

Parafaringeal Kitleyi Taklit Eden Dev Ekstrakraniyal İnternal Karotis Arter Anevrizmasının Kontrastlı Manyetik Rezonans Anjiyografi ile Teşhisi

A Case of Giant Extracranial Internal Carotid Artery Aneurysm Imitating Parapharyngeal Mass Diagnosed with Contrast Enhanced Magnetic Resonance Angiography

Dr. Alptekin TOSUN^a

^aRadyoloji Bölümü,
Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi,
GAZİANTEP

Geliş Tarihi/Received: 10.07.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 15.10.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Alptekin TOSUN
Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi,
Radyoloji Bölümü, GAZİANTEP
tosun_alptekin@yahoo.com

ÖZET İnternal karotis arterin (ICA) ekstrakraniyal anevrizması nadir ancak birçok komplikasyondan sorumlu olması nedeniyle hızlı tanı konması gerekmektedir. Teşhiste Doppler sonografi ve/veya B mod gri skala inceleme, kontrastsız-kontrastlı bilgisayarlı tomografi veya konvansiyonel manyetik rezonans (MR) sekanslara ilave edilen MR anjiyografi kabul edilen noninvaziv görüntüleme metodlardır. Bu çalışmada 71 yaşında bayan hastanın boyun sağ bölümünde saptanan ekstrakraniyal ICA anevrizması irdelenmektedir. 3D time-of-flight MR anjiyografi (3D TOF MRA) ile demonstre edilemeyen, parafaringeal kitleyi taklit eden ICA anevrizmasının tanısında kontrastlı MR anjiyografinin (KMRA) rolü incelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anevrizma; manyetik rezonans görüntüleme; internal karotis arter

ABSTRACT Extracranial aneurysms of the internal carotid artery (ICA) are rare but it can be responsible for serious complications. Therefore, prompt diagnosis is crucial for management. Doppler sonography and/or B mode gray scale examination, pre- and postcontrast computed tomography or magnetic resonance (MR) angiography additional conventional MR sequences are accepted noninvasive imaging methods in diagnosis. This study revealed an extracranial ICA aneurysm in right portion of neck in a 71-year-old woman and researched the role of contrast enhanced magnetic resonance angiography (CEMRA) in detecting ICA aneurysm mimicking parapharyngeal mass which was not discerned by time-of-flight MR angiography (TOF MRA).

Key Words: Aneurysm; magnetic resonance imaging; carotid artery, internal

Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2008, 20:58-60

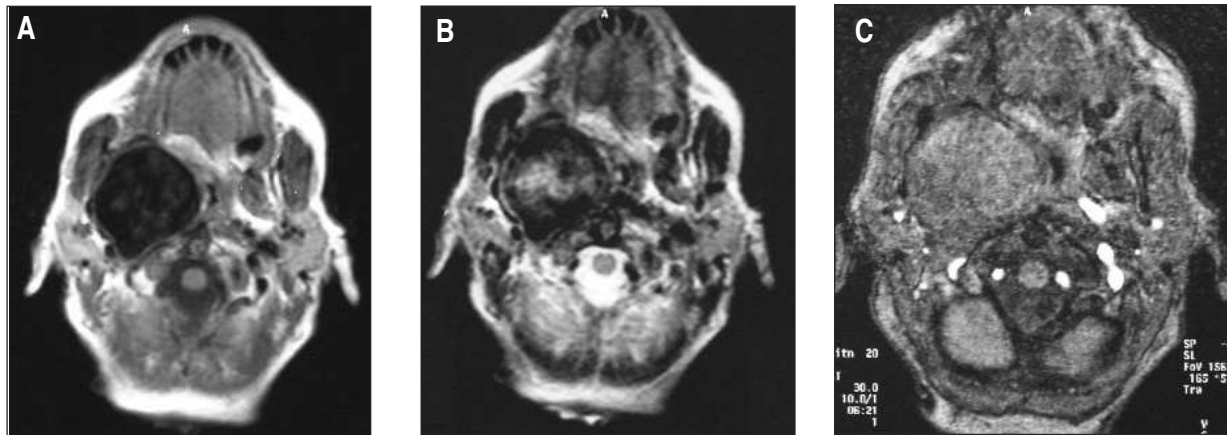
Anevrizmalar arteriyel sistemin abdominal aort başta olmak üzere çeşitli damarlarını etkileyen lezyonlardır. Genellikle fuziform şeklide olup, ateroskleroza sekonder gelişmektedirler. Ekstrakraniyal internal karotis arter (ICA) anevrizmaları tüm arteriyel anevrizmalar arasında oldukça nadir görülen vasküler lokalizasyondur. Nadir görülmelerine rağmen boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında yer almalıdırlar. Doğru tanıya uygun radyolojik görüntüleme modaliteleri oldukça önem arz etmektedir.

OLGU SUNUMU

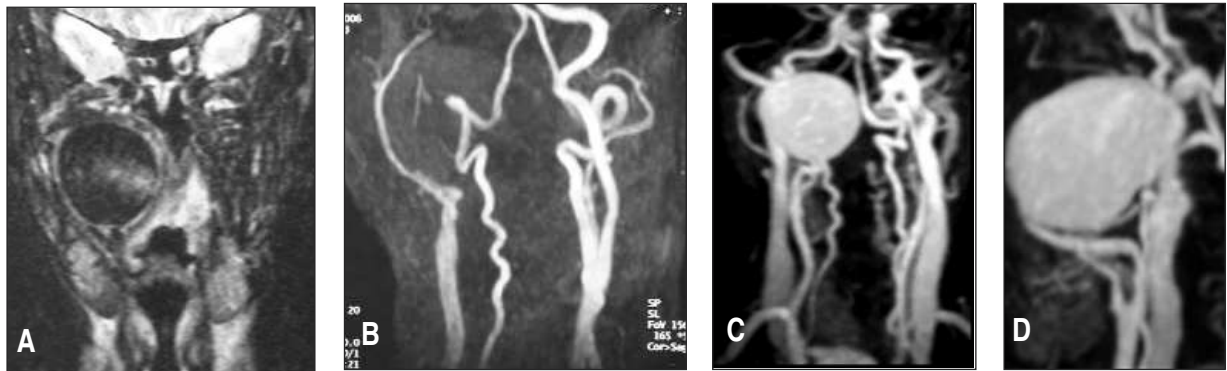
71 yaşında dikkate değer özgeçmişi olmayan bayan hasta, birkaç aydır boyunda giderek genişleyen kitle yakınması mevcuttu. Hasta daha önce baş-

boyun bölgesine yönelik cerrahi tedavi görmemiş ve bu bölgeye herhangi bir travma görmemişti. Fizik muayenede herhangi bir lenfadenopatiye rastlanmadı. Boğaz muayenesinde, orofarinks sağ yan duvarında tonsillerde medialden sıkıştıran belirgin şişlik gözlenmekteydi. Palpasyonla pulsasyon veya tril saptanmayan hasta manyetik rezonans (MR) tetkiki istemiyle bölümümüze başvurdu. MR inceleme öncesinde hastaya uygulanan sonografik incelemede lezyon yerinde homojen hipoejojen solid lezyon ile çevre yumuşak dokularda yaptığı distorsiyon fark edilmekteydi. Lezyon duvarında aterosklerotik plağa rastlanmadı. Doppler sonografik korelasyonda lezyonda herhangi akım paterni vizualize edilemedi. MR inceleme (1 Tesla, Siemens, Erlangen, Almanya) karotis boşluğundan uzayan sağ parafaringeal kitleyi göstermekteydi. Lezyon rutin

sekanslarda (Aksiyel T1-ağırlıklı TR:500, TE:14; pre- ve postkontrast yağ baskılı görüntüler ve aksiyel, sagittal T2-ağırlıklı hızlı spin eko TR: 4500, TE:100 yağ baskılı görüntüler) kitleyi andıran değişik sinyal karakterlerine sahipti (Şekil 1A, B, 2A). Konvansiyonel incelemeye 3D time of flight MR angiography (3D TOF MRA) ve kontrastlı MR anjiyografi (KMRA) tetkikleri eklendi (Şekil 1C, 2B). İlginç olarak 3D TOF MRA, MIP (maximum intensity projection) dizilimini takiben sakküler anevrizmayı anımsatan herhangi bulgu mevcut değildi; ancak KMRA incelemede dev ICA anevrizması belirgin ortaya çıkmaktaydı (Şekil 2C, D). Bulgular ışığında olguya ekstrakraniyal ICA anevrizması tanısı konup, operasyona yönlendirildi; kitle rezeksiyonunu takiben vasküler devamlılığı tekrar canlandırmak amacıyla greft materyali yerleştirildi.



ŞEKİL 1: (A) aksiyel T1-ağırlıklı sekans, (B) aksiyel T2-ağırlıklı sekans, (C) aksiyel planda 3D TOF MRA sekansının kaynak imajı (MIP). Karotis boşluğundan uzanan düzgün sınırlı, hipointens sağ parafaringeal kitle ve çevre yumuşak dokularda distorsiyon görülmektedir.



ŞEKİL 2: (A) T2-ağırlıklı koronal yağ baskılı sekans. (B) 3D TOF MRA'da anevrizma düşünülmeyen parafaringeal kitlenin ICA'da neden olduğu distorsiyon görülmektedir. (C) ve (D) kontrastlı MRA, 3D TOF MRA'da görülemeyen dev sakküler ICA anevrizması kolayca vizualize edilmektedir.

TARTIŞMA

Orofaringeal kitle olarak karşılaşılan ekstrakraniyal ICA anevrizmaları nadir görülmektedir. Çocukluk çağından yaşlılık dönemine kadar geniş spektrumda gözlenebilir ve tonsiller-parafaringeal alanın inflamatuvar veya neoplastik lezyonları ile karışarak hasta için son derece vahim sonuçlanabilmektedir. Rüptür olabileceği göz önünde bulundurularak hızlı teşhisin hasta yönetiminde oldukça önemli yeri vardır. Bilgisayarlı tomografi ve MR gibi kesitsel görüntüleme yöntemleri günümüzde baş-boyun lezyonlarının saptanmasında halen yürürlükte olan başlıca tetkiklerdir. MR incelemede 3 mm'ye kadar olan anevrizmalar artık MRA ile teşhis konabilmektedir. Bununla birlikte hastamızda olduğu gibi dev anevrizmadaki yavaş ve türbülant akım, akım saturasyonu ve faz ayrışması 3D TOF MRA ile anevrizmayı betimlemeyi imkansızlaştırmaktadır. KMRA'de MR sinyalleri akım ilişkili güçlenmeden çok T1 kısalmasına bağlı olduğu için bu tip problemlerin üstesinden gelebilmektedir.¹⁻³

Ekstrakraniyal ICA anevrizmaları 5 ayrı klinik tipe ayrılmaktadır: psödoanevrizmalar ve fuziform, sakküler, spontan yırtılan ve mikotik anevrizmalar. Fuziform anevrizmalar en sık görülen ve sıklıkla aterosklerozla sekonder gelişen anevrizmalar olup, sıklıkla unilateraldir. Anevrizmanın boyutu ve

lokalisasyonuna göre semptom vermektedir. Diğer nedenleri arasında fibromusküler displazi, travma ve iyatrojenik (karotis endarterektomi), otitis media veya tonsillit komplikasyonu, enfeksiyöz (HIV-arterit, tüberküloz), konjenital ve daha nadir olarakta idiyo-patik, Marfan sendromu, poliarteritis nodosa, psödoksantoma elastikum, Behçet hastalığı, radyasyon, boyun hiperekstansiyonu sayılabilir.²⁻⁵

Ekstrakraniyal ICA anevrizmasının teşhisi doppler sonografi, DSA (digital subtraction angiography), BT ve MR tetkiklerinin kombinasyonu ile yapılabilmektedir. DSA ile balon şeklinde dolmuş karotis arter, genişlemiş lenfadenopati, brankial yarık kisti, parotis ve tiroid tümöründen kolayca ayırt edilebilmektedir.^{4,6,7} Bu çalışmada da doppler sonografik incelemede akım paterni alınamamasına rağmen KMRA ile kolayca tanı konarak invaziv tetkik olan DSA'ya ihtiyaç duyulmamıştır.

Sonuç olarak, geniş ekstrakraniyal ICA anevrizmaları servikal bölgede palpe edilebilen kitle olarak karşımıza çıkabilmektedir. MR ve MRA çoğu hastada kullanılan değerli bir metoddur. KMRA, 3D TOF MRA'ya oranla bu tip hastalarda daha yüksek sensitiviteye sahiptir. Bundan dolayı KMRA bu tip hastalarda uygulanan sekanslara mutlaka eklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Cınar B, Fazlıoğulları O, Goksel O. True aneurysm of extracranial internal carotid artery in a 10-year-old. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;32:386-8.
2. Munoz A, Campollo J, Vergas J. Bilateral internal carotid aneurysms presenting as a nonpulsatile parapharyngeal mass: complementary diagnosis by CT, MR imaging and Digital Subtraction Angiography. *AJNR* 2001;22:864-6.
3. Zhou W, Lin PH, Bush RL, Peden E, Guerrero MA, Terramani T, et al. Carotid artery aneurysm: evolution of management over two decades. *J Vasc Surg* 2006;43:493-6.
4. Song AY, Myers EN, Gupta NY. A case of mistaken identity: intraoperative discovery of an extracranial internal carotid artery aneurysm. *Ann Vasc Surg* 2005;19:896-9.
5. Siablis D, Karnabatidis D, Katsanos K, Mastrokolis N, Zabakis P, Kraniotis P. Extracranial internal carotid artery aneurysms: report of a ruptured case and review of the literature. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2004;27:397-401.
6. Bouarhroum A, Sedki N, Bouziane Z, Mahi OE, Idrissi RE, Lahlou Z, et al. Extracranial carotid aneurysm in Behçet disease: report of two new cases. *J Vasc Surg* 2006;43:627-30.
7. Sidiropoulou MS, Giannopoulos TL, Gerukis T, Economou M, Megalopoulos A, Kalpakidis V, et al. Extracranial internal carotid artery salmonella mycotic aneurysm complicated by occlusion of the internal carotid artery: depiction by color doppler sonography, CT and DSA. *Neuroradiology* 2003;45:541-5.