

Karotis Arter Diseksiyonuna Bağlı Kraniyal Sinir Paralizi

Uzm. Dr. Kaan Balkır
SSK İzmir Eğitim Hastanesi, Nöroloji kliniği

Dr. Fatma şener
SSK İzmir Eğitim Hastanesi, Nöroloji kliniği

Uzm. Dr. R Reha Bilgin
SSK İzmir Eğitim Hastanesi, Nöroloji kliniği

Doç.Dr. Muhtesem Gedizlioğlu
SSK İzmir Eğitim Hastanesi, Nöroloji kliniği

İletişim:
Uzm. Dr. Kaan Balkır
SSK İzmir Eğitim Hastanesi
Nöroloji kliniği
Bozyaka, İZMİR

Tel. No: 0.232. 250 50 50 / 5142
e-mail:k_balkir@hotmail.com

Karotis Arter Diseksiyonuna Bağlı Kraniyal Sinir Paralizi

ÖZET Spontan internal karotid arter (İKA) disseksiyonunun tipik prezentasyonu ipsilateral boyun ve yüz ağrısı, Horner Sendromu ve kontrateral

nörolojik defisit şeklindedir. Bununla birlikte nadir olarak spontan İKA disseksiyonu ile birlikte alt kraniyal sinir paralizi bildirilmiştir. Biz de spontan İKA disseksiyonu ile birlikte 9-10-12 kraniyal sinir paralizi olan 59 yaşında bir olgu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Karaniyal sinir, Karotid arter

Cranial Nerve Palsy Association With Carotid Dissection

ABSTRACT Typical presentation of spontaneous internal carotid artery dissection is an ipsilateral pain in neck and face with Horner's syndrome and cotralateral deficits. Although rare, lower cranial

nerve palsy have been reported in association with an ipsilateral spontaneous internal carotid artery dissection. We present a 59-year-old man with a complete left 9-10-12 nerve palsy due to spontaneous bilateral internal carotid artery dissection.

Key Words: Cranial nerve, carotid artery

GİRİŞ

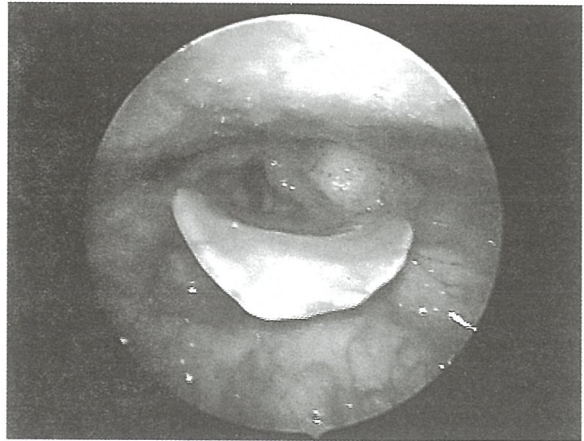
Son yıllarda, özellikle genç yaşta hasta grubunda spontan ve travmatik disseksiyon inme nedenleri arasında yer almaktadır (1). İnternal karotid arterin spontan disseksiyonu olan ilk olgu 1954 yılında bildirilmiştir. Günümüzde nörodiagnostik tekniklerin gelişmesi ve anjiografinin sık olarak kullanılması spontan İKA disseksiyonlu hastaların sayısında artışa neden olmuştur (1,2).

İnternal karotid arter, boyun bölgesindeki anatomik lokalizasyonu nedeniyle alt kraniyal sinirlerle yakın ilişkide bulunur. Bu yakın ilişki nedeniyle karotid arter disseksiyonunda alt kraniyal sinir tutuluşları gelişebilir (2,3,6,8,9). Bu olgu sunumunda nadir görülmesi nedeniyle karotid arter disseksiyonuna bağlı alt kraniyal sinir tutulumu olan bir olguyu literatür eşliğinde tartıştık.

OLGU

Olgumuz 59 yaşında erkek, hastanemize ses kısıklığı ve yutma güçlüğü yakınması ile geldi. Öyküde hastamızda on üç gün önce sol kolda 5 dakika süren uyuşma ve güçsüzlük yakınmasının olduğu, tedavi edilmeksizin düzeldiği, 6 gün sonra ise ses kısıklığı ve yutma güçlüğüne geliştiği ve boyun bölgesinde lokalize ağrı olduğu öğrenildi. Bu yakınmalarla önce kulak burun boğaz

hekimine başvuran hasta, konsültasyon sonucunda 9,10 ve 12. kraniyal sinir paralizi saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde 10 gün önce saptanan hipertansiyon dışında bir özellik yoktu. Fizik ve nörolojik bakışında tansiyon arteriyel 130/80 mmHg, bilinç açık ve koopere idi. Konuşması hipofonikti. Dil ağız içinde sağa, ağız dışında sola deviye, sol dil yarısı atrofikti. Uvula fonasyon ile sağa çekiyordu ve sol palatal ark refleksi kayıptı. Direkt laringoskopik bakıda sol vokal kordda paralizi saptandı (Resim 1).

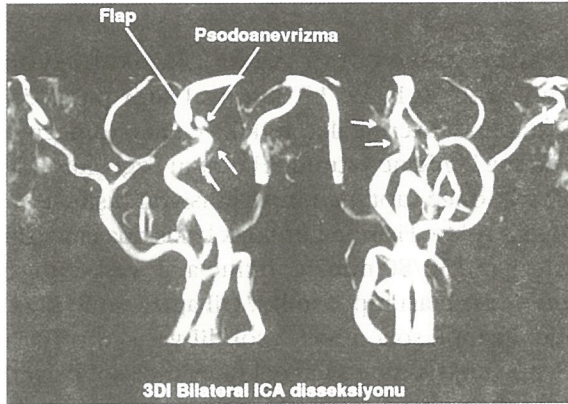


Resim 1. Hastanın direkt laringoskopik bakışında sol vokal kordda paralizi ve paralitikt tarafta sekresyon birikimi görülmüyordu.

Tam kan sayımı, kan biyokimyası, tam idrar tetkiki, eritrosit sedimentasyon hızı normal saptandı. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi.

Beynin manyetik rezonans görüntülenmesinde her iki serebral hemisferde sentrum semiovale düzeyinde birkaç adet milimetrik mikroanjiyopatik kronik iskemik değişiklik saptandı.

Servikal ve kraniyal manyetik rezonans anjiyografi görüntülenmesinde bilateral internal karotid arter ekstrakraniyal segmenti distalinde (C1 segmenti) diseksiyon saptandı. Diseksiyon petröz segmentten hemen önce başlamakta ve C1 distalinde yaklaşık 2-2,5 cm'lik segmenti tutmaktaydı. Bu segmentte intramural hematoma bağlı damar dış çapı artmıştı. Her iki tarafta da diseksiyon flebi görülmüyordu. Sağ internal karotid arter C1 distalinde disseke segmente komşu 5 mm çaplı pseudoanevrizma vardı (Resim 2-3).



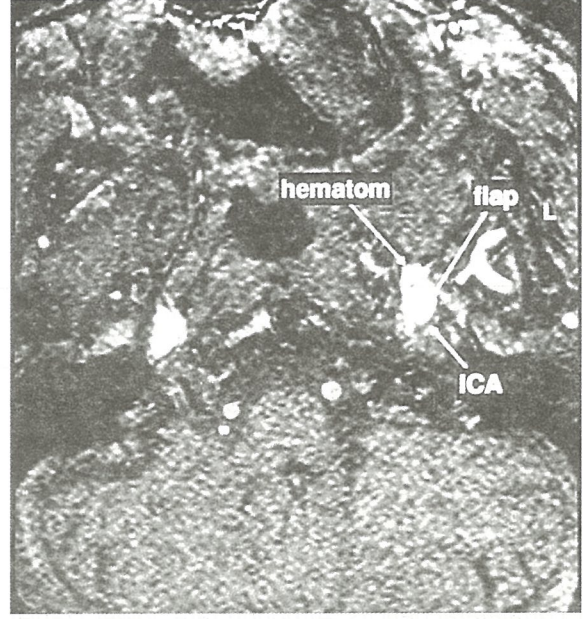
Resim 2. Kraniyoservikal MR anjiyografide koronal kesitlerde her iki internal karotid arterde C1 segmentinde diseksiyon ile uyumlu görüntü.

Hastanın bir ay sonraki kontrolünde klinik bulgular devam etmekle birlikte yakınmaları azalmıştı. Çekilen kontrol kraniyal MR ve MR anjiyografisinde intramural hematoma küçülmüş ve pseudoanevrizmanın çapında azalma mevcuttu.

TARTIŞMA

Son yıllarda spontan ve travmatik arteriyel diseksiyonlar özellikle genç hasta grubunda iskemik serebral inme nedenleri içinde yer almaktadır (1).

Arteriyel diseksiyon damar duvarı içine



Resim 3. Kraniyal MR axial T1 ağırlıklı kesitlerde İKA çapı belirgin olarak artmıştır, diseksiyon bölgesinde hematoma ve diseksiyon flebi görülmektedir.

kanama sonucu oluşur. Bu intramural kanama giderek lümeni daraltır ve tıkalabilir. Arteriyel intimanın karşı yanları da devreye girdiğinde trombozun yayılımı ile serebral emboli riski oluşur. Diseksiyon, travma yokluğunda ve altta yatan vasküler hastalığın bulunmadığı durumlarda "spontan" kabul edilir. Bununla birlikte, bazı arteriyel bozukluklar, örneğin kollejen yetersizliği, medial dejenerasyon, Moyamoya Hastalığı ve fibromusküler displazi birlikte bulunabilir (1,4).

İnternal karotid arterin ekstrakraniyal servikal bölümünün diseksiyonu spontan veya travmaya bağlı oluşabilir. Bir çalışmada ilk inme ile başvuran hastaların % 2,5'da servikal karotid arter diseksiyonu saptanmıştır. Diseksiyon orta yaşlı erişkinlerde görülür; hastaların % 70'i 35 - 50 yaş arasındadır, ortalama yaş 44'tür. Cinsiyet egemenliği yoktur (4). Bizim hastamız 59 yaşında ve ilk inme öyküsü ile kliniğimize başvurmuştur.

Hastaların büyük çoğunluğu ipsilateral boyun, yüz ve kafa bölgesinde ağrı ile birlikte kontralateral inme veya geçici iskemik atak kliniği ile başvurur. Hastaların %40'ında ipsilateral okülosempatik parezi görülür. Baş ve boyun bölgesindeki ağrı, iskemik semptomların başlamasından birkaç saat

önce veya birkaç gün önce görülebilir. Pulsatil tinnitus veya subjektif üfürüm hastaların üçte birinde bildirilmiştir. Kranial sinir paralizisi % 3-12 oranında görülürken, bunların % 3'ünde hemikranial semptomlarla birlikte, %0,5' inde ise tek klinik bulgu kranial sinir paralizisidir. (1,4). Bizim hastamızda GiA semptomlarının ardından boyun bölgesinde ağrı ve alt kranial sinir paralizisi gelişmişti: Horner Sendromu bulguları, pulsatil tinnitus ve üfürüm yoktu.

Kranial görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler nedeniyle son zamanlarda bildirilen diseksiyon olgularının sayısı artmaktadır. Literatürde kranial sinir paralizisinin oluş mekanizması iki şekilde açıklanmaktadır: parafaringeal boşlukta oluşan subadventisyel hematoma ya direkt olarak kranial sinir paralizisine neden olmakta ya da asendan faringeal artere bası yaparak iskemik sinir paralizisine neden olmaktadır (2,3,6).

Karotis arter diseksiyonu tanısında konvansiyonel anjiyografi altın standart olmasına rağmen, son zamanlarda noninvaziv bir yöntem olması nedeniyle MR anjiyografiye artan bir eğilim olduğu bildirilmektedir (5,7).

Biz bu olgu sunumunda kranial sinir paralizisi ile baş vuran hastalarda ayırıcı tanıda nadirde olsa karotis arter diseksiyonunun göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Bogousslavsky J, Regli F. Ischemic stroke in adults younger than 30 years of age: cause and prognosis. Arch Neurol 1987; 44:479-482
2. Boukobza M, Ast G, Reizine D, et al. Internal carotid artery dissection causes hypoglossal nerve palsy: CT, MRI, and angiographic findings. J Neuroimaging. 1998 Oct;8(4):244-6.
3. Godman JM, Zink WL, Cooper Deç. Hemilungial paresis caused by carotid artery dissection. Arch Neurol 1983;40:653-656.
4. Hart RG, Easton JD. Dissections of servical and serebral arteries. Neurol Clin 1983, 1:155-182.
5. Lévy C, Laissy JP, Raveau V, et al. Carotid and vertebral artery dissections: three-dimensional time-of-flight MR angiography and MR imaging versus conventional angiography, Radiology 1994, 190:97-103.
6. Lieschke GJ, Davis S, Tress BM, et al. Spontaneous internal carotid artery dissection presenting as hypoglossal nerve palsy. Stroke. 1988 Sep;19(9):1151-5.
7. Spitzer C, Mull M, Topper R. Isolated hypoglossal nerve palsy caused by carotid artery dissection the necessity of MRI for diagnosis. J Neurol. 2001 Oct;248(10):909-10.
8. Sturzenegger M, Huber P. Cranial nerve palsies in spontaneous carotid artery dissection. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1993 Nov;56(11):1191-9. Review.
9. Van Gijn J, Koudstaal PJ. Transient hypoglossal nerve palsy and Horner's syndrome: carotid dissection. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1991 Nov;54(11):1032.

