

ICA PERKÜTAN GİRİŞİM SIRASINDA CCA DE GELİŞEN DİSEKSİYON YAKLAŞIMI

Ahmad HURAIBAT¹

GİRİŞ

Serebral inme, tüm ölüm sebepleri arasında üçüncü sırada yer almakta, motor hasara yol açtığından dolayı önemli bir halk sağlığı problemi sayılmaktadır.(1)

Klinik olarak karotis arter hastalığı, Asemptomatik ya da semptomatik olabilir. Ateroskleroz, diseksiyon gibi durumlarda karotis arterdeki patoloji'ye bağlı gelişebilen tromboembolik durumlarda beyin damalarında oklüzyon gelişerek inme yol açabilmektedir. İnmelerin en sık nedeni %85 i civarında iskemik inmedir. İnme riski, karotis arter hastalığındaki plağın şiddeti ile orantılı olarak artmaktadır.(2)

Genç hastalarda Karotis arter diseksiyonu iskemik inmenin en önemli nedeni olarak sayılmaktadır. (3) Karotis arter diseksiyonları iki şekilde gelişebilir, spontan ya da travmatik olabilir. Spontan gelişen diseksiyonlar daha sık görülmekte yaklaşık olguların %60 'ini oluştururken, diğer vakalar travmatik nedenlidir.(4)

Spontan gelişen diseksiyonlar, idiopatik olabileceği gibi altta yatan hasırılıyıcı faktör veya damar hastalığına bağlı olabilir. Fibromusküler displazi, Ehler- Danlos sendromu ve Marfan Sendromu gibi hastalıkların karotis diseksiyonları ile birlikte görüldüğü bildirilmiştir.(5) Diğer nedenler arasında hipertansiyon, aile öyküsü, sigara

ve bazı ilaçlara (KOK) bağlı gelişen diseksiyon olarak sayılabilir.(6)

Travmatik diseksiyona neden olabilecek durumlar arasında özellikle motorlu araç kazaları, kavgalar başın hızlı rotasyonu veya ekstansiyonu, dövüş sporları, veya iyatrojenik olabilir karotis arter peruktan girişimi sırasında gelişen komplikasyon olarak.(7) Bizim vakada internal karotis arter oklüzyonu olan bir hastada karotis peruktan girişim sırasında kommon karotis arterde gelişen diseksiyonu ile tedavi etmeyi sunmaktayız.

Karotis arter diseksiyonu, iatrojenik kommon karotis arter diseksiyonu, karotis arter peruktan girişim sonrası gelişen komplikasyon.

VAKA

60 yaşında erkek hasta, 2 haftadır süren yüzde uyuşukluk, göz kapağında düşme şikayetleri ile başvurmuştur. Hasta Diyabet mellitus, hipertansiyon ve periferik arter hastalığı tanıları ile takip edilmekte. Hasta yoğun sigara kullanmakta. Hastaya yapılan Karotis arter RDUS da sol ICA da kritik lezyon izlenmesi üzerine yapılan konsey sonucunda hasta perkütan girişim planlandı. Vakada sol ICA daki lezyon resim 1-2, İşlem sırasında ICA ya filtre gönderildi. Resim 3, uygun stent ölçümü ve ayarlanması yapıldı resim 3-4, stent içi baon ile postdilasyon işlemi uygulandı, resim 5.

¹ Uzm. Dr., ahmadkashur@hotmail.com ORCID iD: 0000-0002-7035-896X

gereken tetkiktir. Ancak sensitivite ve spesifitesi diğer yöntemlere göre biraz daha düşük olmasından dolayı şüpheli durumlarda ileri bir tetkike ihtiyaç duyulmakta, bilgisayarlı tomografi veya MRI diğer tanı yöntemleri arasında, sensitivite ve spesifitesi yüksek olan bu yöntemler, maliyeti, radyasyon riski veya bazı durumlarda ulaşması kolay olmaması, dezavantajları arasında sayılabilir. Son olarak anjiyografi yöntemi ise altın standart olarak kabul edilmekte, serviko-serebral dolaşımı görüntülemek için net görüntüler elde edilir. Tüm arter yapısını ve dolaşımı görüntülenir, ciddi darlıkların ayrımı kolay bir şekilde yapılabilir.

Stroke riskinin azaltılması ve karotis arterlerdeki plağın ilerlemesini önlemek için kardiyovasküler risk faktörlerin kontrolü önerilir. Tütün ürünlerin bırakılması, kan basıncı regülasyonu sağlanması, diyabet ve hiperlipideminin kontrol altına alınması önerilir.

İlaç tedavisi olarak karotis arter hastalığı olanlarda Asetilsalisilik asit, ayrıca stent uygulanacak hastalarda dual antiagregan (klopidogrel) verilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra diyabeti ve hiperlipidemi ilaçları, hipertansiyon tedavisi de uygun olan hastalara verilmelidir.

Karotis arter darlığının ve revaskülarizasyon iki şekilde uygulanabilir peruktan girişim veya cerrahi olarak karar verirken multidisipliner bir takım tarafından vaka odaklı değerlendirme yapılmalıdır. 2017 ESC periferik arter kılavuzunda revaskülarizasyon için lezyonu semptomatik olup olmadığını, son 6 ayda geçirilmiş serebrovasküler hadise veya TIA olması, lezyonun şiddeti ve yüzdesi göz önünde bulundurulması gereken faktörlerdir. Bu kılavuza göre lezyon asemptomatik vakalarda lezyon %60 altında veya total tıkalı olduğunda sadece optimal medikal tedavi önerilmekte olup %60-99 arasındaki lezyonlar revaskülarizasyon için anatomik uygunsa revaskülarizasyon işlemi önerilmekte. Semptomatik hastalarda ise lezyon %50 altındaysa medikal tedavi ile takip, %50-69 ise revaskülarizasyon düşünülmeli, %70-99 arasında ise şiddetle revaskülarizasyon önerilmekte ancak semptomatik ve total oklüzyonlarda sadece medikal tedavi önerilmekte.(10)

Bizim sunduğumuz vakada semptomatik sol ICA lezyonu mevcut, hastanın diyabeti, hiper-

tansiyonu ve periferik arter hastalığı mevcut. Yapılan konsey sonucunda hasta sol ICA ya perkütan girişim planlandı. İşlem alınan hasta hazırlık yapıldıktan sonra sağ femoral arterden kanüle edilerek önce lezyonun distalinde antiembolik filtre yerleştirildi, daha sonra ölçüm yapılarak ICA ya 5,0-60 mm stent 14 atm basınçla yerleştirildikten sonra verilen kontrol opak ile birlikte sol kommon karotis arterde diseksiyon flebi izlendi. Hastanın hemodinamisinde değişiklik olmadı, nörolojik bulguları değişmedi. Kommon karotis arterde diseksiyon gelişen hastanımıza önceki yerleştirdiğimiz stent proksimaline 6,0-40 mm stent yerleştirildi, diseksiyon flebi tamamen kayboldu, akım normal olarak izlendi, hastada herhangi bir komplikasyon izlenmedi, distaldeki filtre çekildi ve işlem sonlandırıldı. Hasta koroner yoğun bakımda 3 gün boyunca nöroloji uzmanı ile birlikte takip edildi, komplikasyon gelişmedi ve hasta taburcu edildi. Hasta 6 ay sonra çekilen karotis tomografi anjiyografisinde stentlerin açık olduğu izlendi.

Lezyon için seçilen stent over-size mi? Yoksa lezyon sert olduğundan yüksek basınç ile balonu şişirmek gerektiği için mi? İatrojenik karotis diseksiyon, karotis arter diseksiyonlarının nedenleri arasında önemli bir yer almakta. Hastayı hızlı değerlendirip, hızlı tedavi ile nörolojik hasar bırakmadan hastanın iyileşmesinde önemli rol oynar.

KAYNAKLAR

1. Chaturvedi S, Sacco RL. How recent data have impacted the treatment of internal carotid artery stenosis. *J Am Coll Cardiol* 2015;65(11):1134-43.2.
2. Bates ER, Babb JD, Casey DE. ACCF/SCAI/SVMB/ASITN 2007 Clinical Expert Consensus Document on Carotid Stenting. *J Am Coll* 2007;49:126-70.
3. Guillon B, Levy C, Boussier MG. Internal carotid artery dissection: an update. *J Neurol Sci* 1998;153(2):146-58.
4. Sturzenegger M. Spontaneous internal carotid artery dissection: early diagnosis and management in 44 patients. *J Neurol* 1995; 242(4):231-8
5. Goldstein LB, Gray L, Hulette CM. Stroke due to recurrent ipsilateral carotid artery dissection in a young adult. *Stroke* 1995;26(3):480-3.
6. Schievink WI, Mokri B, Piepgras DG, Kuiper JD. Recurrent spontaneous arterial dissections: risk in familial versus nonfamilial disease. *Stroke* 1996;27(4):622-4.
7. Gould DB, Cunningham K. Internal carotid artery dissection after remote surgery. Iatrogenic complications of anesthesia. *Stroke* 1994;25(6):1276-8

-
8. Schievink WI, Bjornsson J, Piepgras DG. Coexistence of fibromuscular dysplasia and cystic medial necrosis in a patient with Marfan's syndrome and bilateral carotid artery dissections. *Stroke* 1994 ;25(12):2492-6.
 9. Spence JD. Management of asymptomatic carotid stenosis. *Neurol Clin* 2015;33(2):443-57
 10. Peripheral Arterial Diseases (Diagnosis and Treatment of) Guidelines, ESC Clinical Practice Guidelines, Published in 2017 Reference *European Heart Journal*, ehx095, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx095>