

Dev PİSA Anevrizması: Olgu Sunumu

Çağatay ÇALIKOĞLU, Ömer AYKANAT

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Düzce

✓ Oldukça ender görülen proksimal yerleşimli dev Posterior İnfierior Serebellar Arter (PİSA) anevrizması sunulmaktadır. Yirmi iki yaşında erkek hasta ventriküler hemoraji tanısı ile yatırıldı. Hastanın çekilen Dijital Substraksiyon Anjiyografisinde (DSA) sol proksimal PİSA yerleşimli, 4 cm ebatında dev anevrizma tespit edildi. Anverizmanın tekrar kanamasına bağlı olarak hastanın genel durumu ani olarak kötüleşti ve hasta kaybedildi.

Anahtar kelimeler: Dev anevrizma, posterior inferior serebellar arter, dijital substraksiyon anjiyografi

J Nervous Sys Surgery 2010; 3(2):72-74

A Giant PICA Aneurysm: Case Report

✓ We present a rare case of giant aneurysm of the proximal posterior inferior cerebellar artery (PICA). A 22- year old man referred with a diagnosis of ventricular hemorrhage was hospitalized. Digital subtraction angiography (DSA) revealed a 4 cm- aneurysm of the left proximal posterior inferior cerebellar artery. Because of possible re-bleeding of the giant aneurysm, neurological health state of the patient worsened suddenly, and the patient died.

Key words: Giant aneurysm, posterior inferior cerebellar artery, digital subtraction angiography

J Nervous Sys Surgery 2010; 3(2):72-74

Dev anevrizmalar çapı 25 mm'den büyük olan anevrizmalardır ve tüm anevrizmaların % 5-10'unu teşkil eder ^(1,2). Bununla birlikte Posterior İnfierior Serebellar Arter (PİSA) veya PİSA-Vertebral arter (VA) orjininden çıkan anevrizmalar tüm intrakranyal anevrizmaların % 3 kadarını oluşturur ⁽³⁾. PİSA'nın dev anevrizmaları ise çok daha enderdir ⁽²⁾. Bu makalemizde PİSA'nın proksimal kısmına yerleşmiş dev bir anevrizma olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmi iki yaşında erkek hasta acil servise şuur

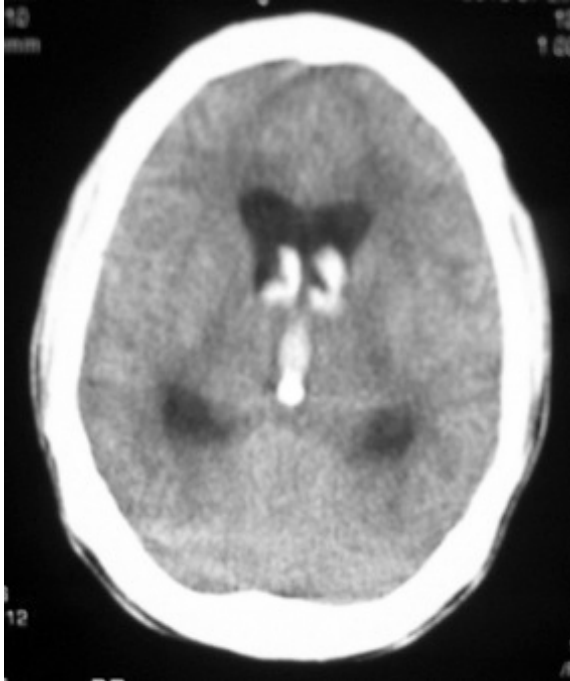
Alındığı tarih: 23.12.2010

Kabul tarihi: 25.04.2011

Yazışma adresi: As. Dr. Ömer Aykanat, Metek Toki Konutları K1-46 Daire: 12, Düzce

e-posta: yomeycik@hotmail.com

bulanıklığı ve bulantı-kusma yakınmaları ile getirildi. Hastanın yapılan muayenesinde Glaskow Koma Skoru (GKS)10 (E3M5V2), şuuru uykuya meyilli, kooperasyonu zayıf, oryantasyonu yoktu. Pupiller izokorik, ışık ve kornea refleksi vardı. Hastada ense sertliği mevcuttu. Hastada lateralizan bulgu tespit edilmedi. Hastanın çekilen kranial BT'sinde her iki lateral ventrikül ve 3. ventrikülde hiperdens intraventriküler kanama ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 1). Hastanın anamnezinde, yaklaşık 1 aydır şiddetli baş ağrısı, iştahsızlık ve bulantısının olduğu ve yaklaşık 10 kilo kaybettiği, yapılan incelemelerde herhangi bir bulguya rastlanılmadığı öğrenildi. Hastanın klinik durumu Yaşargil sınıflandırmasına göre evre 3 b idi. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastanın nörolojik durumu ani gerileme gösterdi. GKS'u 4 puana gerileyen hasta entübe edildi ve sağ



Resim 1. Kontrastsız aksiyel kranial BT incelemesinde bilateral lateral ventrikül ve 3. ventrikülden hiperdens intraventriküler kanama ile uyumlu görünüm.

koher noktasından hastaya Eksternal Ventriküler Drenaj seti (EVD) takıldı. Hastanın çekilen Dijital Subtraksiyon Anjiyografisinde (DSA) sol PİSA proximalinde 4 cm ebatında dev anevrizma tespit edildi (Resim 2). Genel durumunun kötü olması nedeniyle operasyon kararı verilemeyen hasta, yatışının 22. gününde exitus oldu.

TARTIŞMA

PİSA % 80-90 oranında foramen magnumdan ortalama olarak 8.6 mm yukarıda ve vertebröz birleşimden yaklaşık 1 cm altta, intrakranial vertebral arterden çıkar (4). PİSA'nın anatomisi çok değişkenlik gösterir ve klinisyenlerce genelde 5 bölümde ele alınır; 1. anterior medüller, 2. lateral medüller, 3. tonsillomedüller, 4. telovelotonsiller, 5. kortikal (5,6). İlk iki bölümden beyin sapını besleyen çok sayıda damar çıkar, bunların operasyon sırasında kesinlikle korunması gerekir. Proksimal yerleşimli anevrizmaların boynu genellikle 12. kranial sinire komşudur, bu nedenle diseksiyonu zor olabilir. Bu kısımdaki bir anevrizma opere edilecekse



Resim 2. Dijital Subtraksiyon Anjiyografisinde (DSA) sol vertebral arter enjeksiyonunda PİSA proksimalde yaklaşık 4 cm ebatında anevrizmatik dolun ve PİSA'nın anevrizma içerisinde devamlılığı görülmektedir.

transkondüler yaklaşım tercih edilmelidir. Klipaj olanaklı değilse revaskülarizasyon yapılarak anevrizma trepe edilmeye çalışılır (7). PİSA'nın kortikal yerleşimli anevrizmaları da orta hat suboksipital yaklaşımla tedavi edilirler (4).

Creissard'ın 253 olguluk dev anevrizma serisinde yalnızca 4 adet dev PİSA anevrizması vardır (2). Yaşargil'in 1367 olguluk anevrizma serisinde ise 2 adet dev PİSA anevrizması mevcuttur (2). Dev PİSA anevrizmalarına çok ender rastlanmaktadır. Dev anevrizmaların kanama sıklığının diğer anevrizmalardan farklı olmadığı bildirilmektedir (2,8).

PİSA ve VA kompleksi anevrizmalarında VA dominansına bağlı olarak anevrizmanın sıklıkla sol tarafta bulunduğu bildirilmiştir (5). Olgumuzda da anevrizma sol taraftaydı. Olguların yaşı diğer anevrizmalı olgulara göre bazı serilerde yüksek, bazılarında düşük bulunsa da yüksek yaşta sıklık daha da artmaktadır (9,10). Olgumuz diğer anevrizmalı olgulara göre gençti. Proksimal PİSA anevrizmalarında çoğu olgu, olgu-

muzda olduğu gibi tipik subaraknoid kanama (SAK) ile prezente olur.

PİSA anevrizmaları foramen magnumda kitle etkisi yaparak kuadriparazi ve hidrosefaliye neden olabilirler ^(2,11). Ender olarak disfaji ile klinik bulgu veren dev PİSA anevrizması da tanımlanmıştır ^(2,11). Dev anevrizmalar distale emboli atarak veya kitle etkisiyle de semptom verebilirler ^(12,13). Bizim olgumuzda, hastada şiddetli bulantıya bağlı yemek yeme isteğinin olmaması ve buna bağlı olarak kilo kaybı olması dev PİSA anevrizmasının beyin sapına yaptığı bası sonucu ortaya çıkan bir bulgu olarak yorumlanmıştır. Kitle nöral dokulara veya vasküler yapılara bası yapabilir ^(2,8,12-14). Ana arterde tıkanma olan anevrizma olguları çok enderdir ⁽¹⁵⁾. Bu durum kitlenin damara basısı sonucu olabilir ^(12,13).

Kranial BT’de dev PİSA anevrizması, posterior fossada yuvarlak ve çevresi kalsifiye kitle olarak gözüktür ⁽⁸⁾. Dev anevrizmaların tedavisi, anevrizmanın kapatılması ve kesenin eksizyonudur ^(2,8). Bunu yaparken yukarıda da belirtildiği üzere transkondüler yaklaşım tercih edilmelidir. Dev PİSA anevrizmalarının morbidite ve mortalitesi diğer anevrizmalara göre yüksektir. Olgumuzda da hastanın klinik seyri mortalite ile sonuçlanmıştır. Hastanın genel durumundaki ani kötüleşme ve GKS’inin 4 puana kadar düşmesi, anevrizmanın tekrar kanamış olduğunu düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Khurana VG, Piepgras DG, Whisnant JP.** Ruptured giant intracranial aneurysms, part 1; a study of rebleeding. *J Neurosurg.* 1998; 88:425-9.
2. **Yasargil MG.** Giant intracranial aneurysms. *Microneu-*

- rosurgery, cilt 2, birinci baskı, New York: Georg Thime Verlag, 1984: 296-304.
3. **Weir B.** Aneurysms affecting the nervous system. 1st ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1984.
4. **Lewis SB, Chang DJ, Peace DA, Lafrentz PJ, Day AL.** Distal posterior cerebellar artery aneurysm. Clinical features and management. *J Neurosurg.* 2002; 97:756-66.
5. **Horiuchi T, Tanaka Y, Hongo K, Nitta J, Kusano Y, Kobayashi S.** Characteristics of distal posteroinferior cerebellar artery aneurysms. *Neurosurgery* 2003; 53:589-96.
6. **Ali MJ, Bendok BR, Tawk RG, Getch CC, Batjer HH.** Trapping and revascularization for a dissecting aneurysm of the proximal posterior inferior cerebellar artery. Technical case report and review of the literature. *Neurosurgery.* 2002; 51(1):258-63.
7. **Peerles SJ, Hernesniemi JA, Drake CG.** Posterior circulation aneurysms. Wilkins RH, Rengachary SS, Editor. *Neurosurgery.* vol 2, New York: McGraw Hill, 2. baskı, 1966: 2331-2356.
8. **Katayama Y, Tsubokawa T, Miyazaki S.** Growth of totally thrombosed giant aneurysm with in the posterior fossa. Diagnostic and therapeutic considerations. *Neuroradiology* 1991; 33:168-70.
9. **Anegawa S, Hayashi T, Torigoe R, Nakagawa S, Furukawa Y, Tomakiyo M.** Aneurysms of the distal posterior inferior cerebellar artery. Analysis of 14 aneurysms in 13 cases (in Japanese). *No Shinkei Geka.* 2001; 29:121-9 (abst.).
10. **Dernbach PD, Sila CA, Little JR.** Giant and multiple aneurysms of the distal posterior inferior cerebellar artery. *Neurosurgery* 1988; 22:309-12.
11. **Richmond BK, Schmidt JH.** Giant posterior inferior cerebellar artery aneurysm associated with foramen magnum syndrome. *W V Med J* 1993; 89:494-5.
12. **Khurana VG, Wijdicks EFM, Parisi JE.** Acute deterioration from thrombosis and rupture of a giant intracranial aneurysm. *American Academy of Neurology.* 1999; 1697.
13. **Lee KC, Joo JY, Lee KS.** Recanalization of completely thrombosed giant aneurysm. Case report. *Surg Neurol.* 1999; 51:94-8.
14. **Saeed M, Farhat and Francis JP.** Aneurysms at the junction of the posterior inferior cerebellar artery. *Schneider CR, Edgar AK: Correlative Neurosurgery,* cilt 1, birinci baskı, Illinois: Charles C Thomas, 1982: 789s.
15. **Grosso S, Mostardini R, Venturi C, Bracco S, Casasco A, Rosario B, et al.** Recurrent torticollis caused by dissecting vertebral artery aneurysm in a pediatric patient. Results of endovascular treatment by use of coil embolization. Case report. *Neurosurgery* 2002; 50:204-8.