

Ekstrakranyal karotis arter anevrizmasının cerrahi tedavisi: Olgu sunumu

Surgical treatment of an extracranial carotid artery aneurysm: a case report

Dr. Ahmet Şaşmazel,¹ Dr. Cihangir Çelik,² Dr. Cihangir Ersoy,² Dr. Atif Akçevin²

¹Anadolu Sağlık Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Bölümü, Kocaeli;

²VKV Amerikan Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Bölümü, İstanbul

Ekstrakranyal karotis arter anevrizması seyrek görülür. Bütün periferik arter anevrizmalarının %1-4'ünü oluşturur. Elli dokuz yaşında kadın hasta sağ boyunda submandibüler bölgede kitle ile kliniğimize başvurdu. Hastada tinnitus şikayeti vardı. Fizik muayenede sağ mandibulanın altında pulsatil kitle saptandı. Doppler ultrasonografide karotis anevrizması saptandı ve anjiyografide internal karotis arterden köken alan 2 cm çapında anevrizma kesesi görüldü. Cerrahi tedavi olarak anevrizma rezeksiyonu sonrasında internal karotis arterin proksimal ve distal uç uca anastomozla birleştirildi. Hastanın ameliyat sonrası dördüncü yılındaki kontrolünde herhangi bir şikayeti görülmedi.

Anahtar sözcükler: Anevrizma/cerrahi; karotis arter/cerrahi; karotis arter hastalığı/cerrahi.

Extracranial carotid artery aneurysms are rare, making up only 1-4% of all peripheral artery aneurysms. A 59-year-old female patient presented with a right submandibular mass. She also had a complaint of tinnitus. There was a pulsatile submandibular mass on physical examination. Doppler ultrasonography showed an aneurysm of the carotid artery and carotid angiography demonstrated a 2-cm aneurysmal sac originating from the internal carotid artery. Surgical resection of the aneurysm was performed followed by an end-to-end anastomosis of the internal carotid artery. The patient had no complaint in the postoperative fourth year.

Key words: Aneurysm/surgery; carotid arteries/surgery; carotid artery diseases/surgery.

Günümüzde, karotis arter anevrizmasının oluşumunda aterosklerozun en önemli etyolojik faktör olduğuna inanılmaktadır. Geçirilmiş karotis endartektomi ameliyatı ve travma diğer etyolojik faktörlerdir. Hastaların büyük çoğunluğunda görülen hipertansiyon da önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir. Antibiyotik çağından önce en sık anevrizma nedenleri olan sifiliz, tüberküloz ve streptokokal faranjit günümüzde nadiren anevrizma nedenidir.^[1] Karotis arter anevrizması %14 ile %50 arasında vücudun diğer yerlerindeki anevrizmalarla birlikte gözlenir.^[1,2] Internal karotis arterin 1.5 katı veya ana karotis arterin iki katı olduğu zaman anevrizma oluşumu olarak değerlendirilir. Anevrizmalar içinde sıklığı %0.4 ile %4 arasındadır.^[1-3]

OLGU SUNUMU

Elli dokuz yaşında kadın hasta, sağ boyunda submandibüler bölgede kitle ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ mandibulanın altında pulsatil kitle saptandı. Hastada tinnitus şikayeti vardı. Doppler ultrasonografide karotis anevrizması saptandı; anjiyografide internal karotis arterden köken alan 2 cm çapında anevrizma kesesi görüldü (Şekil 1). Hasta elektif olarak ameliyata alındı. Genel anestezi altında sternokleidomastoid kasın önünden yaklaşık 12 cm insizyon ile anevrizma kesesine ulaşıldı. Ana karotis arter, eksternal ve internal karotis arterler askıya alındı. Üç bin ünite heparin verilmesinden sonra damarlar klemlendi. Kesesi içinde pıhtı içeren anevrizma rezeke edildi. Damarlar 28 dakika

Geliş tarihi: 24.05.2005 Kabul tarihi: 30.06.2005

Yazışma adresi: Dr. Ahmet Şaşmazel, Anadolu Sağlık Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Bölümü, 41400 Gebze, Kocaeli.
Tel: 0262 - 654 50 97 Faks: 0262 - 654 05 38 e-posta: ahmet.sasmazel@anadolusaglik.org

süreye klemplice bırakıldı ve şant kullanılmadı. İnternal karotis arterin proksimal ve distali uç uca anastomozla birleştirildi (Şekil 2).

Dokunun histopatolojik incelemesinde anevrizmal genişleme gösteren aterosklerotik damar kesitleri saptandı. Ameliyat sonrasında hastanın tinnitus şikayeti kalmadı, nörolojik sorunu olmadı. Hipoglossal sinirin anevrizma kesesine yakın seyretmesi nedeniyle, anevrizma diseksiyonu sırasında dikkat edilmesine rağmen, ameliyat sonrası erken dönemde hastada yutma güçlüğü gelişti. Yutma güçlüğü ameliyat sonrası üçüncü günden itibaren azaldı, yedinci günde tamamen kayboldu. Şu anda ameliyat sonrası dördüncü yılında bulunan hastanın herhangi bir şikayeti bulunmuyor.

TARTIŞMA

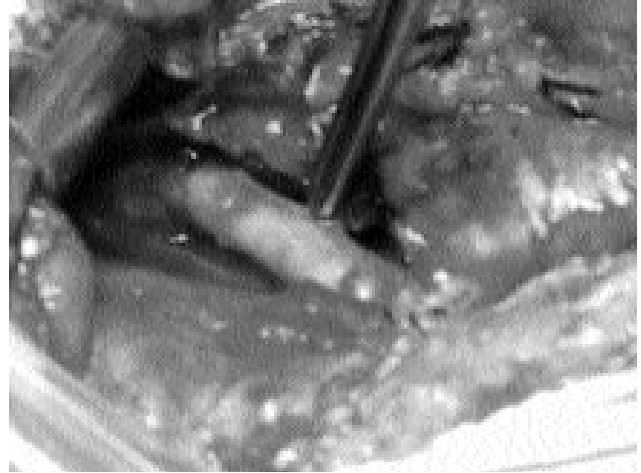
Ekstrakraniyal anevrizmalarda, tedavi edilmeyen olgularda yırtılma riski %10, embolizasyon %50, ölüm %71 oranında bildirilmiştir. Bu nedenle, ulaşılabilen ekstrakraniyal anevrizmalarda tanı konur konmaz cerrahi tedavi önerilmektedir.^[2]

Hastalarda en çok rastlanan belirti ve bulgular mandibula açısının altında boyunda kitle, hemiparazi, üfürüm, sinir basısı, baş ağrısı ve tinnitustur. Azda olsa, cerrahlar tarafından apse olarak değerlendirilip insizyon ve drenaj uygulanması sonucu istenmeyen sonuçlar ile karşılaşılan durumlar bildirilmiştir.^[1] Günümüzde ilerleyen tanı yöntemleri ile bu gibi sorunlar azalmıştır. Ekstrakraniyal anevrizmaların, karotis tümörleri, büyümüş servikal lenf bezleri ve brakiyal kistik oluşumlar ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Dupleks ultrasonografi, manyetik rezonans anjiyografi, spiral tomografi ve anjiyografi tanıda yardımcıdır. Tedavi edilmeyen olgularda embolik olaylar, yırtılma, çevre dokulara bası görülebilir. En çok rastlanan komplikasyon nörolojik sekeldir.^[1]

Cerrahi tedavi seçenekleri, rezeksiyon ve uç uca anastomoz, ven veya sentetik materyal ile baypas, ekstra-intrakraniyal baypas ile ligasyon veya sadece 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.^[1,4] Uç uca anastomozun uygun olmadığı olgularda greft kullanılabilir. Sentetik greftler ve safenöz ven arasında belirgin bir fark gözlenmemiştir.^[4] Ameliyat sırasında kranyal sinirlerin belirlenmesi önemlidir. Anevrizmaya bağlı olarak gelişen inflamatuvar reaksiyon çoğu zaman kranyal sinirlere de yayılır. Çok



Şekil 1. Anevrizmanın anjiyografik görünümü.



Şekil 2. Karotis anevrizmasının rezeksiyonu ve uç uca anastomoz sonrası görünümü.

büyük olan anevrizmalarda kranyal sinirlerde yaralanmalar görülebilir. Bu durumda, anevrizma üzerinden açılarak tamir içeriden yapılabilir. Elektif cerrahi girişimlerde ölüm oranı %5'in altındadır. Perioperatif dönemde hastaların %8.2'sinde geçici iskemik atak görülmektedir. Kranyal sinir zedelenmeleri %28 oranında görülür.^[4] Son zamanlarda sınırlı da olsa endovasküler tamirler de uygulanmasına rağmen,^[5] cerrahi tedavi ile yırtılma, emboli ve serebrovasküler olay riskinin daha az olacağı kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Busuttill RW, Davidson RK, Foley KT, Livesay JT, Barker WF. Selective management of extracranial carotid arterial aneurysms. Am J Surg 1980;140:85-91.

2. Coselli JS, Crawford ES. Surgical treatment of aneurysms of the intrathoracic segment of the subclavian artery. *Chest* 1987;91:704-8.
3. Pairolero PC, Walls JT, Payne WS, Hollier LH, Fairbairn JF 2nd. Subclavian-axillary artery aneurysms. *Surgery* 1981;90:757-63.
4. 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.
5. 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.