

Penetran Travma Sonucu Oluşan İnternal Karotis Arter Yalancı Anevrizması

FALSE ANEURYSM OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY AFTER A PENETRATING INJURY: CASE REPORT

Dr. Soner YAVAŞ,^a Dr. Ahmet SARITAŞ,^a Dr. Ümit KERVAN,^a Dr. Haşmet BARDAKÇI,^a
Dr. H. Zafer İŞCAN,^a Dr. Ahmet AKGÜL,^a Dr. M. Kamil GÖL^b

^aKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

^bKalp Damar Cerrahisi ABD, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, SAMSUN

Özet

Penetran travma sonrası yalancı anevrizma gelişen ve karotis anevrizmektomi yapılan hasta sunulmaktadır.

42 yaşındaki bayan hasta, boyun sağ tarafında oluşan şişlik nedeni ile kliniğimize yatırıldı. Yapılan dupleks ultrasonografi tetkikinde, bifürkasyonun 3.5 cm distalinde, sağ internal karotis arterden kaynaklanan 2.58x3.3 cm'lik yalancı anevrizma saptandı. Yalancı anevrizma nedeni 1 yıl önce oluşan penetran boyun yaralanmasıydı. Cerrahi tedavi sorunsuz uygulandı. Bu tür vakalarda, vasküler hasarın uygun tedavisi için anevrizmanın cerrahi eksizyonu gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Karotis arter, internal; anevrizma

Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2007, 19:193-196

Abstract

We report a case with a pseudoaneurysm of the internal carotid artery after a penetrating trauma treated by carotid aneurysmectomy.

A 42 year-old female was admitted with a swelling on the right side of her neck. Duplex ultrasound showed a 2.58x3.3 cm pseudoaneurysm of the right internal carotid artery, located 3.5 cm distal to the bifurcation. The reason for the pseudoaneurysm formation was a penetrating injury of her neck one year ago. Surgery was performed uneventfully. In such cases, surgical excision of the aneurysm is necessary for optimal treatment of vascular injuries.

Key Words: Carotid artery, internal; aneurysm

Ekstrakraniyal karotis anevrizmaları nadir olmakla birlikte genellikle ateroskleroza, geçirilmiş karotis cerrahisine, travmaya, lokal enfeksiyona (sifiliz) ve Behçet Hastalığı'na bağlı gelişir. Ateroskleroza bağlı gelişen anevrizmalar genelde ana karotis arterde görülür.¹ Yalancı anevrizmalar arter duvarındaki devamlılığın kesintiye uğramasıyla oluşur. Penetran yaralanmalar geç dönemde arteriyovenöz fistül ve yalancı anevrizmaya yol açabilirler. Boyundaki penetran yaralanmaların %17'sinde karotis arter yaralanması olur.²

Burada delici kesici alet yaralanmasına bağlı gelişen sağ internal karotis arter yalancı anevrizması olan hasta takdim edilecektir.

Olgu Sunumu

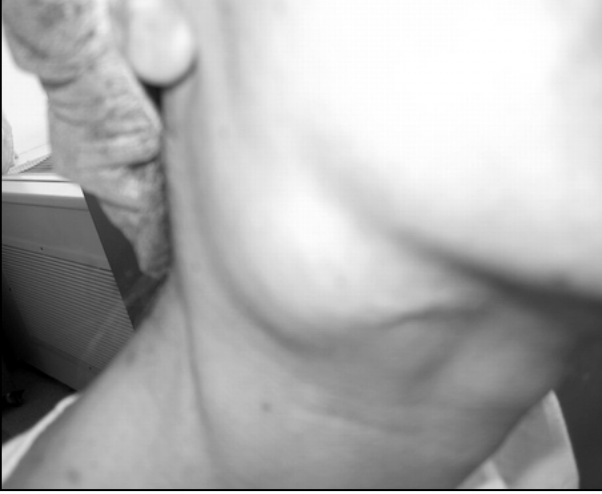
Yaklaşık bir yıl önce sağ boyun bölgesinde kesici delici alet yaralanması meydana gelen ve zamanla bu bölgede giderek büyüyen bir şişlik oluşması üzerine hastanemize başvuran 42 yaşında bayan hastanın hikayesinden olay sonrasında acil müdahale gerektiren herhangi bir patoloji saptanmadığı ve herhangi bir cerrahi girişim yapılmadığı öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, sağ boyun bölgesinde çene altına uzanan ve dinlemekle üzerinde üfürüm duyulan yaklaşık 5x4 cm çapında kitle mevcuttu. (Resim 1) Ayrıca hastanın hikayesinde altı ay öncesinde geçirilmiş sol hemiparezi vardı. Nörolojik muayenede yutma

Geliş Tarihi/Received: 09.02.2007

Kabul Tarihi/Accepted: 03.04.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Soner YAVAŞ
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, ANKARA
drsoneryavas@yahoo.com.tr

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri



Resim 1. Hastanın ameliyat öncesi görünümü.

güçlüğü, dizartri, sol nazolabial sulkusta minimal siliklik, dilde sağa deviasyon ve yumuşak damağın solda daha az kalktığı saptanırken, hemiparezi ile ilgili herhangi bir motor sekel saptanmadı.

Akım hızları normal olarak rapor edilen arteriyel renkli doppler ultrasonografide, bifürkasyonun 3.5 cm distalinde, sağ internal karotis arter (ICA)'den kaynaklanan, aktif lümeni 2.58x3.3 cm olan ve trombüs ile birlikte 5 cm çapa ulaşan yalancı anevrizma kesesi ile uyumlu görünüm saptanması üzerine yapılan karotis arter bilgisayarlı tomografik anjiyografide, sağ ana karotis arter (CCA) izlenebilen alanlarda açık olup, lümen içi opakla dolmuş tabii olarak saptanırken, sağ ICA proksimal kesiminden kaynaklandığı düşünülen yaklaşık 5x4 cm boyutlarında, duvarında en kalın yerinde 2 cm boyutunda trombüs izlenen yalancı anevrizma kesesi ile sağ ICA'ya bası ve ICA distalinde zayıf akım saptandı (Resim 2).

Hastanın yapılan kraniyal bilgisayarlı tomografisinde sağda internal kapsül ön bacağı, lentiform nükleus ve eksternal kapsülü tutan yaklaşık 4x3x1.5 cm boyutunda hipodens alan, komşu lateral ventrikül frontal hornda dilate görünüm ve sağ lateral ventrikül frontal hornu komşuluğunda yaklaşık 8x8 mm boyutunda laküner enfarktla uyumlu hipodens görünüm mevcuttu.

Yapılan tetkikler sonrasında öncelikli cerrahi kararı alınan hasta 15.06.2006 tarihinde operasyo-

na alınarak genel anestezi altında sternokloidomastoid kasın ön sınırı boyunca yapılan vertikal insizyonla anevrizma kesesine ulaşıldı. İnternal ve eksternal karotis artere bası yaparak anatomik konfigürasyonlarını bozan anevrizma kesesi eksize edilerek, arter üzerindeki 3-4 mm'lik defekt plejitli sütür ile primer onarıldı. Defekt küçük olduğu için primer onarım darlığa neden olmayacağından, greft interpozisyonuna veya yama ile genişletmeye (patchplasty) gerek duyulmadı. Primer onarımın kısa sürmesi nedeni ile şant kullanılmadı (Resim 3). Postoperatif 2. günde servise çıkarılan hasta, 4. günde sorunsuz taburcu edildi.

Hastanın postoperatif 2. aydaki kontrolünde sol nazolabial sulkustaki minimal siliklik dışında sorunsuz olduğu görüldü (Resim 4).



Resim 2. Karotis arter bilgisayarlı tomografik anjiyografi, (Beyaz ok yalancı anevrizma kesesini göstermektedir).



Resim 3. Anevrizma kesesinin intraoperatif görünümü, (Beyaz oklar yalancı anevrizma kesesini göstermektedir).



Resim 4. Hastanın ameliyat sonrası görünümü

Tartışma

Karotis arter anevrizmaları nadir görülür ve tüm ekstrakraniyal anevrizmaların %1'ini oluştururlar. Yalancı anevrizmalar ise çok daha nadir oranlarda görülür.³ Karotis endarterektomi sonrası %0.25 oranında görülen yalancı anevrizmalar, motosiklet kazalarını, intraoral travmaları veya boyun bölgesindeki penetran veya künt yaralanmaları takiben de olabilir.^{3,4} Ayrıca radyasyona bağlı yalancı anevrizmalar da bildirilmiştir.⁵ Ayırıcı tanısında uzamış veya kıvrımlı seyir gösteren yapıdaki karotis arterler önemli yer tutar. Bunlarda tipik olarak kitle sağda boyun tabanındadır ve genellikle obez, yaşlı, hipertansif kadın hastalarda görülür.

Hastaların şikayetlerinde çoğunlukla boyun bölgesinde pulsatil kitle ve lokal ağrı mevcuttur.³ Bazı hastalarda trakea basısına bağlı stridor, Horner Sendromu, dizfaji, baş ağrısı, glossofaringeal ve hipoglossal sinir hasarı olabilir. Kitle içinde oluşan trombüsten kaynaklanan emboliler veya rüptüre bağlı olarak serebrovasküler olaylar görülebilir.³ Yalancı anevrizmaya bağlı diseksiyon olguları da bildirilmiştir.⁶

Anevrizmaların klinik seyri etiyolojileri ile yakından ilişkili olup, aterosklerotik anevrizmalarda cerrahi uygulanmayan hastalarda inme oranı %50, rüptür ise nadirdir. Karotis cerrahisi sonrası gelişen anevrizmalarda ise rüptür önemli bir mortalite nedenidir.⁷

Bu hastalarda altın standart tanı yöntemi anjiyografi olmakla birlikte, karotis doppler ultrasonografinin son yıllarda yapılan çalışmalarla bu tip yaralanmalarda duyarlılığının yüksek olduğu gösterilmiştir.⁴

Yalancı anevrizma tedavisinde konservatif tedaviler ile ilgili bir çok çalışma yapılmaktadır. Balon oklüzyon, koil embolizasyon, kaplı stent yerleştirilmesi ve balon veya stent ile birlikte koil embolizasyon gibi endovasküler tedavi yöntemleri cerrahi alternatif olarak düşünülmüştür. Lempert ve ark., anevrizmaları endovasküler koil tekniği ile kapatmaya çalışmışlar fakat koilin yalancı anevrizma rüptürüne, embolizasyona ve anevrizma bölgesinden başlayan diseksiyonlara neden olabileceği düşüncesiyle bu teknik yaygınlaşmamıştır.⁸ Ayrıca Duke ve ark., güvenilir bir tedavi seçeneği olduğu düşünülen stentlerde, 3-6 ay içinde stent oklüzyonu olabileceğini bildirmişlerdir.⁹ Liu ve ark., stent konulan 7 hastanın 4'ünde uzun dönemde diseksiyon geliştiğini göstermişlerdir.¹⁰

Karotis arterin gerçek veya yalancı anevrizmalarının tanı ve tedavisinde geçirilmiş operasyonlar, travma hikayesi, radyoterapi uygulanmış olması, lokal enfeksiyonlar (sifiliz) ve Behçet Hastalığı göz önünde tutulmalı ve hastaların anamnezlerinde sorgulanarak, şüphe halinde mutlaka ileri tetkik yapılmalıdır.

Bizim düşüncemiz karotis arter anevrizmalarının tedavisinde cerrahi uygulanması ve lezyonun ileride bir komplikasyona neden olmayacak şekilde düzeltilmesidir. Diğer tedavi yöntemlerine yönelik çalışmaların sonuçları da cerrahi tedaviyi desteklemektedir.

Cerrahi tedavi, anevrizma kesesinin rezeksiyonu ile damardaki defektin primer onarımından, uç uca anastomoz, yama ile genişletme (patchplasty) veya greft interpozisyonuna kadar değişkenlik gösterebilir. Cerrahi sırasında uç uca anastomoz, yama veya greft uygulanması gibi uzun sürebilecek olgularda şant kullanılması önerilmektedir.

Anevrizmanın yaratabileceği komplikasyonlar göz önüne alındığında tedavisi, geciktirilmeden yapılacak cerrahidir.

KAYNAKLAR

- Balcı AE, Çakır Ö, Eren Ş, Özgelik C, Eren N. Psödo-anevrizmalarda Tanı Ve Tedavi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 1999;7:324-7.
- Mittal VK, Paulson TJ, Colaiuta E, Habib FA, Penney DG, Daly B, et al. Carotid artery injuries and their management. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 2000;41:423-31.
- Hargreaves DG, Baskerville PA, Sagara Y, Matsumoto S, Mori H, et al. False Aneurysm of the carotid artery. *J R Soc Med* 1995;88:50-1.
- Thomas JA, Ware TM, Counselman FL. Internal carotid artery pseudoaneurysm masquerading as a peritonsillar abscess. *J Emerg Med* 2002;22:257-61.
- Kiyosue H, Okahara M, Tanoue S, et al. Dispersion of coils after parent-artery occlusion of radiation-induced internal carotid artery pseudoaneurysm. *Am J Neuroradiol* 2004;25:1080-2.
- Benndorf G, Campi A, Schneider GH, Wellnhofer E, Unterberg A. Overlapping stents for treatment of a dissecting carotid artery aneurysm. *J Endovasc Ther* 2001;8:566-70.
- Zwolak RM, Whitehouse WM Jr, Knake JE, Bernfeld BD, Zelenock GB, Cronenwett JL, et al. Atherosclerotic extracranial carotid artery aneurysms. *J Vasc Surg* 1984;1: 415-22.
- Lempert TE, Halbach VV, Higashida RT, Dowd CF, Urwin RW, Balousek PA, et al. Endovascular treatment of pseudoaneurysms with electrolytically detachable coils. *AJNR Am J Neuroradiol* 1998;19:907-11.
- Duke BJ, Ryu RK, Coldwell DM, Brega KE. Treatment of blunt injury to the carotid artery by using endovascular stents: an early experience. *J Neurosurg* 1997;87:825-9.
- Liu AY, Paulsen RD, Marcellus ML, Steinberg GK, Marks MP. Long-term outcomes after carotid stent placement treatment of carotid artery dissection. *Neurosurgery* 1999;45:1368-73.