

KLİNİK DENEYİMLER

EKSTRAKRANIAL KAROTİS ARTER ANEVRİZMALARI

Dr. Metin ÖZGÜR, Dr. Mehmet KURTOĞLU, Dr. Murat KAYABALI, Dr. Fatih Ata GENÇ

Istanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. / İSTANBUL

Ekstrakranial karotis arter anevrizmaları, nadir rastlanan patolojilerdir. McCollum (2)'un 21 yılda girişim yapılmış 8500 vakalık anevrizma serisi içinde karotis anevrizmaları sadece 37 olarak bildirilmiştir.

Etyolojide ilk sırada ateroskleroz yer almaktadır.

Kliniğimizde 1979 -1989 arasında direkt damar girişimi yapılan 714 vaka arasında karotis anevrizmalarının sayısı 2'dir.

Vaka 1:

66 yaşında erkek hasta. 8 aydır boynun sol tarafında giderek büyüyen şişlik nedeniyle kliniğimize müracaat etti.

Fizik muayene: Boynun sol tarafında, sternocleidomastoidin orta kısmında, arkada 3 * 2 cm ebadında pulsatil kitle mevcut. Diğer sistem muayenelerinde ve laboratuvar bulgularında özellik tesbit edilmedi. Ultrasonografik muayenede glomus karotikum tümörü ? karotis anevrizması ? olarak bildirildi. Angiografik muayeneye alındı. Angiografide sol karotis internada bifurkasyonda anevrizma tesbit edildi.

4. 6. 1984 tarihinde ameliyata alındı. Sternocleidomastoidin ön kenarı boyunca yapılan insizyonla, sol a.karotis kommunis prepare edilerek askıya alındı. Javid internal shunt'ı uygulandı. Anevrizmektomi yapıldı. Distal ve proksimal uçlar 6/0 Prolene ile end to end anastomoze edildi. Aspiratif dren konarak kesi primer kapatıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 8.gün taburcu edildi.

Vaka 2:

70 yaşında kadın hasta. Bir yıldır boynun sol yanında farketdiği kitle nedeniyle başvurduğu hekim tarafından kliniğimize sevk edildi.

Fizik muayene: Boynun sol tarafında, sternocleidomastoidin ön kenarından arkaya doğru uzanan, angulus mandibulada üst sınırı alınabilen 5 * 4 cm ebadında pulsatil, palpasyonla ağırlı kitle saptandı. Kardiovasküler sistem muayenesinde hipertansiyon (180/110) ve taşikardi mevcuttu. Hasta bu nedenle beta-bloker kullanmaktaydı. Diğer sistem muayenelerinde özellik tesbit edilmedi. Anamnezde 8 ay önce geçici görme kaybıyla ortaya çıkan iskemik atak mevcuttu.

Bu bulgularla hastada ilk planda glomus karotikum tümörü veya karotis anevrizması düşünülerek noninvaziv incelemeye alındı. Duplex scan'de sol karotis bifurkasyonundan hemen sonra başlayan 4 * 4 cm ebadında karotis internada anevrizma tesbit edildi. Angiografik incelemeye alındı. Sol karotis angiogramında karotis internanın hemen başlangıcında glomus karotikum tümörü olarak rapor edildi.

Hasta her iki ön tanı da gözönüne alınarak ameliyata alındı (26.2.1990). Bifurkasyondan hemen sonra başlayan a.karotis interna anevrizması tesbit edildi. Distali ve proksimali askıya alındı. Klampe edildi. Stump basıncı klampajdan sonra 80 mmHg bulunarak internal shunt kullanılmadı. Anevrizmektomi yapıldı. Distal ve proksimal uçlar prepare edilerek 6/0 Prolene ile end to end anastomoz yapıldı. Ameliyat günü gelişen hematoma, steril şartlarda birkaç dikiş alınarak drene edildi. Postoperatif 10.güne kadar katı gıdaları yutmakta kısmen zorluk çeken hastada bu semptom giderek geriledi. Nörolojik defisit gözlenmedi. Başka komplikasyon gelişmeyen hasta iyileşme ile taburcu edildi.

TARTIŞMA:

Yakın zamana kadar, karotis anevrizmalarının en yaygın komplikasyonları, ekspansiyon, rüptür ve hemoraji idi. Günümüzde ise bu hastalar daha çok emboliye bağlı geçici serebral iskemik ataklarla ortaya çıkmaktadırlar. Serebral emboli ve rüptür gibi potansiyel tehlikeler, karotis anevrizmalarındaki agresif cerrahi yaklaşımı desteklemektedir (1,2). Servikal lenfadenopati, karotis elongasyonu, brankial kistler, glomus karotikum tümörleri ve nadiren orofarinkse doğru büyüyen anevrizmalarda peritonşiller abse ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Cerrahi tedavide proksimal ligasyon, eksizyon + reparasyon ve takip gibi 3 seçenek ortaya çıkmaktadır. Ligasyon, kafa kadesine uzanan yüksek yerleşimli anevrizmalarda eğer başka tedavi olanağı yoksa düşünülebilirse de yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle hemen hemen terkedilmiştir.

Seçilecek tedavi, anevrizmektomi ile arteriel rekonstrüksiyondur (2). Tanı, noninvaziv yöntemlerle (US, duplex scan, BT) yapılabilir. Ancak, girişim planlanan her vakada intraserebral arteriel dolaşım

ve anevrizmanın distalini görebilme açısından angiografi kesinlikle elde edilmelidir. Duplex scan ile doppler akım spektrumu da elde edildiğinden vakamızda görüldüğü gibi angiografiye üstünlük sağlayabilir. Peroperatuar serebral komplikasyonlardan, karotis klampajından sonra stump basıncı 50 mmHg'den az ise internal shunt kullanımıyla kaçınılabilir. Büyük aterosklerotik anevrizmalarda, anevrizmanın total eksizyonundan sonra glossofaringeal, vagal ve hipoglossal sinir yaralanmaları bildirilmiştir. Bunlardan, anevrizma duvarını kısmen rezeke edilip bırakılması ve dikkatli diseksiyonla kaçınılabilir.

KAYNAKLAR:

- 1- Koert P. de Jong, Pieter E. Zondervan and Hero Van Urk: Extracranial Carotid Artery Aneurysms. *European Journal of Vascular Surgery* 3: 557-562,1989
- 2- McCollum CH., Wheeler WH., Noon GP., DeBakey M.: Aneurysms of the extracranial carotid artery (Twenty one years experience). *The American Journal of Surgery* 137:196,1979