

# Karotid Arter Diseksiyonu: Olgu Sunumu

Dr. Filiz MANGA(1), Dr. Himmet DERECİ(2), Doç. Dr. Orhan YAĞIZ(3), Dr. İlkey YILDIRIM(1), Dr. Aysel TEKEŞİN(2), Dr. Çimen KALENDER (1)

## ÖZET

Karotid arter diseksiyonu , 40 yaşından genç hastalarda inme gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Sıklıkla sağlıklı bireylerde spontan, şiropraktik manevralar ya da boyun manipülasyonları gibi travmalarla ortaya çıkabilir. Karotid arter diseksiyonunda erkek/ kadın oranı 1,5/ 1'dir. Sıklıkla baş ağrısı, geçici iskemik atak ya da inme, okulosempatik parezi ile ortaya çıkar. Karotid arter diseksiyonu olan hastaların %50'sinde Horner sendromu görülebilir. Hastaların %10'undan fazlasında kranyal sinir felçlerine rastlanabilir.

Tanıda Doppler ultrasonografi , manyetik rezonans görüntüleme, manyetik rezonans anjiyografi kullanılabilir. Manyetik rezonans görüntüleme ve manyetik rezonans anjiyografi kombinasyonu diğer modalitelerden daha güvenlidir.

Prognoz sıklıkla iyidir. 7-30 gün içinde rekanalizasyon oluşur. Emboli kaynaklı trombüs nedeni ile antikoagülasyona hemen başlanmalıdır. Terapötik tedaviye ek olarak karotid arter ligasyonu, intrakranyal ya da ekstrakranyal by-pass, arteriyel rekonstrüksiyon düşünülebilir.

34 yaşında erkek hasta , sol hemiparezi bulgusuyla servisimize yatırılarak incelendi.Travma anamnezi olmayan hastada sağ internal karotid arterde diseksiyon tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Karotid arter diseksiyonu, travma

## SUMMARY

### Carotid Artery Dissection Case Report

Carotid artery dissection is an important risk factor for people under forty years old. Spontaneous, chiropractic therapy or neck manipulation may occur oftenly. Carotid artery dissection ratio man to woman is 1.5/1. Oftenly headache, transient ischemic attack or stroke occur with oculosympathetic paresis. % 50 of patient who have carotid artery dissection also have horner syndrome. More of the % 10 of the patient can have cranial nerve palsy.

We can use doppler ultrasonography, magnetic resonance, magnetic resonance angiography for diagnosis. Magnetic resonance and magnetic resonance angiography combination is more safer than others. Prognosis is oftenly good. In seven-thirty days recanalization occur. For thrombus which happens because of emboli we most start anticoagulation. We can think carotid artery ligation, intracranial or extracranial bypass, arterial reconstruction beside therapeutic therapy.

**Key words:** Carotid artery dissection, trauma

## GİRİŞ

Damar duvarı yırtıldığında kan, sıklıkla arter tabakaları arasına birikir ve "yalancı lümen" teşekkül eder. Yalancı lümen içindeki kan artarak damar lümenini daraltır ve lokal trombüs oluşumuna yol açar (1). Trombüs sekonder olarak distal damarlarda embolizasyona yol açar. Karotid arter diseksiyonu (KAD)'na Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2,6 / 100.000 oranında rastlanır. Boyun travmasını takiben ya da fibromusküler displazi, Marfan sendromu, migren, ateroskleroz, enfeksiyon ( sifiliz ) gibi hastalıklar ile birlikte spontan oluşa-

bilir ( 2 ) . Sıklıkla genç yetişkinlerde ortaya çıkar. Ekstrakranyal KAD 4. dekatta sık iken, intrakranyal KAD 2., 3. dekatlarda siktir.

## OLGU SUNUMU

34 yaşında erkek hasta konuşmada bozulma , sol kol ve bacadaki güçsüzlük şikayetleri ile servisimize kabul edildi. Hastanın özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Alkol ve sigara kullanımı yoktu. Tansiyon arteriyel : 120 / 70 mmHg, nabız : 76 / dakika , solunum sayısı: 18 / dakika idi. Hastanın nörolojik muayenesinde şuuru açık, kooperasyonu tamdı. Yer, zaman, mekan oryantasyonu tamdı. Konuşması dizartrikti . Ense sertliği ve meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Pupiller izokorikti

*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Asistanı (1) , Uzmanı (2), Şefi (3)*

ve ışık refleksi bilateral alınıyordu. Göz hareketleri dört yöne tamdı. Nistagmus yoktu. Yüzü içine alan sol hemiplejisi vardı. Taban cildi refleksi solda ekstansor, sağda fleksör alınıyordu. Derin tendon refleksleri bilateral normoaktifti. Duyu muayenesinde sol hemihipoestezi vardı. Serebellar testleri sağda becerikliydi, solda pareziden dolayı değerlendirilemedi. İdrar ve dışkı inkontinansı yoktu.

Hastanın çekilen acil bilgisayarlı beyin tomografisinde (BBT) lezyon saptanmaması üzerine

iskemik serebrovasküler hastalık (SVH) olarak değerlendirildi.

Hastanın rutin biyokimya değerleri normal sınırlardaydı. Fibrinojen düzeyi artmıştı. VDRL testi negatifti. Hastadan vaskülit tetkikleri istendi. Bunlarda özellik saptanmadı.

Hastanın çekilen kranyal manyetik rezonans görüntülemesinde ( MRG ) sağ bazal gangliyonları ve kapsula internayı tutan; korona radiataya , sentrum semiovaleye , insular korteks anterioru ve frontal lob inferioruna uzanan akut enfarkt alanı saptandı. Kranyal manyetik rezonans anjiyografisinde ( MRA ) sağ internal karotid arter (ICA) oklüzyonu saptandı. Arcus aorta MRA normal sınırlardaydı. Serebral anjiyografisinde ( DSA ) sağ ICA servikal segmentte diseksiyona sekonder geliştiği düşünülen %90-95'e varan diffüz luminal daralma , sağ orta serebral arter bifurkasyon düzeyinde oklüde görünüm saptandı. Sol ICA servikal segmentte orta kesimde diffüz luminal daralma saptandı. Transtorasik ekokardiyografi normal sınırlardaydı (ejeksiyon fraksiyonu :%60) .Elektrokardiyogram (EKG) normal sinüs ritmindeydi. Karotis ve vertebral arter Doppler ultrasonografisinde ( USG ) sağ ICA'da oklüzyon, sol ICA'da plaklar izlendi.

Hastanın taburculuğunda nörolojik muayenesinde değişiklik saptanmadı. Yatışı sırasında süreklilik gösteren , analjeziklere yanıtız baş ağrıları vardı. Sol tarafını içeren parsiyel epileptik nöbetleri oldu. Hastaya antiiskemik tedavi uygulandı. Beyin cerrahisi konsültasyonu sonucu göğüs kalp damar cerrahisine yönlendirildi.

## TARTIŞMA

Gençlerde inmenin %20'si, daha yaşlı hastalarda %2,5'u boyunda KAD ya da vertebral arter diseksiyonu sonucu meydana gelir (2). ICA'nın intrakranyal parçasının diseksiyonu nadirdir (3).

KAD kliniğinde oluşan başağrısı inme ile ilgili başağrısından farklıdır. Olgumuzda da olduğu gibi analjeziklere yanıtız, yüz ve boyunu da içeren sürekli, delici, zonklayıcı tarzda başağrısı görülebilir(3).

Sol hemipleji ve VII. sinir felci saptanan olgumuzda

olduğu gibi KAD'nda iskemik nörolojik özellikler hastaların %30-80'inde ,kranyal sinir felçleri ( sıklık sırasına göre XII, IX, X, XI, V, VII, VI, III ) hastaların %10'undan fazlasında saptanmıştır (4).

Künt boyun travmaları KAD'nun %3-10'unu açıklamasına rağmen hastamızda travma öyküsü yoktu (3).

Doppler USG KAD'nun erken tanısını sağlar. Doppler USG hızlı , noninvaziv , yüksek sensitiviteye sahip bir yöntemdir. USG düşük gradeli stenozlarda daha düşük sensitiviteye sahiptir (6). Kranyal MR mural hematoma göstererek diseksiyonu kanıtlar. MR, ekstrakranyal diseksiyonu tanımlamada daha yararlıdır. Fibröz displazi ve tortüozite gibi arteriyopatileri tanımlamada daha düşük kapasiteye sahiptir. MR anjiyografi ( MRA ) noninvazivdir. İrregülerite,daralma, anevrizmal dilatasyonu göstermede iyi bir görüntüleme yöntemidir(5).BBT diseke arterdeki intramural hematoma gösterebilir. Transkranyal Doppler USG KAD'nun distalindeki mikroembolileri gösterebilir(6). Elektrokardiyografi ve ekokardiyografi embolinin kardiyak kökenli olduğunu gösterebilir.

KAD'nda antikoagulan tedavi heparin ve warfarini içerir. Antikoagulan tedavinin trombüs oluşumunu , düz kas hücre proliferasyonunu , intimal kalınlığı azalttığı saptanmıştır. Antitrombositer tedaviye antikoagulan tedavi ile aynı zamanda başlanmalıdır(3).

KAD 'nda prognoz genellikle iyidir. Rekanalizasyon sıklıkla 7-30 gün içinde meydana gelir. İyileşen arterler fibromusküler displazi , rezidüel mural defektlerde olduğu gibi rezidüel vasküler anomaliler gösterebilir. Hastalarda bu durumda rekürren ya da kontrateral diseksiyon riski artar. Rekürrens en sık ilk bir ay içinde gelişir.10 yıl için rekürrens riski %11'dir. Rekürrens genç hastalarda yaşlı hastalara göre daha sıktır. Fakat prognoz genç hastalarda ve ekstrakranyal diseksiyonda daha iyidir . İntrakranyal KAD'nda mortalite %75'tir (3).

## KAYNAKLAR

- 1- **İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları- Nöroloji**, sy. 250
- 2- **Barlis P, James P, Sundaravignam AB, et al:** Internal carotid artery dissection : never too old. Intern Med J 2004 Jan-Feb; 34 ( 1-2 ) : 69-70
- 3- **Benninger DH, Georgiadis D, Kremer C, et al:** Mechanism of ischemic infarct in spontaneous carotid dissection. Stroke 2004 Feb; 35 ( 2 ) : 482-5
- 4- **Silbert PL, Mokri B, Schievink WI:** Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. Neurology 1995 Aug; 45 (8):1517-22

- 5- **Nguyen Bui L, Brant-Zawadzki M, Verghese P, Gillan G:** Magnetic resonance angiography of cervicocranial dissection. *Stroke* 1993 Jan; 24(1): 126-31
- 6- **Sturzenegger M, Mattle HP, Rivoir A, Baumgartner RW:** Ultrasound findings in carotid artery dissection: analysis of 43 patient. *Neurology* 1995 Apr; 45(4): 691-8