

# Ekstrakranyal internal karotid arter anevrizması: Olgu sunumu

## Extracranial internal carotid artery aneurysm: Case report

Ersin ÇELİK<sup>1</sup>, Fatih ADA<sup>1</sup>, Damla KIZILTAN ÇELİK<sup>2</sup>, Muhammet AKYÜZ<sup>3</sup>, İsmail YÜREKLİ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Afyonkarahisar

<sup>2</sup>Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği, Afyonkarahisar

<sup>3</sup>Kartal Koşuyolu Eđitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

<sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eđitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

### ÖZ

Ekstrakranyal karotis arter anevrizması ender görülen fakat tromboemboli, rüptür gibi potansiyel fatal komplikasyonları nedeniyle üzerinde durulması gereken anevrizmalardır. Kırk dört yaşında kadın hasta yaklaşık 5 yıl önce başlayan ve giderek büyüyen boynunun sol tarafında şişlik yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastamızda inme, geçici iskemik atak ve kranyal sinir disfonksiyonu gibi herhangi bir nörolojik semptom mevcut değildi. Çekilen servikal renkli Doppler ultrasonografi (USG) ile yapılan ilk değerlendirmede, sol internal karotis arterde sakküler tipte anevrizma gözlemlendi. Hastanın çekilen manyetik rezonans anjiyografi (MRA) tetkikinde ana karotis bifurkasyonundan yaklaşık 3 cm distalde sol internal karotis arterde 16x25 mm çaplı sakküler tipte anevrizma saptandı. Cerrahi tedavide anevrizma rezeksiyonu sonrasında internal karotis arter uç uca anastomoz edildi.

**Anahtar kelimeler:** İnternal karotid arter, anevrizma, rezeksiyon

### ABSTRACT

Although extracranial carotid artery aneurysm is seen rarely, it must be paid emphasized as it may cause potential fatal complications such as thromboembolism and rupture. A 44 year-old female admitted to our clinic with a progressively bulging mass for nearly 5 years on the left side of her neck. Any neurologic symptom like stroke, transient ischemic attack or cranial nerve dysfunction was not detected. Initial evaluation with cervical color-Doppler ultrasound revealed saccular aneurysm of the left internal carotid artery. On MRI a 16x25 mm saccular aneurysm was revealed on 3 cm distal to common carotid bifurcation. Internal carotid artery was anastomosed with end-to-end technique following resection of aneurysmatic segment.

**Key words:** Internal carotid artery, aneurysm, resection

**Alındığı tarih:** 14.01.2016

**Kabul tarihi:** 17.05.2016

**Yazışma adresi:** Ass. Ersin Çelik, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Uydükent / Afyonkarahisar

**e-mail:** dr.ersincelik@gmail.com

### GİRİŞ

Ekstakranial internal karotis arter anevrizmaları ender olarak karşılaşılan vasküler patolojilerdir. Tanı konmadığı ve tedavi edilmedikleri takdirde hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilmekte ve hatta ölümlü sonuçlanabilmektedir<sup>(1)</sup>. Bütün periferik arter anevrizmalarının %1-4'ünü oluşturur. Karotid arter anevrizma operasyonları tüm karotid arter girişimlerinin %2'sini oluşturmak-

tadır<sup>(2)</sup>. En sık ateroskleroza bağlı olarak gelişir. Geçirilmiş karotis endartektomi operasyonu, travma, disseksiyon, radyoterapi, fibromusküler displazi, konnektif doku hastalıkları ve infeksiyonlar diğer etiyolojik faktörlerdir. Ekstrakraniyal karotis arter anevrizmalarının en sık yerleşim yeri ana karotis arter ve özellikle karotis arter bifurkasyonudur. İkinci sıklıkta internal karotis arterde görülür. Tromboemboli, rüptür ve lokal bası gibi potansiyel fatal komplikasyonlara sahiptirler<sup>(3)</sup>.

## OLGU

Kırk dört yaşında kadın hasta yaklaşık 5 yıl önce başlayan ve giderek büyüyen boynunun sol tarafında şişlik yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde sigara içtiği ve 6 yıl önce lomber disk hernisi nedeni ile opere olduğu, hipotiroidi nedeni ile levotiroksin kullandığı öğrenildi. Öyküde boyun bölgesine ait geçirilmiş travma, invaziv girişim ve enfeksiyon yoktu. Yapılan fizik muayenede sol sternokloidomastoid kasının orta kesiminde medial yerleşimli yaklaşık 2x2,5 cm'lik pulsasyon veren ağrısız kitle tespit edildi. Başka özellik saptanmadı. Elektrokardiografisi (EKG) normal sinüs ritminde idi. Laboratuvar tetkiklerinde rutin kan tetkikleri normal sınırlar içerisinde saptanmış olup, hipotiroidi öyküsü olan hastanın bakılan tiroid fonksiyon testleri (TFT) ve yapılan tiroid ultrasonografisi (USG) Hashimoto tiroiditi ile uyumlu saptandı. Endokrinoloji kliniği ile konsülte edilerek medikal tedavisi düzenlendi.

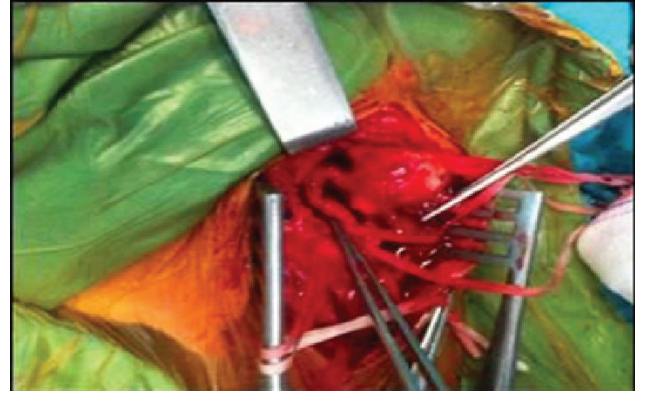
Hastanın çekilen manyetik rezonans anjiyografi (MRA) tetkikinde ana karotis arter bifurkasyonundan yaklaşık 3 cm distalde sol internal karotis arterde 16x25 mm çaplı sakküler tipte anevrizma saptandı. Anevrizmanın distalinde internal karotis arterde yaygın aterosklerotik kıvrımlanmalar görülüyordu ve ekstrakranial karotis arter normal saptandı (Resim 1).

Hasta elektif olarak operasyona hazırlandı. Genel anestezi altında sol sternokloidomastoid kasın yaklaşık 2 cm medialinden vertikal insizyon ile anevrizma kesesine ulaşıldı. Ana karotis arter, eksternal karotis arter ve internal karotis arter tek tek naylon teyp ile dönüldü. Anevrizma kesesi çevre dokulardan serbestleştirildi (Resim 2). 80 U/kg heparin IV olarak uygulandı. Klempaj uygulandıktan sonra anevrizmektomi yapıldı.

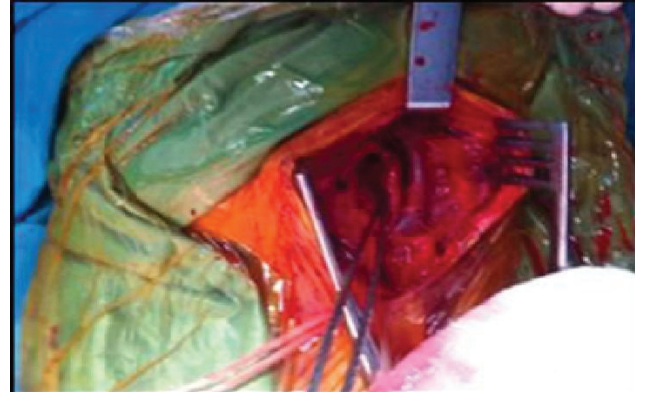
Distal ve proksimal uçlar uç uca anastomozedildi (Resim 3). Hastanın postoperatif takipleri problemsiz seyretti. Hastanın gönderilen patoloji örneğinde aterosklerotik değişiklikler saptandı ve hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi.



Resim 1. Sol ICA yerleşimli sakküler anevrizma.



Resim 2. Anevrizmanın görünümü ve yerleşimi.



Resim 3. ICA uç-uca anastomozu.

## TARTIŞMA

Ekstrakranial anevrizmalarda, tedavi edilmeyen olgularda rüptür riski %10, embolizasyon %50, ölüm %71 oranında bildirilmiştir. Bu nedenle, ulaşılabilen ekstrakranial anevrizmalarda tanı konur konmaz cerrahi tedavi önerilmektedir <sup>(4)</sup>.

Hastalığın belirtileri boyunda pulsatil kitle, boyun ve baş ağrısı, retroorbital baskı hissi, glossopharyngeal kompresyona bağlı oksipital bölgeye yayılan kulak ağrısı, disfaji, karotis kanalı yakınlarına ulaşan anevrizmalarda kranial sinir kompresyonları santral sinir sistemi disfonksiyonudur. Bunlardan en sık boyunda pulsatil kitle ve ağrı görülür <sup>(3)</sup>. Dupleks ultrasonografi en basit tanı aracıdır. Ancak lezyon yukarıda lokalize veya hastanın boynu kısa ise yetersiz kalabilir <sup>(5)</sup>. Dupleks ultrasonografi dışında manyetik rezonans anjiyografi, spiral tomografi ve anjiyografi tanıda yardımcıdır.

Cerrahi tedavi seçenekleri, rezeksiyon ve uç uca anastomoz, ven veya sentetik materyal ile baypas, ekstra-intrakraniyal baypas ile ligasyon veya yalnızca ligasyondur. Standart tedavisi rezeksiyon ve uç uca anastomoz ile arteryel akımın yeniden sağlanmasıdır. Hastamızda olduğu gibi, olguların %50'sinde, karotis arter rezeksiyon ve uç uca anastomozu uygundur <sup>(6,7)</sup>. Uç uca anastomozun uygun olmadığı olgularda greft kullanılabilir. Sentetik greftler ve safenöz ven arasında belirgin bir fark gözlenmemiştir <sup>(7)</sup>. Alternatif başka bir teknik de endovasküler tedavidir. Özellikle kafa tabanına uzanan, ulaşımı zor anevrizmalarda, cerrahinin kompleks hale gelmesi nedeni ile akılda tutulmalıdır. Yüksek servikal yerleşimli birçok gerçek ve psödoanevrizma transfemoral yolla silikon balonlar kullanılarak tedavi edilebilir <sup>(8)</sup>.

## SONUÇ

Sonuç olarak, uygun tedavi metodu, anevrizmanın lokalizasyonu ve büyüklüğü göz önüne alınarak

seçilmelidir. Cerrahi tedavi ile lokal bası, tromboemboliye bağlı serebrovasküler olay ve rüptür riskinin daha az olacağı düşüncesindeyiz. Biz de sunduğumuz ekstrakraniyal karotis arter anevrizma olgusunda, rezeksiyon ve uç uca anastomoz yönteminin uygun olgularda iyi sonuç verdiğini ve seçilebilecek uygun yöntemlerden biri olduğunu düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Ugurlucan M, Surmen B, Sayın OA, Guven K, Alpagut U, Dayıoğlu E, et al. Extracranial carotid artery aneurysms: Two different patients - Two different treatment methods: Surgical technique: Türkiye Klinikleri. *J Cardiovasc Sci* 2006;18:76-9.
2. El-Sabroun R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. *J Vasc Surg* 2000;31:702-12. <http://dx.doi.org/10.1067/mva.2000.104101>
3. Mokri B, Piepgras DG, Sundt Jr TM, Pearson BW. Extracranial internal carotid artery aneurysms. *Mayo Clin Proc* 1982;57:310-21.
4. Coselli JS, Crawford ES. Surgical treatment of aneurysms of the intrathoracic segment of the subclavian artery. *Chest* 1987;91:704-8. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.91.5.704>
5. 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. <http://dx.doi.org/10.1067/mva.2000.104102>
6. Busuttil RW, Davidson RK, Foley KT, Livesay JT, Barker WF. Selective management of extracranial carotid arterial aneurysms. *Am J Surg* 1980;140:85-91. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(80\)90422-5](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(80)90422-5)
7. 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.
8. Higashida RT, Hieshima GB, Halbach VV, Goto K, Dormandy B, Bell J, et al. Intravascular detachable balloon embolization of intracranial aneurysms. Indications and techniques. *Acta Radiol Suppl* 1986;369:594-6.