

Aurikülada arteriyovenöz fistül: Olgu sunumu ve terapötik yaklaşım

Auricular arteriovenous fistula: a case report and therapeutic approach

Dr. Ahmet URAL, Dr. Ahmet KÖYBAŞIOĞLU, Dr. Alper CEYLAN, Dr. Sabri USLU

Bu yazıda klinikte nadir görülen aurikülada arteriyovenöz fistül (AVF) ve tedavisi sunuldu. Sağ aurikülada AVF saptanan 20 yaşında erkek hastada lezyonu besleyen damarlar süperselektif embolizasyon sonrası ligate edildi. Lezyon boyutu önemli ölçüde geriledi ve beş aylık takip süresince herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Birkaç damar arasında oluşan, küçük boyutlu AVF'lerin tedavisinde geniş rezeksiyon yerine, bu damarların selektif embolizasyonunu takiben ligasyonu tatmin edici sonuçlar sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: Arteriyovenöz fistül/tedavi; arteriyovenöz malformasyon/tedavi; karotis arter, eksternal/anormallik; kulak, dış/kanlanma.

A case of arteriovenous fistula (AVF) arising in the auricle was presented together with its treatment. A 20-year-old man with an AVF on the right auricle was successfully treated with superselective embolization followed by ligation of the arteries supplying the fistula. The lesion underwent considerable regression within a follow-up period of five months and no complications were encountered. Small AVFs existing among several vessels can be satisfactorily treated by embolization and ligation of the vessels instead of extensive resection of the lesion.

Key Words: Arteriovenous fistula/treatment; arteriovenous malformations/treatment; carotid artery, external/abnormalities; ear, external/blood supply.

Arteriyovenöz fistül (AVF), aurikülada seyrek görülür. Diğer baş-boyun arteriyovenöz malformasyonları gibi tedavisi güçtür. Yirmi yaşındaki bir erkek hastada aurikülada AVF olgusu sunularak AVF'lerin tanımı, teşhisi, klinik bulguları ve terapötik yaklaşımlar tartışıldı.

OLGU SUNUMU

On dokuz yaşında erkek hasta, 2001 yılında sağ aurikülada üç yıldır kademeli olarak büyüyen ağrılı

şişlik yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın, lezyondan periyodik olarak kanama ve sağ kulakta çınlama şikayetleri de vardı. Bu kanamalar, dışarıdan basıyla kontrol edilebilmekteydi. Hastanın travma öyküsü veya eşlik eden sistemik bir sorunu yoktu.

Lezyon, sağ aurikülada, tragus postero-inferiorundan dış kulak yolu girişine uzanmakta, 2x2 cm boyutlarında, üzeri hiperemik, ve yer yer masere görünümdeydi. Oskültasyonla üfürüm alınabiliyordu. Tümöre komşu doku ödemli ve eritematözdü. Od-

- ♦ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ve Baş-Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı (Department of Otolaryngology, Medicine Faculty of Gazi University), Ankara, Turkey.
- ♦ Dergiye geliş tarihi - 30 Ekim 2003 (Received - October 30, 2003). Yayın için kabul tarihi - 29 Mayıs 2004 (Accepted for publication - May 29, 2004).
- ♦ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Ahmet Ural. Mamak Cad., No: 43/1, 06340 Demirlibağçe, Ankara, Turkey.
Tel: +90 312 - 214 10 00 / 6473 Faks (Fax): +90 312 - 284 78 07 e-posta (e-mail): ahmetural2001@yahoo.com
- * 27. Türk Ulusal Otorinolarenoloji ve Baş-Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (4-9 Ekim 2003, Antalya) (Presented at the 27th National Congress of Turkish Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery (October 4-9, 2003, Antalya, Turkey)).

yolojik inceleme ve fasiyal sinir fonksiyonları, iki taraflı normal olarak değerlendirildi.

Hastanın yapılan ultrasonografisinde, aurikülanın alt bölümünde, anteriorun tragus komşuluğunda 1.2x0.4 cm boyutlarında kistik, posteriorunda 2.5x1.2 cm boyutlarında kistik alanlar içeren solid komponentli lezyon saptandı.

Anjiyografide ise, sağ ana karotid arter, bifürkasyon düzeyi ve internal karotid arter doğal görünümde olup, auriküla düzeyinde ağırlıklı olarak eksternal karotid arterin posterior auriküler arter ve süperfisiyal temporal arter dallarından beslenen, erken arteriyel fazdan itibaren eksternal juguler vene drene olan yüksek akımlı fistüloz komponentinin ağırlıklı olduğu AVF ile uyumlu lezyon izlendi (Şekil 1).

Anjiyografide eş zamanlı olarak gelfoam partikülleri kullanılarak posterior auriküler arter ve süperfisiyal temporal arter embolize edildi. Ertesi gün hastaya sağ suprahyoid diseksiyon yapılarak, eksternal karotid arter ve dalları tanındı. Eksternal karotid arter, oksipital ve fasiyal arterler korunarak ligate edildi. Fonksiyonel ve kozmetik yönden geniş eksizeyonda kıyaslandığında yüz güldürücü sonuçlar sağlayan bu yöntem sayesinde lezyon boyutunda cerrahi girişimi takip eden beş ay içinde kademeli olarak gerileme oldu. Lezyon lojundan herhangi bir kanama olmadı ve boyundaki insizyon hattı skarsız olarak iyileşti (Şekil 2).



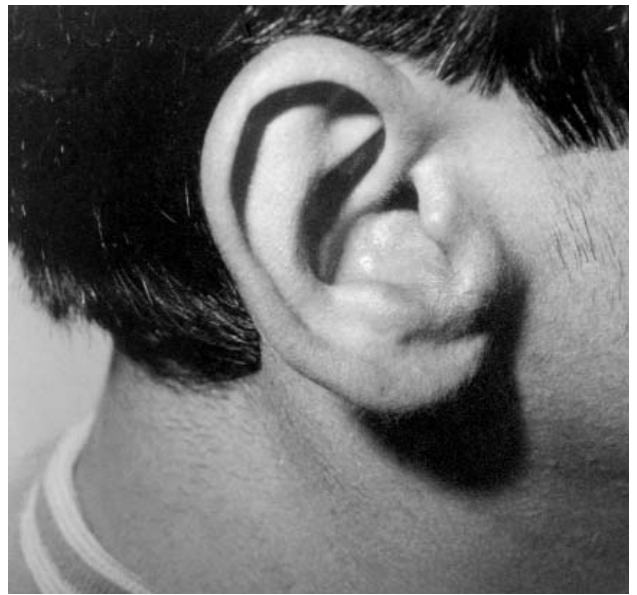
Şekil 1 - Lezyonun anjiyografik görüntüsü.

TARTIŞMA

Arteriyovenöz fistüller tromboz ve ektaziye ikincil genişlemeler şeklinde olabileceği gibi travma, puberte veya gebelikteki hormonal değişimlere bağlı olarak da ortaya çıkabilirler.^[1] Hemanjiyomlardan farklı olarak spontan regresyon göstermezler.^[2] Yapısal olarak AVF'ler şu şekillerde görülebilir:

1. Bir arter ve ven arasında doğrudan fistüloz bağlantı,
2. Anevrizmal dilate keseler arası oluşum,
3. Arterler ve venler arasındaki multipl bağlantı noktalarında damarların belirgin dilatasyonları,
4. Hemanjiyom veya hemanjiyoendotelyomaların bir bileşeni.^[3]

Arteriyovenöz fistüller akkiz ya da doğuştan olabilirler.^[4] Akkiz tiplerde fistül, travma sonrası açılan kan damarında kanın arterden vene bir yol oluşturması ile gerçekleşir. Bu durum, travma anında olabileceği gibi, damar cidarı hasarı sonrası daha geç bir dönemde de olabilir. Travmatik AVF, ilk kez 1762'de William Hunter tarafından bildirilmiştir.^[5] Doğuştan AVF'nin oluşum sürecinde, embriyonik vasküler sistemin arteriyel ve venöz komponentlerinin köken aldıkları ortak damardan ayrışamamaları söz konusudur. Bu durumda, normal arter ve ven arasında çoklu bağlantı noktaları gözlenir.^[3] Doğuştan tipte, semptomlar yavaş ve kademeli olarak ortaya çıkar.^[5]



Şekil 2 - Lezyonun ameliyat sonrası görünümü.

Fistüller, lokalize veya jeneralize olabilir. Lokalize tip daha çok baş-boyunda, jeneralize tip ise ekstremitelerde izlenir. Anjiyografide anormal bağlantı gösterildiğinde, etkilenen venin arteriyel kan basıncının direkt etkisiyle genişlediği ve kıvrımlı bir hal aldığı görülür. Arteriyel ve venöz sistemler arası bu kaçak, kalbin sağ taraf fonksiyonlarını bozarak kardiyak hipertrofi ve sağ kalp yetmezliğiyle sonuçlanabilir.^[3] Kanın normal doku yerine fistüle yönelmesinden ötürü, iskemik ülserasyonlar görülebilir.^[5] İskemik hasara bağlı olarak lezyon ve çevre dokuların erode olması, yüksek hızda kan akımında etkisiyle ani başlayan ciddi kanamalara neden olabilir.^[6]

Auriküler AVF'ler de akkiz veya doğuştan veya akkiz olarak ortaya çıkabilirler. Diğer AVF tiplerinden farklı olarak bir arter ve ven arası direkt bağlantı içerirler. Auriküla AVF'leri daima tek taraflıdır. Etkilenen kulak diğerinden boyut olarak daha büyük ve daha sıcaktır.^[3] Büyük ve kıvrımlı kan damarlarının pulsasyonları hissedilebilir ve oskültasyonla üfürüm işitilebilir.^[6]

Tedavi, fistüloz bağlantının orijin ve yapısına bağlı olarak değişir. Travmatik orijinli olgularda, birkaç arter-ven bağlantısı söz konusuysa, bu anormal bağlantılı damarların ligasyonu yeterli kür sağlayabilir. Bu yazıda sunulan olgu, muhtemel travmatik kökeni ve az sayıda damar arasında oluşmuş olmasından ötürü bu yöntemle tedavi edildi. Hastanın ameliyat sonrası dönemde lezyonu %80 oranında küçüldü ve kanama hiç olmadı. Eksternal karotid ligasyonu için yapılan insizyon, skar bırakmadan iyileşti. Ancak, doğuştan lezyonlarda, multipl anormal bağlantılı damarların varlığında veya aurikülada nekrotik, enfekte ve hemorajik lezyonlar tabloya eşlik etmekteyse, ligasyon sonrası rezeksiyon hatta auriküler amputasyon (aurikülektomi) dahi yapılabilir.^[3] Pham ve ark.^[6] cerrahi girişim öncesinde hem vaskülariteyi açık-seçik ortaya koymak, hem de kanlanmayı azaltarak müdahaleyi kolaylaştırmak için

selektif anjiyografi ve süperselektif embolizasyon yapılması yönünde görüş bildirmişlerdir. Cerrahi girişim yapılamayan olgularda tek başına embolizasyon, bir tedavi seçeneği olma vasfını korur. Jackson ve ark.^[1] ile Flye ve ark.,^[4] nüks eden olgularda düşük akımlı fistüller için %95'lik etanolün, yüksek akımlı fistüllerde ise %3'lük sodyum tetradesil sülfatın perkütan kateterle enjeksiyonunu "sklerozan tedavi" olarak savunmaktadırlar.^[5]

Arteriyovenöz fistüller için en seçkin tedavi opsiyonunun lezyonun eksizyonu olduğu söylenebilir, Mukherjee ve Okeowo,^[7] lezyonu besleyen tüm damarların ligate edilmesinin travmatik kökenli olgularda fonksiyonel ve kozmetik açıdan tatmin edici sonuçlar verebileceğini belirtmişlerdir.

Arteriyovenöz fistüller, arter ve ven arası anormal bir bağlantı olup, seyrek görülen bir klinik tablodur. Bu lezyonların aurikülada yerleşmesine ise daha nadir rastlanır. Aurikülanın travmatik AVF'leri, fistüle damarların doğrudan ligasyonu ile tedavi edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Jackson IT, Carreno R, Potparic Z, Hussain K. Hemangiomas, vascular malformations, and lymphovenous malformations: classification and methods of treatment. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:1216-30.
2. Yucel OT. Cavernous hemangioma of the auricle. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:153.
3. Obiako MN. Arteriovenous fistula of the auricle. *Ear Nose Throat J* 1988;67:604-7.
4. Flye MW, Jordan BP, Schwartz MZ. Management of congenital arteriovenous malformations. *Surgery* 1983;94:740-7.
5. Persky MS. Congenital vascular lesions of the head and neck. *Laryngoscope* 1986;96(9 Pt 1):1002-15.
6. Pham TH, Wong BJ, Allison G. A large arteriovenous malformation of the external ear in an adult: report of a case and approach to management. *Laryngoscope* 2001;111:1390-4.
7. Mukherjee DK, Okeowo P. Arterio-venous fistula of the ear. *J Laryngol Otol* 1978;92:169-76.