

Aurikulanın arterio-venöz malformasyonu: Olgu sunumu*Arteriovenous malformation of auricula: Case report***Murat Ulusan¹, Tolgar Lütfi Kumral², Salih Aydın³, M. Faruk Oktay³**¹*Diyarbakır Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır*²*Palandöken Devlet Hastanesi, Erzurum*³*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Geliş Tarihi / Received: 12.10.2009, Kabul Tarihi / Accepted: 08.12.2009

ÖZET

Arteriovenöz malformasyon (AVM) arter ile venin arada kapiller bağlantılar olmadan birbirine doğrudan bağlandığı anormal damarsal bir oluşumdur. Baş boyun bölgesinde sık görülmesine rağmen kulakta özellikle de aurikülada nadir görülür. Kliniğimize kulak kepçesinde kanamalı kitle şikayeti ile başvuran otuz üç yaşındaki bayan hastada, yapılan tetkikler ve histopatolojik incelemeler sonucunda sadece aurikülaya sınırlı bir AVM tanısı konuldu. Kitle çıkarılarak lokal pediküllü fleple rekonstrüksiyon yapıldı. Olgu literatür tartışması eşliğinde sunuldu.

Anahtar kelimeler: Arteriovenöz malformasyon, auriküla

GİRİŞ

Arteriovenöz malformasyonlar (AVM) vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilen gelişimsel damarsal bozukluklardır¹. Baş boyun bölgesinde sık görülmelerine rağmen aurikülada nadir olarak görülürler. Tercih edilen tedavi embolizasyonu takiben kitlenin tamamının çıkarılmasıdır. Bu bildiride sadece aurikülaya sınırlı olan ve anjiyografiyle ana besleyici damarının olmadığı tespit edilen bir AVM olgusu literatür eşliğinde sunulmaktadır.

OLGU

Kliniğimize, uzun zamandır var olan ve son senelerde büyümeye başlayan ve kulaktan kanamaya yol açan kitle şikayeti ile başvuran 33 yaşındaki bayan hastanın yapılan muayenesinde sağ aurikülada hipertrofiye yol açan, üzerinde kabuklanmalar bulunan, pulsasyon gösteren, 3,5x2x2 cm boyutlarında damarsal kitle tespit edildi (Şekil 1). Hastanın bu

ABSTRACT

Arteriovenous malformation is the existence of a direct communication between an artery and vein without capillary connections. Although arteriovenous malformations (AVMs) are frequent in head and neck region, it is rare in ear, especially in auricula. A thirty three year old female patient presented with hemorrhagic mass in her auricula. Radiological and histopathological examinations revealed an AVM that was limited to auricula. The mass is excised and reconstructed with a local pediculated flap. This case was presented together with a literature review.

Key words: arteriovenous malformation, auricula

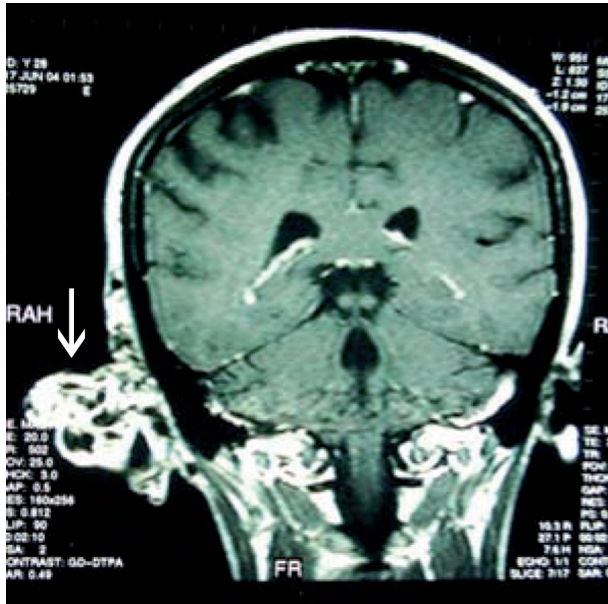
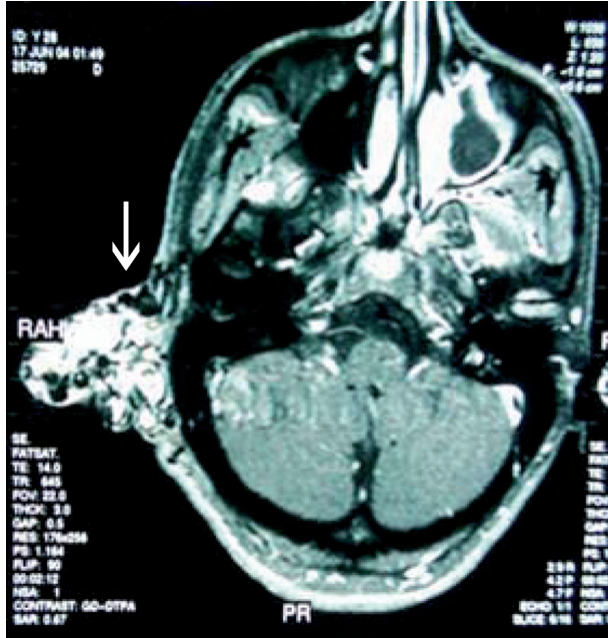
dönemde hamilelik ya da herhangi bir hastalık veya travma hikayesi yoktu. Kitle aurikülaya sınırlı olup, dış kulak yoluna uzanım göstermiyordu. Bunun dışındaki genel ve KBB muayenesi bulguları normaldi.



Şekil 1. Sağ auriküler AVM, eşlik eden aurikülada hipertrofi

Kontrastlı temporal magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'de sağ auriküladaki vasküler

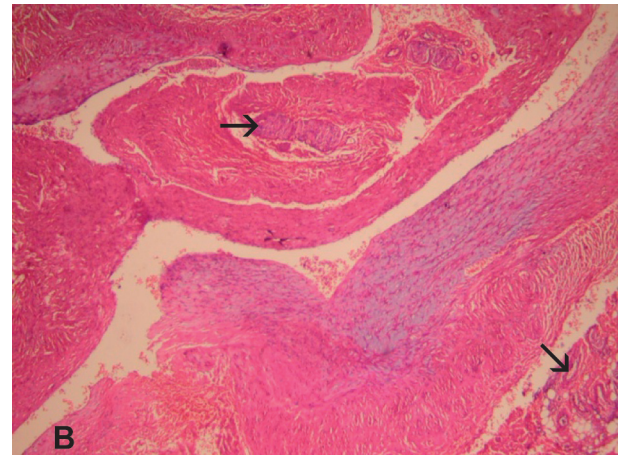
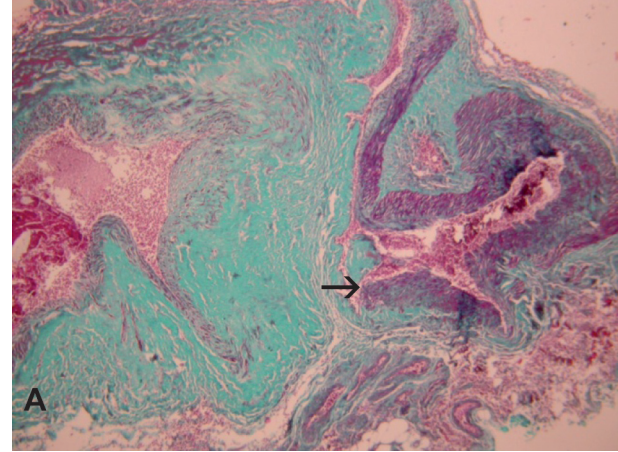
yapının temporal kemik ve frontotemporal bileşke komşuluğuna kadar cilt altında devam ettiği görüldü. Anjiyografide major bir besleyici damarı yoktu. Kitlenin intrakraniyal damarlarla ilişkisi olmadığı görüldü (Şekil 2).



Şekil 2. Aksiyel ve koronal planda kontrastlı T1 kraniyal MRG. Sağ aurikulaı tamamen invaze eden kitlenin cilt altından devam ettiği görülmektedir.

Kitle temiz cerrahi sınır bırakılarak ve kıkırdak doku korunarak çıkartıldı, temporoparyetofasial flep çevrilerek rekonstrüksiyon yapıldı. Histopa-

tojik tanısı arteriyovenöz malformasyon olarak bildirildi. Hastanın 18 aylık takibinde herhangi bir sorun görülmedi.



Şekil 3. Kitlenin mikroskopik incelenmesinde kalın duvarlı kavernöz damarsal yapılar dikkat çekmektedir (siyah ok) (A-Masson trikrom, X10; B-Hemotoksilen Eozin, X10).

TARTIŞMA

Vasküler malformasyonlar, vasküler ve lenfatik gelişim sırasında ortaya çıkan yapısal anomalilerdir. Mulliken'e göre damarsal anomaliler: Hemanjiyomlar ve vasküler malformasyonlar olarak ikiye ayrılırlar¹. Hemanjiyomlar genelde doğumdan sonra ortaya çıkıp proliferasyon ve regresyon dönemleri gösterirler ve kadınlarda daha sık görülürler. AVM'ler ise genellikle doğumda mevcut olup kozmetik problem dışında bulgu vermezler. Regresyon göstermezler, cinsiyet farkı göstermezler¹. İkinci, üçüncü dekadlarda kollateral damarların oluşumu ve dilatasyonu ile boyutları artabildiği gibi travma,

hormonal değişiklikler (puberte, hamilelik) ve enfeksiyon sonucu da boyutlarında artış görülebilir². Hemanjiomlardaki büyüme ise hücresele proliferasyona bağlı doku artışındandır. Histopatolojik olarak hemanjiomlardan farklı olarak AVM'ler de hücresele hiperplazi görölmezken, anormal damarsal yapıların ilerleyici duktal ektazisi görölür³. Bunun dışında kistik lenfanjiomlar AVM'lere benzerlik göstermekle birlikte boyun bölgesinde yerleşimi ve tipik olarak arter ve venlerden oluşan kistik alanlar içermeyle AVM'lerden kolayca ayırt edilebilirler⁴.

Akım hızlarına göre damarsal malformasyonlar ikiye ayrılırlar: Yavaş akımlı olanlar (kapiller, venöz, lenfatik ve kombine formlar) ve hızlı akımlı olanlar (arteriyovenöz fistüller ve AVM'ler)⁵.

AVM'ler merkezi bir odak etrafında toplanmış anormal arteriyovenöz şantlar ve çevreleyen kollateral damarlardan oluşan damarsal bir kitledir. Histolojik olarak aralarında anormal venöz bağlantılar olan kalın duvarlı arterlerden oluşur. Venlerde hızlı akıma bağlı sekonder reaktif hipertrofi, intimal kalınlaşma ve skleroz görölabilir. Vasküler malformasyonlar içerdikleri predominant yapıya bağlı olarak kapiller, venöz, lenfatik, arteryal ya da bunların karışımı şeklinde olabilir⁴. Bu olguda da yer yer kalın duvarlı kavernoöz damarsal yapılar göröldü.

Embriyolojik açıdan bakacak olursak, primitif vasküler pleksus embriyonik yaşamın 3. haftasında mesodermden gelişir. Dördüncü haftada bu oluşum arter, ven ve kapillerlere dönüşür. AVM'lerin fetal hayatta retriform pleksusta yer alan arteriyovenöz kanalların gestasyonun dördüncü-altıncı haftaları arasında gerilememesine bağlı olarak oluştuğu düşünülmektedir¹.

AVM'lerin makro ve mikrofistüller içerdęi düşünölür. Makrofistüller arterlerle venler arasında fonksiyonel olarak açık embriyolojik kalıntılardır ve doğumda mevcuttur. Mikrofistüller ise dormant durumdadırlar ve değişebilecek basınçlara yanıt verip heran makrofistül oluşturmaya hazırđırlar. Lokal travma, parsiyel cerrahi, endokrin olay (puberte, hamilelik, doğum) uyarı sinyali olup lezyonun büyümesine neden olabilirler.

Klinik olarak AVM'ler daha çok kanama ve kitle etkisine bağlı bulgu verirler. Bununla birlikte tromboza bağlı ağrı, pulsatil tinnitus, dokuda ısı artışı ve ödem de yapabilir. Ayrıca şantlar neticesinde dokuda iskemi ve nekroza hatta çok büyük olan kit-

leler kalp yetmezliğine de yol açabilir. Hastamızda da son dönemlerde ağrı ve kanama şikayeti mevcuttu, kanamalar neticesinde kitlenin üzerinde kabuklanmalar görölmekteydi.

Hikaye ve fizik muayene ile her ne kadar klinik olarak tanı konulabilse de, doku invazyonu açısından MRG altın standarttır⁵. Anjiografiden daha çok tedavi planlamasından sonra besleyici damarı göstermek ve gerekirse embolize etmek için faydalanılır. Kesin tanı, histolojik olarak venlerdeki intimal kalınlaşma ya da arteriyovenöz bağlantıların gösterilmesiyle konur¹.

Schobinger'in klinik sınıflamasına göre AVM'ler dörde ayrılır¹:

Evre	Özellikler
1 sessiz	ciltte kızarıklık, sıcaklık
2 genişleme	bruit, pulsasyon, büyüyen lezyon
3 yıkım	ağrı, kanama, enfeksiyon, ülserasyon
4 dekompanzasyon	kalp yetmezliği

Bizim vakamızda bu sınıflamada evre 3'tür. Evre 1 ve 2'de sadece takip yeterliyken, evre 3'te müdahale gereklidir⁶. Embolizasyon semptomları azaltacağı gibi evreyi de düşürebilir. Hatta etanol kullanılarak yapılan selektif embolizasyonla tam kür elde edileceğini savunanlar da vardır⁷. AVM'nin esas tedavisi amputasyondur. AVM'e yol açan ve nidus olarak kabul edilen damar tamamen çıkarılmalıdır. Preoperatif embolizasyon kanamanın azalmasına yardımcı olabilir. Tam olarak çıkarılmamış bir AVM operasyondan sonra 1- 2 yıl içinde tekrar oluşabileceği gibi seneler sonra da ortaya çıkabilir.

Sonuç olarak, auriküler AVM son derece nadir görölen bir lezyondur, literatürde çok az vaka bildirilmiştir. Bizim vakamız da aurikülaya sınırlı bir AVM olgusu idi.

KAYNAKLAR

1. Mulliken JB, Young AE. Vascular Birthmarks; Hemangiomas and malformations, Philadelphia, W.B. Saunders, 1988
2. Kohout MP, Hansen M, Pribaz JJ, Mulliken JB. Arteriovenous malformations of the head and neck; natural history and treatment. Plast.Reconstr Surg 1998;102:643-654.
3. Woo HJ, Song SY, Kim YD, Bai CH. Arteriovenous malformation of the external ear: a case report. Auris Nasus Larynx 2008;35:556-558.

4. Soyer T, Kürşat O, Arıkan K, Hançerlioğulları Ö, Atasoy P, Çakmak M. Kistik lenfanjiomu taklit eden arteriovenöz malformasyon. *KBB ve BBC Dergisi* 2009;17:19-22.
5. Aslan S, Yavuz H, Cagici AC, Kizilkilic O. Embolisation of an extensive arteriovenous malformation of the temporal region as an alternate treatment: case report *J Laryngol Otol* 2008;122:737-740.
6. Wu JK, Bisdorff A, Gelbert F, Enjolras O, Burrows PE, Mulliken JB. Auricular arteriovenous malformation: evaluation, management and outcome. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:985-986.
7. Vinson AM, Rohrer DG, Willcox CW, et al. Absolute ethanol embolisation for peripheral arteriovenous malformation: Report of two cures. *South Med J* 1988;81:1052-1053.