

DİSSEKAN VERTEBRAL ARTER ANEVİZMASI

GÜNER, M., İZGİ, N., ÖSÜN, A.

ÖZET: Vertebral arterin dissekan anevrizmaları nadir görülür. Kliniğimizde subaraknoid kanama (SAK) şikayeti ile başvuran 54 yaşındaki bir erkek hastada bu nadir antiteyi saptadık. Unilateral subokspital kraniyektomi ile ameliyat edilen hastada posterior inferior serebellar arter (PISA) korunarak vertebral arterin anevrizmatik bölgesi proksimal ve distalden kapatıldı. Bu tür olguların tipik anjiyografik görünümü üzerinde durularak literatür gözden geçirildi ve tedavi yöntemleri tartışıldı.

ABSTRACT: Metin GÜNER, Nail İZGİ, Arif ÖZÜN, Department of Neurosurgery, Faculty of Medicine, Dokuz Eylül University, İzmir. Dissecting vertebral artery aneurysm.

Dissecting aneurysms of the vertebral artery are quite rare. We diagnosed this pathology in a 54 year old man who was admitted to Dokuz Eylül University Medical School, Department of Neurosurgery with subarachnoid hemorrhage. Suboccipital craniectomy was performed and trapping of the aneurysmatic portion of the vertebral artery was done while posterior inferior cerebellar artery protected. The angiographic features of this anomaly and the pertinent literature are reviewed and the therapy is discussed.

Anahtar Sözcükler: Vertebral Arter, Dissekan Anevizma, Posterior Fossa.
Key Words : Vertebral Artery, Dissecting Aneurysm, Posterior Fossa.

GİRİŞ: İntrakraniyal arterlerin dissekan anevrizmaları oldukça nadirdir. Vertebral arterde görülmesi ise daha da nadirdir (1,4,6). 1924'de Scholefield'in ilk olguyu yayınlamasından sonra 1984 yılına kadar vertebrobaziler kompleksin 50 dissekan anevrizması bildirilmiş, ancak bunlardan yalnızca 19 tanesinin fuziform olduğu belirtilmiştir (4).

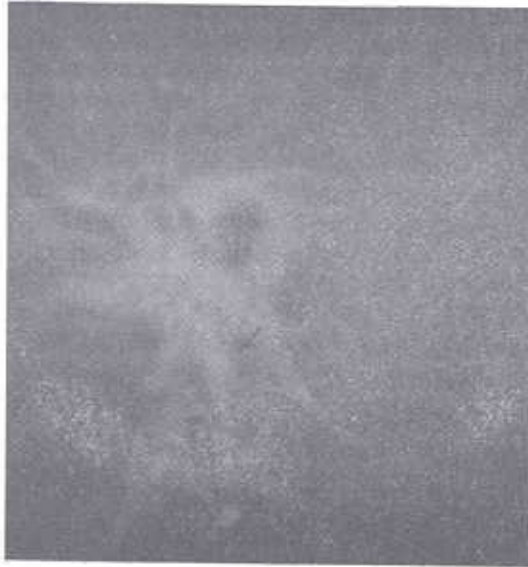
OLGU SUNUMU: Ani başağrısı ve 24 saat kadar süren bilinç yitimi nedeniyle gittiği hastanede SAK tanısı alan ve kanamanın altıncı günü DEÜTF Nöroşirürji kliniğine sevk edilen 54 yaşındaki erkek hastanın yapılan muayenesinde T.A: 140/80 mmHg, nabız 72/dk, dahili sistemleri

prof.Dr.Metin GÜNER, Yard.Doç.Dr.Nail İZGİ, Dr.Arif ÖSÜN, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı.

normal bulundu. Nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere, zaman ve yer orientasyonunda bozukluk, sağ soldan büyük anizokori, normal ışık refleksi, ileri derecede ense sertliği, sağ santral fasiyal parezi, sağda papilla ödemi ve dizartrik konuşma saptandı.

Çekilen Bilgisayarlı Tomografide (BT) lateral ventriküllerin oksipital boynuzlarında kanama dansitesi, ventriküllerde hafif hidrosefali, sol Sylvian fissürde dansite artışı gözlemlendi. Lomber ponksiyon (LP) da hemorajik beyin omurilik sıvısı (BOS) saptanan hastaya bilateral karotis anjiyografisi çekildi ve normal bulundu.

Kanamanın 11. günü hastada minimal sağ hemiparezi gelişti ve aynı gün çekilen sol aksiller anjiyografide sol vertebral arterde fuziform şekilli dissekan anevrizma bulundu (Resim 1). Anjiyografi sonrası hastada ani başağrısı ile beraber şuurda bozulma gözlenmesi üzerine LP yapıldı. Hafif ksantokromi dışında BOS'un normal olması üzerine ertesi gün LP tekrarlandı. BOS'ta değişme saptanmadı ve tablonun yeniden kanamaya bağlı olmayıp muhtemelen vazospazm nedeniyle geliştiği düşünüldü.



Resim 1: Sol aksiller anjiyografide sol vertebral arterde fuziform şekilli anevrizma. Kısa ok: String sign, Uzun ok: Pearl sign.

Kanamanın 14. günü hasta operasyona alındı. Sol unilateral subokspital kraniektomi ile posterior fossaya ulaşıldı. Foramen magnumun sol arka kenarının oksipital kondile kadar alınmasıyla bu bölgenin yeterli görünümü sağlanabildi. Sol PİSA'nın sol vertebral arter-

den ekstrakraniyal ayrıldığı gözlemlendi. Sol serebello medüller sisterna bölgesinde araknoid kalınlaşmış ve ksantokromikti. Sol PISA korunacak şekilde fuziform anevrizmanın proksimal ve distaline birer adet Yaşargil klipi yerleştirildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi ve yedinci gün çekilen kontrol sol aksiller anjiyografisinde anevrizmanın tamamen kapalı olduğu saptandı. Ancak sol PISA'nın da dolmadığı gözlemlendi. Postoperatif 18. gün tekrar edilen sol aksiller anjiyografide de sol PISA'nın dolmaması üzerine retrograd tromboz olarak değerlendirildi (Resim 2).



Resim 2: Postoperatif kontrol sol aksiller anjiyografisi. Anevrizmanın tamamen kapalı olduğu, PISA'nın dolmadığı gözlenmektedir.

Son nörolojik muayenesinde anizokorinin devam ettiği, sağda santral tipte minimal fasiyal parezisinin olduğu, diğer nörolojik muayenesinin normal olduğu gözlemlendi ve hasta postoperatif 20. gün taburcu edildi.

Taburcu olduktan bir ay sonra hasta dezoriente, meningeal irritasyon bulguları, sağ soldan büyük anizokori, solda minimal hemiparezi, bilateral sakral bölgede dekübitüs yaraları, yüzünde yaygın enfekte Herpes Simplex lezyonları, sol alt ekstremitede tromboflebit ve solda akciğer seslerinde kabarıklar olduğu halde tekrar müracaat etti. Hikayesinde taburcu olduktan iki gün sonra ameliyat yerinde sıvı toplanması olduğu, gittiği loka hastanede bu bölgeye ponksiyon yapıldığı, bilhare ateşinin yükselerek genel durumunun ve şuurunun bozulduğu, ağız kenarındaki yaraların yayıldığı öğrenildi. Tedaviye cevap vermediği için tekrar kliniğimize sevk edilen hasta, antibiyotera-

piye başlanması. bir kaç gün sonra akciğer grafisi çekimi için götürüldüğü Radyoloji kliniğinde çekim masasına transfer edilirken şuur açık olduğu halde ani kardiyak arrest ile eksitus oldu. Ölüm nedeninin tromboflebite bağlı emboli olduğu düşünüldü.

TARTIŞMA: Intrakraniyal arterlerin dissekan anevrizmaları nadir görülen, akut serebral veya beyin sapı infarktına neden olan vasküler anomalilerdir ve bu anomalinin yarattığı klinik tablo genellikle serebral trombozu taklit ettiğinden yanlış tanı alırlar (1). Bu yüzden gerçek insidansı saptamak zordur. Yapılan bir literatür taramasında 1924-1983 yılları arasında 16 (1), 1924-1984 yılları arasında yapılan bir başka incelemede toplam 50 tane (4) dissekan vertebral arter anevrizması saptanmıştır.

Vertebra baziler dissekan anevrizmalarda en sık semptom başağrısıdır. Ağrı, oksipital ve posterior servikal bölgelerde olur (1). Ayrıca bilinç bulanıklığı, parezi, bulantı, kusma, vertigo, çift görme, Wallenberg sendromu, Horner sendromu, respiratuar bozukluk ve SAK olabilir (4). Olgumuzda SAK, anizokori, sağ santral fasiyal parezi, papilla ödemi ve dizartrik konuşma septandı.

Etyolojisi kesin olmamakla beraber konjenital media tabaka defektleri, sfilitik arterit, allerjik arterit, poliarteritis nodosa ve arteriosklerozis ileri sürülen nedenlerdir (4).

Anjiyografi ile kesin tanı koyulabilir. Aynı taraf vertebral anjiyografide daralmış, irregüler ve sıklıkla stenotik bir lümen (string sign) ile poststenotik genişleme (pearly sign) tipik bulgulardır. Çift lümen görüntüsü nadir görülmesine karşılık intrakraniyal disseksiyon için patognomoniktir (1,4,5). Bizim olgumuzda string ile pearl sign belirgin olarak gözlenmesine karşın çift lümen görüntüsü şüpheli olarak değerlendirildi (Resim 1).

Histopatolojik olarak ekstrakraniyal dissekan anevrizmalarda disseksiyon media-adventisya tabakaları arasında olmasına karşılık intrakraniyal olgularda daha çok internal elastik lamina ile media arasında olmaktadır. Nadiren subadventisyal olur ve SAK gelişir (1,8). Olgumuzda otopsi izni alınamadığı için disseksiyonun histopatolojik incelemesi yapılamadı, ancak SAK nedeni olduğu için subadventisyal bir disseksiyon olabileceği düşünülmektedir.

Vertebral arter dissekan anevrizmalarının tedavisi cerrahidir. Kliple rekonstrüksiyon (5), ligasyon ve trapping (1,2,3,4,7,9) uygulanan tekniklerdir. Literatürde Sugita ve arkadaşları iki olguda vertebral arterin fusiform anevrizmalarını özel açılı, fenestre kliple ile

rekonstrüktif olarak tedavi ettiklerini bildirmişlerdir (5). Teknik ne olursa olsun cerrahide PISA'nın korunması ortak görüştür (1,2,4,5,7). Eğer PISA'nın proksimalinden ligasyon yapılırsa, kontralateral vertebral arterden gelen kan akımı, anevrizmada perfüzyonun devamını sağlayabilir. Bu yüzden yetersiz tromboz nedeniyle emboli, iskemi ve tekrar kanama riski çok yükselir (7). Ayrıca kontralateral vertebral arterin hipoplazik olduğu durumlarda proksimal ligasyondan kaçınılması gerektiği bildirilmektedir (4). Olgumuzda cerrahide anevrizmanın hem proksimaline, hem distaline PISA korunacak şekilde kliplleme tekniği uygulanmıştır. Foramen magnumun posterolateral kenarının alınmasının bu bölgenin yeterli görünmesinde büyük yararı olmuştur. Literatürde gözlemediğimiz kadarıyla cerrahi tekniğin bu bölümünden bahsedilmemektedir. Ameliyat esnasında PISA'da kan akımının devam ettiği gözlenmesine karşın kontrol anjiyografilerde sol PISA'nın dolmadığı saptandı. Bu, retrograd tromboz olarak değerlendirildi. PISA'nın kapalı olmasına rağmen Wallenberg sendromu gelişmedi. Bu bölge cerrahisinde ligasyon yapılırken anterior spinal arterin de korunmasının en az PISA'nın korunması kadar önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Sonuç olarak vertebral arter anevrizmalarının anjiyografik görünümüne dikkat edilerek sakküler ve fuziform anevrizma ayırımının yapılması gerektiğini; fuziform anevrizmaların mümkünse fenestre kliplerle rekonstrüktif kapatılması, aksi takdirde hem proksimalden, hem distalden PISA ve anterior spinal arter korunarak kapatılmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Berger, S.M. Wilson, C.B. : Intracranial dissecting aneurysms of the posterior circulation. J. Neurosurg. 1984; 61: 882-94.
2. Peerless, S.J. Drake, C.G. : Posterior circulation aneurysms: in Wilkins RH, Rengachary SS, ed. Neurosurgery, New York, Mc Graw Hill, 1985; pp 1422-1437.
3. Sedzimir, C.B. : Surgical treatment of aneurysms of the vertebral artery. J. Neurosurg., 1963; 20: 597-99.
4. Shimoji, T. Bando, K. Nakajima, K. et al.: Dissecting aneurysm of the vertebral artery. J. Neurosurg. 1984; 61: 1038-46.
5. Sugita, K. Kobayashi, S. Inoue, T. et al.: New angled fenestrated clips for fusiform vertebral artery aneurysms. J. Neurosurg. 1981; 54: 346-50.
6. Waga, S. Fujimoto, K. Morooka, Y. : Dissecting aneurysm of the vertebral artery. Surg. Neurol. 1978; 10: 237-39.

7. Yamada, K. Hayakawa, T. Ushio, Y. et al. : Therapeutic occlusion of the vertebral artery for unclippable vertebral artery aneurysm: Relationship between site of occlusion and clinical outcome. Neurosurgery. 1984; 15: 834-838.
8. Yonas, H. Agamanolis, D. Takaoka, Y. et al. : Dissecting intracranial aneurysms. Surg. Neurol. 1977; 8: 407-15.
9. Miyazaki, S. Yamaura, A. Kamata, K. et al. : A dissecting aneurysm of the vertebral artery. Surg. Neurol. 1984; 21: 171-74.