

EKSTRAKRANİYAL İNTERNAL KAROTİS ARTER ANEVRİZMASI; OLGU SUNUMU

EXTRACRANIAL INTERNAL CAROTID ARTERY ANEURYSM; A CASE REPORT

Haşmet BARDAKÇI, Ahmet AKGÜL, Seyhan BABAROĞLU, Sadi KAPLAN, Murat BEYAZIT
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, Ankara.

Özet

Ekstrakraniyal internal karotis arterin anevrizması oldukça ender görülen ve yaşamı tehdit edici komplikasyonlar oluşturan bir patolojidir. Özellikle orofarinks ve kranial sinir tutulumu olan genifl anevrizmaların potansiyel strok ve rüptür riski olması nedeniyle cerrahi tedavi tercih edilir. Cerrahi tedavi uzun dönem sonuçları açısından tatmin edicidir. Yazımızda ekstrakraniyal internal karotis arter anevrizması nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız bir olgu sunulmuştur. (Damar Cer Der 2006;15(2):49-52).

Anahtar Kelimeler:

Abstract

Aneurysms of the extracranial carotid arteries are quite uncommon and they can cause life threatening complications. Owing to the potential risk of stroke and rupture in the large aneurysms, which were involving the oropharynx and cranial nerves, surgical treatment has been preferred. The results of the surgery have been satisfactory for the long term survival. In this paper we report of a patient whom we operated for his extracranial internal carotid artery aneurysm. (Turkish J Vasc Surg 2006;15(2):49-52).

Keywords:

Dr. Haşmet BARDAKÇI

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 06100
Sıhhiye - Ankara
e-mail: hasmetbardakci@yahoo.com

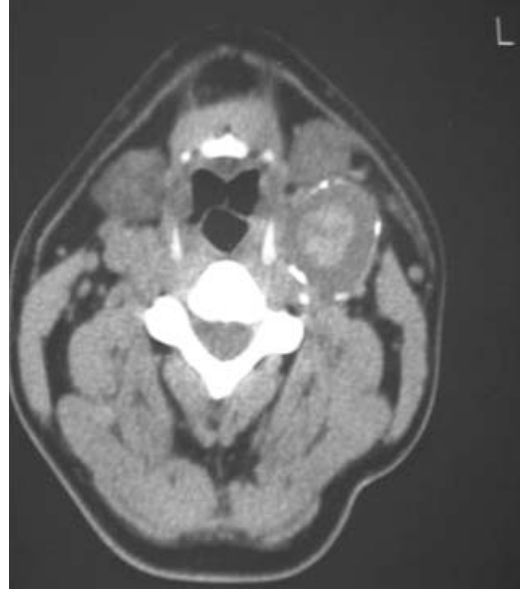
GİRİŞ

«internal karotis arterin ekstrakraniyal anevrizmalar» nadir görülmekle birlikte en sık karotis bifurkasyonunu tutmaktadır. Etiyolojide ateroskleroz birinci sırayı alır. Travma, enfeksiyon, fibromusküler displazi, Behçet ve konnektif doku hastalıkları sonucu internal karotis arterde anevrizma olabileceği gibi konjenital olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca tanıda glomus tümörü, servikal lenfadenopatiler, Castleman hastalığı (dev lenf nodu hiperplazisi) ve servikal abseler düşünülmalıdır. Tromboemboliye bağlı stroke, rüptür, özellikle büyük anevrizması olan hastalarda ortaya çıkabilen kraniyal sinir hasarı gibi komplikasyonlar nedeniyle cerrahi yaklaşım medikal tedaviye tercih edilir^[1,4].

OLGU SUNUMU

3 ay önce farkedilen boyun sol tarafında flüklük şikayetiyle başvuran otuz yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde boyun sol tarafında midclavicular hatta 3x4 cm boyutunda, ağrısız, pulsatil kitle saptandı. Diğer sistem muayeneleri ve fenotipi normal olup öyküsünde 9 yıldır sigara içiciliği dışında sağlığını tehdit edici bir etken yoktu. Boyun bölgesinde travma öyküsü veya etyolojide suçlanabilecek başka bir faktör yoktu. Hasta genç erkek olması ve atipik yerleşimli arterial anevrizma varlığı nedeni ile Behçet Hastalığı (BH) yönünden araştırıldı. Ancak fizik muayenede BH tanısı koyduracak oral, genital veya göz bulguları saptanmadı ve paterji testi negatifti. Laboratuvar tetkiklerinde kolesterol ve trigliserit yüksekliği, batın USG'de hepatosteatoz saptandı.

Boyun renkli doppler ultrasonografide (USG) sol internal ve eksternal karotis arter arasında 31 mm çapında anevrizmatik oluşum tanısı bilgisayarlı tomografide (BT) sol hiyoid kemik komfluluğunda karotis bifurkasyon seviyesinde 35x30x35 mm boyutlarında, duvarları kalsifiye, lümeni büyük oranda tromboze görünümünde anevrizma tespiti ile doğrulandı (Resim 1). Karotis arter anjiyografide USG ve BT ile uyumlu bölgede yaklaşık 4cm çapında, internal karotis arterden dar bir boyunla kanlanan sakküler anevrizma izlendi (Resim 2).



Resim 1. Hyoid kemik komfluluğunda içi tromboze, duvarları yer yer kalsifiye IKA anevrizması ile uyumlu tomografi bulgusu.



Resim 2. Olgunun anjiyografik görüntüsü.

Genel anestezi altında sol SCM medialinden karotis arter ve anevrizma kesesine ulaşıldı. Anevrizma kesesi bifurkasyon seviyesinin üzerinden bağılayıp internal karotis artere yapıldı ve yaklaşık 3,5 cm çap ve 4 cm uzunluğa ulaşmaktaydı. İKA üst ucunun daha iyi görülebilmesi amacıyla mandibula anteriora sublukse edildi. Heparinizasyon sonrası vasküler klempler internal karotis artere konularak anevrizma kesesi açıldı anevrizmatik kese içindeki eski trombus boşaltıldı ve intraluminal flant yerleştirildi. Dokular muayene edildikten sonra, anevrizma lümeninin internal karotis artere açıldı, yerin distalinden İKA tam kat insize edildi, yapıldıkları giderilerek serbestleştirildi. Proksimalde kalan yapıldık kese ve internal karotis arter bölümü etraf dokulardan serbestleştirildi ve proksimal kısım da anevrizmatik alandan ayrılp serbestleştirilerek distale yaklaştırıldı. Serbestleştirilmeler sonrası birbirine yaklaştırılan proksimal ve distal bölümler uç uca anastomoze edildiler.

Histopatolojik incelemede anevrizma duvarında hafif derecede aterosklerotik değişiklikler dışında patolojiye rastlanmadı, anevrizmatik dokudan alınan kültürde üreme yoktu. Operasyon sonrası sorunsuz olan hasta postoperatif 4. gününde fıtık ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Ekstrakraniyal internal karotis arter anevrizması, erkeklerde 0.55 ± 0.06 cm, bayanlarda 0.49 ± 0.07 cm çapında olan internal karotis arterin, % 50'nin üzerinde dilate olmasıdır^[5]. Boyunda pulsatil kitlesi ve aynı lokalizasyonda ağrı olan kişilerde ekstrakraniyal internal karotis arter anevrizmalarından şüphelenilmelidir. Ayrıca bu hastalarda baş ağrısı, retroorbital baş hissi, kulak ağrısı (glossofaringeal sinir başı nedeniyle), yutma güçlüğü, inme ve santral sinir sistemi bozuklukları görülebilir^[1,2]. Tanıda duplex USG, anjiyografi ve bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. Kısa boyunlu ve yüksek yerleşimli anevrizmalarda duplex USG yeterli bilgi veremez. Anjiyografi ile lezyonun yerleşimi, çapı, eflık eden lezyonlar ve cerrahinin planı yapılabilir. Bu yöntemde de anevrizma içinde trombus varlığında yeterli bilgi alınmayabilir. Bu durumda bilgisayarlı tomografi tanıyı destekler^[6]. Bu olguda da bu yöntemler tanıyı koymak için kullanılmıştır.

Günümüzde anevrizmektomi ve vasküler rekonstrüksiyon tercih edilen cerrahi tedavi seçeneğidir. Özellikle büyük (>30 mm), kafa tabanına uzanan anevrizmaların cerrahi tedavisinde potansiyel inme ve kranial sinir hasarı riski vardır. Anevrizma çok büyükse anevrizma açıldıktan sonra İKA orifisinden balon kateter uygulanır ve proksimal klemp altında trombus çıkarılır. Geniş ve distal İKA'yı tutan anevrizmaların cerrahi tedavisi teknik olarak zordur. İKA'nın üst ucunun görüntülenmesini arttırmak amacıyla mandibulanın vertikal kolunun divizyonu, stilomandibular ligamentin divizyonu ve mandibulanın one doğru subluksasyonu gibi manevralar kullanılabilir^[7]. Sakküler anevrizmalarda distal karotis arter yeterince elonge olduğu için İKA'nın uç uca anastomozu tercih edilebilir, eğer yapılamıyorsa otojen ven greft kullanılabilmektedir^[8,9]. Bununla birlikte, literatürde postoperatif dilatasyon ve stenoz insidansı yüksek olduğu için ven greft kullanıma karşı yayınlar vardır^[2]. Aynı amaçla dakron ve politetrafloroetilen (PTFE) greftler de kullanılabilmektedir, ancak bunlarda da intimal hiperplaziye bağlı geç stenoz riski vardır. Bazı otörler sakküler veya fusiform anevrizmalarda prostetik yama anjiyoplastiyi takiben anevrizmorafiyi tercih etmektedirler^[2,9]. Farklı teknikler kullanılarak karotis arter rekonstrüksiyonu başarıyla bir şekilde yapılabilir.

Anevrizma tamiri esnasında intraluminal flant kullanımı tartışmalıdır. Uzun okluzyon zamanı nedeniyle bir çok cerrah rutin olarak flant kullanmayı tercih eder^[10]. Bazı vakalarda flant prosedürü teknik olarak zor olmakta ve distal embolizasyon görülebilmektedir. Arteriografide kontralateral oklüziv lezyon saptanmadığında ve proksimal arteriyel klempleme sırasında elektroensefalografik monitörizasyon ve serebral kan akımı ölçümünde herhangi bir anlamlı değişiklik olmadığında intraluminal flant gerekli olmayabilir^[11]. Kafa tabanına uzanan, cerrahi olarak ulaşımı zor anevrizmalarda endovasküler terapi alternatif bir tedavi seçeneğidir^[12].

Karotis anevrizma tamirinde intraluminal flant kullanımı bu olguda hiçbir nörolojik komplikasyon görülmemiştir. Sonuç olarak ekstrakraniyal internal karotis arter anevrizmalarında uzun dönem sonuçlar cerrahi tedaviyi ön plana çekmektedir. Sakküler tipte

anevrizmalar bafta olmak üzere internal karotis arterin yeterli uzunlukta olduğu ya da etraf dokudan diseksiyonla yeterli uzunluğun oluşturulabildiği IKA anevrizmalarının cerrahisinde rezeksiyonla birlikte uç-uca anastomoz tekniği tercih edilebilir.

KAYNAKLAR

- Haynes DS, Schwaber MK, Netter Ville JL. «nternal carotid artery aneurysms presenting as neck masses. Otolaryngol Head Neck Surg 1992;107:787-91
- Faggioli G, Freyrie A, Stella A, et al. Extracranial internal carotid artery aneurysms:Result of a surgical series with long term follow up. J Vasc Surg 1996;23:579-95
- Ko GY, Byun JY, Choi BG et al The vascular manifestations of Behcet's disease: angiographic and CT findings. Br J Radiol. 2000 ;73(876):1270-4.
- Balcı A.E, Çakır O , Eren S ve ark. Psödoanevrizmalarda Tanı ve Tedavi Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. Temmuz 1999, Cilt 7, Sayı 4, s: 324-327
- Rosset E, Albertini JN, Magnan PE, Ede B, Thomassin JM, Branchereau A. Surgical treatment of extracranial internal carotid aneurysm. J Vasc Surg 2000;31:713-23
- H. Akan, MB. Selçuk, L. «ncesu, M. Güneş, A. Tekat. Servikal internal karotid arter anevrizması: Radyolojik Değerlendirme. Türk Otolaringoloji Arşivi, 1997;35(3-4):111-14
- Goldstone J. Aneurysm of the Extracranial Carotid Artery. In: Vascular Surgery, Robert B. Rutherford.(ed). Philadelphia, Volume 2, W.B. Saunders Company.1989: 1418-27
- Zwolak RM, Whitehouse WM, Knake JE, et al. Atherosclerotic extracranial carotid artery aneurysms. J Vasc Surg 1984;1:415-22
- Moreau P, Albat B, Thevenet A. Surgical treatment of extracranial internal carotid aneurysm. Ann Vasc Surg 1994;8:409-16
- Painter TA, Hertzner NR, Beven EG, O'Hara PJ. Extracranial carotid aneurysms:report of six cases and review of the literature. J Vasc Surg 1985;2:312-8
- Tadanori K, Atsuyoshi O, Katsuyoshi I, Atsushi B, Yoshiharu O, Yoshiaki M, Masahiro A, Makoto Y, Tetsuro M, Koichi I, Toshihiro T. Surgical treatment of atherosclerotic and dysplastic aneurysm of the extracranial internal carotid artery. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2002;8:183-7
- Hurst RW, Haskal ZJ, Zager E, et al. Endovascular stent treatment of servikal internal carotid with parent vessel preservation. Surg Neurol 1998;50:313-7