

OLGU SUNUMU

Diş çekimi sonrası gelişen internal juguler ven tromboflebiti

Internal jugular venous thrombophlebitis secondary to tooth extraction

Dr. Alper Tunga DERİN, Dr. Ufuk TEKBAŞ, Dr. Murat TURHAN,
Dr. Erkan KARACA, Dr. Bülent V. AĞIRDİR

Yirmi yaşında kadın hasta boyunda şişlik ve ağrı, ağzını açmada güçlük, nefes darlığı, bulantı, ateş, titreme yakınmalarıyla başvurdu. Öyküsünden, hastanın diş enfeksiyonu nedeniyle bir hafta amoksisilin kullandığı ve iki gün önce de aynı tarafta alt molar diş çekimi uygulandığı öğrenildi. Boyun muayenesinde, karotis üçgen bölgesinde yaklaşık 2x3 cm boyutlarında, cilt üzerinde minimal hiperemiye yol açan şişlik saptandı. İnternal juguler ven tromboflebiti tanısı ile parenteral antibiyoterapi yanı sıra antitrombotik tedavi uygulandı. Tedavinin 15. gününde patolojinin tamamen düzeldiği gözlemlendi. Tedavi sonrası sekizinci ayda hastanın yakınması yoktu.

Anahtar Sözcükler: Juguler ven; diş çekimi/komplikasyon; venöz tromboz/etyoloji.

A 20-year-old female patient presented with swelling and pain in the neck, difficulty in opening her mouth, dyspnea, nausea, fever, and shivering. She was prescribed amoxicillin for one week due to a teeth infection and had lower molar tooth extraction on the same side two days before. Neck examination showed a swelling, 2x3 cm in size, in the carotid triangle and minimal hyperemia on the skin. A diagnosis of internal jugular venous thrombophlebitis was made and parenteral antibiotherapy was administered along with antithrombotic therapy. Complete improvement was observed after 15 days and the patient was symptomless in the eighth month.

Key Words: Jugular veins; tooth extraction/complications; venous thrombosis/etiology.

Boyunda şişlik nedeniyle hastaların başvurusu kulak burun boğaz hastalıkları pratiğinde sıkça karşılaştığımız bir durumdur. Boyun kitlesi yapan nedenler arasında büyük venlerin tromboflebiti ise oldukça nadirdir. Bir orta kulak enfeksiyonu sonrasında gelişen lateral sinüs tromboflebiti ve bunu izleyen dönemde, enfeksiyonun kaudal olarak ilerlemesiyle internal juguler vende tromboflebit oluşurması görece olarak daha sık rastladığımız bir durumdur. İnternal juguler ven tromboflebitinin otojen olmayan bir nedenden ortaya çıktığı durumlar ise oldukça nadirdir. İnternal juguler ven tromboflebiti oluşturan otojen olmayan nedenler; boyun

diseksiyonları, intravenöz ilaç kullanımı, santral venöz kateterizasyon, boyun travmaları, derin boyun enfeksiyonları, malignite ile ilişkili olabilen hiperkoagülabilitate sendromları gibi durumlardır. Venöz tromboz, Virchow'un tanımladığı endotelial hasar, staz ve hiperkoagülatif durum olarak adlandırılan klasik üçlü mekanizmasıyla ortaya çıkmaktadır.^[1,2] Antibiyotik öncesi dönemde cerrahi yöntemlerle tedavi edilmesine karşın yüksek mortaliteye neden olan bu durum, artık çağımızda erken tanı ve uygun tıbbi tedavi yöntemleri uygulandığında ciddi sorunlara yol açmadan tedavi edilebilmektedir. Doğru ve erken tanının konamadığı koşullarda bu durum

♦ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı (Department of Otolaryngology, Medicine Faculty of Akdeniz University), Antalya, Turkey.

♦ Dergiye geliş tarihi - 12 Kasım 2005 (Received - November 12, 2005). Düzeltme isteği - 14 Aralık 2005 (Request for revision - December 14, 2005). Yayın için kabul tarihi - 16 Aralık 2005 (Accepted for publication - December 16, 2005).

♦ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Erkan Karaca. İskenderun Körfez Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, İskenderun, Hatay, Turkey. Tel: +90 326 - 615 37 50 Faks (Fax): +90 326 - 616 16 01 e-posta (e-mail): drerkankaraca@yahoo.com

hastalar için hala yüksek risk taşımaktadır.^[1,2,4] Bu yazıda kliniğimize diş çekimi sonrasında boyunda şişlik ve ağrı, çene hareketlerinde kısıtlılık yakınması ile başvuran internal juguler ven tromboflebitli bir hasta literatür bilgileri ışığında sunuldu.

OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında kadın hasta Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne boyunda şişlik ve ağrı, ağızını açmada güçlük, nefes darlığı, bulantı, ateş, titreme, genel durum bozukluğu yakınmalarıyla başvurdu. Kliniğimizden istenen konsültasyon üzerine hasta değerlendirildi. Öyküsünde hastanın daha önce tedavi gördüğü veya tanı konan başka bir hastalığının bulunmadığı, travma geçirmediği ve devamlı kullandığı herhangi bir ilacın olmadığı, üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmediği fakat diş enfeksiyonu nedeniyle bir hafta amoksisilin 1 gr tablet 3x1 oral yolla kullandığı ve iki gün önce de aynı tarafta alt molar diş çekimi uygulandığı öğrenildi. Hastanın soygeçmişinde bir özellik yoktu.

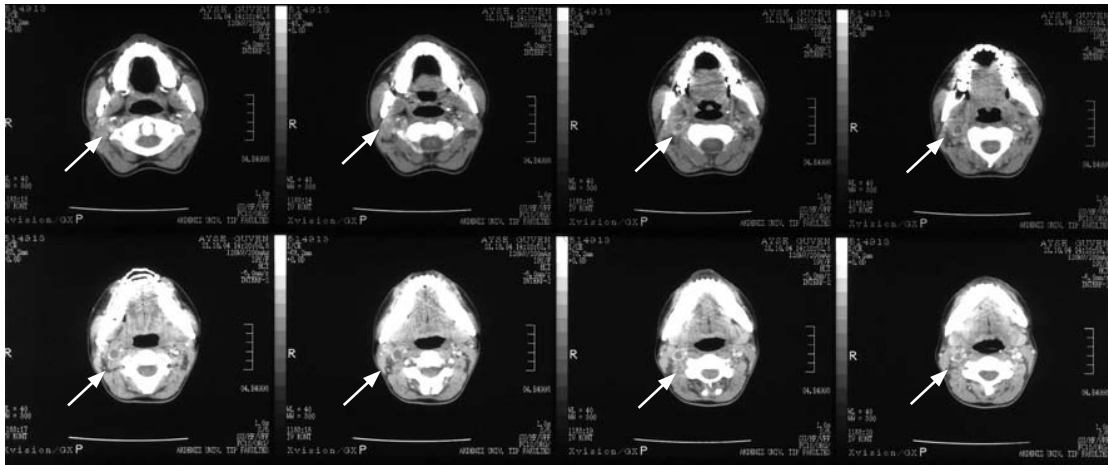
Yapılan fizik muayenede; Arteriyel tansiyon: 105/65 mmHg, nabız: 110/dk solunum sayısı: 25/dk, ateş: 37.6 °C, pulse oksimetre: %98 olarak saptandı. Otoskopik muayenesinde ve anterior rinoskopide herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Oral kavite ve orofarenks muayenesinde, hastanın ağızını güçlükle açabildiği saptandı. Ağız tabanı, dil, tonsiller fossa ve orofarenks doğaldı. Diş çekilen alanda hiperemi vardı. Nazal kavite, nazofarenks ve larenksin endoskopik muayenesi doğaldı. Boyun muayenesinde, karotis üçgen bölgesinde yaklaşık 2x3 cm

boyutlarında, cilt üzerinde minimal hiperemiye yol açan şişlik olduğu, palpasyonla hassasiyetin internal juguler ven trasesi boyunca da hissedildiği saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğal olarak saptandı.

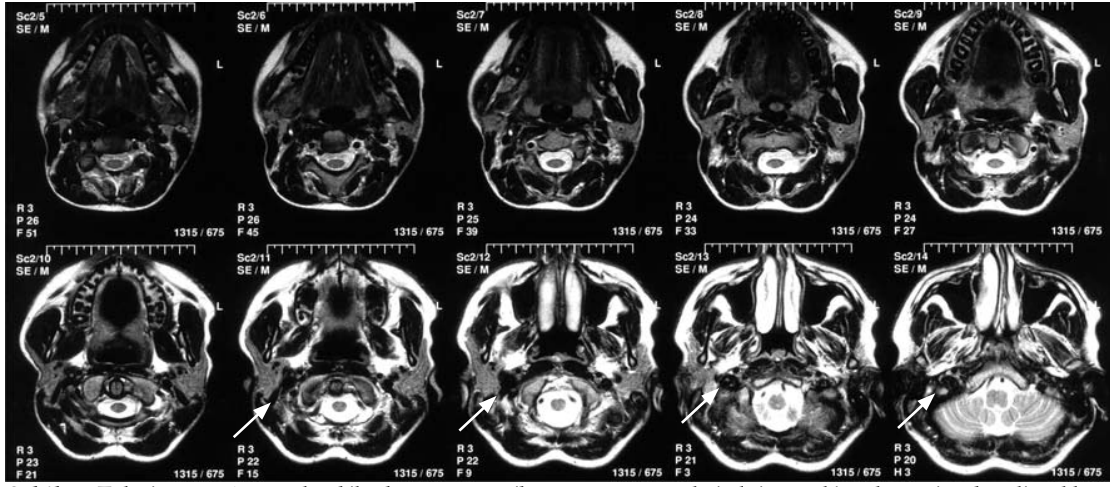
Laboratuvar bulguları şu şekildeydi; Hb: 10.9 gr/dl, lökosit: 14000/mm³, nötrofil: %77.7, lenfosit: %7.4, Protrombin zamanı: 11.6 sn, aktive parsiyel tromboplastin zamanı: 22.90 sn, INR: 0.97, C-Reactive Protein: 11.3, sedimantasyon: 84 mm/sa, ALT: 14 U/L, AST: 15 U/L, BUN: 16 mg/dl, kreatinin: 0.73 mg/dl, tam idrar tahlili: normal, PA Ac grafisi: normal.

Bu bulgularla derin boyun enfeksiyonu, juguler ven tromboflebiti ön tanıları düşünülen hastaya boyun ultrasonografisi (USG) istendi. Boyun USG'de sağ sternokleidomastoid (SKM) adale içinde sıvı koleksiyonu bildirildiğinden parenteral antibiyoterapinin başlatılması ve takip amacıyla hasta yatırıldı. Kan ve boğaz kültürleri alındıktan sonra ampicilin-sulbaktam flakon (Duocid) 4x2 gr intravenöz, naproksen sodyum (Aprol forte) tablet 2x1 peroral olarak başlandı. Sıvı koleksiyonunun yaygınlığı, muhtemel etyolojisinin saptanması ve derin ven trombozundan ayırımının yapılabilmesi için bilgisayarlı boyun tomografisi (BT) istendi.

Bilgisayarlı tomografide, sağ juguler ven proksimalde parsiyel distalde total oklüzyonun olduğu gözlemlendi (Şekil 1). Hastanın internal juguler ven tromboflebiti tanısı kesinleşince, tedaviye ek olarak fraxiparin (clexane) 0.6 cc 2x1 subkütan olarak başlandı. Hastanın ikinci günden itibaren vital bulgularında ve semptomlarında iyileşme kaydedildi. Tedavinin 15. gününde kontrol manyetik rezonans



Şekil 1. İlk başvuru sırasında çekilmiş opaklı boyun bilgisayarlı tomografisinde sağ internal juguler ven proksimal ve distal kısımlarını içine alan, damar duvarında opasite artışı ve damar içinde trombüs görünümü (beyaz ok).



Şekil 2. Tedavi sonrası 15. günde çekilen boyun manyetik rezonans görüntülerinde internal juguler venin rekanalize olduğu görülmekte (beyaz ok).

görüntülemesi (MRG) çekildi ve patolojinin tamamen düzeldiği gözlemlendi (Şekil 2). Kan ve boğaz kültüründe üreme olmadı. Hasta aynı gün taburcu edildi. Tedavi sonrası sekizinci ayda hastaliksız takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Boyun şişlikleri kulak burun boğaz baş-boyun cerrahisi kliniğinin gündelik pratiğinde sık rastlanan başvuru yakınmalarındandır. Ağrılı boyun şişliği ile başvuran bir hastada en olası neden servikal lenfadenittir.^[2,3] Ayırıcı tanıda boyun selülit, derin boyun enfeksiyonları ve apsesi düşünülmelidir.^[2,3,5] Bunlardan internal juguler ven trombozuna bağlı olanlar çok nadirdir. Sağ sternokleidomastoid adale üzerinde, özellikle ön kenarı boyunca ortaya çıkan ağrılı, diffüz şişlik durumlarında bu durumu da akla getirmek gerekir. İnternal juguler ven trombozunda otojen etyoloji öncelikle düşünülmelidir. Otojen olmayan nedenler göz önüne alındığında, santral venöz girişim, tümöral hastalıklar, cerrahi travma, hiperkoagülabilité sendromları, miyeloproliferatif hastalıklar, torasik outlet sendromu ve radyasyon en sık rastlanan nedenlerdir.^[1,2]

Geçmişte juguler venografi bu hastalığın tanısında kullanılan en temel yöntemdi, ancak invazivliği ve embolilerin uzak bölgelere yayılma riskini getirmesi terk edilmesine neden olmuştur. Kontrastlı BT, günümüzde internal juguler ven tromboflebitini tanımakta kullanılan en uygun yöntemlerdendir.^[3] Düşük yoğunluktaki intralüminal trombüsü, genişlemiş veni ve vaso vasorumlar tarafından alınan kontrast madde nedeniyle parlak damar duvarını

göstermesi oldukça değerlidir.^[4] Manyetik rezonans görüntüleme, radyasyon maruziyetini ortadan kaldırdığı için internal juguler ven tromboflebiti tanısını koymada kullanılmaktadır.

Juguler ven tromboflebitinin diyagnozu, sadece tanı konma aşamasında kalmamalıdır. Adenokarsinomlar gibi malignitelerin,^[5] hiperkoagülabilité sendromlarının^[6] da bu soruna yol açabilme olasılığı nedeniyle hastaların araştırılması ve takip altında tutulması önemlidir. Diş kaynaklı enfeksiyonlar oldukça nadir olarak internal juguler ven tromboflebitine neden olmaktadır.^[1,2] Sunduğumuz olguda tek etyolojik neden iki gün önce geçirilmiş diş çekimi öyküsüdür.

Pulmoner emboli, septik emboli (Lemierre sendromu) gibi ciddi komplikasyonların önlenmesi için bu durumun erken tanınması ve antikoagülan tedaviyle beraber intravenöz antibiyotiklerin verilmesi önerilmektedir. Özellikle hiperkoagülabilité sendromu bulunan hastalarda antikoagülan tedavinin uzun dönem devam etmesi gereklidir.^[6]

Erken tanı ve tedavi, yüksek mortalite ve morbidite riski olan juguler ven tromboflebitli hastalarda çok önemlidir. Ağrılı boyun şişliği ile başvuran hastalarda bu ciddi durumun akılda bulundurulması gerekmektedir. Hastalar muhtemel etyolojiler açısından araştırılmalı ve takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kale US, Wight RG. Primary presentation of spontaneous jugular vein thrombosis to the otolaryngologist-in three different pathologies. J Laryngol Otol 1998;112:888-90.

2. Cohen JP, Persky MS, Reede DL. Internal jugular vein thrombosis. *Laryngoscope* 1985;95:1478-82.
3. Merhar GL, Colley DP, Clark RA, Herwig SR. Computed tomographic demonstration of cervical abscess and jugular vein thrombosis. A complication of intravenous drug abuse in the neck. *Arch Otolaryngol* 1981; 107:313-5.
4. Patel S, Brennan J. Diagnosis of internal jugular vein thrombosis by computed tomography. *J Comput Assist Tomogr* 1981;5:197-200.
5. Liu PG, Jacobs JB, Reede D. Trousseau's syndrome in the head and neck. *Am J Otolaryngol* 1985;6:405-8.
6. Langlieb AM, Dunton CJ, Carlson JA Jr. Spontaneous internal jugular vein thrombosis associated with leiomyosarcoma of the omentum. *Gynecol Oncol* 1992;47:125-6.