

Splenik Ven Darlığına Bağlı Fundus Varisi

Dr. Uğur YILMAZ, Dr. O. Hayri ELBİR, Dr. Bülent YILDIRIM,
Dr. Enver DOLAR, Dr. Turan CUMHUR, Dr. Fatih HİLMİOĞLU, Dr. Burhan ŞAHİN

Özet: İzole splenik ven obstrüksiyonu (ISVO) portal hipertansiyonların çok nadir görülen bir vanyantıdır. Yaşamı tehdit eden massif üst G.I.S. kanamasına neden olabilir. Kür şansı olan bir portal hipertansiyon çeşidi olduğundan doğru tanı konulması önemlidir. Nadir görüldüğü için pek tanınmayan bu hastalığı hatırlatmak amacıyla kliniğimizde tespit ettiğimiz bir olguyu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar kelimeler: Portal hipertansiyon, splenik ven obstrüksiyonu, gastrik varis.

İzole splenik ven obstrüksiyonu (ISVO) ekstrahepatik portal hipertansiyonların %4-6 sını, portal hipertansiyonların %0.1-0.2'sini oluşturan, nadir rastlanan bir durumdur (1). Etiolojisinde pankreatitler (%55-65), pankreas pseudokistleri (%33-63), pankreas tümörleri (%18-25), geçirilmiş shunt operasyonu (%1-2), travma (%1), myeloproliferatif hastalıklar, retroperitoneal fibrozis, penetre gastrik ülser rol oynar (1-5). %2-5 primer neden saptanamaz. ISVO en sıklıkla üst GIS hemorajisi ile ortaya çıkar. Massif kanama ile semptom vermesi nadir değildir (6). Kür şansı olan ekstrahepatik portal hipertansiyon tipi olduğundan doğru tanı konulması önemlidir.

Splenik ven darlığı, ISVO'nun çok nadir görülen bir tipidir. Çok nadir görülmesi nedeniyle kliniğimizde saptadığımız bir olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

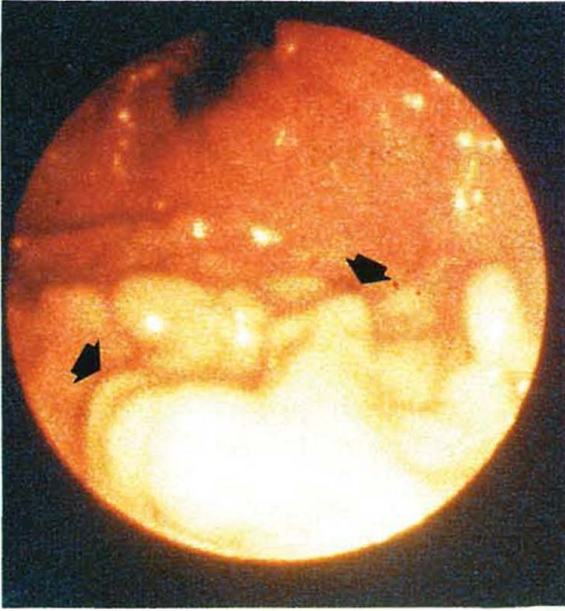
Summary: ISOLATED SPLENIC VEIN OBSTRUCTION CAUSING FUNDAL VARICES

Isolated splenic vein obstruction (ISVO) is a variant form of portal hypertension which is detected very rarely. It can be cause of the fatal upper gastrointestinal system haemorrhagia. It is important to diagnose correctly since it can be curable. We want to report a case we diagnosed in our clinic, to remind this disease which is not well known because of its rareness.

Key words: Portal hypertension, splenic vein obstruction, gastric varices.

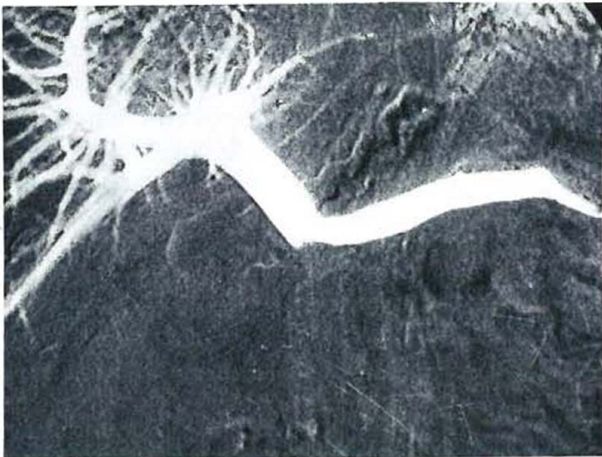
OLGU

AÇ, 43y, erkek. 12.4.1992 tarihinde birden başlayan hematemez yakınması ile Y. İ.H. Acil Polikliniği'ne başvurdu. Daha önce herhangi bir yakınmasının olmadığı, özgeçmişinde 8 yıl önce duodenal ulcus nedeniyle TV+HMPP operasyonu geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde nabız: 96/dk, TA: 110/70 mmHg idi. Batın muayenesinde barsak seslerinde artış dışında patolojik bulgu yoktu. Acil endoskopik incelemeye alınan hastanın işlem sırasında şuur bulanıklığı gelişmesi üzerine işleme son verilerek Yoğun Bakım Ünitesi'ne alındı. Dört ünite kan, izotonik serum ve plazma volüm genişleticiler kullanılarak hasta şok tablosundan çıkarıldı. İkinci kez endoskopi için hazırlık yapılırken hastanın massif kanaması oldu, derin şok bulguları (nabız 150/dk, TA: alınamıyordu) ve konfüzyon gelişti. Beş ünite taze kan, plazma volüm genişleticiler, izotonik sıvı tedavisi başlanarak hasta acil operasyona alındı. Operasyonda kanama ye-



Şekil 1: ISVO' a bağlı fundal varisler (siyah ok).

rinin tespit edilememesi üzerine peroperatuvar endoskopi yapıldı. Kanamanın fundustan olduğu saptandı. Midedeki kan aspire edildikten sonra fundus arka yüzde mukozadan kabarık, mor renkte 1x1 cm boyutlarında bir lezyondan fışkırır tarzda kanama olduğu saptandı. Hemanjiom olduğu düşünülerek eksizyon amacıyla dokunulduğunda kanama olduğu görülerek lezyon bağlandı ve mukoza altına gömüldü. Batın incelemesinde karaciğer, omentum intra-abdominal vaskülatür normal bulundu. Post-op. 7. gün yapılan üst G.I.S. endoskopide fundal varis saptan-



Şekil 3: ISVO'lu olguya ait normal splenoportografi.

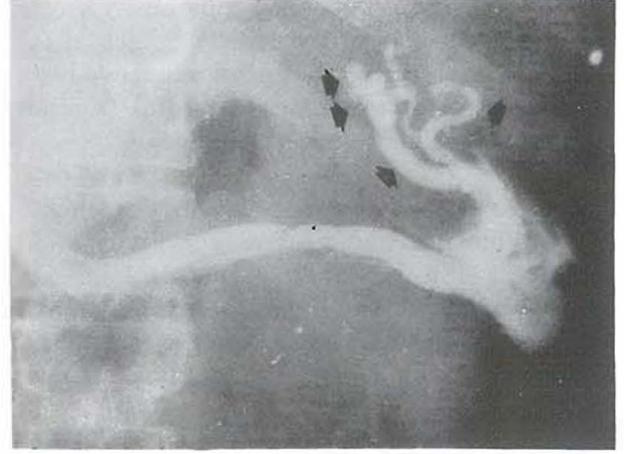
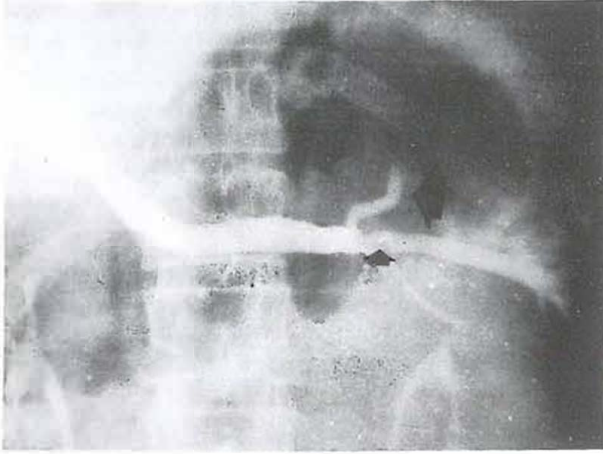


Şekil 2: Splenektomi sonrası fundustaki varislerin kaybolması.

dı (Şekil 1). Ultrasonografide karaciğer, safra yolları, v. porta, splenik ven normal, dalak normalin üst sınırında, hematolojik, biokimyasal testler normal, viral hepatit işaretleyicileri negatif bulundu. Fundal varislerin etiolojisini saptamak amacıyla yapılan splenoportografi normal bulundu (Şekil 3). Perkütan Transhepatik Portoğafi yapılmasına karar verildi. Vena porta basıncı ve karaciğer portal ven kanlanması normaldi. Kateter splenik vene ilerletildiğinde splenik venede darlık, kollateral venlerin beslediği fundal varisler saptandı (Şekil 4). Splenik pulpa basıncı yüksek bulundu. Hastaya splenektomi yapılmasına karar verildi. Operasyonda dalağın omentum mide kolon ve diaframa yapışık olduğu saptandı. Splenektomi yapıldı. Post-op 10. günde yapılan endoskopik incelemede fundal varislerin kaybolduğu görüldü (Şekil 2). Taburcu edilen hastaya 3,6 ve 9 ay sonra yapılan endoskopik, ultrasonografik ve biokimyasal testlerde patoloji saptanmadı. Post-op 10. ayda hasta herhangi bir sağlık problemi olmaksızın yaşamını sürdürmektedir.

TARTIŞMA

Segmental PH, Sol Taraf PH, Regional PH, Lokalize PH, Kompartmantal PH, Lienal PH, Sple-



Şekil 4: (a) Perkütan transhepatik portografi: splenik vena darlık (küçük ok), koroner ven (büyük ok), fundal varisler (çift ok). (b) kısa gastrik venler (küçük ok).

noportal PH adları verilen izole Splenik Ven Obstrüksiyonu (İSVO) tüm portal hipertansiyonların %0.1-2'sini oluşturmaktadır (1). Sutton 1900-1968 yılları arasında 53 olgu bildirmiştir (5), 1969-1984 arasında 209 olgu bildirilmiştir (1). Grunert 327 olguluk V. Porta Trombozu serisinde 4 İSVO (%1.2), Johnston 16 yılda 8 olgu, Yale 5 yılda 7 olgu, Salam 2 yılda 8 olgu bildirmişlerdir (7, 8).

209 olguda etiyolojik dağılım şu şekilde bulunmuştur: %65 Pankreatit (%33 pseudokist) %18 malign pankreas tümörü %14 çeşitli nedenler (Lenfoma, retroperitoneal fibrozis, böbrek adenokarsinomu, geçirilmiş porto-sistemik shunt operasyonu, mide rezeksiyonu, retroperitoneal abse, mobil dalak, konjenital pankreas kisti, travma, kist hidatik, kavernoöz splenik ven, kolon sarkomu) %3 idiyomatik (1). Penetre gastrik ülserle bağlı İSVO bildirilmiştir (9).

Olgumuzda literatürde belirtilen nedenlerden hiçbirisi saptanmamıştır. Sekiz yıl önce geçirilmiş TV+HMPP operasyonu dışında özellik yoktur. Perkütan Portografide splenik ven darlığı saptanmıştır. Literatürde İSVO olgularında "Splenik Ven Darlığı" şeklinde bir tanımlamaya rastlanmamıştır. Operasyonda görülen perisplenik yapışıklıklara bağlı splenik venin dıştan sıkışması söz konusu olabilir.

Olgumuz birden başlayan massif üst G.İ.S. kanaması ile başvurmuştur. Literatürde en sık rastlanan semptom üst G.İ.S. kanamasıdır (%69-72) (1). Acil operasyon gerektiren massif kanama ile başlama sıklığı %0.4'dür (6). Diğer semptomlar karın ağrısı (pankreatite bağlı) kilo kaybı ve halsizliktir.

Tanı genellikle kanama nedeni araştırılırken operasyonda varislerin ve/veya kollaterallerin görülmesi, gastrik varislerin etiolojisini saptamak amacıyla yapılan anjiyografik incelemelerde kollateraller ve varislerin görülmesi ile konulur. Seksen iki olguluk bir seride tanı %49 ilk kanama epizodunda, %51 ise soraki 1-12 aylık periyotta diğer kanama epizodları sonunda konulabilmiştir (1). Olgumuzda peroperatuar tanı konulamamıştır. 116 olguluk bir seride olguların %22'si kanama nedeniyle opere edilmiş, hiçbirinde de operasyonda tanı konulamamıştır. Operasyonda tanı karaciğerin normal olması, gastroepiploik venin dilate ve tortioze olması ve gastrik varislerin görülmesi ile konulur.

Yayınlarında splenoportografi ile olguların %34-46'sında kollateral dolaşım ve varisler gösterilememiştir (3, 8, 10, 11). Perarteriyel portografinin değerinin sınırlı olduğu bildirilmektedir. Bir seride çölyak anjio ile olguların %65'inde SVO gösterilebilmiştir (3, 12). Olgumuzda da splenoportografi normalden perkütan portografi ile kollateral dolaşım ve varisler gösterilebilmiştir.

Anjiyografik olarak splenik vende obstrüksiyon, kollateral dolaşım ve (kısa gastrik, omental dallar, diafragmatik ve interkostal dallar) ve hepato-pedal kan akımı gösterilebilir (5). Koroner ven açıksa özofagus varisleri görülmez.

Tedavide primer hastalık tedavisi ve splenektomi uygulanır. Kanama yoksa splenektomi yapılmayabilir (1, 5, 7). Kanaması olan ve splenektomi yapılmayanlarda rekürrent kanama sıklığının, splenektomi yapılanlara göre 10 kat fazla olduğu bildirilmiştir (1). Splenektomiden

sonra uzun süre izlenen hastalarda nüks kanama sıklığı %0-9 oranında bildirilmiştir (1, 8, 12, 13). Shunt yapılan olgularda sonuç başarısız olmuştur (1). Opere edilmeyen 1 olguda 17 ay sonra tıkanmanın kendiliğinden düzeldiği bildirilmişse de (12) bu bulguyu destekler başka bir yayın olmamıştır.

Olgumuz splenektomiden 10 ay sonra herhangi bir yakınması olmaksızın yaşamını sürdürmektedir. Düzenli olarak yapılan kontrollerde yeni varis oluşumuna rastlanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Madsen MS, Petersen TH, Sommer H; Segmental Portal Hypertension. *Ann Surg* 1986, 204: 72-77.
2. Muhletaler C, Gerlok J, Goncharenko V, et al.; Gastric varices secondary to splenic vein occlusion: Radiographic diagnosis and clinical significance. *Radiology* 1979, 132: 593-98.
3. Salam AA, Warren WD, Tyras DH; Splenic vein thrombosis: A diagnosable and curable form of portal hypertension. *Surgery* 1973, 74: 961-72.
4. Lavender S, Davies RWL, Thomas ML; Retroperitoneal fibrosis causing localized portal hypertension. *British Medical Journal* 1970; 3: 627-28.
5. Johnston FR, Myers RT; Etiologic factors and consequences of splenic vein obstruction. *Ann Surg* 1973, 177: 736-39.
6. Bernades P, Baetz A, Lévy P, et al.; Splenic and portal venous obstruction in chronic pancreatitis. *Dig Dis Sci* 1992, 37: 340-46.
7. Sutton JP, Yarborough DY, Richards JT, et al.; Isolated splenic vein occlusion. *Arc Surg* 1970, 100: 623-26.
8. Babb RR; Splenic vein obstruction: A curable cause of variceal bleeding. *Dig Dis* 1976, 21: 512-13.
9. Goldstein GB; Splenic vein thrombosis causing gastric varices and bleeding. *Am J Gastroenterol* 1972, 58: 319-25.
10. Karr S, Wohl GT; Clinical importance of gastric varices. *N Eng J Med* 1960, 263: 665-69.
11. Laing GS, Camilo ME, Dick R, Sherlock S; Percutaneous transhepatic portography in the assessment of portal hypertension. *Gastroenterology* 1980, 78: 197-205.
12. Yale CE, Crummy AB; Splenic vein thrombosis and bleeding esophageal varices. *JAMA* 1971, 217: 317-320.
13. Stone RT, Wilson SE, Passaro E; Gastric portal hypertension. *Am J Surg* 1978, 136: 73-79.