

İTERNAL KAROTİS ARTER DİSEKSİYONU GELİŞEN BİR OLGUDA FİBROMUSKÜLER DİSPLAZİ: BİR OLGU SUNUMU

Fibromuscular Dysplasia in a Patient with Internal Carotid Artery Dissection: A Case Report

Mehmet Fatih ERBAY¹, Suat KAMIŞLI²

¹Gözde Akademi Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Malatya, TÜRKİYE

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji A.D., Malatya, TÜRKİYE

ÖZ

Fibromusküler displazi, genellikle orta yaşlı kadınlarda prevalansı yüksek olan, idiopatik, noninflamatuar, nonaterosklerotik bir anjiopatidir. Hastalık, segmenter tutulum göstermekte olup, küçük ve orta çaplı arterlerin tüm tabakalarını etkileyebilir. Teorik olarak herhangi bir arteri tutabilmekle birlikte, en sık renal, karotid ve vertebral arterlerde görülür. Fibromusküler displazi, renal arter tutulumunda arteriyel hipertansiyon ile karotid ya da vertebral arterleri tuttuğunda ise iskemik inme veya geçici iskemik atak ile prezente olabilir. Vakaların çoğu asemptomatik olup tesadüfen tanı alırlar. Kesin tanısı klinik olarak ve dijital substraksiyon anjiyografide “İpe dizilmiş tespih tanesi” görünümü ile konur. Bu tipik görünümün dışında daha az sıklıktaki görüntüleme bulguları arasında vasküler halkalar, fuziform vasküler ektazi, diseksiyon, anevrizma ve subaraknoid hemoraji yer alır. Özellikle genç hastalarda, daha az sıklıktaki bu radyolojik bulguların bilinmesi, fibromusküler displazi tanısında yardımcı olacaktır. Gençlerde fibromusküler displazi yüzünden internal karotid arterin diseksiyonu nadir bir geçici iskemik atak nedenidir. Bu olgu sunumunda, akut gelişen iskemik inme belirtileri nedeni ile değerlendirilirken, fibromusküler displazi saptanan genç bir bayan hasta üzerinden fibromusküler displaziye bağlı iskemik belirtiler ve antikoagülan tedaviye bakış tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: *İnternal karotid arter, fibromusküler displazi, diseksiyon*

ABSTRACT

Fibromuscular displasia (FMD) is a non-inflammatory, non-atherosclerotic angiopathy which usually has a higher prevalence among middle-aged women. It can affect all layers of both small- and medium-calibre arteries with segmentary involvement. Fibromuscular displasia most frequently affects the renal, carotid and vertebral arteries, but it can theoretically affect any artery. Fibromuscular displasia can present with arterial hypertension when it involves renal arteries or with ischemic stroke or transient ischemic attack when the disease affects the carotid or vertebral arteries. Most of the cases are asymptomatic and may be diagnosed incidentally. Final diagnosis is made clinically and also by the classical appearance of “string of beads” on digital subtraction angiography. Less common imaging findings other than this classical appearance include vascular loops, fusiform vascular ectasia, dissection, aneurysm and subarachnoid haemorrhage. Awareness of these less common imaging findings will help in the diagnosis of fibromuscular displasia. Internal carotid artery dissection in the young people secondary to fibromuscular displasia is a rare cause of transient ischemic attack. In this case report, we present a young woman with ischemic symptoms secondary to fibromuscular displasia and discuss an overview to anticoagulant treatment.

Keywords: *Internal carotid artery, fibromuscular displasia, dissection*



Yazışma Adresi / Correspondence: Dr. Mehmet Fatih ERBAY
Özel Gözde Akademi Hastanesi, Radyoloji Bölümü, 44280, Malatya, TÜRKİYE.
Telefon: +90 0532 335 6938 **E-posta:** drfatiherbay@hotmail.com
Geliş Tarihi / Received: 27.11.2015 **Kabul Tarihi / Accepted:** 09.12.2015

GİRİŞ

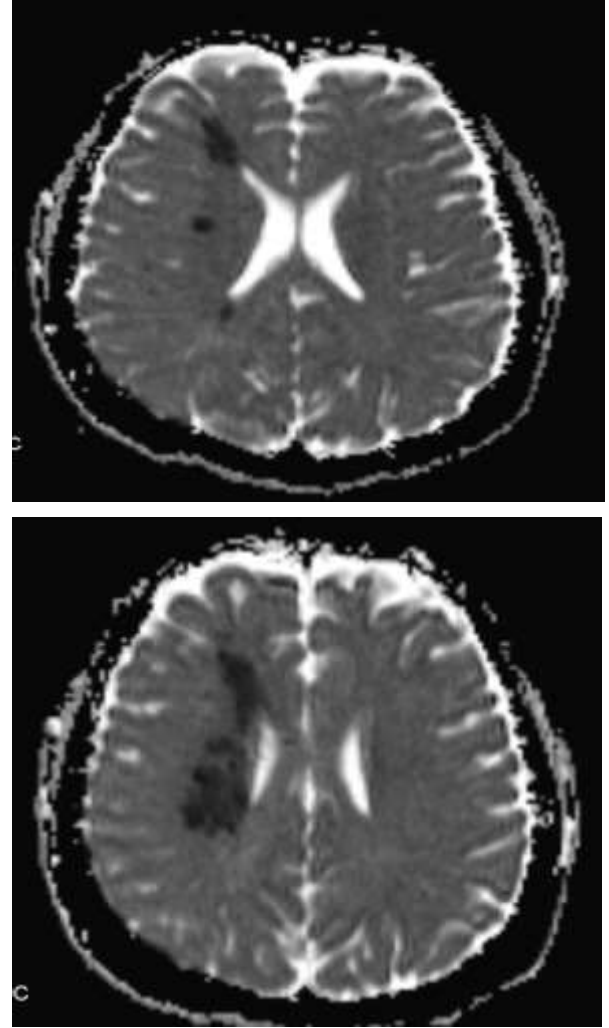
Genç inmeli olguların yaklaşık %20'sinde internal karotid arter (İKA) diseksiyonu sorumludur (1). Ani baş ağrısı, boyun ağrısı, fokal nörolojik belirtiler, vertigo ve Horner sendromu gibi klinik bulgularla doktora başvurabilirler (2). Karotid arter diseksiyonunun nedenleri arasında romatizmal hastalıklar, travmalar, hipertansiyon, migren ve fibromusküler displazi yer almaktadır (3). Fibromusküler displazi (FMD) özellikle 4. ve 5. dekadlarda, segmental tutulum gösteren bir anjiopatidir ve genellikle kadınlarda görülür. FMD'de en sık etkilenen arterler renal arterler (%60-75) iken %25-30 olguda karotis ve vertebral arter, %28 oranında multipl arterial tutulumu izlenir (4). FMD' de kesin tanı Dijital Subtraction Anjiyografi (DSA)'de "İpe dizilmiş tespit tanesi" görünümünün elde edilmesidir. %90'ında elde edilen bu bulgu FMD için karakteristik olarak kabul edilmektedir (5).

Bu yazıda, akut iskemik inme nedeni ile kliniğimize başvuran, etyolojisinde diseksiyon saptanan ve daha sonra diseksiyonun nedeni olarak FMD tanısı almış bir olgu sunulmuştur.

OLGU

Kırk bir yaşında kadın hasta baş ağrısı, sol kol ve bacakta uyuşma ağzıda sağa kayma şikâyeti ile özel bir merkeze başvuruyor. Burada Tansiyon Arteriyel (TA) 220/150 mmHg ölçülmüş olup çekilen MR incelemesinin normal olduğu söylenmiş ve TA düşürüldükten sonra taburcu edildiği öğrenilmiştir. Ertesi gün hastanın şikâyetlerine sol kol ve bacakta kuvvetsizlik eklenince acil servisimize başvurmuştur. Özgeçmişinde romatizmal kalp hastalığı nedeniyle ayda bir depo penisilin yaptırma ve peptik ülser dışında bilinen bir sistemik hastalık yoktu. Bilinen hipertansiyon hastalığı olmayan hastanın soygeçmişinde annede HT ve karotis stenozu öyküsü mevcut olup babasını miyokard infarktüsü nedeniyle kaybettiği bilgisine ulaşıldı.

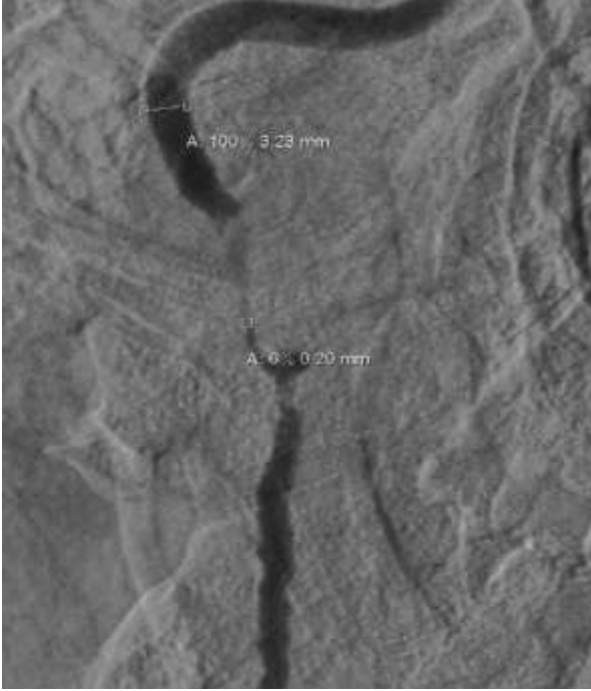
paralizi, sol üst ekstremitede 1/5, sol alt ekstremitede 2/5 kas gücü, sol hemihipoestezi ve solda Babinski pozitifliği vardı. Beyin Difüzyon MR da sağ lateral ventrikül komşuluğunda periventriküler subkortikal alanda yer yer birleşme eğilimli diffüzyon kısıtlanması gösteren akut embolik enfarkt alanları dikkati çekmekteydi (Resim 1,2).



Resim 1-2: Hastanın Diffüzyon MR görüntüleri

Hastanın laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı normaldi, kan şekeri normaldi, kolesterol 232 mg/dL idi (N:0-199). LDL değeri: 143 mg/dL (N:0-100), trigliserid 153 mg/dL (N:0-149) idi. Karotis doplerde sağ karotiste stenoz olduğu tespit edilen hastanın vertebral arter dopler incelemesi normal olarak değerlendirildi. Hastanın DSA'da sağ İKA servikal segmentte yaklaşık 5-6 cm uzunluğunda lümenal düzensizlik-preokluziv darlık izlendi. Bilateral İKA

servikal segmentlerde lüminal düzensizlik izlendi. Bu değişiklik FMD ile uyumlu bulundu (Resim 3). Hastanın renal arter stenozu açısından yapılan dopler incelemesi normal olarak değerlendirildi. Hastaya antikoagulan tedavi başlandı ve takibe alındı 6 ay sonraki kontrol DSA'da kısmen düzelme izlendi.



Resim 3: Hastanın DSA görüntüleri

TARTIŞMA

İskemik belirtiler, karotis arter diseksiyonunun önemli bir bulgusudur (6). Diseksiyonun altında yatan temel mekanizma damar duvarının anormal elastik yapısı ve displazisidir. Yaygın olan lezyon ise kanın, arterin intima tabakasından media tabakasına doğru geçmesidir. Böylece gelişen hematoma gerçek lümenin daralmasına ve psödoanevrizma gelişmesine neden olur. Nihayetinde ise İKA'de daralma veya emboli sonucu iskemik belirtiler ortaya çıkar (2,7,8). Emboli ise genellikle orta serebral artere yönelme eğilimindedir. İskemik belirtiler, ani gelişen geçici görme kaybı, unilateral motor ve/veya duyu kaybı, afazi gibi geniş bir yelpazede görülebilir (2) ve ayrıca diseksiyonu takiben saatler, günler içinde gelişebilir (6,7). Karotis arter diseksiyonunun nedenleri arasında romatizmal hastalıklar, travmalar, hipertansiyon, migren ve FMD yer almaktadır. İKA de FMD görülmesi, konvansiyonel anjiyografilerin sadece %1-2'sinde saptanan nadir bir durumdur. FMD'li hastaların ise sadece %10'unda komplikasyonlar ortaya çıkar (9). Olgumuzda gelişen iskemik atak belirtileri, FMD nedeni ile İKA de gelişen diseksiyona bağlanmıştır. Yapılan DSA'de, sağ İKA servikal segmentte yaklaşık 5-6 cm uzunluğunda lüminal düzensizlik-preokluziv darlık izlendi. Bu görüntü diseksiyon ile uyumluydu. Ayrıca bilateral İKA servikal segmentlerde lüminal düzensizlik ve "İpe dizilmiş tepsi" görünümü izlendi. Bu bulgu, FMD için patognomonik kabul edilen bir görüntüdür. BT Anjiyografi ve MR anjiyografi ile de karotid arter diseksiyonu saptanabilir. Ancak konvansiyonel anjiyografi daha ayrıntılı bilgi verir ve en önemli tanısal tetkiktir (2,7,8). Altta yatan FMD gibi patolojik damarsal yapı, intratorasik basıncı arttıran basit bir sebeple bile, karotis diseksiyonu gelişimine neden olabilir. Nitekim basit bir öksürük atağını takiben gelişen İKA diseksiyonu vakasında, altta FMD saptanması bu durumu doğrulamaktadır (10).

Tedavi genellikle antiagregan ve antikoagülanlarla yapılmaktadır. Olgumuzda da tedavi bu şekilde düzenlenmiştir. Ekstrakraniyal diseksiyonlarda etyolojiden bağımsız olarak, inme riskini minimuma indirmek için en az altı ay antikoagülan tedavi verilmesi önemlidir (2,7).

Çeşitli nedenlerle antikoagülan tedavi alamayan (antikoagülan tedavi altında nörolojik semptomları tekrarlayan, kanama riski olan hastalar gibi) hastalarda ya da semptomatik psödoanevrizma ve zayıf kollateral dolaşım gibi durumlarda vasküler cerrahi tedaviler gündeme gelmektedir (11). Pek çok vakada altı ay içinde rekanalizasyon görülmektedir (12). Olguların %80-85'inde klinik iyileşme görülmekle beraber tanıda gecikilmesi nörolojik sekel gelişmesine yol açabilir (13).

Olgumuzda antikoagülan tedaviye yanıt alması nedeni ile cerrahi tedavi planlanmadı. Sonuç olarak, genç olgulardaki karotid arter diseksiyonunda atta yatan etyolojik nedenler arasında FMD de göz önünde bulundurulmalı ve erken dönemde antikoagülan tedavi başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Stapf C, Elkind MSV, Mohr JP. Carotid artery dissection. *Annu Rev Med.* 2000; 51: 329-47.
2. Redekop GJ. Extracranial carotid and vertebral artery dissection: A review. *Can J Neurol Sci.* 2008; 35: 146-52.
3. Şengül G, Kadioğlu HH, Aydın IH. Arteriyel diseksiyon sendromları. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci.* 2006; 2: 163-5.
4. Shields WD, Ziter FA, Osborn AG, Allen J. Fibromuscular dysplasia as a cause of stroke in infancy and childhood. *Pediatrics.* 1977; 59: 899-901.
5. Wesen CA, Elliot BM. Fibromuscular dysplasia of the carotid arteries. *Am J Surg.* 1986;151:448-51.
6. Petik B, Yılmaz U, Atalar MH, Solak O, Topaktaş S. İki olgu nedeniyle bilateral internal karotid arter tıkanması. *Türk Nörol Derg.* 2004; 10: 309-13.
7. Caplan LR. Dissections of brain-supplying arteries. *Nat Clin Pract Neurol.* 2008; 4: 34-42.
8. Nomura M, Kannuki S, Kuwayama K, et al. A patient with Wallenberg's syndrome induced by severe cough. *J Clin Neurosci.* 2004; 11: 179-82.
9. Spengos K, Vassilopoulou S, Tsivgoulis G, Papadopoulou M, Vassilopoulos D. An uncommon variant of fibromuscular dysplasia. *J Neuroimaging.* 2008; 18: 90-2.
10. Uzar E, Kırbaş İ, Özay R, İlhan A. Öksürük Sonrası Karotid Arter Diseksiyonu: Fibromusküler Displazili Olgu. *Türk Norol Derg.* 2009; 15: 194-8.
11. Tuncer N, Afflar N, Aktan S. Yüzme sonrası gelişen internal karotid arter diseksiyonu: Olgu sunumu. *Sinir Sistemi Cerrahisi Derg.* 2008; 1: 49-53.
12. Sengelhoff C, Nebelsieck J, Nassenstein I, Maintz D, Nabavi DG, Kuhlenbaeumer G, et al. Neurosonographical follow-up in patients with spontaneous cervical artery dissection. *Neurol Res.* 2008; 30: 687-9.
13. Kumar S, Kumar V, Kaye W. Bilateral internal carotid artery dissection from vomiting. *Am J Emerg Med.* 1998;16: 669-70.