

Suprapubik tromboze varislerin radyolojik tanısı

Simay Altan Kara, Kuzey Aydınuraz, Çağatay Erden Daphan, Erdal Yılmaz

S. A. Kara (E)
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiagnostik
Anabilim Dalı, Kırıkkale

K. Aydınuraz, Ç. E. Daphan
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim
Dalı, Kırıkkale

E. Yılmaz
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı,
Kırıkkale

Varislerin en sık izlendiği lokalizasyon alt ekstremiteler olmakla birlikte nadir olarak pararektal, gluteal alanda, torasik duvarda, vulva veya suprapubik lokalizasyonlarda da varis gelişebilmektedir (1,2). Günümüzde, renkli Doppler ultrasonografinin (US) tarama tetkiki haline gelmesiyle, tanı konan venöz trombüslerin sayısı artmıştır. Derin ya da yüzeysel ven trombüslerine zamanında tanı konması, pulmoner emboli gibi hayatı tehdit eden önemli komplikasyonları azaltmaktadır (3).

Olgumuz, yaklaşık 15 yıl önce sol bacakta derin venöz trombüs geçirmiş, trombüsü takiben suprapubik alanda variköz kollateraller oluşmuştu. Bilgilerimize göre literatürde suprapubik lokalizasyonda bildirilen sadece 2 varis olgusu mevcuttur (2). Suprapubik tromboze varisleri ve sol inguinal alanda tromboze anevrizmatik venöz dilatasyonu olan olgumuzu ilginç lokalizasyonu nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu bildirisi

Ellidokuz yaşında erkek hasta, suprapubik bölgede artan şişlikler ve sol kasıkta ağrılı kitle şikayeti ile üroloji bölümüne başvurdu. Anamnezinde önemli bir hastalığı olmadığını, ancak yaklaşık 15 yıl önce sol bacağındaki damar tıkanıklığı geçirdiği ve bu olaydan sonra suprapubik lokalizasyonda cilt altında bazı şişliklerin oluştuğunu belirtti. Son bir aylık sürede, sol kasıktaki kitle daha belirgin ve ağrılı hal almış, suprapubik şişlikler artmış ve sertleşmişti. Pulmoner emboli hikayesi yoktu.

Suprapubik lipom ön tanısıyla US incelemesi istendi. US'de, bilateral uyluk ön yüzünde, birkaç adet 1-2 cm çaplı, lipomla uyumlu, düzgün sınırlı, ekojen, solid kitle saptandı. Suprapubik alanın incelemesinde ise sol inguinal alanda, safenofemoral bileşkede (SFB), belirgin anevrizmatik dilatasyon gösteren, 4x3x4 cm boyutlu, safena magna ve proksimalde suprapubik alandaki tromboze venöz yapılarla ilişkili görünüm saptandı (Resim 1). Tromboze anevrizmatik ven, proksimalde suprapubik alana doğru takip edildiğinde, öncelikle tromboze varisi düşündürülen, hipoekoik, halkasal heterojen eko paterninde, birbirleriyle bağlantılı, bir inguinal alandan diğerine uzanan tübüler yapılar dikkati çekti (Resim 2). Renkli Doppler US incelemesinde, sol safena magna ile direkt ilişkili, safenofemoral bileşkedeki tromboze anevrizmatik venden suprapubik alana ve oradan da sağ safena magnaya uzanan tromboze varis ile uyumlu kıvrımlı, dilate, power Doppler ile minimal renk dolumu saptanan, ancak akım izlenmeyen görünüm tespit edildi. Bilateral ilyak ve femoral venler açık, akım normal spektrumdaydı. Sol



Resim 1. Ultrasonografik incelemede sol inguinal alanda ağırlı şişliği olan olguda safenofemoral bileşkede anevrizmatik tromboze ven ile uyumlu görünüm saptandı.



Resim 2. Ultrasonografide safenofemoral bileşkedeki anevrizmatik venle devamlılık göstererek suprapubik alana uzanan tromboze, birbiriyle devamlı varis görünümü dikkatimizi çekti.



Resim 3. Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde sol safenofemoral bileşkedeki anevrizmatik tromboze ven ve karın ön duvarında, cilt altında orta hatta biraraya gelmiş tromboze variköz yapılar mevcuttu. Variköz yapıların duvarında kontrastlanma dikkat çekiyordu.

safena magna dilate görünümde olup, Valsalva manevrası ile reflü mevcuttu.

Kontrol amacıyla 2 hafta sonra yapılan power Doppler incelemede renk dolumu izlenmedi, varisler tamamen tromboze olmuştu, lümende akım saptanmadı. Bilateral alt ekstremitte doppler incelemesi, normal sınırlardaydı. Safena parvalar bilateral açıktı. Bilateral safena magnalar, solda daha belirgin olmak üzere proksimalde genişlemiş olarak izlendi. Venografik incelemesi normal sınırlardaydı, patolojik görünüm ya da konjenital anomali tespit edilmedi.

Hastada variköz değişikliklerin etyolojisine yönelik abdominal US ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapıldı. Patolojik bulgu saptanmadı.

Hepatik, portal ve splenik ven normal çapta olup akım spektrumları normaldi. Vena kava inferior ve bilateral ana ilyak venler normal görünümdeydi, lümen açık, akım patentti. İntraabdominal basıya neden olabilecek herhangi bir kitle izlenmedi. Kontrastlı BT incelemesinde, safena magnayla devamlılık gösteren sol inguinal tromboze anevrizma ve yaygın suprapubik tromboze variköz yapılar mevcuttu. Variköz yapılarda kontrastlanma izlenmedi, bazı kesitlerde damar duvarında kontrast tutulumu dikkati çekti (Resim 3). Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), rutin koronal T1, transvers T1, T2, T1-ağırlıklı yağ baskılamalı, gradyent eko (GE) sekanslarında incelemeler yapıldı. US ve BT ile uyumlu olarak suprapubik alanda,

cilt altında, safena magnayla ilişkili, ardışık kesitlerde birbirleriyle devamlılığı izlenen tromboze varisler saptandı. Manyetik rezonans anjiyografide (MRA) bilateral ilyak ve femoral ven akımlarının patent olduğu görüldü, Doppler US'de tromboze görünen varis lokalizasyonunda akım saptanmadı (Resim 4).

Tartışma

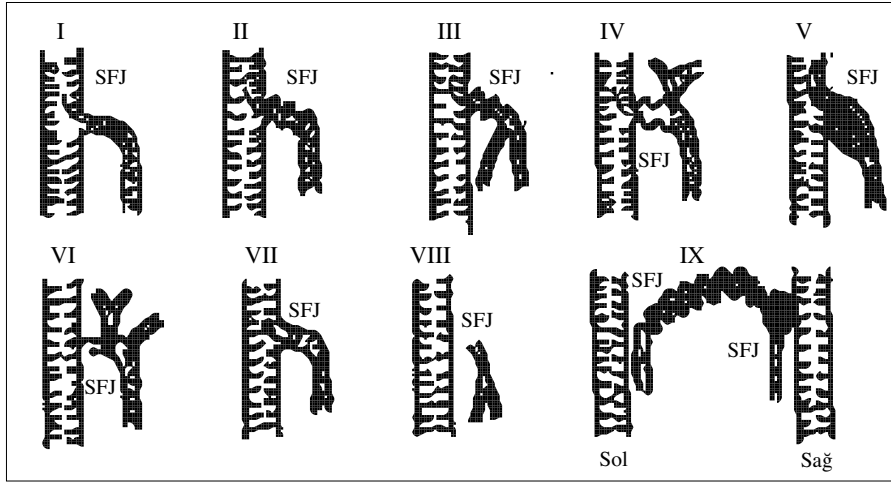
Suprapubik lipom ön tanısıyla gelen olgumuzun bilateral uyluk ön yüzlerinde bir kaç adet lipomla uyumlu görünüm mevcuttu. BT ve MRG incelemesinde de intraabdominal, çölyak pleksus çevresinde artmış yağ dokusu dikkati çekti. Ancak tanımlanan tromboze variköz yapılarla ilişkisi yoktu. Lipom tanısını ekarte etmek amacıyla yapılan, yağ baskılamalı GE T1 ağırlıklı sekanslarda alınan kesitlerde, yağ dokularında sinyal kaybı izlenirken, tromboze variköz kitlelerde hiç bir sinyal değişikliği saptanmadı. Etiyolojiye yönelik araştırmamızda, 15 yıl önce geçirilen sol bacak distal medial kesimdeki venöz trombüs dışında, intraabdominal kitle ya da sistemik bir hastalık tespit edilmedi. Onbeş yıl önce geçirilen derin venöz trombüs sırasında suprapubik kollaterallerin geliştiği, sol inguinal alanda gelişen varisin tromboze anevrizmatik hal almasıyla, SFB'de obstrüksiyon etkisi yarattığı ve buna sekonder olarak suprapubik variköz kollaterallerin tromboze olduğu düşünüldü. Literatürde saptayabildiğimiz bu lokalizasyonda tanımlanan sadece 2 varis olgusu mevcuttur (2).

Karın ön duvarı venöz dolaşımı, superior ve inferior epigastrik venlerin dallarıyla, umblikustan radial tarzda yayılan vasküler ağlardan oluşur. Süperiorde internal torasik venle aksiller vene, inferiorde süperfisyal epigastrik ven ve safena magna yoluyla ilyak ya da femoral venlere drene olurlar (4).

İnguinal kanal düzeyinde, medialde vena pudenda eksterna, süperiorde vena epigastrika süperfisyalis, inferiorde vena safena magna aksesorya media ve lateralde vena sirkumfleksa ilium süperfisyalis vena safena magnaya açılırlar (4). Olgumuzda, suprapubik



Resim 4. M3D, TOF, FSPGR, manyetik rezonans anjiyografi (MRA) kesitlerinin rekonstrüksiyonunda bilateral iliyak-femoral arter ve venler izlenmekte, ancak varisler tamamen tromboze olduğundan variköz yapıların içinde akım saptanmamakta..



Çizim. Cerrahi ligasyon sonrası tekrarlayan reflü paternleri (I-VIII), olgumuz şematik olarak şekil IX'da gösterilmiştir (SFJ: safenofemoral bileşke).

alanda izlenen vasküler yapıların öncelikle vena pudenda eksterna kısmen de vena epigastrika süperfisyalis kollateralleriyle uyumlu olabileceği düşünüldü.

Venöz sistemde trombus gelişen olgularda proksimal kesimde kompanzatri variköz değişiklikler oluşabilir. Bu olgularda venöz trombusün tekrarlama riski normal popülasyondan daha yüksektir. Bilgilerimize göre obstrüksiyon sonrası, olgumuza benzer tipte suprapubik lokalizasyonda variköz kollateral gelişimi şimdiye kadar tanımlanmamıştır. Ancak cerrahi ligasyon sonrası, benzer şekilde pudenta eksterna ya da epigastrik venlerle ilişkili inguinal kollaterallerin gelişebileceği bildirilmiştir (5-10).

Cerrahi yolla safenofemoral ligasyon sonrasında %71 olguda tekrarla-

yan reflü saptanmıştır. Bu olgularda reflü %65 safenofemoral bileşkede, %5 epigastrik ya da pudental venler aracılığıyla oluşan kollaterallerdedir (5). Olgumuzda da benzer şekilde epigastrik ya da pudental venler aracılığıyla oluşan kollaterallerde variköz dilatasyon ve trombus geliştiği düşünülmüştür.

Cerrahi olarak yapılan safenofemoral ligasyon sonrası gelişen reflüleri dupleks incelemeyle 8 anatomik paterne ayrılmıştır (Çizim). Birinci grup normal SFB şeklinde olup safena magna ya da benzeri bir vena reflü olmaktadır. İkinci grupta SFB dardır, geri reflü olur. Üçüncü grupta SFB dardır, safena magna yoktur, safen ven yerindeki venöz yapılara reflü olur. Dördüncü grupta SFB dardır, safen ven mevcut olup, inkompetent

başka dallarla bağlantılıdır. Beşinci grupta ligasyon alanında safen vena ya da o alanda gelişmiş variköz yapılara reflü vardır. Altıncı grupta reflü yoktur. Safen ven ya da varisler epigastrik veya pudental venlerle bağlantılıdır. Yedinci grupta SFB kalıcıdır ve sekizinci grupta SFB yoktur (5,8). Olgumuz altıncı grupta uyumlu görünümdeydi. Jiang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada farklı olarak altıncı grup hastalarının tamamı bayan olarak belirtilmiştir (5). Ancak olgumuzun erkek olması, bu tip varislerde cinsiyet ayrımının kesin olmadığını düşündürmektedir.

Safena magna %15 duplike olabilir. Duplikasyon reflü ya da cerrahi sonrası tekrarlayan semptomlarda, neovaskularizasyonda önem taşımaktadır (5-7). Bir grup araştırmacı bu düşünceyle uyumlu olarak, cerrahi tedavi sonrası rekürrens geliyorsa mutlaka inguinal alanda rezidü safen ven ya da safena magna benzeri bir venöz yapı olduğunu savunmaktadır (5). Yaş, semptomların süresi ya da cerrahi sonrası geçen süre reflü ve tekrarlama paterninde etkili olmamaktadır. Ancak cerrahiden yaklaşık 5 yıl sonra rekürrens gelişmektedir (8)

SFB'de gelişen reflüde variköz venlerde yapılan çalışmada grup 6'da normal venöz fizyoloji bulunmuştur (8). Bu olgularda ekstremitelerde başka bir yerde belirgin reflü olmadıkça venöz yetmezlik şikayetleri ve ülserasyonlar gelişmemektedir (8). Olgumuzda da venöz Doppler incelemede normal olarak değerlendirilmişti. Ancak cerrahi ligasyon olmadan bu tarz varisin gelişmesi ilginçtir. Bu durumda sol inguinal alanda gelişen venöz anevrizmanın, akımın bozulmasına neden olduğu ve cerrahi olarak yapılan ligasyon etkisi yarattığını düşündürmektedir.

Abdominal varislerin çoğunda hepatik dolaşımı ilgilendiren bir patoloji, portal hipertansiyon vardır (1,11). Olgumuzun ayrıntılı incelenmesinde karaciğer ya da portal sistemi ilgilendiren bir patolojisi olmadığı saptandı.

Olgumuz cerrahi istememesi üzerine, tromboze varislerine yönelik öncelikle antikoagulan tedavi ve elastik

bandaj uygulamasına başlanarak takibe alındı.

İnguinal alanda tespit edilen kitlelerin ayırıcı tanısında apse, hematoma, psödoanevrizma, lenfadenopati, selülit, tromboflebit düşünülmelidir. Ancak bu olgularda genellikle intravenöz ilaç kullanımı gibi predispozan faktörler vardır (13,14). Bu lezyonların ayırıcı tanısında klinik ve laboratuvar bulguları birbirine benzese de US ve Doppler US incelemeleri yol göstermektedir. Vasküler patolojilerin araştırılmasında Doppler inceleme basit, güvenilir, ucuz ve non-invaziv bir yöntemdir (10). Olgumuzda da tanı US ve Doppler US incelemesi ile konulmuş, BT, venografi ve MRG ile eşlik edebilecek patolojiler araştırılmıştır.

Kaynaklar

1. Walsh G, Williams MP. Case report: giant pararectal varices—computed tomographic appearances. *Br J Radiol* 1995; 68:203-204.
2. Zelikovski A, Sternberg A, Haddad M, Urca I. Varicosities of uncommon sites: therapeutic aspects. *Int Surg* 1981; 66:73-77.
3. Krause U, Kock HJ, Kröger K, Albrecht K, Rudofsky G. Prevention of deep venous thrombosis associated with superficial thrombophlebitis of the leg by early saphenous vein ligation. *VASA* 1998; 27:34-38.
4. Snell RS. Clinical anatomy for medical students. 3rd ed. Boston/Toronto Little, Brown and Company, 1986; 577-579.
5. Jiang P, van Rij M, Christie R, Hill G, Solomon C, Thomson I. Recurrent varicose veins: patterns of reflux and clinical severity. *Cardiovasc Surg* 1999; 7:332-339.

Sonuçta, suprapubik ya da inguinal lokalizasyonda, cilt altındaki kitlelerin ayırıcı tanısında bu alanda gelişebilecek variköz trombüsler akılda tutulmalı, olgular US ve Doppler US ile değerlendirilmelidir.

Teşekkür

Olgumuzun incelenmesi sırasındaki yardımlarından dolayı, Sayın Doç. Dr. Ayşe Erden'e çok teşekkür ederiz.

CASE REPORT: RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF SUPRAPUBIC THROMBOSED VARICES

Varicosities of uncommon sites such as suprapubic, lower thoracic, abdominal wall, gluteal region and vulva have been reported. Superficial vein thrombosis may lead to deep venous thrombosis and, subsequently, to pulmonary embolism. Early diagnosis and treatment is probably effective in reducing the rate of fatal pulmonary embolism. Doppler ultrasonography is very sensitive and useful in the diagnosis of varicosities and venous thrombosis. We report herein the case of a 59-year-old man who was found to have varicose thrombosis of suprapubic localization and thrombotic aneurysmatic dilatation on the left saphenofemoral junction. Suprapubic varicosities and thrombosis should be considered in the differential diagnosis of suprapubic and inguinal masses.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2002; 8:413-416

6. Glass GM. Neovascularization in recurrence of varices of the great saphenous vein in the groin: phlebography. *Angiology* 1988; 39:577-582.
7. Jones L, Braithwaite BD, Selwyn D, et al. Neovascularization is the principal cause of varicose vein recurrence: results of a randomised trial of stripping the long saphenous vein. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1996; 12:442-445.
8. Jiang P, van Rij M, Christie R, Hill GB, Thomson IA. Venous physiology in the different patterns of recurrent varicose veins and the relationship to clinical severity. *Cardiovasc Surg* 2000; 8:130-136.
9. Yeh HC, Stancato-Pasik A, Ramos R, Rabinowitz JG. Paraumbilical venous collateral circulations: color Doppler ultrasound features. *J Clin Ultrasound* 1996; 24:359-366.
10. Bradbury AW, Stonebridge PA, Callam MJ, et al. Recurrent varicose veins: assessment of the saphenofemoral junction. *Br J Surg* 1994; 81:373-375.
11. Antebi E, Freund E. Varicose veins of the abdominal wall in a child: a case report. *Angiology* 1984; 34:667-671.
12. Critchley G, Handa A, Maw A, Harvey A, Harvey MR, Corbett CR. Complications of varicose vein surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 1997; 79:105-110.
13. Sandler MA, Alpern MB, Madrazo BL, Gitschlag KF. Inflammatory lesions of the groin: ultrasonic evaluation. *Radiology* 1984; 151:747-750.
14. Roszler MH, Mc Carroll KA, Donovan KR, Rashid T, Kling GA. The groin hit: complications of intravenous drug abuse. *Radiographics* 1989; 9:487-508.