

СПОНТАННА ДИСЕКАЦИЯ НА А. CAROTIS INTERNA SINISTRA – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

РЕЗЮМЕ

СПОНТАННА ДИСЕКАЦИЯ НА А. CAROTIS INTERNA SINISTRA – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

*Н. Каменова¹, Н. Топалов^{1,2}, Д. Богданова^{1,2},
И. Миланов^{1,2}*

¹ МБАЛНП „Св. Наум“ – София,
² Медицински университет – София

Дисекацията на каротидната артерия е най-честата причина за исхемичен мозъчен инсулт в млада възраст. Според етиологията си дисекациите се разделят на спонтанни и травматични. При пациенти със спонтанна дисекация на каротидна артерия често има анамнеза за лека травма с хиперекстензия или завъртане на шията. Възможностите за лечение на дисекацията на каротидната артерия включват тромболиза, антитромбоцитна или антикоагулантна терапия, ендоваскуларни методики или хирургични интервенции. Представяме клиничен случай на пациент на 29-годишна възраст с оплаквания от изтръпване и слабост в десни крайници, пулсиращо тилно главоболие, с придружаваща системно нелекувана артериална хипертония. След установяване на дисекация на лява вътрешна сънна артерия е проведено неврохирургично лечение.

Ключови думи: дисекация а. carotis interna, исхемичен мозъчен инсулт, артериална хипертония, главоболие

Общи данни

Дисекацията възниква при разкъсване на интимата на съдовата стена или при руптура на vasa vasorum, вследствие на което се образува вътрестенен хематом, който стенозира или облитерира лумена на артерията. При разкъсване на интимата на съдо-

ABSTRACT

A CLINICAL CASE OF SPONTANEOUS LEFT CAROTID ARTERY DISSECTION

*N. Kamenova¹, N. Topalov^{1,2}, D. Bogdanova^{1,2},
I. Milanov^{1,2}*

¹ MHATNP „St. Naum“, Sofia
² Medical University, Sofia

Carotid artery dissection is the most common cause of ischemic stroke at a young age. According to their etiology, dissections are divided into spontaneous and traumatic. Patients with spontaneous carotid artery dissection often have a history of mild trauma with neck hyperextension or rotation. Treatment options for carotid artery dissection include thrombolysis, antiplatelet or anticoagulant therapy, endovascular techniques, or surgery. We present a clinical case of a patient at 29 years of age with complaints of numbness and weakness in the right extremities, pulsating back headache, with accompanying systemically untreated arterial hypertension. Upon diagnosis dissection of the left internal carotid artery, neurosurgical treatment was performed.

Key words: carotid artery dissection, ischemic stroke, arterial hypertension, headache

вата стена се образува „фалшив“ лумен със застой на кръвния ток и тромбообразуване, водещи до стеноза на лумена на съда. [фиг. 1 А] Субадвентициалната дисекация представлява кръвоизлив между медията и адвентицията на съда – артерията е дилатирана вследствие на задебеляване на стената и



Фиг. 1

в известна степен се стенозира лумена на артерията. [фиг. 1 B]

Дисекцията на каротидната артерия е най-честата причина за исхемичен мозъчен инсулт в млада възраст – 70% от пациентите с дисекция на каротидната артерия са на възраст между 35 г. и 50 г. [5] Според етиологията си дисекциите се разделят на спонтанни и травматични. През 1947г. Dratz и Woodhall публикуват първото описание на пациент с травматична дисекция на вътрешната каротидна артерия, а първият диагностициран случай на спонтанна дисекция на вътрешната сънна артерия е описана от Anderson и Schechter през 1959г. [5] Честотата на спонтанните дисекции на каротидната артерия е ниска – 2.6 до 3 на 100 000. [4, 6]. Пациентите със спонтанна дисекция често имат фамилна анамнеза за исхемичен инсулт в семейството и/или наследствени заболявания на съединителната тъкан, като синдром на Marfan, Ehlers-Danlos синдром, Автозомно-доминантна бъбречна поликистоза, Фибромускулна дисплазия, Остеогенезис имперфекта тип 1 и др., които водят до структурни дефекти на артериалната стена. [6] Въпреки това, при пациенти със спонтанна дисекция на каротидна артерия често има анамнеза за лека травма с хиперекстензия или завъртане на шията. Тези движенията, особено когато са внезапни, могат да наранят артерията като резултат от механично разтягане на подвижните сегменти на екстракраниални съдове. Травматичните дисекции се появяват най-често след пътнотранспортни произшествия или други травми чиито механизми причиняват рязко намаляване на ускорението с разтягане на

вътрешната каротидна артерия над страничните части на шийните прешлени. Друг предложен механизъм е хиперфлексията на шията, причиняваща компресия на артерията между мандибулата и гръбначния стълб. [4] Травматичната дисекция се наблюдава при приблизително 1% от всички пациенти, преживели травма и често първоначално не се разпознава.

Като цяло дисекциите са причина за около 2% от всички исхемични инсулти, но те са важен фактор в младата възраст и са причина за приблизително 20% от инсултите при пациенти под 45 годишна възраст. [6]

Симптомите при дисекция на каротидната артерия най-общо могат да бъдат разделени на исхемични и неисхемични. [2] Исхемичните включват исхемичен мозъчен инсулт и преходно нарушение на зрението, а неисхемичните са главоболие или болка в лицето или врата, миоза с птоза, периферни (компресионни) парези или парализи на краниални нерви. [8]. В някои случаи дисекцията може да остане асимптомна, поради особеностите на мозъчното кръвообращение, но при направено проучване сред болни с дисекция на каротидната артерия при около 60% са установени исхемични лезии [4]. При спонтанни каротидни дисекции, обикновено се наблюдава едностранно главоболие или болка във врата, които могат да бъдат придружени от частичен синдром на Horner с птоза и миоза. Часове или дни по-късно се появяват симптоми на преходна мозъчна или ретинална исхемия или инсулт, най-често на територията на средна мозъчна артерия. Само около 20% от пациентите имат исхемичен мозъчен инсулт без предхождаща симптоматика. [7]

Възможностите за лечение на дисекцията на каротидната артерия включват тромболиза, анти-тромбоцитна или антикоагулантна терапия, ендоваскуларни методики или хирургични интервенции.

Клиничен случай

Представяме клиничен случай на пациент на 29-годишна възраст, който постъпва в клиниката с

оплаквания от изтръпване и слабост в дясна ръка с прогресия от около месец. В деня на хоспитализацията се добавят и изтръпване и лека слабост в десния крак и „изкривяване“ на десния устен ъгъл. От 10 дни е с постоянно тилно главоболие, с пулсиращ характер, което частично се повлиява от прием на стандартни аналгетици. От същия период е сънлив, замаян и отпуснат. Отрича травма на главата или шията. С придружаваща артериална хипертония – не провежда системна терапия.

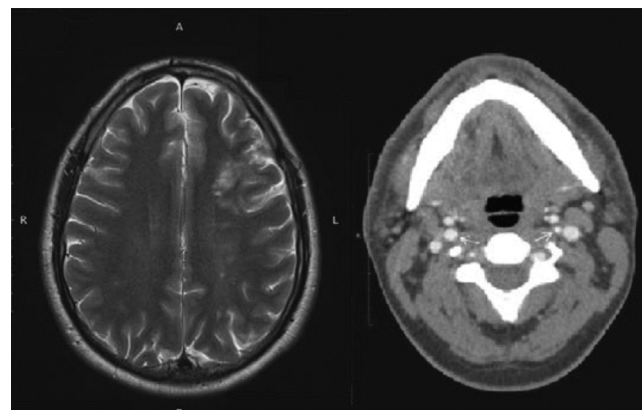
Соматичният статус на пациента е в норма. От неврологичния статус се установи преходна централна лезия на n. facialis dex., лекостепенна централна десностранна хемипареза, локомоторна атаксия, цефалгичен синдром. Психичният статус е в норма.

Проведените лабораторни изследвания са в референтни граници. Проведената електрокардиограма е с данни за синусова тахикардия и непълен десен бедрен блок.

При дуплекс скениране на магистрални артерии на главата се регистрира много нисък кръвен ток с повишено съдово съпротивление в устието и проксималния отдел на лявата a. carotis interna, без да се визуализира оклузия. Асиметрия в лумена на вертебралните артерии – лява с диаметър – 4.0 мм; дясна с диаметър – 2.5 мм с леко снижен кръвен ток. Транскраниалното дуплекс скениране установи обърнат кръвен ток в A1 сегмент на a. cerebri anterior sinistra. Обс. Оклузия на a. carotis interna sinistra в дистален отдел.

От нативна КТ на главен мозък се установява хиподензна зона в ляво парieto-окципитално в бялото и сиво мозъчно вещество, с нехарактерен вид – възможни исхемични промени в подостър или хроничен стадий – в зона на гранично кръвоснабдяване /БЛСМА и БЛЗМА/; хиподензна зона в задно краче на капсула интерна в ляво, без мас-ефект, с характеристика на исхемично огнище с неясна давност – в подостра фаза или старо исхемично огнище; няколко разнокалибрени глиозни фокуси в ляво фронтално

в бялото мозъчно вещество с неясна генеза /възможно стари исхемични огнища/. [Фиг. 2]

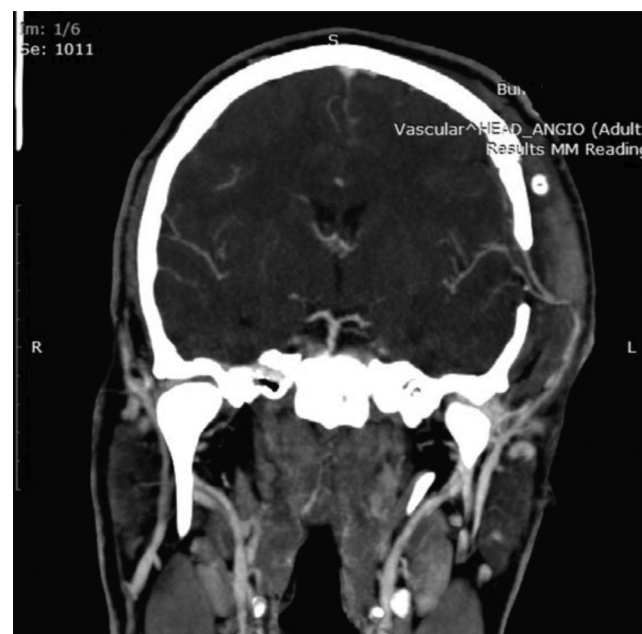


Фиг. 2

Находката от проведената МРТ на главен мозък е както при дисекция на лявата каротидна артерия с остър исхемичен мозъчен инсульт в басейна на ЛСМА; стадий на хеморагично инфарктиране в ляво окципитално.

Проведената консултация с неврохирург е със заключение, че се касае за болен с клинични и ЯМР данни за остър исхемичен мозъчен инцидент и данни за тежка оклузия на лява вътрешна сънна артерия.

При пациента се прие диагнозата исхемичен мозъчен инсульт в басейна на лява средна мозъчна



Фиг. 3

артерия, възникнал при дисекация на лява каротидна артерия с неясна етиология /най-вероятно спонтанна/. [Фиг. 2]

Болният беше насочен за хоспитализация в неврохирургично отделение, където е осъществена екстра/интракраниална анастомоза – анастомоза между а. temporalis superficialis и а. cerebri media (STA-MCA bypass surgery). [Фиг. 3]. Дехоспитализиран е с подобрение и без усложнения.

Заклучение

Дисекацията на каротидната артерия е причина за до 1/5 от инсултите в млада възраст. Типичната клиничната картина е комбинация от едностранно главоболие или болка в лицето или шия, частичен синдром на Хорнер, които часове или дни по-късно са последвани от церебрална или ретинална исхемия. [4] Класическата триада се открива при по-малко от една трета от пациентите с дисекация на каротидната артерия, но наличието на комбинация на два елемента ѝ трябва категорично да насочи клиничното мислене в тази посока.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Невена Каменова

МБАЛНП „Св. Наум“, ул. „д-р Л. Русев“ №1

nevena_kamenova@yahoo.com

ЛИТЕРАТУРА

1. De Bray, J. M., Baumgartner, R. W. History of spontaneous dissection of the cervical carotid artery. Arch Neurol, 2005, 62(7), 1168-1170.
2. Kerry, R., Taylor, A.J. Cervical arterial dysfunction assessment and manual therapy. Manual therapy, 2007, 11, (4), 243-253.
3. Kraus, R., Bergstein, J., DeBord, J. Diagnosis, treatment, and outcome of blunt carotid arterial injuries. Am J Surg, 1999, 178, 190-193.
4. Lee, V., H., Brown Jr, R.D., Mandrekar, J.N., Mokri, B. Incidence and outcome of cervical dissection; a population-based study. Neurology, 2006, 67(10), 1809-1812.
5. Mattu, A., Goyal, A., Jeffrey, W. Broder, Emergency medicine: avoiding the pitfalls and improving the outcomes. 2007, Malden, Mass: Blackwell Pub./BMJ Books, 46.

6. Redekop, G. J. Extracranial carotid and vertebral artery dissection: a review. Can J Neurol Sci, 2008, 35(2), 46-52.
7. Schievink, W. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries, N Engl J Med, 2001, 344, 898-906.
8. Sturzenegger, M., Huber, P. Cranial nerve palsies in spontaneous carotid artery dissection. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1993, 56(11), 1191-1199.