

Nadir Bir Vasküler Patoloji: Portal Ven Anevrizması: Ultrasonografik Bulgular (Olgu Sunumu)

Ayşe Murat AYDIN, Safiye KAFADAR^a, Mustafa KOÇ, Gülen BURAKGAZİ, Erkin OĞUR

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

ÖZET

Portal ven anevrizması nadir görülen vasküler bir anomalidir. Konjenital ya da akkiz nedenlerle açığa çıkabilirler. Son yıllarda ultrasonografi (US) ve Doppler US gibi görüntüleme yöntemlerinin yaygın olarak kullanılması asemptomatik olguların tanı almasına neden olmuştur. Biz bu makalede karın ağrısı şikayeti ile gelen olguda, insidental olarak tespit edilen portal ven sol dal anevrizmasının ultrasonografik bulgularını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık. ©2008, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Portal ven, anevrizma, ultrasonografi, Doppler

ABSTRACT

A Rare Vascular Anomaly: Portal Vein Aneurysm: Ultrasonography Findings (Case Report)

Portal vein aneurysm (PVA) is a rare vascular anomaly. It can be seen due to congenital or iatrogenic event. Wide application of ultrasonography (US) and Doppler US provided increase in diagnosis of asymptomatic PVA. In this article, we aimed to present ultrasonographic findings of left portal vein aneurysm with review of literature which was diagnosed incidentally a patient with abdominal pain. ©2008, Fırat University, Medical Faculty.

Key words: Portal vein, aneurysm, ultrasonography, Doppler

Portal venöz sistemin anevrizmatik genişlemeleri konjenital ya da akkiz olarak açığa çıkabilirler. Genellikle asemptomatik olup (1), bazen de portal hipertansiyon ya da kronik karaciğer hastalığına eşlik edebilirler (2-4). Ana portal ven çapında görülen 2 cm üzerindeki bir dilatasyon anevrizma olarak adlandırılır. Anevrizma kesesi ekstrahepatik veya intrahepatik olarak yerleşebilir (3,4).

Tanıda ultrasonografi (US) ve Doppler US yeterli olmakla birlikte, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılabilir. Hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmedikçe takip yeterlidir, tedavi gerekmez.

OLGU SUNUMU

58 yaşında, karın ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvuran olgunun özgeçmişinde hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Laboratuvar değerleri normal olarak saptandı. Yapılan abdomen US incelemesinde; ana portal ven çıkışından 5 cm uzaklıkta, portal ven sol dalında 2x1.5 cm boyutta, anekoik, sakküler genişleme izlendi (Şekil 1).

Doppler US incelemede ise; anevrizma lümeninde devamlı, iki yönlü, nonpulsatil ve hepatopedal özellikte akım kaydedildi (Şekil 2). Olgunun diğer intraabdominal organlarında ultrasonografik olarak patolojik bir bulgu saptanmadı ve portal ven anevrizması açısından takip programına alındı.



Şekil 1. Abdomen US incelemesinde; portal ven sol dalında, anekoik, sakküler anevrizmatik genişleme izlenmektedir (ok).

^a Yazışma Adresi: Dr. Safiye Kafadar, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

* Tel: +90 424 2333555

e-mail: amurat@firat.edu.tr



Şekil 2. Doppler US incelemede; anevrizma lümeninde, nonpulsatil ve hepatopedal özellikte venöz akım izlenmektedir.

TARTIŞMA

Venöz sistemin anevrizmalarına sıklıkla popliteal, juguler, safen vende, nadiren de femoral, ön kol ve portal vende rastlandığı bildirilmiştir (2). Portal ven anevrizmasının (PVA) etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber konjenital ve akkiz teoriler ileri sürülmüştür (4,5). Konjenital teorilerde; embriyolojik gelişim döneminde sağ vitellin venin obliterasyonundaki yetmezlik sonucu divertikül oluştuğu ve ardından bunun anevrizmaya dönüştüğü belirtilmektedir. Akkiz gelişim teorilerinde ise; kronik karaciğer hastalığı ve portal hipertansiyonu olan hastalarda intimal kalınlaşma ile kompansatuar medial hipertrofinin geliştiği ve ardından bu bölgelerin fibröz doku ile yer değiştirmesi sonucu ven duvarının zayıfladığı görüşü ileri sürülmüştür. Akut pankreatitte litik pankreatik enzimlerin salgılanması sonucu venöz duvarın kısmi zarar görmesi ile duvarın zayıflayarak anevrizmaya dönüştüğü görüşü de mevcuttur. Ayrıca akkiz

KAYNAKLAR

1. Çay N, Zan E, İpek A, Kurt A, Taş İ. Portal ven anevrizması: bir vakanın takdimi ve literatürün kısaca gözden geçirilmesi. *Anatol J Clin Invest* 2007; 1: 51-53.
2. Gallego C, Velasca M, Marcuello P et al. Congenital and acquired anomalies of the portal venous system. *Radiographics* 2002; 22: 141-159.
3. Ertan N, Conkbayır I, Akkuzu E, Hekimoğlu B. İki olguda portal ven anevrizması. *Tanışal ve Girişimsel Radyoloji* 2004; 10: 52-55.
4. De Gaetano DM, Andriasani MC, Gui B, et al. Thrombosed portal vein aneurysm. *Abdom Imaging* 2006; 31: 545-548.
5. Luo HF, Wang HJ, Li B, Wang ZY. Diagnosis and management of extrahepatic portal vein aneurysms: case report. *Hepatobiliary Pancreat Dis İnt* 2006; 5: 311-313.
6. Chen YY, Lin Os, Wu HK, Soon MS. A case of extra-hepatic portal vein aneurysm: evaluation by 3-dimensional computerized tomography angiogram. *Hepatogastroenterology* 1999; 46: 2965-2967.
7. Perret WL, De Silva A, Elzarka A, Schelleman A. Portal circulation aneurysms: two case reviews. *Australian Radiology* 2007; 51:87-90.

Kabul Tarihi: 27.09.2007

sebepler arasında travma, karaciğer biyopsisi, kolesistektomi ve cerrahi porto-kaval şant esnasında portal venin iatrojenik olarak arteriyalizasyonu da bildirilmektedir (4).

Ana portal ven maksimal çapı normal bireylerde 15 mm ve sirotik hastalarda 19 mm olarak bildirilmiştir. Portal venöz sistemde 20 mm üzerindeki dilatasyonlar PVA olarak tanımlanmaktadır (3,4). Lokalizasyonuna göre ekstrahepatik ve intrahepatik olarak ikiye ayrılır. Ekstrahepatik PVA daha nadir görülür ve yerleşimi süperior mezenterik ven (SMV), splenik ven (SV) ve ana portal ven konflüensindedir. İntrahepatik PVA; portal venin intrahepatik dallarında gözükür, sakküler veya fuziform şekillerde görülebilirler (4). Bizim olgumuzda anevrizma portal venin intrahepatik segment sol dalında yerleşmiş olup sakküler tipteydi.

PVA' ların çoğu klinik olarak asemptomatiktir. Bununla birlikte nonspesifik karın ağrısı görülebilir. Başlıca komplikasyonları arasında; ana portal venin kompresyonu ya da akımının değişimine bağlı olarak portal hipertansiyon, rüptür, trombüs, distal embolizim, sarılık, kolestaza ve kolelitiazise neden olan ana safra kanal kompresyonu ve duodenum kompresyonu bildirilmektedir (2,4).

PVA tanısında US ve Doppler US tetkiki yeterlidir (1,4, 5). US anevrizmanın yerleşim yerini ve tipini gösterir. Doppler US akım varlığını ve yönünü tespit eder. Tanıda ayrıca BT ya da MRG gibi noninvaziv tanı yöntemleri veya perkütanöz transhepatik portografi gibi invaziv prosedürler de kullanılabilir (6). Anjiyografi daha önceleri tek diyagnostik metot olarak kullanılmış olup günümüzde sadece girişimsel işlemler için endikedir (4). 3 boyutlu BT ve MRG anjiyografi portal sirkülasyondaki derin vasküler yapıların üç boyutlu karakterizasyonu için kullanılan noninvaziv diğer tetkiklerdir (4,6,7).

Tedavide klinik olarak asemptomatik ve anevrizma çapı stabil olan hastaların takibi önerilir. Cerrahi tedavi; boyut, yerleşim yeri, semptom ve komplikasyonun gelişip gelişmediğine bağlı olarak düşünülür (4).

Sonuç olarak PVA nadir bir vasküler patoloji olup tanısına ve tedavisine karar vermede radyolojik görüntülemenin önemi büyüktür.