

1987-1991 Yılları Arasında DEÜTF Nöroşirürji Kliniğinde İzlenen AVM Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi

Metin GÜNER, Ümit ACAR, Tansu MERTÖL, Kemal YÜCESOY

D.E.Ü.Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmada 1987-1991 yılları arasında DEÜTF Hastanesi Nöroşirürji kliniğinde tanı konulan, izlenen ve/veya ameliyat edilen 28 Arteriovenöz malformasyon (AVM)'lu hasta yaş, cinsiyet, klinik, tetkik, operasyon tekniği, morbidite ve mortalite açılarından değerlendirilmiş ve sonuçlar literatür eşliğinde tartışılmıştır. Bu hastalardan 24'ü kliniğimizde opere edilmiş ve postoperatif morbidite %3,6; mortalite sıfır olarak bulunmuştur.

Anahtar sözcükleri: Arteriovenöz malformasyon, subaraknoid kanama, intraserebral kanama.

SUMMARY

In this clinical study twenty-eight patients with Arteriovenous malformation who were diagnosed, followed and/or operated in the Neurosurgery department of Dokuz Eylül University Medical Faculty Hospital, are discussed according to their: age, sex, symptoms, laboratory findings, operating techniques, morbidity and mortality in the view of the literatures. Twenty-four of these cases were operated at our clinic and their postoperative morbidity and mortality rates were 3.6% and 0% respectively.

Key words: Arteriovenous malformations, subarachnoid bleeding, intracerebral hemorrhage.

Anormal arter, ven ve kavernöz kanallardan oluşan nidusları ile karakterize olan AVM'lar doğumsal lezyonlar olup, normal olarak bu damarsal yapıların arasında bulunması gereken kapiller sistemin gelişimindeki eksikliklerden kaynaklanmaktadır.

Tıptaki gelişmeler sonucunda daha sık ve erken tanı konulabilmesi, ve bu lezyonların anatomik-hemodinamik yönlerinin daha iyi anlaşılabilmesi nedeniyle son yıllarda AVM'ların tedavisinde çeşitli alternatifler ortaya çıkmıştır(1,2,3,4,5,6). Bu seçeneklerin başında yer alan cerrahi olarak total eksizyon uygulanması prensibi esas olarak alınan kliniğimiz sonuçları değerlendirilmiş ve diğer tedavi yöntemleri ile birlikte literatür eşliğinde tartışılmıştır(7,8,9).

GEREÇ VE YÖNTEM

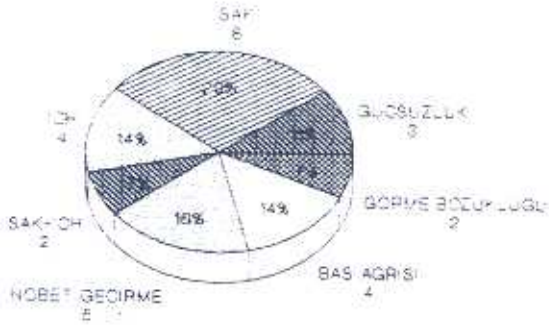
1987-1991 yılları arasında DEÜTF Hastanesi Nöroşirürji kliniğinde yatarak izlenen AVM'lu 28 hastanın 23'ü erkek (%82), 5'i kadın (%18) idi. Ortalama yaş 34,3 (2-61) olarak bulundu. Hastaların 8'i (%28,8) SAK, 4'ü (%14,4) ICH, 2 hastada (%7,2) SAK+ICH nedeniyle başvururken 14 hasta (%50) kanama olmaksızın çeşitli yakınmalarla başvurdu.

BULGULAR

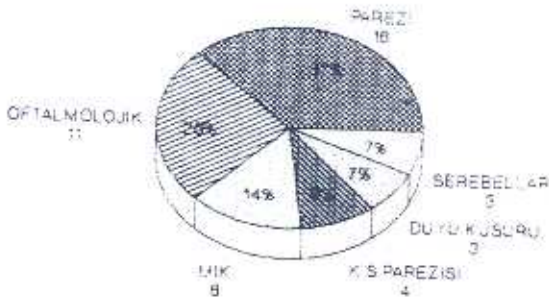
Hastalarda görülen en sık yakınmalar bilinç yitimi ve oftalmolojik yakınmalar olurken (Tablo I), nörolojik muayenelerinde saptanan en sık bulgu-

lar da, çeşitli derecelerde parezi ve oftalmolojik bulgular olmuştur (Tablo II).

Tablo I. Yakınmalar



Tablo II. Nörolojik Bulgular

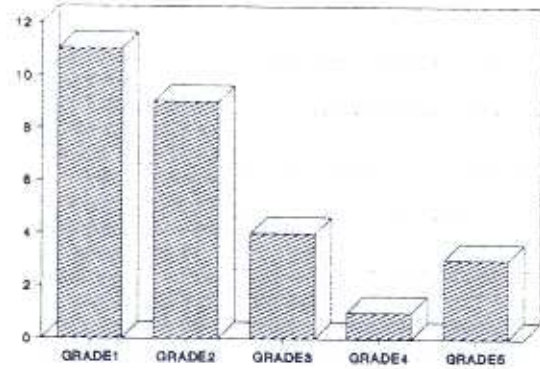


Tanı amacıyla hastaların tümüne BT yapılırken bir torakal AVM'li, biri de astrositoma nedeniyle opere edilip eşlik eden AVM'si bulunan iki hasta dışındaki tüm hastalara perkütan ve/veya digital substraksiyon anjiyografi uygulandı. Hastalardan sadece ikisine tanı amaçlı LP yapıldı.

Hastaların birinde AVM ile aynı lokalizasyonlu düşük grade'li Astrositoma bulunurken, temporal lobda AVM'u olan bir hastada aynı taraf internal karotid arter anevrizması bulunmuş ve her iki patolojiye de aynı seansta müdahale edilmiştir.

AVM'lar çeşitli lokalizasyonlarda saptanmış olup, en sık parietal lokalizasyonda izlenmiştir (%32,4). AVM'ler Spetzler ve Martin sınıflamasına(10) göre derecelendirilmiştir (Tablo III).

Tablo III. AVM Grade'leri



Hastalardan 24'ü (%86) kliniğimizde opere edilmiş olup, genel durumu iyi olan ve operasyonu kabul etmeyen üç hasta kendi istekleriyle taburcu edilmiş, derin talamik yerleşimli AVM'u olan bir hastaya da ileri dönemde tedavi planlanmıştır.

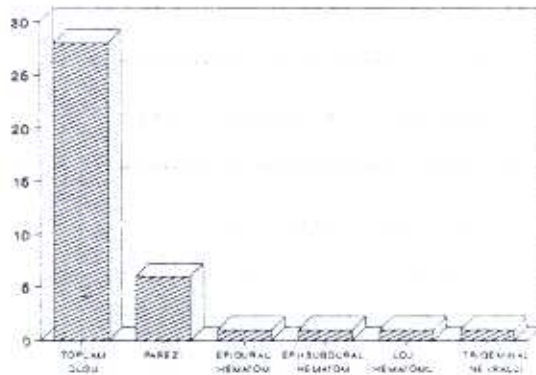
Operate edilen hastaların tümünde anjiyografik olarak belirlenmiş AVM kitlesinin tüm besleyicilerinin kapatılması ve rezeksiyonu esas alınmıştır. 15 hastaya (%54) total rezeksiyon yapılırken 9 hastaya da (%32) subtotal rezeksiyon uygulanmış, 4 hasta da (%14) kendi istekleri ile opere edilmeden eksterne edilmiştir. Subtotal re-

zeksiyon uygulanan hastalardan ikisinin lezyonu ikinci, ikisi de üçüncü seans sonucu total olarak rezeke edilmiştir. İkinci seans uygulanan hastaların biri grade II, diğeri grade III iken üçüncü seans uygulanan hastalardan biri grade III, diğeri de grade IV lezyona sahipti. Opere edilmeyen hastaların biri grade II, biri grade III, ikisi de grade V lezyonu olan hastalardı.

Hastaların post-op kontrolleri anjiyografi ve BT ile yapılmıştır.

Post-op erken ve geç dönem komplikasyonları Tablo IV'de gösterilmiştir. Genel operasyon morbiditesi %3,6, mortalitesi yüzde sıfır olarak bulunmuştur.

Tablo IV: Postoperatif Komplikasyonlar



TARTIŞMA

Anormal arter, ven ve kavernöz kanallardan oluşan nidusları ile karakterize olan AVM'lar doğumsal lezyonlar olup %80'i dördüncü dekadın sonuna kadar semptomatik ve tam konulabilir hale gelir(11,12). Kanama oranı kanama geçirememişlerde her yıl için %1 artarken, rekürren kanama ilk yıl için %6 sonraki yıllarda

%2 oranında artarak izlenir(1,11,12,13,14). Bu rakamlar anevrizmalar kadar fazla olmadığı için tanısı konmuş hastalarda operasyonun elektif şartlarda yapılması gerektiği bildirilmiştir. Yine aynı nedenle tedavinin gerekliliği ve şekli halen tartışılmaktadır. Genel görüş bizimde esas olarak kabul ettiğimiz total eksizyon doğrultusunda olmakla birlikte, konvansiyonel fraksiyone radyoterapi uygulaması, stereotaktik olarak direkt radyasyon uygulanması (Linceer akseleratör), stereotaktik olarak AVM yumağı içine radyoaktif ağır metaller yerleştirilmesi, okkült lezyonların stereotaktik olarak eksizyonu, mikrocembolizasyon teknikleri gibi değişik tedavi şekilleri mevcuttur (1,2,3,4,5,6). Tüm bu yöntemlerin uygulanmasına ait son dönemlerde yayımlanmış geniş seriler bulunmasına karşın, operabl vakalarda yine de eksizyon önerilmektedir(7,8,9). Bir başka görüşte özellikle kanamadan saptanmış AVM'larda hiç bir tedavi uygulamadan sadece izleme yoluna gidilmektedir(14,15,16). Y.İtoyama ve arkadaşlarının 13,6 yıl süreyle opere edilmeden izlediği 29'u kanamış, 21'i kanamamış AVM'lu 50 hastaya ait genel morbidite-mortalite oranları eksizyon uygulanan diğer serilerden daha yüksek bulunmuştur(14).

Arteriovenöz malformasyonlu hastalarda gebelik ve doğum sırasında kanama riskinin arttığı bildirilmiştir(17,18). Bizimde servikal AVM nedeniyle opere ettiğimiz bir kadın hasta post-op 1. yılda miad gebe olarak ikinci kanama ile başvurmuş ve hastanın sezeryan ile çocuğu doğurtulduktan 9 gün sonra AVM'una müdahale edilmiştir.

AVM'lu hastalarda her kanama için morbidite-mortalite oranları %6-28 arasında bildirilmiştir. Bu oranlar özellikle ilk kanamada artmaktadır

(1,3,12,19). Opere edilen hastalarda erken dönemde morbidite oranları oldukça yüksek iken, izlenebilen hastalarda geç dönemlerde bu oranların azaldığı görülmüştür(3,9,20). Opere ettiğimiz hastalardan ikisinde preoperatif varolan kranial sinir tutuluşunun postoperatif dönemde de sürdüğü görülmüş, bunun dışında erken dönemde varolan özellikle parezi gibi semptomların kaybolduğu görülmüştür. Hastalarımızdan sadece birinde postoperatif trigeminal nevralji ortaya çıkmış, ölen olmamıştır. Operasyon morbiditemiz %3.6, mortalitemiz sıfır olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak gelişen yeni tedavi tekniklerinin çeşitliliğine karşın, biz yine de arteriovenöz malformasyonların tedavisinde cerrahi müdahale ile rezeksiyonu önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Heros RC and Tu TK. Is surgical therapy needed for unruptured arteriovenous malformations. *Neurology* 1987; 37: 279-286.
2. Colombo F, Benedetti A, Pozza F, Marchetti C, Chiarego G. Linear accelerator radiosurgery of cerebral arteriovenous malformations. *Neurosurgery* 1989; 24: 833-840.
3. Drake CG. Cerebral arteriovenous malformations: Considerations for and experience with surgical treatment in 166 cases. *Clin Neurosurg* 1979; 26: 145-209.
4. Dudley HD and Patrick JK. Stereotactic resection of occult vascular malformations. *J Neurosurg* 1990; 72: 698-702.
5. Kjellberg RN, Davis KR, Lyons S, Butler W, Adams RD. Bragg peak proton beam therapy for arteriovenous malformations of the brain. *Clin Neurosurg* 1984; 31: 248-289.
6. Kondziolka D, Lundsford LD, Coffy RJ, Bissonette DJ, Flickinger JC. Radiosurgery of occult vascular malformations. *Neurosurgery* 1990; 27: 892-900.
7. Crawford PM, West CR, Chadwick DW, et al. Arteriovenous malformations of the brain: Natural history in unoperated patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986; 49: 1-10.
8. Heros RC, Korosue K, Diebold PM. Surgical excision of cerebral AVMs: Late Results. *Neurosurgery* 1990; 26: 570-578.
9. Yaşargil MG. *Microneurosurgery*. New York, Thieme Medical Publishers 1988; 3B: 376-378.
10. Spetzler RF, Martin NA. A proposed grading system of AVMs. *J Neurosurg* 1986; 65: 476-483.
11. Alfred JL and Louis R. Cerebral arteriovenous malformations. *J Neurosurg* 1984; 60: 14-22.
12. Fults D and Kelly DL. Natural history of AVMs of the brain: A clinical study. *Neurosurgery* 1984; 15: 658-662.
13. Graf CJ, Perret GE, Tomer JC. Bleeding from cerebral arteriovenous malformations as part of their natural history. *J Neurosurg* 1983; 58: 331-337.
14. Yocchi I, Uemura S, Ushio Y, et al. Natural course of unoperated intracranial arteriovenous malformations: Study of 50 cases. *J Neurosurg* 1989; 71: 805-809.
15. Brown RD, Wiebers DO, Forbes G, et al. The natural history of unruptured intracranial AVMs. *J Neurosurg* 1988; 68: 352-357.
16. Brown RD, Wiebers DO, Forbes G, et al. The natural history of unruptured intracranial AVMs. *J Neurosurg* 1988; 68: 352-357.
17. Horton JC, Chambers WA, Lyons SL et al. Pregnancy and the risk of hemorrhage from Cerebral arteriovenous malformations. *Neurosurgery* 1990; 27: 867-872.
18. Dias MS and Sekhar LN. Intracranial Hemorrhage from Aneurysms and Arteriovenous Malformations during Pregnancy and the Puerperium. *Neurosurgery* 1990; 27: 855-865.
19. Abad JM, Alvarez F, Manrique M, et al. Cerebral arteriovenous malformations: Comparative study. *J Neurosurg Sci* 1983; 27: 203-210.
20. Jomin M, Lesoin F, Lozes G. Prognosis for arteriovenous malformations of the brain in adults based on 150 cases. *Surg Neurol* 1985; 23: 362-366.

FARMORUBİCİN®

epirubicin

KANSER KEMOTERAPİSİNDE YENİ BOYUTLAR



 FARMITALIA CARLO ERBA

ENDİKASYONLARI: Meme, karaciğer, mide, karaciğer, pankreas ve akciğer kanserleri, over kanserleri, dâhil olmak üzere birçok tümör çeşidinde Farmorubicin ile tedaviden cevap alınmaktadır.

KONTRENDİKASYONLARI: Farmorubicin daha önce dokorubicin veya idarubicin gibi diğer antrasiklinlerin maksimum kumulatif dozun ile tedavi görmüş hastalarda, radyoterapi veya diğer anitümör ilaçlara yoll açığı ağır myelosupresyon saptanan hastalarda, halen veya daha önce kalp fonksiyonlarında bir bütüklük belirtilmiş hastalarda kontrendikedir.

DOZAJ: Farmorubicin tek başına kullanıldığında enjeksiyon için tavsiye edilen doz vücut yüzeyinin her m² için 50-90 mg'dir. İlaç I.V olarak 3-5 dakikalık bir sürede enjekte edilmesinde tedavi hastanın hematomodüler durumu da gözönüne

alınarak 21 günde bir tekrarlanmalıdır. Potansiyel kardiyotoksik risk, halmazıda veya geçmişte mediastinal lenkardiyal bölgesine radyoterapi tatbik edilmiş hastalarda artabilir.

Farmorubicin kardiyotoksik potansiyelle sahip ilaçlarla birlikte verildiğinde, maksimum kumulatif doz tayin edilirken, bu husus gözönünde tutulmalıdır.

Hamilelikte kullanılması tavsiye edilmez.

Farmorubicin uygulandıktan sonraki 1-2 gün boyunca idrâr kırmızı bir renk alabilir.

YAN TESİRLERİ: Myelosupresyon ve kardiyotoksikite için ya nisra eşliğinde belirtilen yan tesirlerin görüldüğü bildirilmiştir. Bulantı kusma diyare gibi gastrointestinal rahatsızlıklar, Alopesi, muközik hiperprezeksi hiperprezeksi.

UYGULAMA İLE İLGİLİ UYARILAR: Farmorubicin yalnız

I.V enjeksiyon şeklinde verilmektedir. Oral olarak uygulandı-
ğında aktif değildir.

Intramusküler ve intratekal olarak verilmemelidir.

Enjeksiyon esnasında Farmorubicin'in ekstremitelerini ağır doku lezyonlarına hatta nekroza yoll açabilir.

TICARİ ŞEKLİ

10 mg liyofiliz. Epirubicin hidroklorür içeren flaskon 5 ml enjeksiyon sıvısı içeren gözücü ampul.



Reçete ile satış.

Ruhsat Sahibi ve İmal Yeri: Farmitalia Carlo Erba S.P.A. (Montedison Group) Milano/İTALYA ruhsatı altında Cerro Erba İlaç Fab. Ltd. TOPKARI/İSTANBUL.

Ayrıntılı bilgi firmamızdan temin edilebilir. Yazışma adresi: Sağlık Sok. Opera İşhanı No. 41 Kat: 4 Taksim/İSTANBUL 80090.

KADINDA ANDROGENİZASYON BELİRTİLERİNİN NEDENE YÖNELİK TEDAVİSİ İÇİN DIANE[®] 35 / ANDROCUR[®]



 Hirsutizm
 Androjenetik
alopesi

 Akne
 Sebore

Semptomların şiddetine
uygun esnek tedavi
imkanı...



DIANE-35

Bileşenler: 1 Driş Diane-35, 2 mg Cyproteronasetat ve 0,0204 mg Finasterid içerir. **Özellikler:** Diane-35 Driş (kombinasyon cyproteronasetat, tacin organizmasında de oluşan androjenlerin etkisini önler. Bu nedenle kadında, yaşı için derecede androgen yapan ya da normal düzeydeki androjenlere karşı aşırı duyarlı nedeniyle oluşan androjenizasyon belirtilerinin tedavisi mümkündür. Diane-35 uygulamasında, akne ve sebore oluşumunda önemli rol oynayan yağ bezelerinin aşırı fonksiyonu engellenir. Bu durum genellikle 3-4 ayık bir tedaviden sonra, mevcut akne ölesyonunun gitmesine götürür ve yeni ölesimler oluşmaz. Deri ve saçın yağlanma sorunları genellikle daha çabuk kaybolur. Sebore ile birlikte si saç gelmesi de önlenir. Diane-35 tedavisinde androjen engelleme. Ayrıca nişini kanalı sağlar, erkek lohum hücrelerinin gelişimini engelleyerek saçın kalınlığı Endometriyum önlenmiş olan yumurtaları yenilemek için uygun değildir. Böylece, Diane-35 (yaşlı yıllardan de bir gebeliğe engel olur. **Endikasyonlar:** Kadında androjenlerle bağlı hastalıklarda, örn.: berrak akne komaında, özellikle sebore, ihrip veya sebore oluşumuna birlikte seyreden olgularda (Acne papulopustuloza, Acne nodulocystica), androjenetik akne ve hirsutizm olgularda. Ayrıca, ağır sebore, hirsutizm ve androjenetik alopesi kadınlarda oral kontraseptif olarak de uygulanır. **Dosaj ve Uygulama:** • Driş almına başlama: Bir sonraki adet başlamasına kadar beklenir. Driş almına şikusun 1 günü başlanır (başamanın 1. günü + şikusun 1. günü). İlk şikusu biraz kısa olabilir. takip eden şikuslar dört hafta sürer. • Takvimi ambalaj uygulanması: Takvimi ambalaj 2 güne uygun şikunlardır (örn., Ph.). **Pazarları** driş çıkararak öğlenmeden yutulur. Driş almının günün hang saatinde olacağı önemi değildir. Ancak driş almına hang saatte başlanıldığı ve bundan sonraki şikun drişleri bir önceki kadar devam edilir. Takvimi ambalaj, driş almının unutulup, unutulmadığını kontrol konularında size yardımcı olur. • 7 gün ara verme: Tüm drişleri almından sonra 7 gün ara verir ve adet başlamasına denir bir hafta olur. • Tedavinin sürdürülmesi: 7 günlük aradan sonra, bakımının durumu sağamsa veya devam etmemişse bakımının yeni ambalaja başlama. Böylece 3 hafta tedavi, 1 hafta ara verilmesi göre her ambalajı haftanın her gününde başlanarak tedavi sürdürülür. **Not edilmelidir:** Çok seyrek olarak, baş ağrısı, mide sıkılığı, teneke, göğüslerde gerginlik hissi, vücut ağırlığının ve ölesim düşüşünün azalması ya da depresif durumu ortaya çıkabilir. **Ticaret Şekli:** 21 Drişli blister ambalaj.

ANDROCUR-ORAL

Bileşenler: 1 Tablet Androcur, 50 mg Cyproteronasetat içerir. **Kadında Endikasyon ve Dosaj:** Hastalık derecesinde yüz ve vücutta kıllanma (ağır hirsutizm), androjenetik alopesi, ağır akne ve sebore ile birlikte Oral kontraseptif (ağır kadınlarda tedavi şikusun 1 günü (başamanın 1. günü + şikusun 1. günü) başlanır. Sadece amenerisi veya ileri derecede şikun düzensizlikleri olan kadınlarda, hastanın tedaviye engel tedavisi hermen başlama ve tedavisi başlanma gün şikusun 1. günü gibi kabul edilmelidir. **Özellikler:** Şikula uygulanmaya devam edilir. Şikusun 1-10 günlerinde (10 gün), günde 2 Tablet Androcur, yeniden sonra bir miktar maye ile yutulur. Buna ek olarak şikusu tedavi etmesi ve kontrolden korunması amacı ile şikusun 1-21 günlerinde (21 gün) günde 1 Driş Diane-35 alınır. **Not Edilmelidir:** Kadında Androcur-Oral Diane-35 kombinasyon tedavisi androjenizasyon önemi, bir gebelik engelleme. Göğüslerde gerginlik hissi oluşabilir. Tedavi altında, yorgunluk, is güçünde azalma, bazen hirsutizm veya depresif durumu görülebilir. Vücut ağırlığında değişiklikler mümkündür. **Ticaret Şekli:** 50 mg ile 50 tablet içeren cam şişe.

Schering Alman Raç ve Ecza
Ticaret Limited Şirketi
Buyukdere Cad. Boyteym Han
Kat B 80220 Şişli-İstanbul
Tel: 140 71 00-131 61 41

Ayrıntılı bilgi firmamızdan temin edilebilir