



OLGU SUNUMU

OPERASYONLARIN KORKULAN ANOMALİSİ: ABERRAN YERLEŞİMLİ İNTERNAL KAROTİD ARTER

Dr. Ercan KAYA, Dr. Onur KIRAT, Dr. Mehmet Özgür PINARBAŞLI, Dr. Melek Kezban GÜRBÜZ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fak, KBB, Eskişehir, Türkiye

ÖZET

Aberran yerleşimli internal karotid arter (ICA), orofarinks posteriorunda görülen kitlelerin nadir bir sebebidir. Orofarinkse yönelik cerrahi girişimlerde, orotrakeal entübasyon sırasında ve boyun travmalarında ciddi arter yaralanmalarına neden olabilmektedir. Birinci olgumuz olan 76 yaşındaki kadın hasta işitme kaybı şikâyetiyle tarafımıza başvurdu. Orofarinks muayenesinde pulsasyon veren kitleyle karşılaşıldı. Kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografisinde (BT)'de sol ICA'in orofarinkse yakın seyrettiği görüldü. İkinci olgumuz olan 61 yaşındaki erkek hasta boğazda takılma şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Orofarinks muayenesinde ve boyun BT'de bilateral yerleşimli aberran ICA ile karşılaşıldı. Hastalara gerekli uyarılarda bulunularak takibe alındı. Orofarinks muayenelerinde pulsasyon veren kitleyle karşılaşıldığında aberran yerleşimli ICA her zaman akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: İnternal Karotid Arter, Anomali, Aberran

A FEARED ANOMALY FOR SURGERY: ABERRANT CAROTID ARTERY

SUMMARY

Aberrant internal carotid artery is a very rare cause of posterior oropharyngeal masses. It may cause serious vascular injury during surgical interventions, orotracheal intubation and cervical trauma. First case; 76-years-old female patient was admitted to our clinic with the complaint of hearing loss. A pulsatile mass was revealed at oropharyngeal examination. Contrast-enhanced computed tomography of the neck showed that left aberrant ICA was underneath the oropharynx. Second case; 61-years-old male patient was admitted to our clinic with the complaint of dysphagia. Oropharyngeal examination and neck CT revealed bilateral internal carotid artery aberration. Patients were informed about their situation and follow up was recommended. When a pulsatile oropharyngeal mass is realized at examination, aberrant internal carotid artery should be kept in mind.

Keywords: Internal Carotid Artery, Anomaly, Aberrant

GİRİŞ

Orofarinks posterior duvarında görülen kitlelerin birçok sebebi vardır. Bunlar: malignitelere bağlı kitleler, hematoma, apse, ödem veya travmaya bağlı amfizem olabilmektedir¹. Ancak bunların içinde nadir bir sebep de aberran yerleşimli internal karotid arter (İCA)'dir. İCA, kafa tabanından çıktıktan sonra normalde düz ve dal vermeden seyrederek. Ancak yüzde 10 ile 40 vakada kıvrımlı ve orofarinks komşuluğunda seyredebilir². Bu tür hastalarda orofarinkse yönelik cerrahi girişimlerde (tonsillektomi, adenoidektomi, kitle eksizyonu, apse drenajı vs.), orotrakeal entübasyon sırasında ve boyun travmalarında ciddi arter yaralanmaları meydana gelebilmektedir. Dikkatli bir KBB muayenesi ve uygun bilgilendirme morbidite ve mortalitenin önlenmesinde büyük önem taşımaktadır.

İletişim kurulacak yazar: Dr. Ercan Kaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fak, KBB, Eskişehir, Türkiye, E-mail: ercankayakbb@gmail.com

Gönderilme tarihi: 08 Aralık 2014, revizyonun gönderildiği tarih: 19 Ocak 2015, yayın için kabul edilme tarihi: 24 Ocak 2015

Makalemizde her hangi bir şikayeti olmayan ve kontrol amaçlı polikliniğimize başvuran 76 yaş kadın hasta ile yutkunurken takılma hissi şikayetiyle polikliniğimize başvuran 61 yaş erkek hasta mevcut olan karotid arter anomalilerini sunulmuştur.

OLGU SUNUSU

Olgu 1:

Yetmiş altı yaşındaki kadın hastamız polikliniğimize işitme kaybı sebebiyle kontrol amaçlı başvurdu. Hastanın yapılan KBB muayenesinde orofarinks posteriorunda sağ tarafta pulsasyon veren, üzeri normal mukozayla kaplı ve her pulsasyonda uvulayı iten kitleyle karşılaşıldı (Resim 1). Hastadan kontrastlı boyun tomografisi (BT) istendi. Hastanın boyun BT'sinde muayene bulgularıyla uyumlu olarak sağ internal ve eksternal karotid arterin orofarinkse yakın lokalizasyonda seyrettiği ve solda da eksternal karotid arterin (ECA) orofarinkse yakın lokalizasyonda olduğu görüldü (Resim 2). Bu bulgularla hastaya mevcut olan damarsal anomalisi hakkında ve cerrahi girişimler veya travma sırasında

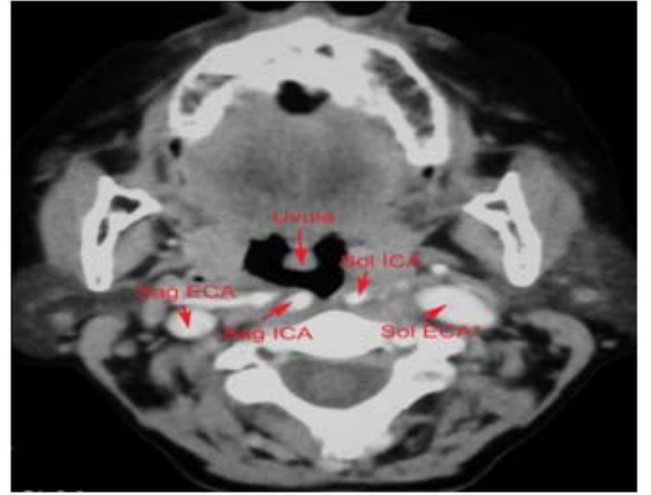


gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi verilerek takibimize alındı.

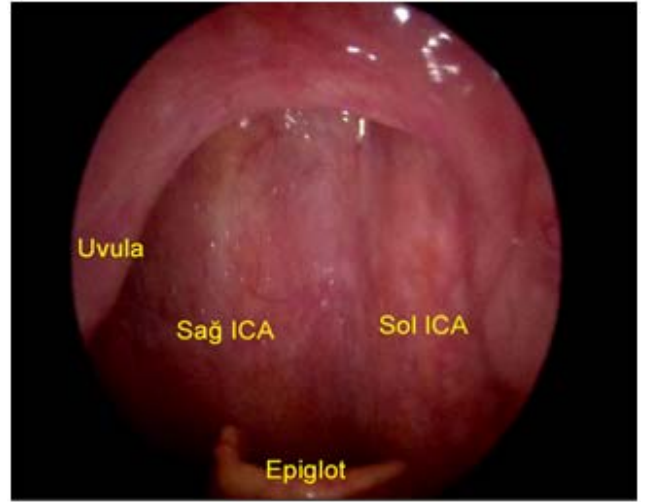
Olgu 2:

Altmış bir yaşındaki erkek hasta; polikliniğimize boğazda takılma, boğazında kitle hissi şikâyeti ile başvurdu. 30 yıldır benzer yakınmaları olan hastaya 27 yıl önce bu nedenle tonsillektomi yapıldığı, ameliyat sonrası semptomlarının düzelmediği ve hastanın takılma hissini son 3-4 yıldır sürekli hal aldığı öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde orofarinks posteriorunda bilateral yerleşimli üzeri normal mukozayla kaplı, pulsasyon veren kitle dikkati çekti (Resim 3).

Bu bulgularla orofarinkste görülebilecek kitlelerin ayırıcı tanısı için hastadan kontrastlı boyun BT, boyun ultrasonografisi (USG) ve özefagus pasaj grafisi (ÖMD) istendi. Hastanın boyun BT'sinde her iki tarafta ICA'nın orofarinks ve nazofarinks düzeyinde medializasyon göstermekte olduğu ve bu alanda hava kolonunu daralttığı görüldü (Resim 4). ÖMD'de arkus aortadaki genişlemeye sekonder özefagus basısı dikkati çekmiş ancak orofarinks düzeyinde kitle veya lezyona yönelik herhangi bir bulguya saptanmamıştı. Boyun USG'sinde de herhangi bir kitle veya lezyona rastlanmadı. Bu bulgularla hasta, mevcut olan vasküler varyasyon ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilerek takibimize alındı.



Resim 2: Sağ ICA'nın orofarinks komşuluğunda izlendiği 1. olgunun Kontrastlı Boyun Tomografisi



Resim 3: Orofarinksin rijid endoskopik görüntüsü; bilateral pulsasyon veren aberran internal karotid arter.



Resim 1: Orofarinksin rijid endoskopik görüntüsü; orofarinks posteriorunda pulsasyon veren sağ İCA.



Resim 4: Bilateral aberran İCA'nın izlendiği 2. olgunun kontrastlı Boyun Tomografisi

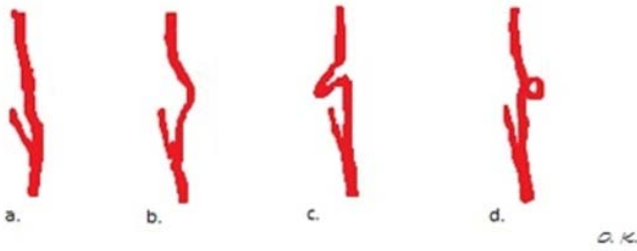


TARTIŞMA

İCA bifurkasyon bölgesinden ayrıldıktan sonra servikal, petröz, kavernoöz ve serebral olmak üzere 4 parçaya ayrılır. Servikal parçası kafa tabanında temporal kemik içerisine kadar hiç dal vermeden parafaringeal alanda seyredir³. İnternal karotid arterin orofarinks komşuluğunda submukozal alanda seyretmesine aberran karotid arter denir.

ICA, aberrasyonun olduğu segmente göre değişik semptomlar verebilmektedir. Orofarinks komşuluğundaki bir aberrasyon ikinci olgumuzda olduğu gibi yutma ve konuşma güçlüğü, boğazında yabancı cisim varmış hissi, inatçı öksürük, boğaz ağrısı, boğazda tahriş gibi semptomlar verebilir⁴. Orta kulağa yakın seyreden bir aberrasyon kulakta çınlama, işitme kaybı, pulsatil tinnitus gibi semptomlara neden olabilir⁵. İlk olgumuzda olduğu gibi asemptomatik de seyredebilmektedir.

Aberran ICA 4 değişik şekilde görülebilmektedir. Bunlar Resim 5'de olduğu gibi düz ancak orofarinks medialinde, kavisli (curved), kıvrımlı (kinking), halka (coiling) şeklinde olabilmektedir^{2,6}. En sık (%65-70 oranında) ilk olgumuzda olduğu gibi düz ancak orofarinks medialinde yerleşimli göstermektedir². Bu bölgede görülen aberran ICA olguları ikinci olguda olduğu gibi %31'i bilateral, %67'si sağ taraf baskın tek taraflı olmaktadır^{7,8}. Bizim de bir olgumuzda bilateral, diğer olgumuzda da sağ taraftaydı ancak sol tarafta da normalden daha medialdeydi.



Resim 5: Aberran İCA'nin farklı varyantları (a:düz, b:kavisli, c:kıvrımlı, d:halka)

Aberran yerleşimli ICA anomalileri cerrah tarafından farkedilmezse; tonsillektomi, adenoidektomi, biyopsi alınması ve peritonsiller apse drenajı gibi girişimlerde ölümcül kanamalara yol açabilmektedir. Ayrıca orotrakeal entübasyon sırasında bile arteriyel yaralanmalara yol açabilmektedir⁹. Literatürde tonsillektomi sonrasında kan kaybından ölen veya ciddi arter kanaması geçiren hastalar bildirilmiştir¹⁰.

Orofarinkste yapılacak her türlü cerrahi girişimde ve orotrakeal entübasyonda karotisin aberran seyirli olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Orofarinkste pulsasyon veren kitleyle karşılaşıldığında dijital subtraksiyon anjiyografi (DSA), BT / MR anjiyografi veya daha az invaziv bir girişim olan kontrastlı boyun BT istenmeli ve hasta uygun şekilde bilgilendirilerek hayatı tehdit edebilecek vasküler komplikasyonların önlenilmesine çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yilmazer R, Yilmazer AB, Orhan KS, Damar M, Deger K. A rare cause of oropharyngeal mass: bilateral aberrant internal carotid artery. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg. 2013; 23:348-350.
2. Paulsen F, Tillmann B, Christofides C, Richter W, Koebke J. Curving and looping of the internal carotid artery in relation to the pharynx: frequency, embryology and clinical implications. J Anat. 2000; 197:373-381.
3. Gray H, Anatomy of the Human Body, Re-edited by Warren H. 20th Edition Philadelphia: Lea & Febiger, 1918 New York: Bartleby.Com, 2000
4. Hosokawa S, Mineta H. Tortuous internal carotid artery presenting as a pharyngeal mass. J Laryngol Otol. 2010; 124(9):1033-6.
5. Botma M, Kell RA, Bhattacharya J, Crowther JA. Aberrant internal carotid artery in the middle-ear space. J Laryngol Otol. 2000; 114:784-787.
6. Küçük H, Guvalov R, Koyuncu M, Özsoy Z. A Case of Aberrant Internal Carotid Artery in Hypopharynx Causing Persistent Cough. KBB ve BBC Derg. 2013; 21 122-124.
7. Vega J, Gervas C, Vega-Hazas G, Barrera C, Biurrun C. Internal carotid artery transposition: another cause of widening of the retropharyngeal space. Eur Radiol. 1999; 9(2):347-8.
8. Güneri EA. Aberrant carotid artery. <http://youtu.be/n6D1KYF5v1o> (Erişim tarihi: 08.01.2015)
9. Beriat GK, Ezerarslan H, Kocaturk S, Mihmanoglu AF, Kuralay E. Pulsatile oropharyngeal and neck mass caused by bilateral tortuous internal carotid artery: a case report. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg. 2010; 20(5):260-3
10. Wasserman JM, Sclafani SJ, Goldstein NA. Intraoperative evaluation of a pulsatile oropharyngeal mass during adenotonsillectomy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006; 70(2):371-5