



Bilateral Ekstrakraniyal Karotis Arter Anevrizması: Olgu Sunumu

Bilateral Extracranial Carotid Artery Aneurysm: Case Report

Merve Aşıkovalı,¹ Kamer Tandoğan,¹ Ülker Kelleci,¹
 Metin Onur Beyaz,² Ayşe Destina Yalcın¹

ÖZET

Ekstrakraniyal karotis arter anevrizmaları tüm arteriyel anevrizmaların %1'den azını, periferik arter anevrizmalarının da %4'ünü oluşturmaktadır. Etiyolojide ateroskleroz (%46-70) en sık nedendir. Bu anevrizmalar tedavi edilmediğinde rüptür riski, tromboemboliye bağlı inme, ölüm gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Bu olguda, akut infarkt nedeni olarak tespit edilen bilateral ve dev ekstrakraniyal karotis arter anevrizmasının sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Anevrizma; ekstrakraniyal karotis arter; inme.

ABSTRACT

The extracranial carotid artery aneurysm (ECAA) constitutes <1% of all arterial aneurysms and 4% of peripheral arterial aneurysms. Atherosclerosis (46-70%) is the most common cause of etiology. When these aneurysms are not treated, complications such as risk of rupture, stroke and death due to thromboembolism have been reported. In this case, we aimed to present a case of bilateral and giant ECAA as the cause of acute infarction.

Keywords: Aneurysm; extracranial carotid artery; stroke.

Anevrizma; arterin damar çapında normal ölçülere göre %50'den fazla bölgesel artma şeklinde tarif edilir. Karotis anevrizmaları, karotis arterin oklüziv hastalıklarıyla karşılaştırıldığında çok nadir görülen vasküler lezyonlardır.^[1] En büyük seriye göre insidansı %0,27-0,6 arasında değişmektedir.^[2] Karotis anevrizmaları oldukça ender görülür ve arteriyel anevrizmaların %1'den azını kapsar.^[3] Anevrizma saptanan olguların %21'inde anevrizmaların bilateral olduğu görülmüştür.^[4] İnternal karotis arter (İKA) karotis anevrizmalarının en sık lokalize olduğu bölge olmakla birlikte anevrizmalar, eksternal karotis arter ve common karotis arterde de görülür. Etiyolojide en sık ateroskleroz (%46-70) olmak üzere travma, geçirilmiş karotis cerrahisi, diseksiyonlar, enfeksiyon, fibromusküler displa-

zi, konnektif doku hastalıkları (Marfan sendromu, Ehler Danlos sendromu vb.), vaskülitler (Behçet, Takayasu arteriti, Poliarteritis nodosa vb.), radyasyon, idiyopatik medial arteriyopati, kistik medial nekroz, insan immün yetmezlik virüsü ile ilişkili arterit gibi nedenler rol oynar.^[5-10] Klinik bulgular lokal kitle etkisi ve embolizm ile ortaya çıkar.^[11,12] Pulsatil kitle, boyun ve baş ağrısı, retroorbital baskı hissi, oksipital bölgeye yayılan kulak ağrısı, yutma bozukluğu ve kraniyal sinir kompresyonu (7-12 kraniyal sinirler vb.) görülebilir.^[13,14] Ayrıca embolizm ile serebral iskemiye ait semptomlar (anevrizmal kese içindeki trombüsün embolizasyonu ya da serebral kan akımının azalması nedeniyle) ortaya çıkabilir.^[15] Tanıda mandibula köşesinde pulsatil palpabl boyun kitlesi önemlidir. Kesin

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Ümraniye Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Nöroloji Kliniği,
Ümraniye, İstanbul, Türkiye
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Ümraniye Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Kalp Damar
Cerrahisi Kliniği, Ümraniye,
İstanbul, Türkiye

Atıf için yazım şekli:

Aşıkovalı M, Tandoğan K,
Kelleci Ü, Beyaz MO, Yalcın
AD. Bilateral Ekstrakraniyal
Karotis Arter Anevrizması:
Olgu Sunumu. Bosphorus
Med J 2022;9(3):192-194.

Başvuru tarihi: 26.01.2022

Kabul tarihi: 01.02.2022

Yazışma Adresi:

Dr. Ayşe Destina Yalcın.
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Ümraniye Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Nöroloji Kliniği,
Ümraniye, İstanbul, Türkiye

Tel:

+90 532 235 80 69

e-posta:

destinayalcin@yahoo.com

OPEN ACCESS



This work is licensed under a
Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International
License.

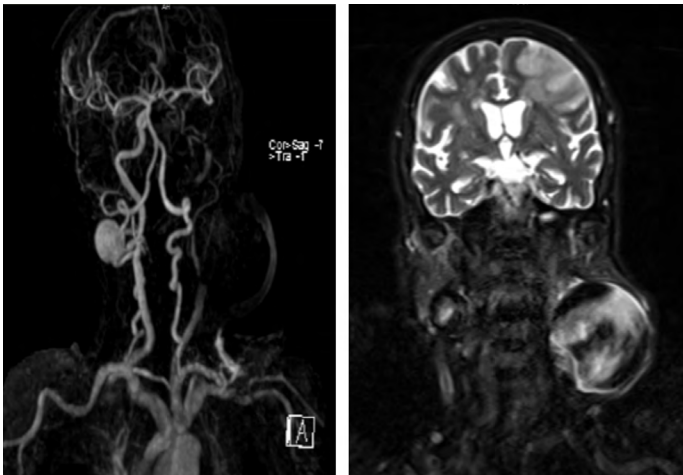
tanı ultrasonografi, bilgisayarlı tomografik anjiyografi ya da manyetik rezonans anjiyografi (MRA) gibi görüntüleme tetkikleriyle konfirme edilerek konulur.^[16] Bu tetkikler anevrizma çapı, trombüs varlığı, intrakraniyal sirkülasyon, kollateral sirkülasyon ve etyoloji açısından bilgi verir. Bu anevrizmalar tedavi edilmediğinde komplikasyon olarak olguların %10'unda rüptür, %50-70'inde tromboemboliye bağlı inme, %71'inde de ölüm bildirilmiştir.^[17]

Olgu Sunumu

Seksen sekiz yaşındaki kadın hasta, akut gelişen konuşma bozukluğu ve sağ kolda tutmama nedeniyle yakınları tarafından acil servise getirildi. Öz geçmişinde iskemik inmesi mevcuttu, sistemik hastalık veya travma öyküsü yoktu. Boyun inspeksiyonda her iki tarafta 70x60 ve 40x25 mm çaplarında yuvarlak yapılar saptandı. Palpasyonda ise kitlelerin pulsatil olduğu belirlendi (Şekil 1). Sağ elini kullandığı ifade edilen hastanın nörolojik muayenesinde bilinç açıktı, ancak afazi nedeniyle kooperasyon kurulamadı. Hasta sözel ola-



Şekil 1. Boynun sol tarafındaki dev anevrizma.



Şekil 2. Hastanın MRA görüntüleri.

rak tek basamaklı emirleri almıyordu. Ekolalisi mevcuttu. Kraniyal alan normaldi. Sağ üst ekstremitede kas gücü 4/5 olarak belirlendi. Çekilen difüzyon manyetik rezonans incelemesinde sol frontoparietal bölgede akut infarkt ile uyumlu görüntü saptanması üzerine nöroloji servisine yatırıldı. Tedavisi asetilsalisilik asit 300 mg/gün olarak düzenlendi. Etiyolojiye yönelik olarak yapılan transtorasik ekokardiyografide ve laboratuvar sonuçlarında anlamlı patoloji saptanmadı. Hastanın kraniyal ve servikal MRA'sında solda İCA proksimalden itibaren total tıkalı, sol İCA lokalizasyonunda yaklaşık 7x6 cm boyutunda anevrizma, sağ İCA proksimalinde de anevrizma ile uyumlu görüntü saptandı (Şekil 2). Kalp damar cerrahisi kliniği tarafından hastaya cerrahi önerildi. Operasyonu kabul etmeyen hasta, takibe alınarak taburcu edildi. İki ay sonra genel durum bozukluğu, hiponatremi ve idrar yolu enfeksiyonu nedeni ile dahiliye servisine yatırılan hastanın yatışı sırasında ani olarak nefes darlığı, hemoptizi şikayetinin geliştiği; yapılan değerlendirme neticesinde karotis anevrizma rüptürü tespit edildiği ve arrest olduğu takip eden doktorundan öğrenildi.

Tartışma

Ekstrakraniyal karotis arter anevrizmaları (ECAA), tromboembolik inmelerin nadir ancak tedavi edilmediği takdirde katastrofik komplikasyonlara yol açan bir nedendir. Ateroskleroz etyolojide en sık saptanan nedendir.^[18] Tedavi edilmeyen anevrizma hastalarında inmenin %50-70 oranında geliştiği rapor edilmiştir.^[17] Bu nedenle erken teşhis ve uygun tedavi multidisipliner yaklaşımı gerektirmekte olup ölümcül sonuçların önlenmesi için çok önemlidir. Nörolojik muayenenin önemli bir bölümünü oluşturan baş boyun palpasyonunun özenle yapılması bu tip vasküler malformasyonların erken tanısı için değerlidir.

ECAA tedavisi cerrahidir. Seçilecek cerrahi yöntem anevrizmanın etyolojisi, lokalizasyonu ve büyüklüğüne göre farklılık gösterebilmektedir. Cerrahi yöntemler ve endovasküler girişimler ile rezeksiyon ve uç uca anastomoz, ven veya sentetik materyal ile by-pass, ekstraintrakraniyal by-pass ile ligasyon veya sadece ligasyon yapılabilmektedir. Standart tedavisi rezeksiyon ve uç uca anastomoz ile arteriyel akımın yeniden sağlanmasıdır.^[19] Uç uca anastomozun uygun olmadığı olgularda safen veni ya da prostetik materyal interpozisyonu, internal karotis arterin karotis komunise implantasyonu, anevrizmanın parsiyel rezeksiyonu ile birlikte patchplasti de günümüzde sıklıkla uygulanan diğer tekniklerdendir.^[20] Ligasyon seçeneğinin kullanıldığı olgularda

mortalite ve morbiditenin fazla olması nedeniyle ligasyon kullanımı önerilmemektedir.^[21] Cerrahi açıdan olumsuzluk taşıyan olgularda daha az invaziv olan coil embolizasyonu, endovasküler greft ya da endovasküler stent gibi girişimsel radyolojik yöntemler uygulanabilir.^[22] Son zamanlarda endovasküler tamirler uygulanmasına rağmen, cerrahi tedavi ile yırtılma, emboli ve serebrovasküler olay riskinin daha az olacağı belirlenmiş, cerrahi tedavinin endovasküler girişimlere üstünlüğü kanıtlanmıştır.

Sunulan olgu, karotis anevrizmalarının tromboembolik inmelerin nadir bir nedeni olduğunu göstermesi, ayrıca tedavilerinin aciliyet gerektirmesinin önemini vurgulaması nedeniyle sunuma değer bulunmuştur.

Açıklamalar

Bilgilendirilmiş onam: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları: Konsept – M.A., K.T.; Dizayn – M.A., Ü.K.; Denetim – A.D.Y., M.U.B.; Materyal – M.A., M.U.B., U.K., K.T.; Veri toplama veya işleme – M.A., M.U.B., U.K., K.T.M.A.; Analiz ve yorumlama – M.A., M.U.B., U.K., K.T.M.A., A.D.Y.; Literatür arama – M.A., M.U.B., U.K., K.T.M.A.; Yazan – M.A., M.U.B., U.K., K.T.M.A., A.D.Y.; Kritik revizyon – A.D.Y.

Kaynaklar

- Goldstone J. Aneurysms of the external carotid artery. In: Rutherford RB, editors. *Vascular Surgery*. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p.1843–53.
- McCullum CH, Wheeler WG, Noon GP, DeBakey ME. Aneurysms of the extracranial carotid artery. Twenty-one years' experience. *Am J Surg* 1979;137:196–200.
- Miksić K, Flis V, Kosir G, Pavlovic M, Tetickovic E. Surgical aspects of fusiform and saccular extracranial carotid artery aneurysms. *Cardiovasc Surg* 1997;5:190–5.
- Lotina S, Davidović L, Kostić D, Sternić N, Velimirović D, Stojanov P, et al. Aneurysms of the carotid arteries. *Srp Arh Celok Lek* 1997;125:141–53. [Article in Serbian]
- Kaupp HA, Haid SP, Jurayj MN, Bergan JJ, Trippel OH. Aneurysms of the extracranial carotid artery. *Surgery* 1972;72:946–52.
- Neugebauer MK, Hoyt TW. Carotid artery aneurysm of granulosus origin. *Am J Surg* 1975;130:362–5.
- Houser OW, Baker HL Jr. Fibromuscular dysplasia and other uncommon diseases of the cervical carotid artery: Angiographic aspects. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1968;104:201–12.
- Barnes WT, Jacoby GE. Aneurysm of the common carotid artery due to cystic medial necrosis treated by excision and graft. *Ann Surg* 1962;155:82–5.
- Suzuki J, Akashi K, Shimada M, Abe S, Kawakami Y. A case of Behçet's disease with a rapidly enlarging aneurysm in the common carotid artery. *Jpn J Med* 1991;30:251–4.
- Robinson NA, Flotte CT. Traumatic aneurysms of the carotid arteries. *Am Surg* 1974;40:121–4.
- 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.
- Houser OW, Baker HL Jr. Fibromuscular dysplasia and other uncommon diseases of the cervical carotid artery: Angiographic aspects. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1968;104:201–12.
- Davidovic L, Kostic D, Maksimovic Z, Markovic D, Vasic D, Markovic M, et al. Carotid artery aneurysms. *Vascular* 2004;12:166–70.
- Rowe JG, Hosni AA. A common carotid artery aneurysm causing severe dysphagia. *J Laryngol Otol* 1994;108:67–8.
- Vannix RS, Joergenson EJ, Carter R. Kinking of the internal carotid artery. Clinical significance and surgical management. *Am J Surg* 1977;134:82–9.
- Winterton RIS, Vowden P. True aneurysm of the extracranial internal carotid artery in a 48 year old woman. *EJVES Extra* 2003;6:59–61.
- Dehn TC, Taylor GW. Extracranial carotid artery aneurysms. *Ann R Coll Surg Engl* 1984;66:247–50.
- Chan AW, Yadav JS, Krieger D, Abou-Chebl A. Endovascular repair of carotid artery aneurysm with Jostent covered stent: Initial experience and one-year result. *Catheter Cardiovasc Interv* 2004;63:15–20.
- Thompson JE, Talkington CM. The surgery of carotid aneurysm. In: Greenhalgh RM, Mannick JA, Powell JT, editors. *The cause and management of aneurysms*. London: W.B. Saunders; 1990. p. 39–48.
- Rosset E, Albertini JN, Magnan PE, Ede B, Thomassin JM, Branchereau A. Surgical treatment of extracranial internal carotid artery aneurysms. *J Vasc Surg* 2000;31:713–23.
- Kawauchi M, Symon L. Magnetic resonance demonstration of the effect of carotid artery ligation for a giant internal carotid artery aneurysm: Case report. *Br J Neurosurg* 1991;5:387–91.
- El-Sabrou R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. *J Vasc Surg* 2000;31:702–12.