

MR-A ile Tanı Konan Bir Karotiko-Kavernöz Fistül Olgusu

A case with Carotid-Cavernous fistula

Aytül MUTLU, Feray KIYMAZ SELEKER, Hulki FORTA

Şişli Etfal Hastanesi Nöroloji Kliniği

ÖZET

Karotiko-kavernöz fistül saptanan 52 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır. Hasta ağrılı oftalmopleji ile başvurmuş; tanı manyetik rezonans anjiyografiyle (MR-A) konulmuştur. Yazıda; karotiko-kavernöz fistüller gözden geçirilmekte, MR-A'nin ağrılı oftalmoplejide yeri tartışılmaktadır.

SUMMARY

52 years old woman with carotid-cavernous fistula is presented. She had "painful ophthalmoplegia" and her diagnosis was made by magnetic rezonance angiography (MR-A). In this article; the carotid cavernous fistula are reviewed and the MR-A in patients with "painful ophthalmoplegia" are discussed.

Karotis arteri ile kavernöz sinüs arasındaki fistüller (CCF) ilk defa 1809 yılında Traves's tarafından pulsatif ekzoftalmus olarak tanımlanmıştır.

Fistüller; ani göz ağrısı, pulsatif ekzoftalmi, gözde veya başta üfürüm, diplopi, kemozis, konjunktivit, göziçi basınç artışı ve kranyal sinir tutulumları şeklinde klinik verirler (1, 3).

CCF'ler, etyolojik olarak; spontan ya da travmatik, anjiyografik olarak; direkt (kavernöz sinüs-karotis) veya indirekt (kavernöz sinüs-meningeal damarlar) ve hemodinamik olarak ta yüksek ya da düşük akımlı olarak sınıflandırılabilirler (4).

Anjiyografik bulgulara dayanarak CCF'ler 4 tipe ayrılırlar (4). Amaç tedavi planını belirleme ve prognozu öngörmedir.

Tip A: Arterya karotis interna (ICA) ile kavernöz sinüs (CS) arasında direkt şant.

Tip B: ICA meningeal dalları ile CS arasında şant.

Tip C: Hem ICA'in hem de ECA'in meningeal dalları ile CS arasında şant.

Direkt fistüller travma, CS içinde anevrizma rüptürü, kollajen doku hastalıkları, arterite bağlı disseksiyonlar, fibromuskuler displazi nedeniyle oluşur. İndirekt CCF'lerin nedeni belli değildir. Gebelik, sinüzit, travma, cerrahi girişimler ve CS trombozlarına asosiyel olurlar.

Travmatik CCF'ler genellikle Tip A fistüllerdir. Na-

dir olarak spontan düzelirler. İdiopatik spontan CCF'ler orta yaşlı kadınlarda görülebilirler. Tip B, C, D grubuna girerler ve daha az ciddi kabul edilirler. (1, 4, 10).

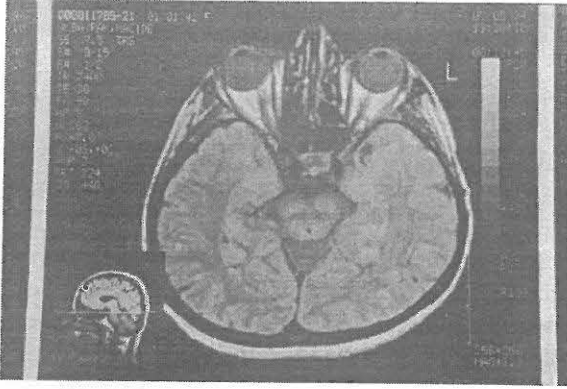
CCF'lerde kranyal sinir tutulumlarının venöz kanalların açılması sonucu CS içindeki basıncın artmasıyla oluştuğu gösterilmiştir (1). Yalnız bir kranyal sinir tutulumu bulunan olgular bildirilmiştir (1).

CCF'lerin komplikasyonları; intraserebral hematoma, subaraknoid kanama, göziçi kanamaları, epistaksis, otoraji, sekonder glokom (bulanık görme yakınması), serebral iskemi (CCF'den kayıpla), progresif proptozis, intrakranyal basınç artması olarak bildirilmektedir (9).

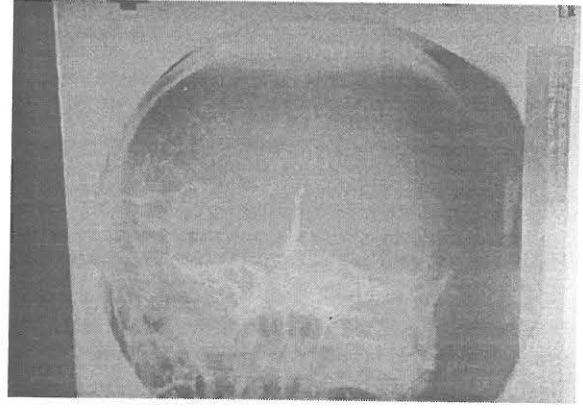
Tedavi oküler bulgu ve komplikasyonları rahatlatmaya yöneliktir. Arteryal ligasyon, intraarteryal balon yerleştirme ve embolizasyon teknikleri kliniklere ve olgulara göre kullanılmaktadır (2, 4, 6, 8, 10). ICA akımını azaltma amacıyla önerilen kompresyon (karotisin servikal bölümüne) tedavisi de olabilmektedir (10). Spontan kapanmalar da özellikle düşük akımlı CCF'lerde bilinmektedir (7).

OLGU

10 yıldır ayda 1-2 kez gelen, şiddetli olmayan, bazen bulantının eşlik ettiği ve 2-3 saatte kendiliğinden geçen, sağ yarım başağrısı tanımlayan 52 yaşında bayan hasta; şiddetli sağ göz ağrısı ve çift görme yakınması ile yatırıldı. Göz ağrısının ani ortaya çıktığını,



Resim 1: Kranyal manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) normal bulundu.



Resim 3-4: Konvansiyonel anjiyografi incelemesiyle fistülün görüntülenmesi.



Resim 2: Manyetik rezonans anjiyografide (MR-A) saptanan fistül.

eski baş ağrılarından farklı ve şiddetli olduğunu ifade etti. Göz ağrısı ile eş zamanlı olarak her iki kulağında uğultunun başladığı, ağrısının analjeziklere yanıt vermediği öğrenildi. Hasta ağrısının 4. gününde sağ göz kapağının düştüğünü ve çift görmeye başladığını ekledi.

Nörolojik muayenesinde; sağ gözde pupillanın konduğu 3. sinir tutulumu mevcuttu. Orbita üzerinde

ve temporal bölgede oskültasyonla sistolik üfürüm duyuluyordu. Diğer bulguları normal bulundu.

Rutin kan tetkikleri normaldi. Kranyal ve orbital manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) normal bulundu (Resim 1).

Manyetik rezonans anjiyografide (MR-A); CCF saptandı (Resim 2). Konvansiyonel anjiyografi ile CCF doğrulandı ve fistülün direkt ve düşük akımlı olduğu ortaya çıkartıldı (Resim 3-4).

Hastanın 3. sinir tutulumu yaklaşık 3 haftada düzeldi. Göz ağrısı azaldı, orbita üzerinde duyulan üfürüm devam etti. Bu sürede hasta medikal tedavi almadı.

TARTIŞMA

Sunduğumuz olgu; spontan, direkt, düşük akımlı CCF olarak değerlendirilmiştir. Anjiyografik olarak Tip A'dır. Hastamızda anamnez, laboratuvar ve anjiyografik olarak bir neden bulmak mümkün olmamıştır. Orta yaşlı kadınlarda daha sık olmak üzere idiyopatik spontan CCF'lerden söz edilmektedir (1, 4, 10). Phelps, Thompson ve Ossoinig'in 19 olgusundan 7'sinde de etyoloji saptanamamıştır (3).

İdiyopatik spontan CCF'lerin tip B, C, D olarak ortaya çıktıkları pek çok araştırmacının ortak fikridir (1, 4, 10). Bizim sunduğumuz olgu tip A özelliği gösteren anjiyografisiyle genelleme dışındadır. Olgunun teknik yetersizlikle tip A olarak değerlendirildiği esasta tip B olduğunu savlamak literatürle tam bir uyum getirecektir.

Hastamızın başvuru yakınması 3. sinir tutulumuna ait klinikdir. Yalnız kranyal sinir tutuluşu ile başvuru

örnekleri de literatürle oldukça fazladır (1). CCF'ler için klasik klinik prezantasyon; pulsatif ekzoftalmi, üfürüm ve konjonktival kemozisten oluşan triaddir (1, 3). Kurata ve arkadaşlarının sunduğu 12 olgunun 7 tanesi triadın en az bir semptomunu gösteriyordu (1). Sunulan olguda da bu triaddan yakınma ve oskültasyon bulgusu olarak üfürüm vardı.

Halbach ve arkadaşları (10), direkt fistüllerin %17'sinde ve indirekt fistüllerin %30'unda kompresyon ile düzelme olduğunu saptamışlardır. Olgumuza da bir süre kompresyon öğretilip yaptırılmıştır. Hastada klinik düzelme bu tedaviye bağlı olabileceği gibi spontan da olmuş olabilir. Barrow ve arkadaşlarının (4), 14 olgularının 4 tanesi spontan düzelmiştir.

Gerçi bunların hiçbirisi tip A CCF değildir ve en az izleneni 6 yıl izlenmiştir.

CCF'li hastalarda klinik tablo, triadın hiçbir bulgusu olmaksızın, yalnız ağırlı oftalmoplejiden ibaret kalabilir (1, 3). Ağırlı oftalmoplejilerde etyolojiyi araştırmada konvansiyonel anjiografinin yeri tartışılmaz gibi görünmekle birlikte, MR-A incelemelerindeki teknik gelişmelerin hızı şaşırtıcı görünmektedir. Olgumuzda tanı MR-A ile konmuş daha sonra konvansiyonel anjiografi uygulanmıştır. MR-A'nin pek çok hastalıkta olduğu veya olacağı gibi ağırlı oftalmoplejili hastalarda da etyolojiyi araştırmada konvansiyonel anjiografinin yerini almaya aday olduğunu söylemek mümkün görünmektedir.

KAYNAKLAR

- 1 Kurata A, Takano M, Tokiwa K, Miyasaka Y, Spontaneous Carotid Cavernous Fistula Presenting only with Cranial Nerve Palsy. AJNR 14: 1097-1101, 1993.
- 2 Sadato A, Taki W, Nishi S, Yamashita K, Kikuchi H, Ikada Y, Treatment of Spontaneous Carotid Cavernous Fistula Using an Electrodelectable microcoil. AJNR 14: 334-336, 1993.
- 3 Phelps C.D., Thompson H.S., Ossoinig K.C., The Diagnosis and Prognosis of Atypical Carotid-cavernous Fistula (red-eyed-shunt Syndrome) American Journal of Oph. 93: 432-436, 1982.
- 4 Barrow D.L., Spector R.H., Bravn I.F., Landman J.A., Tindall S.C., Tindal G.T.: Classification and Treatment of Spontaneous Carotid-Cavernous sinus Fistulas. J. Neurosurgery 62: 248, 1985.
- 5 Turner D.M., Vangilder J.C., Mostahed S., Pierson E.W.: Spontaneous Intracerebral Hematoma in Carotid-Cavernous Fistula J. Neurosurg 59: 680-686, 1983.
- 6 Sabates F.N., Tsai F., Sabates N.R., Blitstein B.: Transient Cranial Nerve Palsies After Cavernous sinus Fistula. Embolization. American Journal of Oph. Vol. 111 N. 6, 771-773, 1991.
- 7 Okabe H, Takashashi A, Tamai M. Color Doppler Imaging of a Spontaneously Resolved Carotid-Cavernous Sinus Fistula American Journal of Oph. 410-411, 1994.
- 8 Wilms G., Unilateral Double Carotid Cavernous Fistula Treated With detachable balloons AJNR 517, 1990.
- 9 Teng M.M.H., Chang T, Hung-Chi Pan D. et al. Brainstem Edema: An Unusual Complication of Carotid Cavernous Fistula. AJNR 12: 139-142, 1991.
- 10 Halbach V.V., Hieshima G.B., Higashida R.T., Reicher M.R. Carotid-Cavernous Fistulae: Indications for Urgent Treatment. AJNR 8: 627-633, 1982.