastomoz yönteminin uygun olgularda iyi sonuç verdiğini ve seçilebilecek en uygun yöntemlerden biri olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1) Ugurlucan M, et al. Extracranial carotid artery aneurysms: Two different patients – Two different treatment methods: Surgical technique: Türkiye Klinikleri. J Cardiovasc Sci 2006;18:76-9.
- 2) El-Sabroun R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. J Vasc Surg 2000; 31:702–12.
- 3) Mokri B, et al. Extracranial internal carotid artery aneurysms. Mayo Clin Proc 1982;57: 310-21.
- 4) Coselli JS, Crawford ES. Surgical treatment of aneurysms of the intrathoracic segment of the subclavian artery. Chest 1987;91:704-8.
- 5) Rosset E, et al. Surgical treatment of extracranial internal carotid artery aneurysms. J Vasc Surg 2000;31:713-23.
- 6) Busuttil RW, et al. Selective management of extracranial carotid arterial aneurysms. Am J Surg 1980;140:85-91.
- 7) Thompson JE, Talkington CM. The surgery of carotid aneurysm. In: Greenhalgh RM, Mannick JA, Powell JT, editors. The cause and management of aneurysms. London: W.B. Saunders; 1990. p. 39-48.

8) Higashida RT, et al. Intravascular detachable balloon embolization of intracranial aneurysms. Indications and techniques. Acta Radiol. 1986; Suppl 369: 594-6.

Yazının alınma tarihi: 09.12.2013
Kabül tarihi: 04.09.2014
Online basım: 01.10.2014