

**ARTER BAĞLANMASINI GEREKTİREN BİR
EPISTAKSİS VAKASI**

Dr. Şerif Ali TEKALAN*
Dr. Refik CEMİLOĞLU**
Dr. Yaşar ÜNLÜ***

ÖZET : Bu makalede, eksternal karotis arterin bağlanması gerektiren bir masif epistaksis vakası sunulmakta ve ilgili literatür gözden geçirilmektedir.

A CASE OF EPITAXIS WHO NEEDED ARTERIAL LIGATION

SUMMARY : A case with massive epistaxis which necessiated ligation of the external carotid artery is presented and relevant literatures are reviewed.

KEY WORDS. epistaxis, arterial ligation

Epistaksislerin çoğunda müdahale gerekmez, genellikle kanama kendiliğinden durur. Küçük bir kısmı bize ulaşır ve bunların % 90'ı septumun ön - alt kısmından olur. Başlıca etyolojik faktörler arasında akut ve kronik rinitler, travma, nasofarenks ve paranasal sinüslerin benign ve malign tümörleri, parazitler, akut enfeksiyon hastalıkları, ateroskleroz, kronik nefrit gibi hipertansiyona sebep olan hastalıklar, kalp ve akciğer hastalıkları, lösemi, trombositopeni, herediter hemorajik telenjektazi, anevrizma, karaciğer hastalıkları, endokrin bozukluklar, fosfor, CO gibi entoksikasyonlar, aşırı fizik efor ve ani basınç değişiklikleri sayılabilir. Epistaksislerin büyük kısmı konservatif tedavi ile durur ve nadiren cerrahi müdahale gerekir. Arter ligasyonunu gerektiren böyle bir vakayı sunmayı uygun bulduk.

VAKA TAKDİMİ : E.K. 33 yaşında erkek hasta. Üç gün önce aniden burun kanaması sebebiyle bir K.B.B. uzmanı tarafından

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Doçenti.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Doçenti.

(***) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B. Anabilim Dalı Uzmanı

anterior ve posterior tampon yapılan hastada zaman zaman şiddetli kanama oluyormuş. Hastada 2 yıl önce Almanya'da iken yine şiddetli bir burun kanaması olduğu ve boynunun sağ tarafından damar bağlandığı öğrenildi. 26.8.1985 tarihinde acil olarak kliniğimize getirilen hastada fizik muayenede, A : 36,8°C, T.A. : 110/80 mmHg, N : 90/dk., burun anterior ve posterior tamponluydu ve diğer sistem bulguları normaldi. Aktif kanaması yoktu. Laboratuvar bulgularından Hb : 9 gr/dl, beyaz küre : 12.000/mm³, protrombin zamanı : 14 (N : 10 —12), periferik yayma ve trombositler normaldi.

Takip edilmek üzere servise yatırılan hastaya sedasyon (diazem 3x5 mg) yapıldı ve transamin verildi. Zaman zaman nasofarenksten kanama oluyordu ve T.A. : 130 - 160/70 - 90 mmHg arasında değişiyordu. Hb'in 5'e kadar düşmesi üzerine 3 ünite taze kan verilen hastanın iki gün sonra tamponları çıkartıldı. Burun mukozasının normal ve sol pasajda posterior bölgeden abondan kanama olduğu görüldü ancak kanama odağı tesbit edilemedi. Yeniden anterior ve posterior tampon yapıldı ve antibiotik başlandı. İki gün içinde hiç kanaması olmayan hastanın tamponları çıkarıldı. Fakat 4 - 5 saat sonra meydana gelen şiddetli epistaksis sonucu hastanın Hb'ini 5'e düştü ve tekrar 2 ünite taze kan verildi. Anevrizma düşünülerek hastaya anjiyografi (Beyin Cerrahi Bölümünce) yapıldı ancak herhangi bir patoloji görülmedi. Acilen ameliyata alınan hastada GAA'da sol eksternal karotis arter, fasyal dalı üzerinden bağlandı ve olabilecek epistaksise karşı yeniden anterior ve posterior tampon yapıldı. Hastaya penisilin kristalize (8x3 milyon ü) ve genta (2x80 mg) başlandı. Postoperatif birinci gün hastanın sol gözünde periorbital ödem ve ekzoftalmus gelişti, 39°C ye kadar yükselen ateşi oldu, tamponları çıkartıldı, hiç kanama olmadı. Göz ve Beyin Cerrahisi Bölümlerinden konsültasyon istenen hastanın muayenesinde, pupiller izokorik, ışık refleksi (+), göz hareketleri konjuge, fundus normal ve sol tarafta ekzoftalmus bulundu. Orbital selülit teşhisi kondu, antibiyotiğe ek olarak kortizon (Prednol 60 mg/gün) başlandı. Şiddetli baş ağrısı olan hastanın çekilen Waters grafisinde maksiller ve frontal sinüslerin kapalı olduğu görüldü. Sinüs lavajı yapılarak pürülan mayi boşaltıldı. Baş ağrısı ve ateşi devam eden hastanın kan kültüründen Stafilococcus aureus

üredi. Ateşin devam etmesi ve ense sertliğinin başlaması üzerine Nöroloji Bölümünden konsültasyon istendi. Muayenede; göz dibi normal, ense sertliği; (+++), lomber fonksiyonda hücre : Ø, his ve kuvvet kaybı yoktu. Menenjit teşhisi ile Penisilin Kristalize (8x3 milyon ü.) ve Chlora (4x1 gr IV) başlandı. Beş gün sonra hastanın ateşi düştü ve üç gün daha takip edilen hasta şifa ile taburcu edildi. Üç ay sonra kontrole gelen hastanın hiçbir şikayeti yoktu ve burun içi normaldi.

TARTIŞMA : Epistaksislerin kesin sebebi vakaların çoğunda belirsizdir. Posterior epistaksiste hipertansiyon, ateroskleroz ve adrenalın deşarji spekülasyon konularındır. Biz de epistaksisi izah edecek bir sebep bulamadık. Kanama atakları esnasında bile arteriyel tansiyonda önemli bir yükselme görülmedi. İntrakranial bir anevrizma olabileceği düşünülerek anjiografi yapıldı. Fakat makroskopik bir anevrizma tespit edilemedi. Ancak anevrizmaların portakal büyüklüğünde olabileceği gibi mikroskopik seviyede olabileceği bildirilmektedir (2). Posterior epistaksis tedavisi üzerinde henüz bir görüş birliği sağlanamamıştır. Tampon, koter, balon, cerrahi müdahale hatta radyoterapi tavsiye edilmiştir. Tamponun başarısız oluşu arter bağlanması için endikasyon sayılır, fakat tamponlu bir hastada epistaksisin tekrarlaması genellikle yanlış ya da yetersiz konan tampondan dolaydır (3). Biz de tampona rağmen zaman zaman olan kanamayı durdurmak için yeniden iyi bir anterior ve posterior tampon yaptık ve kanamanın tamamen durduğunu gördük. Uzun süre bırakılan posterior tampon mukosilier fonksiyonu bozarak sinüzit ve üstaki tıkanıklığına sebep olur. Bizim vakamızda da tampon sonucu sinüzit, postoperatif dönemde ise orbital selülit ve menenjit gelişti. Tampon 2 - 3 gün sonra çıkarılabilir ve vakaların çoğunda kanama durur. Tekrarlayacak olursa yeniden tampon yapılmalıdır. Tampona rağmen 2 - 3 gün içinde durmayan kanamalarda arter ligasyonu tavsiye edilirken (1,5), Shaheen (4) 4 - 5 gün içinde durmayan epistaksislerde arter ligasyonu yapılmasını tavsiye etmektedir. Durdurulamayan masif epistaksislerin çoğunluğu maksiller bölgede olur ve transantral olarak maksiller arterin bağlanması idealdir (1). Nasal mukoza, kanının % 90'ını eksternal karotis sistemden alır (4). Eksternal karotis arterin bağlanması; steril oluşu, daha çabuk ve az rahatsız edici olması nedeniyle

tercih sebebidir (3). Bizim hastamızda daha önce boyunda diğer tarafta arter ligasyonu yapıldığı için olabilecek iskemi ihtimaline karşı başlangıçta beklemeyi tercih ettik, ikinci tamponun çıkarılmasından 4 - 5 saat sonra olan abondan kanama sebebiyle açılan operasyona aldık ve fasial arter üzerinden eksternal karotis arteri bağlayarak yeniden tampon yaptık. Gerek tampon, gerekse ligasyonun en sık görülen komplikasyonu kanamanın kontrol edilemesidir. Bizim vakamızda ise gerek postoperatif dönemde, gerekse 3 ay sonra yapılan kontrolde en ufak kanama görülmediği gibi hastanın da bir şikayeti yoktu.

Durdurulamayan abondan epistaksislerde iyi bir genel değerlendirilmeden sonra konservatif tedavinin başarısız kaldığı durumlarda cerrahi müdahalenin gerekli olduğu kanısına vardık.

K A Y N A K L A R

1. Golding - Wood PH : The role of arterial ligation in intractable epistaxis. J Laryngol otol (supp 1) 8 : 120 - 122, 1983.
2. Özkaptan Y, Poyrazoğlu E, Bayhan M : Bir epistaksis olgusu nedeniyle intrakavernöz ACİ Anevrizmaları. Türk Oto - Rino - Larengoloji Derneği XVII. Milli Kongresi. Hilal Matbaacılık Koll. Şti. İstanbul 1985 ss 217 - 220.
3. Pearson BW : Epistaxis : Some observations on conservative management J Laryngol Otol (supp 1) 8 : 115 - 119, 1983.
4. Shaheen OH : Epistaxis. In Ballantyne J, Groves J : (eds) Ear, Nose and Throat. Vol 3. London, Butterworths 1979, pp 147 - 162.
5. Whittaker CK : More on epistaxis (letter). Arch Otolaryngol 112 (1) : 112, 1986.