

KAROTİD LİGASYONU İLE TEDAVİ EDİLEN İNTRAKAVERNÖZ DEV ANEVİRİZMA

INTRACAVERNOUS GIANT ANEURYSM OF THE CAROTID ARTERY TREATED WITH CAROTID LIGATION

Dr.Şükrü AYKOL, Dr.Toygun ORBAY, Dr. M. Kemali BAYKANER, Dr.Necdet ÇEVİKER,
Dr.Hızır ALP

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı
Gazi Tıp Dergisi 1 : 41 - 44, 1990

ÖZET: Bilateral görme kaybı olan 16 yaşındaki erkek hastada sol intrakavernöz dev sakküler anevrizma internal karotid arterin boyun bölgesinde ligasyonu ile tedavi edildi. Kontrol Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve anjiyografide anevrizmanın dolmadığı, intrakranial damarların ise iyi dolduğu gösterildi.

Anahtar Kelimeler: Dev Anevrizma, Kavernöz Sinüs, Karotid Ligasyon

SUMMARY: A 16 year-old man with giant saccular aneurysm of the intracavernous segment of the left carotid artery, who clinically revealed bilateral visual loss, was treated by ligation of the internal carotid artery in the neck. Computed tomography and angiography performed one month after this treatment demonstrated the occlusion of the aneurysm away from circulation and a good blood supply of the intracranial vascular bed.

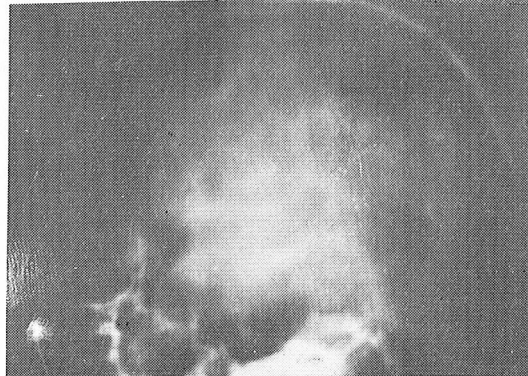
Key Words: Giant Aneurysm, Cavernous Sinus, Carotid Ligation

Intrakranial anevrizmaların % 1 i A.carotis interna'nın intrakavernöz bölümünden gelişir. Sıklıkla sakküler olup dev boyutlara ulaşabilirler ve tüm dev anevrizmaların % 10-12 sini oluştururlar (Pia, 1982). Buldukları yerin özelliği nedeniyle tedavisi diğer intrakranial anevrizmalara göre daha güçtür (Gelbert ve ark. 1980; Little ve ark. 1981).

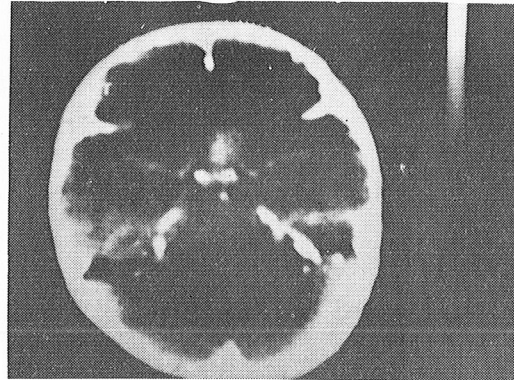
Boyunda A.carotis interna ligasyonu yaptığımız intrakavernöz dev sakküler anevrizma olgusunu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

16 yaşındaki erkek hasta, Ş.Ö, 12.10.1988 tarihinde gözlerinin görmemesi yakınması ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden 10.9.1986 tarihinde ani başağrısı ve kusması olduğu, bir ay sonra sağ gözünde ağrı ve görme bozukluğu geliştiği, bu yakınmalarla 10.10.1986' da başvurduğu bir nöroşirürji kliniğinde yapılan fizik incelenmesinde sağ gözde ekzoftalmi, pitoz, optik atrofi olduğu ve ancak 2 metreden parmak sayabildiği, sol gözde venöz dolgunluk olduğu öğrenildi. O zaman yapılan tetkiklerinden, direkt kafa grafilerinde KİBAS bulguları, sella harabiyeti, falks kalsifikasyonu (Resim 1), BT'de



Resim - 1 : Direkt kafa grafisi



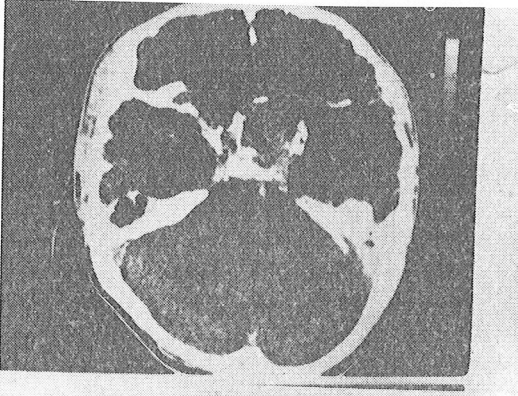
Resim - 2 : Pre - op BT

optik kiazma ve anterior kommunikan arter lokalizasyonunda, kenarları muntazam olmayan, kalsifiye kitle rapor edilmiştir (Resim 2). Bu bulgularla ameliyata alınan hastaya sağ fronto-temporal kraniotomi uygulandığı ve tanımlanan sahaya ulaşıldığında tümöral doku ile karşılaşılmadığı öğrenildi.

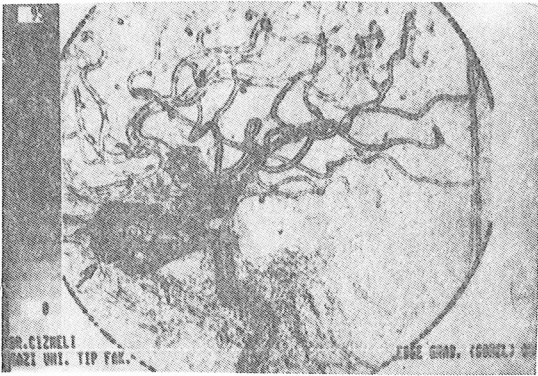
Hasta kliniğimize başvurduğunda sol gözünde de görmenin azaldığı, bol su içme ve idrara çıkmanın geliştiği öğrenildi.

Hastanın nörolojik incelemesinde sağda total amaroz, solda 1 metreden parmak sayma tesbit edildi. İdrar dansitesi 1002, prolaktin 26.92 ng/ml (N:0-15), progesteron 0.09 ng/ml (N:0.1-0.3), kortizol 1.54 mikrogram/dl (N:5-25) bulundu. Diğer hormon düzeyleri normal sınırlarda idi.

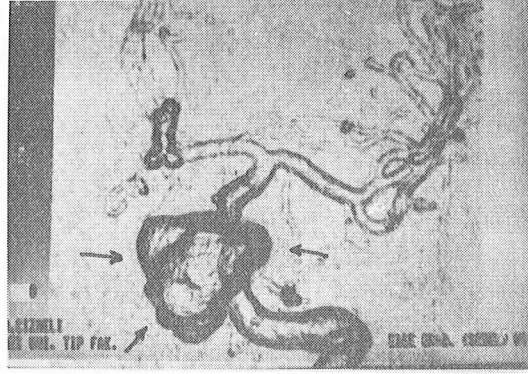
BT'de sağ fronto-temporal kraniotomi defekti, sellar ve parasellar bölgede multilobüle, kistik, kalsifikasyon gösteren, 2 x 4 cm boyutlarında kitle



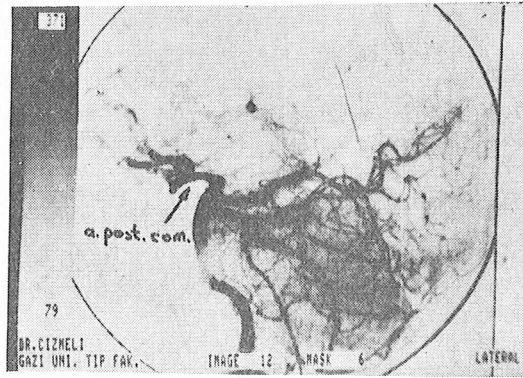
Resim - 3 : Ligasyon öncesi BT



Resim - 4 : Sol internal carotid selektif DSA

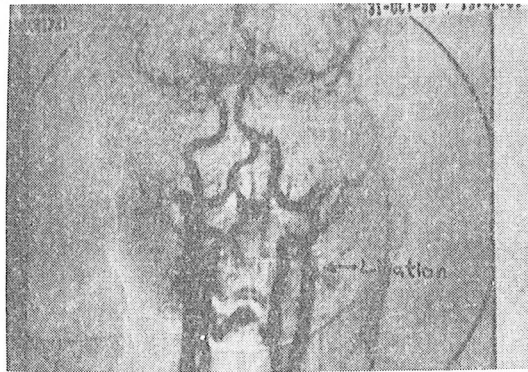


Resim - 5 : Sol internal carotid DSA



Resim - 6 : Vertebral DSA

görüldü (Resim 3). Digital Subtraction Angiography (DSA)'de sol A.carotis interna'nın intrakavernöz bölgesinde dev sakküler anevrizma olduğu tesbit edildi (Resim 4-5). Vertebral anjiogramda posterior kommunikan arter yoluyla her iki ön dolaşımın beslendiği görüldü (Resim 6).



Resim - 7 : Post - op DSA

27.10.1988 tarihinde opere edilen hastanın sol internal karotid arteri common carotid arter bifurkasyonundan sonra bağlandı. Tekrarlanan

DSA'de anevrizmanın vizüalize olmadığı, her iki ön dolaşımın dolduğu tesbit edildi (Resim 7).

Bir ay sonra yapılan kontrol muayenesinde görmenin 2 metreden parmak sayacak kadar arttığı, diabetes insipidus'un devam ettiği, operasyon öncesi hormon değerlerinin değişmediği görüldü. 18 ay sonraki kontrolünde görmelerinin 5 metre-ye çıktığı ve idrar dansitesinin 1010 olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Dev anevrizmalar otopsi serilerinde tüm intrakranyal anevrizmaların % 6 sı oranında görülmesine karşılık, klinik serilerde % 3-5 oranında bulunurlar (Morley ve Barr, 1969; Onuma ve Suzuki, 1979). Hemorajiye neden olmalarından çok kitleleri ile komşu dokulara bası yaparak belirti verirler (Borne ve ark. 1979). 5. sinirin oftalmik dalı ile 3., 4., 6. kranial sinirler genellikle önce tutulur. Optik sinir ve 5. sinirin mandibüler dalı tutulumu nadir görülür. Ekzoftalmi ve optik sinir tutulumu venöz dönüşün obstrüksiyonuna bağlı olabilir (Drake, 1979). Olgumuzda bilateral görme kaybı yanında diabetes insipidus görülmesi, anevrizma kitlesinin hipofiz üzerine basısı ile açıklanabilir.

Dev intrakranyal anevrizmaların BT özellikleri iyi bilinmektedir (O'neil ve ark. 1980; Whittle ve ark. 1982). Ancak menengioma, glioma, kordoma (Pinto ve ark. 1979) ve parasellar yerleşimli hipofiz tümörü (Lumenta ve ark. 1984) veya kraniofaringioma (Pinto ve ark. 1982) ile karıştırılabilir. Anjiyografi ile kesin ayırım yapılabilir. Olgumuzda BT bulgusuna göre kitle düşünülerek birinci ameliyatına alınmıştır. Yaptığımız DSA tetkiki sonucunda anevrizma tesbit edilerek ikinci operasyona tarafımızdan alınmıştır.

Dev intrakavernöz karotid arter anevrizmaları benign karakterlidir. Klinik bulguları kendiliğinden gerileme gösterebileceği gibi tromboze de olabilir. Whittle ve ark. (1982), Pia ve Zierski (1982)' ye göre parsiyel intramural tromboz % 60 olguda vardır. Trombozis anevrizmanın kanama riskini ve büyümesini tamamen engellemez. Benign ve hastanın hayatını tehdit etmeyen özelliği nedeniyle tedavide düşük morbidite ve mortalite gayesi güdülmelidir (Drake, 1979). Tedavinin amacı anevrizmanın hacmini

azaltmak, büyümesini ve kanamasını önlemektir. Temel olarak iki tedavi yöntemi vardır (Creissard, 1980).

1. Direkt tedavi (anevrizmaya yönelik),
2. İndirekt tedavi (arterin anevrizma bölümünü dolaşım dışı bırakmaktır).

Sakküler anevrizmalarda bu yöntemlerden herhangi biri kullanılabilir. Anevrizmanın direkt operasyon riski yüksektir (Johnston, 1979). Balonla embolizasyon yöntemi de kullanılan diğer bir direkt tedavi şeklidir. Fakat bu yöntemin de anevrizmadan trombüs kopması, direkt arter zedelenmesi yapması ve arterin tıkanması gibi komplikasyonları olabilir (Debrun ve ark. 1978).

İndirekt metod arteri anevrizmanın proksimalinden boyunda bağlamak ondan sonra da intrakranyal olarak anterior klinoidler seviyesinde klipe etmektir (Van Dallen, 1980). Aynı neticeler intraluminal embolizasyon yöntemi ile de elde edilmektedir (Mullan ve ark. 1980). Bu yöntem daha az travmatik ve noninvazivdir. Spaziente ve ark. (1986), bu yöntemle Gianturco coils kullanarak intrakavernöz dev fuziform anevrizmayı tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. İndirekt arteriel ligasyon metodunda iskemi önlemek için önceden ekstra-intrakranyal by-pass yapılması önerilmektedir (Jong ve ark. 1989).

Olgumuzda tedavi yöntemi olarak indirekt yol seçilmiş ve internal karotid arter boyunda bağlanmıştır. By-pass yapılmadan bu yöntemin seçilmesine, yapılan verebral anjiyogramda posterior komminikan arterler yolu ile ön dolaşımın iyi bir şekilde sağlanması ve Matas testi'nin negatif bulunması yardımcı olmuştur. Olgumuzda operasyon sonucu iskemi komplikasyonu gelişmemiş ve yapılan kontrol anjiyogramda anevrizmanın dolmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak özel yerleşimli kitlelerin ayırıcı tanısında BT'nin yanında anjiyografinin önemi, klipe edilme imkanı olmayan dev intrakavernöz anevrizmaların anjiyografilerinin iyi değerlendirilmesi ile non-invaziv bir metod olan internal karotid arterin boyundan ligasyonu ile yeterli bir tedavi sağlanabileceği vurgulanmak istenmiştir.

Yazışma Adresi: Dr.Şükri AYKOL
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı
06520 Beşevler - ANKARA
Tel: 2220741

KAYNAKLAR

- 1- Bome G, Amoud G, Bedon PJ : Les anevrismes geants de la carotid interna, intracranienne, infra clinoidenne. Neurochirurgie (Paris) 25:101-107, 1979
- 2- Creissard P : Les anevrismes geants. Table ronde. Neurochirurgie (Paris) 26:309-331, 1980
- 3- Debrun G, Lacour JP, Caron JP : Detachable balloon and calibrated leak balloon techniques in the treatment of cerebral vascular lesions. J.Neurosurg 49:635-649, 1978
- 4- Drake CG: Giant intracranial aneurysms. Experience with surgical treatment in 174 patients. Clin Neurosurg 26: 12-95, 1979
- 5- Gelber BR, Sundt TM : Treatment of intracavernous and giant aneurysms by combined internal carotid ligation and extra-intracranial by pass. J.Neurosurg 52:1-10, 1980
- 6- Johnston, I : Direct surgical treatment of bilateral intracavernous internal carotid artery aneurysm. J Neurosurg 51:98-102, 1979
- 7- Jong THIR, Tulleken CAF, Ramos L : Place of the extra-intra cranial bypass in aneurysm surgery. Clin Neurol Neurosurg 91-3:221-228, 1989
- 8- Little JR, Louis PS, Weinstein M, Dohn DF : Giant fusiform aneurysm of the cerebral arteries. Stroke 12:183-188, 1981
- 9- Lumenta CB, Lins E, Bock WJ : Bilateral giant aneurysms of the internal carotid artery suspected as pituitary tumour. Neurochirurgia 27:117-119, 1984
- 10- Morley TP, Barr HWK : Giant intracranial aneurysms. Diagnosis, course and management. Clin Neurosurg 16:73-94, 1969
- 11- Mullan S, Duda EE, Patronas NJ : Some examples of balloon technology in neurosurgery. J Neurosurg 52:321-329, 1980
- 12- O'neil M, Hope T, Thomson G : Giant intracranial aneurysms: Diagnosis with special reference to computerized tomography. Clin Radiol 31: 27-39, 1980
- 13- Onuma T, Suzuki J : Surgical treatment of the giant intracranial aneurysms. J Neurosurg 51:33-36, 1979
- 14- Pia HW, Zierski J : Giant cerebral aneurysms. Neurosurg Rev 5:117-148, 1982
- 15- Pinto RS, Krichel II, Butler AR, Murali R : Correlation of computed tomographic, angiographic and neuropathologic changes in giant aneurysms. Radiology 132:85-92, 1979
- 16- Pinto RS, Cohen WA, Krichel II : Giant intracranial aneurysms. Rapid sequential computed tomography. AJR 139:973-977, 1982
- 17- Spaziente R, DeChiara A, Laccarino V : Intracavernous giant fusiform aneurysm of the carotid artery treated with Gianturco coils. Neurochirurgia 29:34-41, 1986
- 18- Van Dallen JR : Intracavernous traumatic aneurysms. Surg Neurol 13:203-207, 1980
- 19- Whittle IR : Williams G, Halmagyi M, Besser M : Spontaneous thrombosis of a giant intracranial aneurysm and ipsilateral internal carotid artery. J.Neurosurg 56:287-289, 1982