



Karın Ağrısının Nadir Bir Nedeni: İntrahepatik Portal Ven Anevrizması

brahim İker ÖZ¹, İsmail ERFOĞLU¹, Özlem TOKGÖZ², Umut DELBAĞ¹, Alptekin TOSUN³,
Zuhal ERDEM¹

ÖZ

Portal venöz sistemin anevrizmatik genişlemesi vasküler bir anomalidir. Konjenital veya edinsel olarak ortaya çıkabilir. Genellikle asemptomatik seyrederek. Portal ven anevrizmalarında karın ağrısı ve komplikasyonlar (tromboz, emboli ve rüptür) nadiren görülür. Özellikle ultrasonografinin ve renkli doppler ultrasonografinin yaygın kullanımı tanı oranını arttırmıştır. Bilgisayarlı tomografi, anevrizmanın büyüklüğü, şekli ve yapısını göstermede en iyi görüntüleme yöntemidir. Bilgisayarlı tomografi, cerrahi planlama için kritik olan anevrizmanın yapısını ve komşu yapılarla olan ilişkisini ayrıntılı olarak gösterebilmektedir. Gelişmiş radyolojik görüntüleme tekniklerinin kullanıma girmesiyle, karın ağrısı ile gelen hastaların tanı ve tedavisi sırasında portal ven anevrizması nadir de olsa akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Portal ven anevrizması; karın ağrısı; bilgisayarlı tomografi.

A Rare Cause of Abdominal Pain: Intrahepatic Portal Vein Aneurysm

ABSTRACT

The aneurysmal dilatation of the portal venous system is a vascular anomaly. The portal vein aneurysms may occur as congenital or acquired. That is usually asymptomatic. Abdominal pain and complications (thrombosis, embolism, and rupture) of the portal vein aneurysms are rarely seen. With the widespread use of ultrasound and color doppler ultrasound, the rate of diagnosis of the portal vein aneurysm is increased. Computed tomography is the best imaging modality to shows the size, shape and structure of the aneurysm. Computed tomography can illustrate the structure of the aneurysm and its relationship with neighboring structures, which is critical for surgical planning. With the advanced imaging techniques, the portal venous aneurysm although rare, should be kept in mind at the diagnosis and treatment of patients with abdominal pain.

Keywords: Portal vein aneurysm; abdominal pain; computed tomography.

GİRİŞ

Portal ven anevrizması (PVA) portal venöz sistemin fokal genişlemesi olarak tanımlanır. PVA derinlik boyut ve morfoloji ile kendini gösterebilir (1). Portal venöz sistemin anevrizmatik genişlemesi vasküler bir anomali olup konjenital veya edinsel olarak ortaya çıkabilir. Genellikle asemptomatik seyrederek, nadirde olsa karın ağrısı ve tromboz, emboli ve rüptür gibi komplikasyonlar ile de ortaya çıkabilir (2). Özellikle ultrasonografinin (US) ve renkli doppler ultrasonografinin (RDUS) yaygın kullanımı asemptomatik PVA'ların tanı oranını arttırmıştır. Son yıllara kadar oldukça nadir görüldüğü kabul edilmiş, etyolojisi, klinik önemi ve tedavi yaklaşımı tam olarak tanımlanmamıştır. Ancak PVA ile ilgili yayınlardaki artış, nadir olduğu yönündeki görüşü büyük ölçüde değiştirmiştir. Bu yazıda sağ üst kadranda ağrıya neden olan PVA olgusunu sunduk ve bu bulguları literatürün kısa bir gözden geçirmesiyle birlikte tartıştık.

OLGU

Altmış yaşında kadın hasta, tekrarlayan sağ üst kadranda ağrı şikayetiyle hastaneye başvurdu. Hastanın tıbbi öykümünde 2 yıl ve 1 yıl önce olmak üzere iki kez sağ böbrekten taş nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesi doğaldı. Rutin laboratuvar değerleri ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Abdomen USG'de karaciğer sol lobda yaklaşık 30 x 24 mm boyutunda anekoik kistik yapı izlendi (Şekil 1). RDUS incelemede anekoik kistik yapı içerisinde anevrizmatik

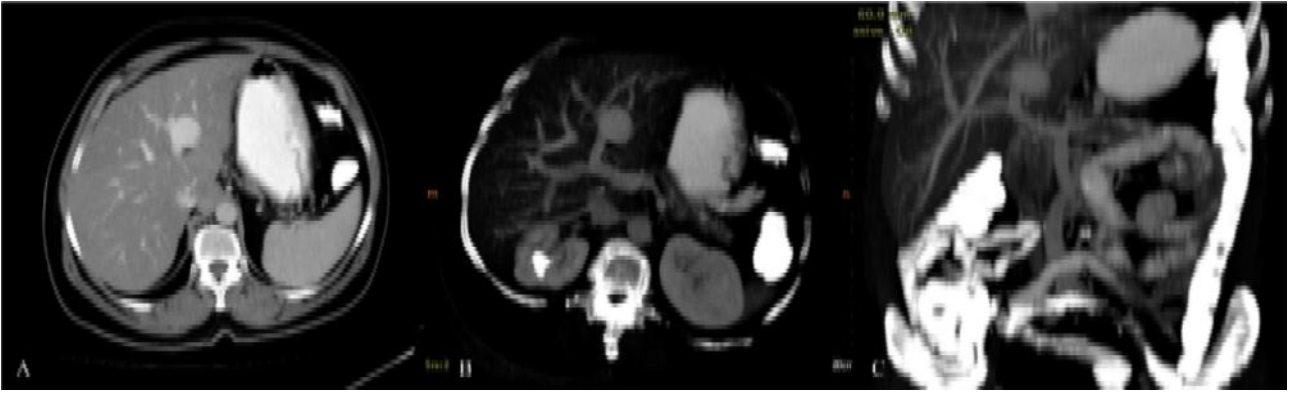
¹ Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

² Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

³ Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Giresun

Correspondence: brahim İker ÖZ, e-posta: ilkeroz@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 05.05.2014 Kabul Tarihi / Accepted: 09.05.2014



ekil 1. Hastanın kontrastlı BT incelemesinde, aksiyal portal venöz faz görüntüde portal ven sol dalından kaynaklanan sakküler anevrizmatik dilatasyon izlenmektedir (A). Aynı hastanın aksiyal MPR ve koronal MPR görüntülerde portal ven sol dalında izlenen sakküler anevrizmatik dilatasyonun komu vasküler yapılarla ili kisi görülmektedir (B, C).

geni leme ile uyumlu devamlı iki yönlü, non-pulsatil ve portal venöz sistem için karakteristik olan monofazik akım paterni saptandı. Kontrastlı abdomen BT incelemesinde sol portal ven gövdesinde, ana portal vene yakla ık 35 mm uzaklıkta, 30 x 24 mm boyutunda sakküler anevrizmal dilatasyon izlendi (ekil 1). Ayrıca karaci er parankiminde hepatosteatoz lehine diffüz dansite azalması, sa böbrekte kortikal atrofi ve toplayıcı sistem içerisinde ta izlendi. Sirotik karaci er de i iklikleri ve portal hipertansiyon (PH) bulguları saptanmayan hasta PVA tanısıyla takibe alındı.

TARTI MA

Venöz anevrizmalar en sık popliteal, juguler ve safen venlerde görülmekle birlikte nadir olarak vena kava, ön kol venleri ve portal sistemde izlenmektedir (3). PVA, en sık viseral venöz anevrizma (>%95) olmasına ra men nadirdir ve tüm venöz anevrizmaların ancak %3'ünü olu turur (4). PVA'lar ekillerine göre fuziform, sakküler ya da bilobüle olarak sınıflandırılır. Fuziform en sık görülen tipidir (5). Yerle im yerlerine göre ekstrahepatik ve intrahepatik olarak sınıflandırılırlar. Ekstrahepatik PVA'lar daha sık görülür ve yerle imi superior mezenterik ven (SMV), splenik ven (SV) ve ana portal ven konfluensindedir. ntrahepatik PVA'lar çok daha nadir görülürler; portal venin intrahepatik dallarında, sakküler veya fuziform ekillidirler (6). Ekstrahepatik portal ven 2 cm ve üzerinde, intrahepatik portal ven ise sirotik olmayan hastalarda 0,7 cm ve sirotik hastalarda 0,85 cm geni lerse anevrizmatik geni leme olarak tanımlanır (7). Ana portal ven maksimum çapı normal bireylerde 15 mm ve sirotik hastalarda 19 mm'dir. PVA etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber, konjenital ve akkiz mekanizmaların varlı ı ileri sürülmektedir (6,8). Bir görü e göre PVA geli mesinde karaci er parankim hastalı ı ve portal hipertansiyonun rolü oldu u (2,4), di er bir görü e göre ise konjenital duvar defektinin ana faktör oldu u bildirilmi tir (3,6).

PVA'nin klinik önemi boyutları ile ili kilidir. Küçük anevrizmalar genellikle asemptomatik iken, büyük anevrizmalar duodenal kompresyon, safra yollarında obstrüksiyon, kronik PH, tekrarlayan trombozise ba lı portal vende komplet oklüzyon, akut PH semptomları, anevrizma rüptürü ve karın a rısı bulguları ile kar ımıza çıkabilir (2).

PVA'nın tanısı genellikle de i ik görüntüleme yöntemlerinde (USG, BT ya da MRG gibi) insidental olarak konur. PVA'nın büyüklü ünü, eklini ve yapısını gösteren en iyi görüntüleme yöntemi BT'dir (2). BT, geni boyutlu PVA'ların kom u organ ve/veya yapılarla ili kisini göstermekte çok duyarlıdır. Ayrıca 3 boyutlu teknolojiler sayesinde (maksimum intensite projeksiyonu, hacim verme gibi) cerrahi planlama için kritik olan anevrizmanın yapısı ve kom u yapılarla olan ili kisi ayrıntılı olarak gösterilebilmektedir. US'de anevrizma, portal ven ve superior mezenterik ven ile ili kili sakküler ya da fuziform anekoik olu um olarak izlenirken, RDUS ile anevrizma lümeninin akıma ba lı olarak renkle tam olarak dolu u ve incelemede portal venöz sistem için karakteristik olan monofazik akım deseninin varlı ı saptanır. Hastaların takibinde USG, iyonizan radyasyon içermemesi ve kontrast madde verilmeden yapılması nedeniyle anevrizma boyutundaki de i iklikleri izlemede yardımcı olacaktır.

PVA'nın tedavisinde genellikle PH'ye ait belirgin ikayet ve bulguları olmayan olguların konservatif tedavisi, insidental olarak tanı alan olguların ise takibinin yapılması yönündedir (9). Cerrahi tedaviye, anevrizmanın boyutuna, anatomik yerle imine ve komplikasyonların varlı ı ile semptomlara ba lı olarak karar verilmektedir. PVA boyutlarında artı saptanması, trombüs bulunması ve ciddi komplikasyonların geli mesi durumunda cerrahi tedavi önerilmektedir (2).

Sonuç olarak PVA asemptomatik de olabilece i için gözden kaçabilir ve nadir bir vasküler patoloji oldu undan semptomatik hastalarda tanı sırasında akla gelmeyebilir. Geli mi radyolojik görüntüleme teknikleri kullanılma girmesiyle, karın a rısı ile gelen hastaların tanı ve tedavisi sırasında PVA nadir olsa da akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Fulcher A, Turner M. Aneurysms of the portal vein and superior mesenteric vein. *Abdom Imaging*. 1997; 22(3): 287-92.
2. Dalal PS, Raman SP, Horton KM, Fishman EK. Portal vein aneurysms: imaging manifestations and clinical significance. *Emergency radiology*. 2013; 20(5): 453-7.

3. Gallego C, Velasco M, Marcuello P, Tejedor D, De Campo L, Frieria A. Congenital and Acquired Anomalies of the Portal Venous System. *Radiographics*. 2002; 22(1): 141-59.
4. Koc Z, Oguzkurt L, Ulsan S. Portal venous system aneurysms: imaging, clinical findings, and a possible new etiologic factor. *American Journal of Roentgenology*. 2007; 189(5): 1023-30.
5. Flis V, Gadžijev E. Reconstruction of the main portal vein for a large saccular aneurysm. *Hpb*. 2003; 5(3): 188-90.
6. De Gaetano AM, Andrisani MC, Gui B, Maresca G, Ionta R, Bonomo L. Thrombosed portal vein aneurysm. *Abdom Imaging*. 2006; 31(5): 545-8.
7. Rafiq SA, Sitrin MD. Portal vein aneurysm: case report and review of the literature. *Gastroenterology & hepatology*. 2007; 3(4): 296-8.
8. Luo H-F, Wang H-J, Li B, Wang Z-Y. Diagnosis and management of extrahepatic portal vein aneurysm: a case report. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2006; 5(2): 311-3.
9. Giannoukas AD, Sfyroeras GS. Current management of visceral venous aneurysms. *Phlebology*. 2010; 17(3): 130-6.