

BÖLÜM 5

PERİFERİK ARTERYEL GİRİŞİMLER

OLGU 1

Karotis Artere Girişim Olgusu

Ebru ŞAHİN¹

Olgu Sunumu

83 yaşında erkek hasta, iki hafta içinde 2 kez olan yaklaşık bir saat süren vücudun sağ tarafında güçsüzlük, konuşmada bozulma, ağız kenarında kayma şikayetleri ile nöroloji polikliniğine başvurmuş. Eş zamanlı bir yıldır yokuş ve merdiven çıkarken çabuk yorulma, nefes darlığı, göğüste sıkışma şikayeti olması üzerine nörolojik tetkikleri planlanan, transient iskemik atak (TİA) düşünülen hasta kardiyembolik odak ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalık açısından değerlendirilmek üzere kardiyoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Semptom sorgusunda efor dispnesi ve stabil angina, güç kaybı, konuşma bozukluğu dışında ortopne, paroksizmal nokturnal dispne, çarpıntı, senkop, presenkop, görme kaybı tariflenmiyordu. 30 yıldır tip 2 diyabetes mellitus, 25 yıldır hipertansiyon ile takipli olup 45 paket/yıl sigara içme öyküsü ve KOAH tanısı mevcuttu. Fizik muayenesinde nabızı 87/dk ritmik, tansiyonu 125/70 mmHg, vücut sıcaklığı 36,7 °C idi. İncelemede ve palpasyonda patolojik bulgu yoktu. Oskültasyonda kalp sesleri ritmik, S1 ve S2 doğal, ek ses üfürüm duyulmadı. Servikal bölge oskültasyonunda sol tarafta boyuna yayılan sistolik üfürüm duyuldu. Nörolojik muayenesinde motor ve duyu kaybı yoktu, serebellar testleri normaldi, patolojik refleks alınmadı. Hastada ön tanılar olarak aterosklerotik koroner arter hastalığı ve TİA düşünülmüş olup elektrokaridyografi (EKG), transtorasik ekokardiyografi (TTE), ritim holter, laboratuvar tetkikleri, karotis arter doppler, kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) planlandı.

¹ Uzm. Dr., Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ebru_sahin@gmail.com

da baroreseptörlerin uyarılması ile ortaya çıkan hipotansiyon ve bradikardi takip eder. Genelde kısa süreli ve geçicidir. İşlemden 24 saat sonrasına kadar ortaya çıkabilir, hasta yakın monitörize takip edilmelidir. Semptomatik hastalarda sıvı resüstasyonu, düşük doz inotrop infüzyonu ve gerekirse geçici pil düşünülebilir (1,3-5). Trombotik ve embolik komplikasyonlar en korkulan preprosedürel komplikasyonlardır. Koruma cihazlarının kullanımı, kateter ve tellerin manipülasyonların dikkatli yapılması, uygun hasta ve malzeme seçimi bu komplikasyonu azaltmaktadır. Koruma cihazlarının kendileri ise diseksiyon, spazm, yavaş akım, kollateral dolaşım yetersizliği varlığında serebral dolaşımın bozulması gibi komplikasyonlara yol açabilir (1,3,4). Karotis arter spazmı, stent restenozu ve serebral hiperperfüzyon sendromu, kanama görülen diğer komplikasyonlardır. Serebral hiperperfüzyon sendromu kronik hipoperfüze serebral yatağın aniden kanlanması ve otoregülasyonun bozulmasına bağlı ortaya çıkan nadir (%1'in altında) görülen bir komplikasyondur. Kontrolsüz şiddetli hipertansiyonda, ciddi karotis arter darlığı, kontralateral karotis arter darlıklarında görülebilir. Bu sendroma eşlik eden en korkulan komplikasyonu ise kanama olup; migren benzeri baş ağrısı, bulantı, kusma, konfüzyon, ajitasyon, fokal nörolojik defisitlere neden olabilir (1,4).

Kaynaklar

1. Moscucci M. Grossmna & Baim's cardiac catheterization, angiography, and intervention. 9nd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
2. Aboyans V, Ricco J B, Bartelink M L and et al. 2017 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur Heart J. 2018; 39:763-821.
3. Hamur H, Değirmenci H, Bakırcı E M, Topal E. Current interventional treatment of carotid artery stenosis. MN Cardiology. 2016; 23:147-157.
4. Cremonesi A, Roffi M, Martins E C, Castriota F. Carotid artery stenting. In: Wijn W, Serruys P W, Vahanian A, Eeckhout E, Palma D R, Sambeek M, eds. The PCR – EAP-CI textbook Percutaneous interventional cardiovascular medicine. Online ed. 2016.
5. Lamanna A, Maingard J, Barras C D, et al. Carotid artery stenting: current state of evidence and future directions. Acta Neurol Scand. 2019;139: 318-333.