

İnternal juguler flebektazi

İki Olgu Sunumu

Bülent AKÇORA, Sinem KARAZİNCİR, Ali BALCI, İyad FANSA, Abdülkerim TEMİZ, Özlem SANGÜN

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi, Radyoloji, Kalp-Damar Cerrahisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalları, Hatay

Özet

İnternal juguler flebektazi (İJF) genellikle ağlama, öksürme ve Valsalva gibi intratorasik basıncı artıran manevralar sırasında, boyunda belirgin hale gelen şişlik şeklinde kendini gösterir. Burada birisi kendiliğinden gerileyen iki İJF olgusu sunulmuştur. Her ne kadar bu lezyonların çoğu cerrahi olarak eksize edilse de, asemptomatik vakalar konservatif olarak izlenmelidir.

Summary

Internal Jugular Phlebectasia: Report of two cases

Internal jugular phlebectasia usually presents as a neck mass that increases in size with maneuvers, which increase intrathoracic pressure such as crying, coughing and Valsalva. We presented two cases of phlebectasia of internal jugular vein in children with spontaneous regression in one of them. Even though most of these lesions have been excised surgically, the treatment of choice should be conservative as long as asymptomatic.

Anahtar kelimeler: Juguler ven, flebektazi, çocuk

Key words: Jugular vein, phlebectasia, child

Giriş

Flebektazi, venlerin sakküler veya fusiform genişlemesidir ve kıvrıntılı dilatasyonu ifade eden varis teriminden farklıdır. Flebektazi, tüm juguler venlerde (internal, external, anterior) görülebilir. En sık olarak internal juguler ven (İJV) etkilenir (2,3,5). Toraks içi basıncı arttıran durumlarda ortaya çıkan, boyun şişliği şeklinde kendini gösterir. Bugüne kadar İngilizce literatürde 100'den fazla vaka belirtilmiştir.

Olgu Sunumları

Olgu 1: 2 yaşında erkek hasta 2 ay önce fark edilen ve zaman zaman ortaya çıkan, boyun sol tarafındaki şişlik yakınmasıyla getirildi. Fizik muayenede ağlama sırasında belirginleşen, istirahat sırasında kaybolan 4x3 cm boyutlarında, ağrısız yumuşak doku şişliği saptandı (Resim 1). Diğer sistem muayeneleri normaldi. Doppler ultrasonografide (USG), istirahat sırasında İJV çapları arasında belirgin fark yoktu.

Ancak, Valsalva sırasında sağ İJV çapının, istirahat sırasındaki çapının 2,5 katına çıktığı ve lümen içinde türbülant kan akımı olduğu saptandı. 6 aylık izlemde hastanın fizik muayene bulgularında değişiklik olmadı.

Olgu 2: 11 yaşında erkek hasta altı aydır devam eden, öksürme sırasında belirginleşen boyun şişliği yakınmasıyla başvurdu. Hastada geçirilmiş ameliyat



Resim 1. Birinci olguda, ağlama sırasında belirginleşen sol İJF.

Adres: Bülent Akçora, Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay
Yayına kabul tarihi: 19.10.07

ve travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede boyunun sağ tarafında, sternokloidomastoid kasın ön kısmında Valsalva manevrasıyla belirginleşen, istirahatle kaybolan, 5x4 cm büyüklüğünde yumuşak doku şişliği mevcuttu (Resim 2). Şişlik üzerinde üfürüm veya trıl mevcut değildi. Diğer fizik muayene bulguları ve



Resim 2. İkinci olguda, Valsalva sırasında belirginleşen sağ İJV.



Resim 3. İkinci olguda, Valsalva sırasındaki USG görüntüsü. Hemen medialinde karotid arter bulunan genişlemiş sağ İJV. Normal genişlikteki sol İJV.

*Sağ ve sol karotid arterler.



Resim 4. İkinci olgunun 1,5 yıl izlem sonundaki görünümü.

akciğer grafisi normaldi. Doppler USG, sağ İJV çapının, Valsalva sırasında normal çapının 3 katına çıktığı ve içinde türbülant kan akımı olduğu saptandı (Resim 3).

1.5 yıllık izlem sonunda hastanın semptom ve bulgularında gerileme olduğu saptandı (Resim 4).

Tartışma

Filebektazi ilk kez Harris tarafından 1928'de sakküler veya fusiform ven genişlemesi olarak tarif edilmiştir. Venöz pseudoanevrizma, konjenital venöz kist, venöz ektazi ve venoma olarak isimlendirilir (2,14).

İJV sıklıkla ağlama, öksürme veya ıkınma gibi toraks içi basıncını artıran durumlar sırasında belirginleşen, ağrısız, nonpulsatil, tek taraflı yumuşak şişlik olarak karşımıza çıkar (2).

İJV'nin nedeni tam olarak açıklanamamıştır. İdiyopatik olduğunu düşünenler (2,14) yanında, ven duvarındaki kas tabakasının doğumsal eksikliğine bağlı olduğuna inananlar da vardır (2,14,15). Bunlara ilaveten boyun alt kısmındaki ve mediastendeki mekanik obstrüksiyonlar da juguler flebektaziye neden olabilir (2,15). Eksize edilen segmentlerin histopatolojik incelenmesi çoğunlukla normal olarak bulunmuştur. Diğer vakalarda ise, duvar kalınlığında azalma, kas tabakasının yokluğu veya yetersizliği, destek dokusu miktarındaki değişiklikler, elastik dokuda azalma ve bağ dokusu hipertrofisi gibi bulgular kaydedilmiştir (11).

İJV sağ tarafta, sol tarafa göre beş kez daha sık görülür. LaMonte ve ark. bunu, sağ innominat venin sağ apikal plevra ile yakın temasta olmasıyla ilişkilendirmiştir. Böylece intratorasik basınç artışı direkt olarak sağ İJV e iletilmektedir (8). Ender olarak iki taraflı olabilir. Çocukluk yaş grubunda boyun kitlelerinin birçok nedeni vardır, ancak Valsalva manevrasıyla belirginleşenler, yalnızca laringosel, üst mediasten kitleleri ve jugular flebektazilerdir (5). Direkt grafide şişlik içinde hava olmaması ve üst mediastende genişleme saptanmaması, laringosel ve üst mediastinal kitleleri ekarte ettirir (9).

Tanı yöntemi olarak, geçmişte kitlenin iğne aspirasyonu, venografi, arteriografi kullanılırken, günümüz-

de bilgisayarlı tomografi, sintigrafi, manyetik rezonans görüntüleme ve doppler ultrasonografi gibi invaziv olmayan yöntemler kullanılmaktadır (3,4,6,10,13). Doppler USG bunlardan en kolay uygulanabilenidir. Valsalva (veya küçük çocuklarda ağlamanın ekspiryum fazı) sırasında, içinde türbülans akım görülen genişlemiş İJV'in görülmesi ve hemen medialinde pulsatil karotid arterin saptanmasıyla tanınır (6).

Komplikasyonları oldukça enderdir, İngilizce literatürde yaklaşık 106 İJV flebektazisi vakasının 2'sinde tromboz (12), 1'inde Horner sendromu belirtilmiştir (7). Teorik olarak kendiliğinden rüptüre olma olasılığı olsa da, bu komplikasyon şimdiye kadar belirtilmemiştir.

Tedavi konusunda fikir birliği yoktur. Balık ve ark. dilate segmentin gecikmeden çıkarılmasını önermiştir (1). Bowdler ve ark. pubertal yaşlara doğru kas dokusunun güçlenmesine bağlı olarak İJF boyutlarının azaldığını bildirmiştir (2). Birçok yazar asemptomatik vakalara dokunulmamasını, semptomatik vakaların ise, ameliyat edilmesini önerir (2,8). Flebektazi boyutlarının artması, flebit, trombüs, ses kısıklığı, kozmetik nedenler ve psikolojik sorunların ortaya çıkması başlıca cerrahi tedavi endikasyonlarıdır (6).

Cerrahi tedavide İJV bağlanarak dilate segment çıkartılır. İntrakranial ve ekstrakranial venler arasında çok miktarda kollateral olması nedeniyle İJV'in tek taraflı bağlanması genellikle venöz dönüşün bozulması açısından riskli olmayan bir girişim olarak bilinir. Ancak, sağ İJV ligasyonu uygulanan hastaların ikisinde boyun ve yüz ödemi, birinde de kafa içi basınç artışına ait semptomlar geliştiği belirtilmiştir (6). Bu yüzden venler arasındaki kollateralleri artırmak için, ameliyat öncesi, en az bir ay süreyle, İJV oklüzyon egzersizi yapılması önerilmektedir (6). Flebektazik segmentin Dacron meş ile sarılması alternatif cerrahi yöntemdir.

Sunulan birinci olguda 6 aylık izlem süresince kitle

boyutlarında değişiklik saptanmadı. Pubertal yaşta olan ikinci olguda ise, 1,5 yıllık takip sonunda, büyük olasılıkla kas yapılarındaki güçlenmeye bağlı olarak şişlik boyutlarında gözle görülür gerileme saptandı. Ultrasonografik olarak da flebektazi boyutlarında yarıyariya azalma saptandı.

Sonuç olarak, İJF'nin gerileme potansiyelinin olduğunu ve asemptomatik vakalara konservatif yaklaşımın, gereksiz cerrahi girişim sıklığını azaltabileceğini söyleyebiliriz.

Kaynaklar

1. Balık E, Erdener A, Taneli C, at al: Jugular phlebectasia in children. Eur J Pediatr Surg 3:46-47, 1993
2. Bowdler DA, Singh SD: Internal Jugular Phlebectasia. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 12:165-171, 1986
3. Derrick JR, Spencer DC: Localized cervical venectasia: Presented as a neck tumor. Am J Surg 103:521-522, 1962
4. Fitoz S, Atasoy Ç, Yağmurlu A, at al: Gadolinium-enhanced three-dimensional MR angiography in jugular phlebectasia and aneurysm. J Clin Imag 25:323-326, 2001
5. Gerwig WH: Internal jugular phlebectasia. Ann Surg 135:130-133, 1952
6. Hu X, Li J, Hu T, at al: Congenital jugular vein phlebectasia. Am J Otolaryngol 26:172-174, 2005
7. İnci S, Bertan V, Kansu T, at al: Horner's syndrome due to jugular venous ectasia. Childs Nerv Syst 11:533-535, 1995
8. LaMonte SJ, Walker EA, Moran WB: Internal jugular phlebectasia. Arch Otolaryngol 102:706-708, 1976
9. Nvako FA, Agugua NEN, Udeh CA, et al: Jugular phlebectasia. J Ped Surg 24:303-305, 1989
10. Okay NH, Bryk D, Kroop IG et al: Phlebectasia of the jugular and great mediastinal veins. Radiology 95:629-630, 1970
11. Paleri V, Gopalakrishnan S: Jugular phlebectasia: theory of pathogenesis and review of literature. Int J Pediatr Otorhi 57:155-159, 2001
12. Spiro SA, Coccaro SF, Bogucki E: Aneurysm of the internal jugular vein manifesting after prolonged positive pressure ventilation. Head Neck 13:450-452, 1991
13. Subramanian KS, Freeman ML, Gergangs G, at al: Nuclear scintigraphy as a diagnostic tool in venous aneurysms J Otolaryngol 13:409-411, 1984
14. Walsh RM, Murty GE, Bradley PJ: Bilateral internal jugular phlebectasia. J Laryngol Otol 106:753-754, 1992
15. Yokomori K, Kubo K, Kanamori Y, at al: Internal jugular phlebectasia. J Laryngol Otol 25:762-765, 1990