

Asemptomatik inferior vena kava anevrizmalı olgu

Cengiz ÖZDEMİR, Esra BİLGİN, Hikmet FIRAT, Sadık ARDIÇ

SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara.

ÖZET

Asemptomatik inferior vena kava anevrizmalı olgu

Venöz anevrizmalar yaygın değildir, bunların içinde de inferior vena kavanın segmenter anevrizması oldukça nadirdir. Inferior vena kavanın segmenter anevrizması ilk kez 1973 yılında Oh ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Venöz anevrizmalar çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte karın ağrısı, gastrointestinal kanama, akut venöz tıkanıklık, pulmoner emboliye hatta ani ölüme neden olabilmesi açısından klinik önem taşır. Olgumuz da asemptomatik olup, tesadüfen segmenter inferior vena kava anevrizması saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Vena kava inferior, anevrizma.

SUMMARY

Asymptomatic vena cava inferior aneurysm, case report

Cengiz ÖZDEMİR, Esra BİLGİN, Hikmet FIRAT, Sadık ARDIÇ

Clinic of Chest Diseases, Diskapi Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Ankara, Turkey.

Venous aneurysms are uncommon, whereas localized aneurysms of the inferior vena cava are extremely rare. Localized aneurysm of inferior vena cava was first published in 1973 by Oh et al. Though venous aneurysms are generally asymptomatic, it is clinically important because of showing the symptoms of abdominal pain, gastrointestinal bleeding, acute venous obstruction, pulmonary embolism and even sudden death. Our case is also asymptomatic and localized aneurysm of the inferior vena cava is detected incidentally.

Key Words: Vena cava, inferior, aneurysm.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Hikmet FIRAT, SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği,
ANKARA - TÜRKİYE

e-mail: hikfirat@gmail.com

Venöz anevrizmalar yaygın değildir, bunların içinde de inferior vena kava (İVK) anevrizması oldukça nadirdir. İVK anevrizması ilk kez 1973 yılında Oh ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (1). Literatürde 30 olgunun saptandığı bildirilmiş, yaptığımız taramada ise 2010 yılında iki yeni olgunun daha eklendiği görülmüştür (2-4). Venöz anevrizmalar çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte karın ağrısı, gastrointestinal sistem kanaması, akut venöz tıkanıklık, pulmoner emboliye hatta ani ölüm neden olabilmesi açısından klinik önem taşır (5). Burada asemptomatik olup, tesadüfen saptanan İVK anevrizmalı bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Elli sekiz yaşında kadın hasta, tekrarlayan öksürük şikayetiyle hastanemize başvurdu. Hasta ev hanımı idi ve sigara kullanmıyordu. Öyküsünde uzun süredir nonproduktif öksürük şikayetine ek olarak sık boğaz temizleme hissi ve boğaz ağrısı mevcuttu. İlaç kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenesi ve solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Radyolojik tetkiklerinde; PA akciğer grafisi normal sınırlarda olan hastanın waters grafisinde sağ maksiller sinüzit ile uyumlu bulguları ve kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde diyafragma üzerinde, sağ atriyum posterior komşuluğunda, İVK'da anevrizmal genişleme saptandı (Resim 1,2). Yapılan venografi incelemesiyle torasik İVK segmentinde sakküler anevrizmal dilatasyon varlığı teyit edildi (Resim 3).

Kronik sinüzite bağlı postnazal drip sendromu açısından tedavisi düzenlenen hasta, İVK anevrizması açısından asemptomatik olduğu ve komplikasyon saptanmaması nedeniyle radyolojik takibe alındı. Halen kontrollerinin ikinci yılında, asemptomatik olarak takip edilmektedir.



Resim 1. PA akciğer grafisinde sol diyafragmada elevasyon ve diyafragma altında kolona ait gaz izlenmektedir.

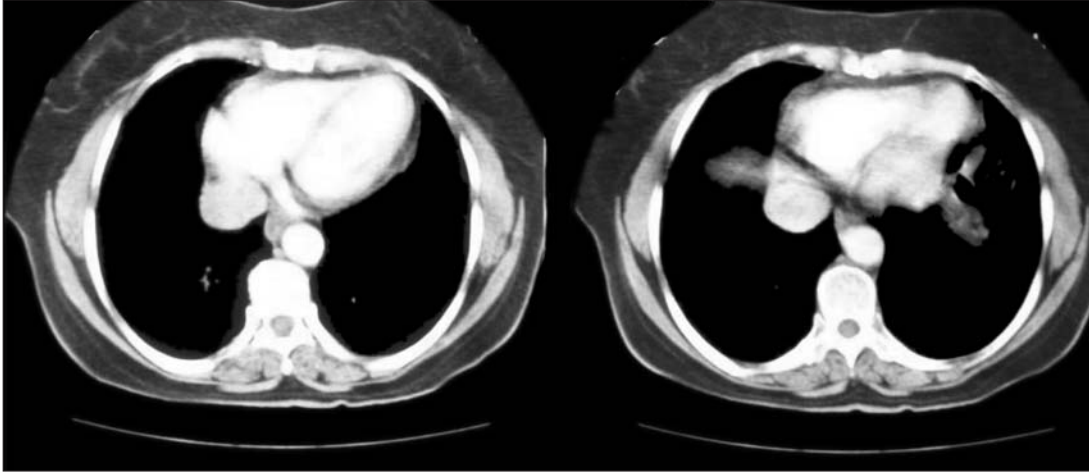
TARTIŞMA

Venöz anevrizmalar; fistül ya da psödoanevrizmalarla ilişkisi olmaksızın, tek bir bağlantıyla ana venöz yapıya bağlanan, lokalize venöz dilatasyon olarak tanımlanır. Histopatolojik olarak normal ven duvarının her üç tabakasını içerdikleri için gerçek anevrizmalardır, fakat duvar yapısında bulunan kas, elastik ve fibröz dokularda artış mevcuttur (5,6). Venöz anevrizmalar içinde oldukça nadir görülen İVK anevrizmasının etyolojisi bilinmemekle birlikte, embriyolojik olarak venöz yapılar arasındaki anastomozlardan geliştiği ve diğer kardiyovasküler anomalilerle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (7).

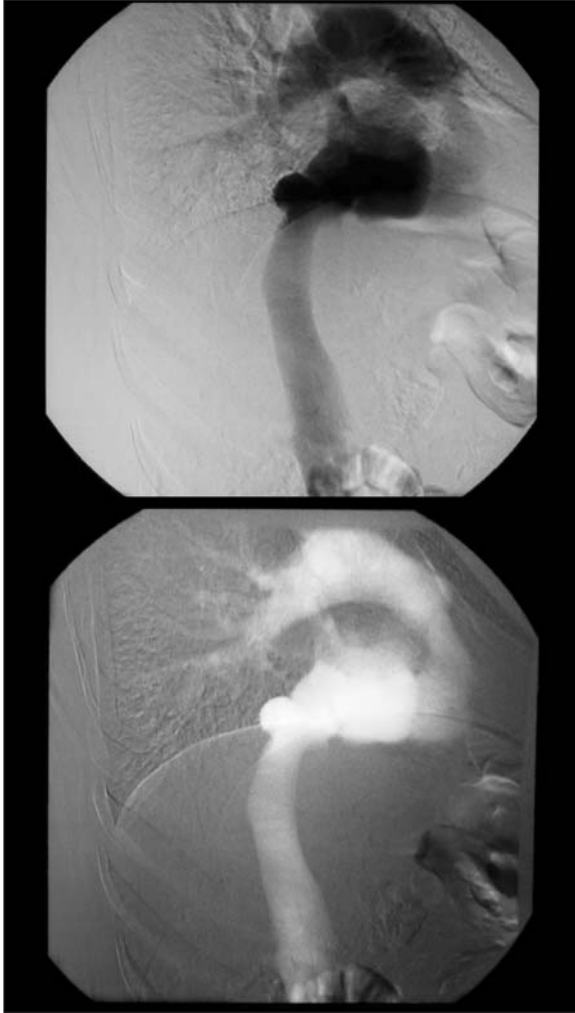
İVK anevrizmaları sakküler, fusiform ve divertiküler yapıda olabilir (8). İVK anevrizmaları, Gradman ve Steinberg tarafından embriyolojik ve anatomik özelliklerine göre dört tip (tip 1-4) olarak sınıflandırılmıştır (7). Tip 1 anevrizmalar venöz obstrüksiyon olmaksızın suprahepatik venöz anevrizmalardır. Tip 2 anevrizmalar infrahepatik ve suprahepatik kaval venin kesilmesiyle ilişkili anevrizmalardır. Tip 3 anevrizmalar konjenital anomalilerle ilişkisiz infrarenal İVK ile sınırlı anevrizmalardır. Tip 4 anevrizmalar ise iliyak veni içerir ve sol yerleşimli İVK birlikteliği mevcuttur. Literatürdeki İVK anevrizmalarının çoğu sakküler yapıda tip 3 anevrizmalardır. Bizim hastamızda ise sakküler yapıda tip 1 İVK mevcuttu.

İVK anevrizmaları çoğunlukla asemptomatik olup, hastalarda karın ağrısı, gastrointestinal sistem kanaması, akut venöz oklüzyon, pulmoner emboli ve ölüm görülebilir (2,3). Bizim hastamızda asemptomatik İVK anevrizması tesadüfen saptanmıştır. İVK anevrizmasının tanısından genellikle başka nedenler için yapılan araştırmalar sırasında saptanan fizik muayene ve radyolojik görüntüleme yöntemleri bulgularıyla şüphelenilir. Akciğer grafisi, BT, Dupleks renkli doppler ultrasonografi, manyetik rezonans anjiyografi ve konvansiyonel venografi gibi görüntüleme yöntemleri tanının doğrulanmasında kullanılabilir (5). BT ile İVK'nın normal boyutu infrahepatik segment için $2.7 \pm 1.5-3.7$ cm iken, kardiyak segment için 2.39 ± 0.5 cm'dir (1,9). Bizim olgumuzda da BT ile saptanan suprahepatik anevrizmanın boyutu, $3.3 \times 4 \times 3$ cm idi ve tanı venografiyle doğrulandı.

İVK anevrizması nadir görüldüğü için hastalığın seyri bilinmemektedir ve standart tedavi konusunda fikir birliği yoktur. Tedavi seçenekleri arasında, cerrahi rezeksiyon ve görüntüleme yöntemleriyle konservatif yaklaşım bulunmaktadır (7). Tip 2 ve tip 3 anevrizmalar komplikasyon geliştirme oranı yüksek olduğu için cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulur. Asemptomatik ve çok büyük olmayan tip 1 anevrizmalar, komplikasyon gelişme riski düşük olduğu için konservatif yak-



Resim 2. İntravenöz kontrast madde ile yapılan toraks BT incelemesinde inferior vena kavanın supradiafragmatik segmentinde genişleme izlendi.



Resim 3. Venogram ile inferior vena kavanın sağ atriyum bileşkesinden hemen önce sağ lateral duvarında sakküler tip anevrizmatik genişleme izlenmektedir. Anevrizma içerisinde trombüs izlenmemiştir.

laşım ile takip edilebilir (2). Takipte boyutlarında artış, kanama veya emboli gibi komplikasyon gelişen asemptomatik olgularda cerrahi rezeksiyon yöntemleri uygulanmalıdır (2,10,11). Bizim olgumuzda hastanın asemptomatik olması ve komplikasyon gelişme riski açısından daha az riskli olan tip 1 İVK anevrizmasına sahip olması nedeniyle izlem kararı verildi. Hasta ikinci yılında ve halen asemptomatik olarak takip edilmektedir.

Sonuç olarak; venöz anevrizmalar içinde oldukça nadir görülen İVK anevrizması ciddi komplikasyonlar yanında asemptomatik olarak da ortaya çıkabilir. Radyolojik görüntüleme yöntemleriyle saptanan anevrizmanın özellikleri tedavi seçiminde yol göstericidir. Bizim olgumuzdaki gibi asemptomatik, nispeten küçük boyutta tip 1 İVK anevrizmalarının tedavisinde konservatif gözlem bir seçenek olarak düşünülebilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bildirilmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Oh KS, Dorst JP, Haroutunian LM. Inferior vena cava varix. *Radiology* 1973; 109: 161-2.
2. Davidovic L, Dragas M, Bozic V, Takac D. Aneurysm of the inferior vena cava: case report and review of the literature. *Phlebology* 2008; 23: 184-8.
3. Deshpande A, Sahoo S, Chaudhari P, Abhijit R. Aneurysm of the inferior vena cava: accurate preoperative diagnosis and surgical excision. *ANZ J Surg* 2010; 80: 552-3.
4. Qaradaghi L, Imren VY, Ereren E, Tumer NB. Inferior vena cava aneurysm with hemothorax: rare presentation. *Ann Vasc Surg* 2010; 24: 823.

5. Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, Dougherty MJ, Savarese RP, Doerr KJ, et al. Venous aneurysms: surgical indications and review of the literatur. *Surgery* 1995; 117: 1-6.
6. Debing E, Vanhulle A, van Tussenbroek F, von Kemp K, van den Brande P. Idiopathic aneurysm of the inferior vena cava as a cause of massive penile bleeding. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998; 15: 365-8.
7. Gradman WS, Steinberg F. Aneurysm of the inferior vena cava: a case report and review literature. *Ann Vasc Surg* 1993; 7: 347-353.
8. Levesque H, Cailleux N, Courtois H, Claver E, Millon P, Benozio M. Idiopathic saccular aneurysm of the inferior vena cava: a new case. *J Vasc Surg* 1993; 18: 544-5.
9. Moncada R, Demos TC, Marsan R, Churchill RJ, Reynes C, Love L. CT diagnosis of idiopathic aneurysms of the thoracic systemic veins. *J Comput Assist Tomogr* 1985; 9: 305-9.
10. Augustin N, Meisner H, Sebening F. Ombined membranous obstruction and sacculer aneurysm of the inferior vena cava. *Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 43: 223-6.
11. Debing E, Vanhulle A, Van Tussenbroek F, von Kemp K, Van den Brande P. Idiopathic aneurysm of the inferior vena cava as a cause of massive penile bleeding. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998; 15: 365-8.