

GEBELİKLE BİRLİKTE GÖRÜLEN BİR İNTRAKAVERNÖZ INTERNAL KAROTİD ARTER ANEVİZMASI

Dr. Aytaç AKBAŞAK*, Dr. Faruk ALTINEL**, Dr. Mustafa UZUNLU***,
Dr. Motin GÜNER****,
Dr. Ümit ACAR*****

Literatürde karotid arter anevrizmalarına oldukça sık raslanmasına karşın karotid arterin intrakavernöz parçasından kökenini alan anevrizmaların raslanma sıklığı azdır. Bu makalede intrakavernöz kökenli internal karotid arter anevrizması olan üç aylık gebe hastanın klinik bulguları ve tedavisi tartışılacaktır.

Vaka Takdimi :

33 yaşında sağ elini kullanan ev kadını hasta baş ağrısı, bulantı, kusma, sol göz kapağının açılmaması ve sol gözde yakınmaları ile 20.12.1976 tarihinde polikliniğimize baş vurdu.

Hastanın 15 gün önce yolcu geçirirken bulantı ve kusmaları olmuş. Eve geldiğinde baş ağrısı artmış ve sol gözü kapanmış. Gidererek artan ağrı hastayı konuşamıyacak hale getirmiş. Sonraki günlerde kusmalar devam etmiş, ağrılar zaman zaman çok artıyor ve dayatılmaz oluyormuş.

* Kayseri Üniv. Gevher Nesibe Tıp Fak. Nöroşirürji Bilim Dalı Asistanı

** Kayseri Üniv. Gevher Nesibe Tıp Fak. Nöroşirürji Bilim Dalı Asistanı

*** Kayseri Üniv. Gevher Nesibe Tıp Fak. Nöroşirürji Bilim Dalı Asistanı

**** Kayseri Üniv. Gevher Nesibe Tıp Fak. Nöroşirürji Bilim Dalı Öğretim Görevlisi

***** Kayseri Üniv. Gevher Nesibe Tıp Fak. Nöroşirürji Bilim Dalı Öğretim Görevlisi

Hastanın öz geçmişinden 2 sene önce maksiller sinüzit tanısı ile sinüs lavajı yapıldığı ve halen 3 aylık gebe olduğu öğrenildi. Soy geçmişinde özellik yoktu.

Yapılan fizik muayenede Ateş : 36,5° Nabız : 75/dk. Solunum 22/dk. Tansiyon arteriyel : 120/80 mm. Hg. olarak bulundu. Sistem muayenelerinde 2,5 aylık gebelik dışında özellik bulunamadı.

Nörolojik muayenede aktivasyonunun azalmış olmasına rağmen oryantasyon ve kooperasyon iyi idi. Sol gözde ptöz mevcuttu, pupil irregüler, eliptik şekilli idi, direkt ve indirekt ışık reaksiyonu alınmıyordu. Bu gözde total oftalmopleji mevcuttu, göz sabit ve hiçbir yönde hareket yoktu. Sağ göz hareketleri normaldi, direkt ve indirekt ışık reaksiyonu (+) idi. Her iki göz dibi ve papilla normal görünümde idi. Görme, işitme bilateral normal, Rinne bilateral (+), Weber orta hatta idi. Fasial asimetri ve ense sertliği yoktu. Motor defisit bulunamadı. His muayenesinde solda trigeminal sinirin her üç dalı tarafından inerve edilen sahalarda hipoestezi tespit edildi, bunun dışında bütün vücutta yüzeysel, derin his ve pozisyon hissi normaldi. Derin tendon refleksleri bütün ekstremitelerde normoaktif, karın cildi refleksi dört kadranda da (+) idi. Patolojik refleks yoktu. Hasta ayakta duramıyor arkaya doğru yıkılıyordu ancak serebellar testler normaldi.

Laboratuvar tetkiklerinde Hb : 12.60 gr. BK : 5200/mm³ BUN : 12 mg. % AKŞ : 60 mg. % Kan Grubu : ORh (+) İdrar muayene bulguları normal değerlerde idi.

Akciğer ve dört yönlü kafa grafileri normaldi ancak Waters grafisinde her iki maksiller sinüs kapalı idi.

Hastaya 20.12.1976 tarihinde sol karotid anjiyografi yapıldı. İnternal karotid arterin intrakavernöz segmentinde 2 x 2x 2 cm. boyutlarında anevrizma tespit edildi (**Resim 1-2-3**). Erken ve geç venöz dolaşım görülemedi. Daha sonra hastaya sağ karotid anjiyografi yapıldı, kros kompresyonla sol taraf karotid sistem doluyordu ancak bu yolla anevrizmayı doldurmak mümkün olmadı. Sağ karotid sistemde anevrizma düşündüren patoloji yoktu. Her iki a₁ segmentinde sağda

belirgin olmak üzere kalkma tespi tedildi .Sol a₁ in sağa nazaran hipoplazik görünmesine rağmen kalınlığı normal görünümde idi (Resim 4).



Resim 1 — Sol karotid anjiografi. Town projeksiyonda anevrizma kesesinin durumu görülmektedir.

Hastanın boynunda sol carotid arter üzerine 10 dakika süre ile basılarak Matas testi uygulandı ,ilave nörolojik defisit çıkmadığı görüldü.

Hasta bu bulgularla ameliyata alındı. Önce boyundan sol internal karotid arter bulunarak askıya alındı, daha sonra sol frontal kraniotomi yapıldı, sfenoid kanaat boyunca frontal lob ekarte edilerek

karotide ulaşıldı. Anevrizma kavernöz sinüs içinde idi ve görülemiyordu. Anevrizmanın kitlesi nedeni ile kavernöz sinüs şişkin ve kalın görünümdede idi. Oftalmik arter bulunarak proksimalinden internal karotid arterin bağlanması planlandı ancak buradaki anatominin bozulması ve yapışıklıklar nedeni ile oftalmik arterin altı dissekte edilemedi. Karotid arterin etrafı duranın çıkış yerinde adale ve cerrah



Resim 2 — Sol karotid anjiyografi. A - P projeksiyonda anevrizma kesesinin lokalizasyonu görülmektedir.

ile sarıldı. Hipoifz bölgesi eksplorasyonda normal görünümde idi. Daha sonra internal karotid arter boyundan iki yerden bağlanarak kesildi.

Post operatif devrede hastanın Őuuru açık, genel durumu iyi ve ilave n6rolojik defisiti yoktu. Ameliyattan hemen sonra g6z ağrılarını geçti.



Resim 3 — Sol karotid anjiografi. Lateral projeksiyonda karotid arterin intrakavern6z segmentindeki anevrizma kesesinin g6r6n6m6.

13.1.1977 g6n6 hastaya terap6tik abortus uygulandı. Daha sonra hastaya sağ brakial arter yolu ile innominate artere bir kateter sokularak anjiografi yapıldı ancak karotid sistem doldurulamadı. 19.1.1977 g6n6 hasta taburcu edildiğinde mevcut n6rolojik defisitlerinde hen6z d6zelme yoktu (**Resim 5**).

5.4.1977 tarihinde yapılan kontrol muayenesinde sol gözdeki ptozun büyük ölçüde düzeldiği, göz hareketlerinin başladığı, midriazisin devam etmekte birlikte ışığa az da olsa cevap alınabildiği saptandı (Resim 6). Ağrıları tamamen geçmişti.



Resim 4 — Sağ karotid anjiografi. Kros kompresyonla doldurulan sol karotid sistem de görülebilmektedir. Sağ a₁ segmentinde kalkıklık ve sol a₁ in sağa göre hipoplazik olduğu görülmektedir.

Halen hastada sol gözdeki hafif midriazis dışında nörolojik defisit yoktur, günlük işlerini rahatlıkla yapabilmektedir.

Tartışma :

Adams 1869 da ptozis, total oftalmopleji, alın, kornea ve maksiller sahada anestezi bulunan bir hastada nonfistülöz intrakavernöz internal karotid arter anevrizmasının tanımlanmasını açık şekilde yapmıştır (1). Yırtılmamış intrakavernöz internal karotid anevrizmalarını daha geniş anlatan yayınlar giderek artmaya başladı.



Resim 5 — Hastanın post-operatif 8. gündeki durumu görülmektedir.

Jefferson 1938 de yayınladığı 17 vakalık seride klinik tablonun tanımlamasını detay ile bildirdi. Bu araştırmacı klinik gelişme, ayırıcı tanı, patoloji, röntgen bulguları ve tedavi konusunda oldukça ge-

niş bilgiler verdi⁴. Bazı değişik ilginç bulgular dışında bu temel kavramlara bu güne kadar pek az ilave yapılabildi.

Dott bir subklinoid anevrizmayı servikal internal karotid arterin ligasyonu ile tedavi ettiğini bildirmiştir³. Ancak daha sonra Dandy bunun yetersiz olduğunu proksimal ligasyonla ibrikte distal (İntrak-



Resim 6 — Ameliyattan 3 ay sonra hastanın durumu görülmektedir.

ranial) ligasyon gerektiğini çünkü anevrizmanın intrakranial sirkülasyonla retrograd olarak dolabileceğini ve giderek büyümeye devam edeceğini ileri sürdü².

Morley ve Barr ise 11 vakalık serilerinde böyle vakalarda tedavi endikasyonu bulunmadığını savundular. Bu araştırmacıların karotid oklüzyonu yapılan iki vakalarının durumu bozulmuş buna karşın tedavi uygulanmayan üç vakanın klinik tablosu iyiye gitmiştir.⁷

Lombardi ve arkadaşları 24 hastadan 10 unda servikal karotid ligasyonu uyguladıklarını bunlardan 5 inde parsiyel iyileşme olduğunu, 4 hastada değişme olmadığını, 1 hastanın da hemipleji geçirerek öldüğünü bildirdiler.⁶ Jefferson 29 hastadan 14 dünde servikal karotid ligasyonu uyguladığını bunların hepsinde ağrının azaldığını ve göz hareketlerinin düzeldiğini, ancak 2 hastada tam iyileşme görüldüğünü yayınladı.⁵

Bizim hastamızda total oftalmopleji, ptozis ve yüzde hemihipostezi yanında şiddetli baş ağrısı ve kusma vardı. Hastanın en önemli özelliği de 2.5 aylık gebe oluşu idi. Spontan karotid kavernöz fistül patogenizinde gebeliğin rol oynadığı düşünülmektedir. Gebelikte anevrizma yırtılmaları sıklıkla doğum sırasında ve genel popülasyon ortalamasına göre daha genç yaşlarda görülmektedir. Literatürden toplanan bilgilerden gebelik esnasında anevrizma yırtılmasına bağlı olarak görülen subaraknoid kanama oranının 3. trimesterde % 40'a kadar ulaştığı öğrenilmiştir.

Hastada semptomlar ve özellikle gebelik riski dolayısıyla cerrahi girişim şarttı. Hasta servikal ve intrakranial karotid ligasyonu için hazırlandı, ancak daha önce de belirtildiği gibi kavernöz sinüs bölgesinde anatomik yapının bozulması nedeni ile oftalmik arterin proksimalinden ligasyon olanağı bulunamadı. Bu nedenle basit servikal internal karotid ligasyonu ile yetinilmek zorunda kalındı.

Hasta radyolojik tetkikler sırasında fazla miktarda ışın almıştı ve doğum esnasında anevrizma yırtılması olasılığı yüksekti. Hastanın hayatta olan 7 çocuğu vardı. Bu faktörler göz önüne alınarak terapötik abortus uygulandı.

Hastanın bu günkü nörolojik bulgularındaki belirgin gerileme sadece servikal internal karotid arter ligasyonu ile bazı vakalarda etkili sonuçlar alınabileceğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte günü-

müzde geliştirilmekte olan stereotaksik tromboz ve intraluminal kate-
terizasyon teknikleri bu tip lezyonların tedavisinde daha etkin me-
totlar olabilecektir.

ÖZET

İntakt intrakavernöz internal karotid arter anevrizmaları oldukça
seyrek görülür. Bir intakt intrakavernöz anevrizma vakasında klinik
semptomlar belirgin olmadıkça tanı koymak oldukça güçtür. Anev-
rizmayı çevreleyen dural yapı, kesenin yırtılmadan büyük hacimlara
ulaşmasına ve civar dokuları sıkıştırmasına neden olabilir.

Literatür araştırmasında gebeliğin serebral anevrizma yırtılma-
sı insidensine etkisi kesin olarak belirlenememesine rağmen spon-
tan karotidkavernöz fistül oluşumunda etkili rol oynadığı düşünül-
mektedir.

Tedavide değişik kavramlar mevcuttur. Bazı araştırmacılar ser-
vikal internal karotid arter ligasyonunun yeterli olacağını söylerken
bir kısmı da bunun yetersiz olduğunu, servikal ve intrakranial karotid
arter ligasyonunun birlikte yapılması gerektiğini savunmuşlardır.
Böyle vakalarda tedavi gerekmediğini ileri sürenler dahi vardır.

Bizim hastamızda uygulanan basit servikal internal karotid arter
ligasyonu başarılı sonuç vermiştir.

Şiddetli ve devamlı ağrısı olan, oküler bozukluklar ve subarak-
noid kanama gösteren hastalarda cerrahi tedavi mutlaka uygulan-
malıdır.

SUMMARY

The intact intracavernous internal carotid artery aneurysms are
rare. These types of malformations are less likely to be diagnosed
if they are clinically silent. The confining dural walls allow these

aneurysms to grow to a large size without rupture, and to compress adjacent tissues.

In the pathogenesis of spontaneous carotid-cavernous fistulae pregnancy thought as a precipitating factor, although collecting data from the literature, no conclusions can be drawn regarding the effect of pregnancy on the incidence of rupture of cerebral aneurysms.

There are several views for the treatment of disorder. Some authors reported that management of intracavernous aneurysms by means of a simple ligation of the cervical internal carotid artery, has been successful, but others believe that cervical ligation is not sufficient, and advocate that trapping of the aneurysms ligation of cervical and intracranial internal carotid artery is necessary. In the other hand, some investigators concluded that no treatment is indicated in these cases.

In our case, in which we performed ligation of simple cervical internal carotid artery, the result is successful.

It is apparent that surgical treatment should be considered for those patients in whom pain is severe and constant, as well as for those who have ocular disturbance and subarchnoid hemorrhage.

KAYNAKLAR

1. Adams, J.A. : case of aneurysm of the internal carotid artery in the cavernous sinus causing paralysis of the third, fourth, fifth, and sixth nerves. *Lancet*, 2 : 768, 1869.
2. Dandy, W.E. : *Intracranial Arterial Aneurysms*. Ithaca, N.Y., Comstock Publishing Co., Inc., 1944.
3. Dott, N.M. : *Intracranial aneurysms : Cerebral arterio- radiography : Surgical treatments*. *Edinburgh Med. J.*, 40 : 219, 1933.
4. Jefferson, G. : On the saccular aneurysms of the internal carotid in the cavernous sinus. *Brit. J. Surg.*, 26 : 267, 1938.

5. Jefferson, G. : Concerning injuries, aneurysms and tumours involving the cavernous sinus. Trans. Ophtal. Soc., 73 : 117 - 152, 1953.
6. Lombardi, G., Passerini A., and Migliavacca, F.: Intracavernous aneurysms of the internal carotid artery. Amer. J. Roentgen., 89 : 361 - 371, 1963.
7. Morley, T.P., and Barr, H.W.K. : Giant intracranial aneurysms, course and management. Clin. Neurosurg. 16 : 73 - 94, 1969.