



Travmatik İnternal Karotid Arter Psödoanevrizması: Olgu Sunumu

Habib T.E. KARAKOÇ¹, Nevhis AKINTÜRK¹, Celal ÇINAR², Erkin ÖZGİRAY¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

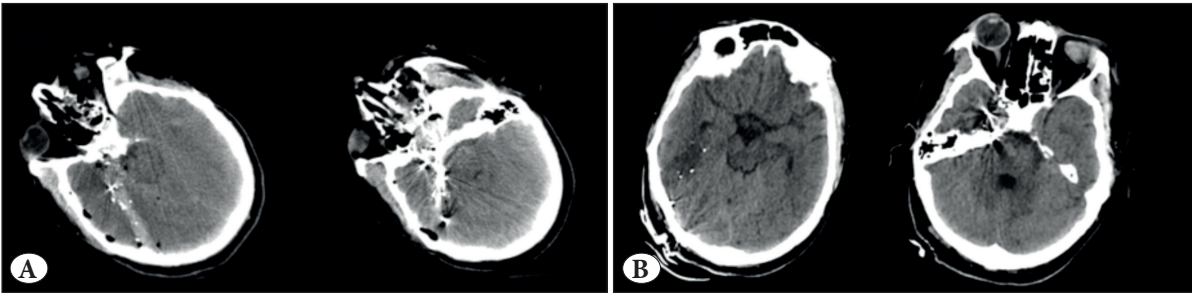
²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: İnternal Karotid Arter'in (İKA) travmatik psödo-anevrizmaları ender görülen patolojilerdir ve tüm intrakranial anevrizmaların yaklaşık %0.5'ini oluşturmaktadır. Travmatik İnternal Karotid Arter Psödo-anevrizmaları (TİKAP), genellikle travmaya bağlı kafatabanı kırıklarında İKA'nın kavernöz segmentinde görülür.

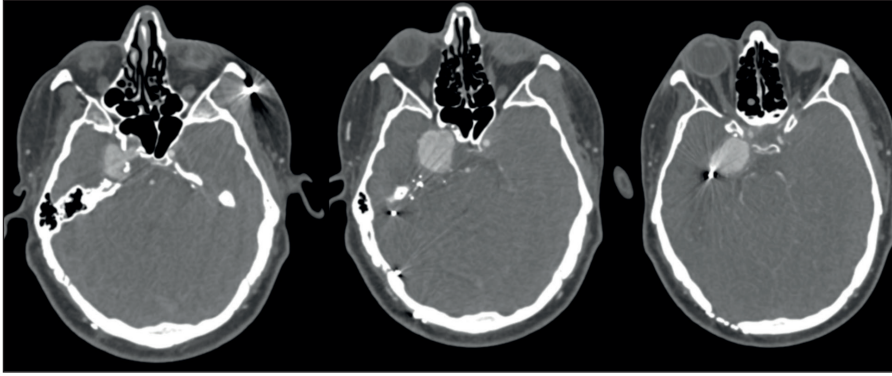
Olgu: 27 yaşında erkek olgu, ateşli silah yaralanması nedeniyle dış merkezde acil koşullarda kraniotomi ile intraserebral hematomu boşaltılmış (Şekil 1). Sürekli devam eden baş ağrısı şikayeti nedeniyle çekilen beyin tomografi (BT) ve BT anjiyografisinde kanamamış sağ kavernöz segment anevrizması tespit edildi (Şekil 2). Nöro-vasküler konseyde tartışılarak endovasküler yolla detachable balon implantasyonu ve koil embolizasyonu uygulandı. Parent arter embolizasyonu ile tedavi edildi (Şekil 3, 4).

Tartışma: Psödoanevrizma oluşumundaki başlıca mekanizmalar vasküler yapıların travmaya sekonder olarak doğrudan yaralanması veya çevre dokular tarafından gerilmesidir. Yakın geçmişe kadar psödoanevrizmalar için en sık uygulanan tedavi yöntemleri cerrahi olarak; direkt kliplleme, kas vb. dokularla psödoanevrizmanın çevresinin sarılması, psödoanevrizmanın tuzaklanması, karotid arter ligasyonu gibi cerrahi yöntemler veya medikal tedavilerdir. Ancak kavernöz sinüse cerrahi yaklaşım yüksek morbiditeye yol açabilmektedir. Kavernöz segment gibi cerrahi yaklaşımın zor olduğu anatomik bölgelerin tedavisinde morbiditesi daha düşük olan endovasküler girişimlerin önemi son yıllarda artmaktadır.

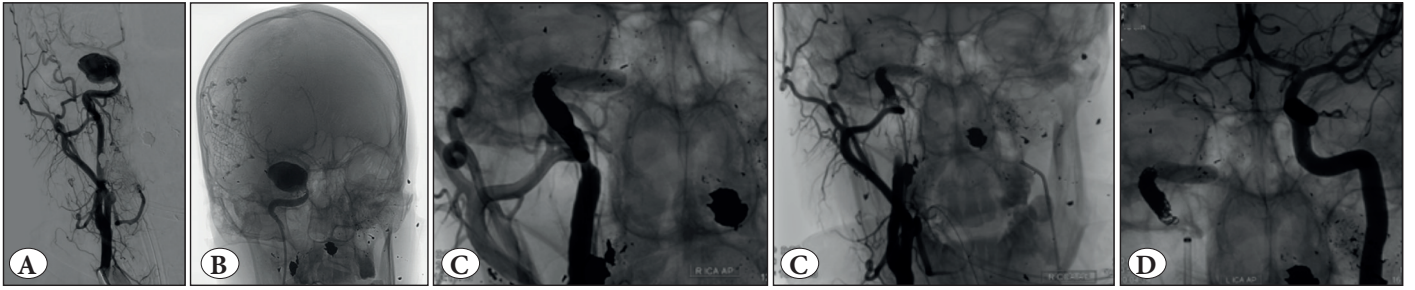
Sonuç: Penetran kafa travması geçiren hastalarda intrakranial psödoanevrizma gelişebilmekte ve tedavi edilmediği durumlarda mortaliteye neden olabilir. Bu sebeple penetran kafa travması olan hastalara yakın takip önerilebilir, baş ağrısı veya görme kaybı gibi semptomlar mevcut ise psödo-anevrizma ayırıcı tanısı için anjiyografik görüntülemeler yapılmalıdır. Parent arter oklüzyonunun güvenli olduğu olgularda endovasküler seçenekler de göz önünde tutulmalıdır.



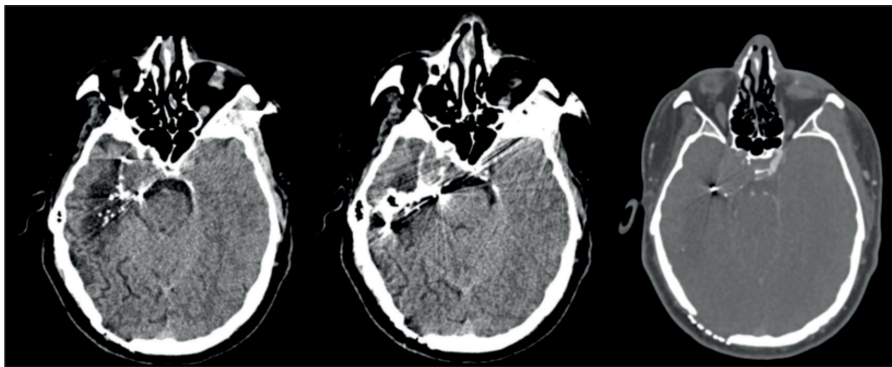
Şekil 1: A) Ateşli silah yaralanması sonrası çekilen BT'de saçma parçalarının ilerleyişi, trase boyunca gelişen hematoma ve pnömosefali görülmektedir. B) Postoperatif dönemde çekilen kontrol BT'de hematomun boşaltıldığı görülmektedir.



Şekil 2: Baş ağrısı nedeniyle çekilen BT anjiyografide farklı kesitlerde sol ICA kavernöz segmentinde post-op dönemde sonradan gelişen psödoanevrizmayla uyumlu görünüm izlenmektedir.



Şekil 3: A) DSA işlem öncesi sağ internal karotid arter kavernöz segment lokalizasyonunda yaklaşık 30-35 mm boyutlarında travmatik sakküler pseudoanevrizmayla uyumlu görünüm. B) Sağ ICA AP görüntülerde detachable balon implantasyonu ve coil embolizasyon sonrası parent arter oklüzyonu sonrası anevrizmanın dolmadığı saptanmıştır. C) Sağ ICA CCA AP görüntülerde yine parent arterin total embolize edildiği görülmektedir. D) Sol ICA AP görüntülerde sağ ICA parent arter oklüzyonuna rağmen akımın devam ettiği görülmektedir.



Şekil 4: Embolizasyon sonrası 3. ay kontrol BT ve BT anjiyografisinde sağ ICA kavernöz segment anevrizmasının total oklüde olduğu izlenmektedir.