

Baker Kistini Taklit Eden Kısa Safen Ven Anevrizması: Olgu Sunumu

Güvenir OKÇU*, Egemen TÜZÜN**, Uğur ÖZİÇ*, Murat ÖZMEN*

Celal Bayar Üniversitesi, MANİSA

* Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

** Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

Kısa safen ven anevrizmaları çok nadir görülen olgulardır, İngilizce yayımlar incelendiğinde bugüne kadar sadece 3 olgunun bildirildiğini görmekteyiz. Bu yazıda, popliteal bölgede ortaya çıkan ve Baker kistini taklit eden bir kısa safen ven anevrizması olgusunun klinik gidiş ve tedavisi sunulacaktır.

GKDC Dergisi 1998; 6:160-162

Giriş

Baker kistleri popliteal fossanın en sık görülen kitleleri olmakla birlikte bu bölgedeki selülit, popliteal varisler, arteriel ve venöz anevrizmalar, derin ven trombozu, hemanjiom ve tümörler ayırıcı tanıda önem taşırlar (1-3). İngilizce literatür bilgilerini taradığımızda, popliteal fossada lokalize 3 adet kısa safen ven anevrizması olgusu bildirilmektedir (4-5). Bu yazıda, 70 yaşında bir olguda Baker kistini taklit eden kısa safen ven anevrizmasının klinik gidiş, tanı ve tedavisi sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

70 yaşında erkek hasta, sağ diz arkasında ağrı ve şişlik yakınması ile polikliniğe başvurdu. Öyküsünde herhangi bir travma veya tromboflebit tanımlamayan hasta yaklaşık 1 yıldır osteoartrit tanısı ile antienflamatuar ilaç kullandığını belirtti. Son bir aydır ağrının giderek artması, sağ diz arkasında kitle farketmesi ve son iki gündür yürüme güçlüğü ortaya çıkması üzerine hekime başvurma gereksinimi duyduğunu belirtti.

Short Saphenous Vein Aneurysm Mimicking Ruptured Baker's Cyst: Case Report

Aneurysms of the lesser saphenous vein are rare. In English written literature, only 3 reports of the lesser saphenous vein aneurysm have been published. In this paper, the clinical course and treatment of a lesser saphenous vein aneurysm which was localized in popliteal fossa and mimicks Baker's cyst, is presented.

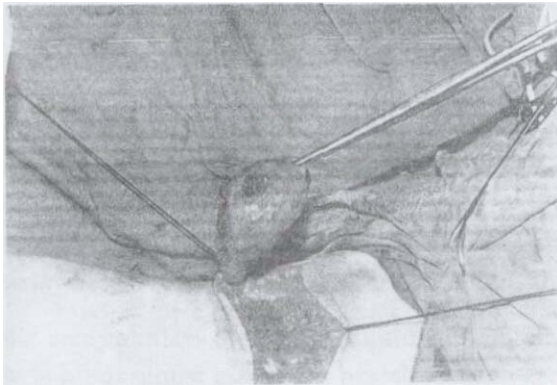
Fizik muayenede sağ diz eklemdeki şişmeye ek olarak, popliteal fossada 5x6 cm ebadında, nonpulsatil, redükte edilemeyen, çevresi ve üzeri ekimotik bir kitle mevcuttu. Bacak (+++) ödemliydi ve Homan's testi negatif idi. Sağ diz ekstansiyonu sınırlanmıştı ve krepitasyon alınıyordu. Periferik nabızlar intakt idi, varis oluşumu yoktu. Popliteal kitlenin oskültasyonunda üfürüm saptanmadı.

Konvansiyonel radyogramlarda sağ diz eklemde kronik dejeneratif değişiklikler ve eklem aralığında daralma saptandı. Duplex incelemesinde sağ popliteal fossanın medialinde 5x6 ebadında, keskin sınırlı ve içerisindeki septasyonlar nedeniyle mikst ekojenite veren kitle Baker kisti olarak rapor edildi (Şekil 1). Derin ven trombozu ayırıcı tanısına yönelik olarak yapılan renkli duplex incelemesinde, popliteal vende tromboz veya kompresyon ile uyumlu bulgu yoktu. Popliteal arterde akım normaldi ve yapısal değişiklik yoktu. Bu bulgular eşliğinde sağ diz osteoartritin sekonder Baker kisti ön tanısı ile hastaya artroskopik debridman planlandı.

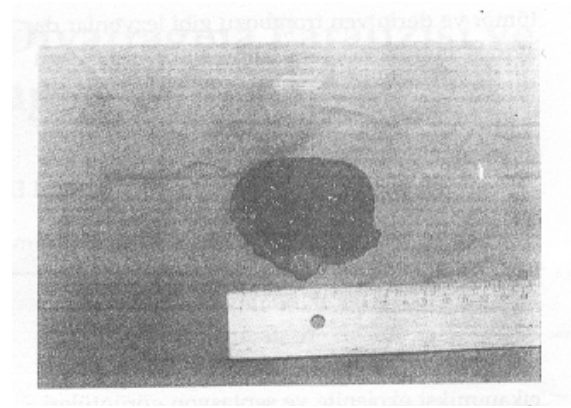


Şekil 1. Sağ popliteal fossa medialinde 5x6 cm ölçülerinde Baker kisti olarak rapor edilen kitle.

Artroskopik incelemede diz eklemi medial kompartmanında eklem kıkırdağı ve menisküsünde kronik dejeneratif değişiklikler saptandı ancak eklem kapsülünden köken alan bir kitle yapısına rastlanmadı. Bunun üzerine sağ popliteal fossa posterior yaklaşımla explore edildi ve kısa safen venden köken alan, safenopopliteal bileşkenin 2 cm proksimaline kadar uzanan 6x5x2 cm ebadında anevrizmatik kitle saptandı. Anevrizmatik ven duvarı medialde perforé olmuştu ve anevrizma kesesinin içi trombus ile doluydu (Şekil 2, 3). Perfore kısa safen ven anevrizması olduğu görülen kitle ve kaudal boynundan ipekle bağlanarak eksize edildi. Hasta ertesi gün taburcu edildi. Eksize edilen anevrizmatik kitlenin histopatolojik incelemesinde orijinal damar lümeninin içeri-



Şekil 2. Kısa safen venin sefalad kısmından köken alan 5x6x2 cm ölçülerinde perforé venöz anevrizma.



Şekil 3. Venöz anevrizmanın transeksiyonu sonrasında lümenin tamamen tromboze olduğu görülmektedir.

sinde trombus oluşumu, fibroblastik proliferasyon ve organizasyonla birlikte yer yer rekanalizasyon alanları da rapor edildi. Anevrizma duvarının bazı bölgelerinde, az sayıda düz kas hücreleri olduğu gözlemlendi. Bu histopatolojik bulgular eşliğinde kesin bir etyolojik faktörden söz etmek mümkün olmadı.

1 yıldır poliklinikten izlenen hastanın şu anda herhangi bir yakınması bulunmamaktadır.

Tartışma

İngilizce literatürde ilk venöz anevrizma 1913 yılında bildirilmekle birlikte bu konudaki ilk sınıflandırma 1964 yılında yapılmıştır (3). Venöz anevrizmalar derin veya yüzeysel venlerin travma veya lokal enfeksiyona sekonder olarak genişleyip, genellikle ekstremitelerde kitle oluşturmaları ile bulgu verirler (4, 6). Yüzeysel venlerde anevrizma oluşumu çok nadir görülüp bildirilen olgular içerisinde sadece 3 adet kısa safen ven anevrizması tanımlanmıştır (4, 5). Popliteal fossada lokalize olan venöz anevrizmalar, klinik bulgularının benzerliği nedeniyle bu bölgenin en sık görülen kitlesi olan Baker kistini taklit edebilir (3). Yine bu bölgede, lokal kitle, ağrı, ödem, eklem şişliği, pozitif Homan's testi, ekimoz ve topallama gibi benzer semptomlara neden olan hematoma, yağ dokusu proliferasyonu, selülit.

tümör ve derin ven trombozu gibi lezyonlar da ayına tanıma dikkate alınmalıdır (2). Olgu sunumu bölümünde belirtildiği gibi, Homan's testi haricindeki tüm bulgular bizim hastamızda da mevcuttu.

Benzer semptomlarla başvuran popliteal kitleli hastalarda venöz dupleks özellikle popliteal ven trombozu ve kompresyonunun ayırıcı tanısında ilk seçilecek noninvaziv tanı yöntemidir (1,3). Ancak hastamızda olduğu gibi tromboze venöz anevrizma olgularında ortaya çıkan mikst ekojenite ve septasyon görüntüleri, hemorajik veya nekrotik Baker kistleri ve bu bölgedeki malign kitleler ile ayırıcı tanıyı güçleştirebilir (3). Her ne kadar preoperatif asendan flebografi yüzeysel venöz anevrizmalarında tanı koydurucu olsa da, venöz dupleks

ile derin venlerde tromboz veya akım pater-ninde bozulma olmadığı gösterilen olgularda popliteal kitlelerin ayırıcı tanısında rutin asendan flebografi uygulaması kanımızca gerekli değildir. Venöz anevrizmalı olgular, düşük oranda da olsa, trombozun derin venlere ilerlemesi veya pulmoner emboli riski taşıdıkları için eksplore edilip anevrizmatik ven segmentinin ligasyon ve eksizyonu ile tedavi edilirler (4,6,7).

Sonuç olarak, son derece nadir görülmekle birlikte, popliteal fossada lokalize kitleler arasında kısa safen ven anevrizması olguları da akılda bulundurulmalıdır kanısındayız.

Kaynaklar

1. Langsfeld M, Matteson B, Johnson W, et al. Baker's cysts mimicking the symptoms of deep vein thrombosis: Diagnosis with venous duplex scanning. J Vasc Surg 1997; 25: 658-62.
2. Von Schroeder H, Ameli FM, Piazza D, et al. Ruptured Baker's cysts causes ecchymosis of the foot. J Bone Joint Surg (Br). 1993; 75-B: 316-7.
3. Toolanen G, Lorentzon R, Friberg S, et al. Sonography of popliteal masses. Acta Orthop Scand. 1988; 59 (3): 294-6.
4. Ramadan F, Johnson G. Primary lesser saphenous vein aneurysm in a child. J Ped Surg. 1991; 26 (6): 738-40.
5. Legnani G, Mettini L, Bonfioli C, et al. Venous aneurysm of extremities: a case report and literature review, Cardiovasc Surg. 1995; 3 (4): 445-6.
6. Sarap MD, Wheeler WE. Venous aneurysms. J Vasc Surg 1988; 8:182-3.
7. Kanamaru H, Asahina K. Venous aneurysm of V. saphena accessoria -a case report. Nippon Geka Zasshi. 1990; 91 (10); 1648-51-

Yazışma Adresi: Dr. Egemen Tüzün
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim
Dalı, 45000 Manisa
Tel: 02362325889
Fax: 0232 323 52 40
