

# Primer Sakküler Büyük Safen Ven Anevrizması

## Primary Saccular Great Saphenous Vein Aneurysm: Case Report

Zülfü BİRKAN,<sup>a</sup>  
Pınar GÜNDOĞAN BOZDAĞ,<sup>a</sup>  
Ahmet BOZDAĞ<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Radyoloji Kliniği,  
<sup>b</sup>Genel Cerrahi Kliniği,  
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Elazığ

Geliş Tarihi/Received: 15.11.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 09.09.2016

*Bu çalışmada, 36. Ulusal Radyoloji Kongresi  
(21-25 Ekim 2015, Antalya)'nda poster olarak  
sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Ahmet BOZDAĞ  
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ,  
TÜRKİYE/TURKEY  
abozdag80@hotmail.com

**ÖZET** Venöz anevrizmalar sıklıkla juguler ven, basilik ven, alt ekstremitede ise femoral ve popliteal vende görülmektedir. Büyük safen venin sakküler tip anevrizmaları nadir görülmektedir. Derin ven trombozu, tromboflebit ve daha önemlisi, yaşamı tehdit eden pulmoner emboli gibi komplikasyonları nedeni ile klinik önem arz etmektedir. Yerleşim yeri nedeni ile inguinal hernilerle karışabilmektedir. Operasyon öncesinde yeterli değerlendirme yapılmaması durumunda ciddi problemlerle karşılaşmaktadır. Ayırıcı tanısı ise çok kolay ulaşılan, noninvaziv ve iyonizan radyasyon içermeyen bir yöntem olan renkli Doppler ultrasonografi ile başarılı olarak yapılmaktadır. Bu çalışmada, genç bir erkekte, nadir görülen bir primer sakküler büyük safen ven anevrizması bildirilmiş ve bu olgu ile birlikte literatür bilgileri ışığında venöz anevrizmaların klinik bulguları, ayırıcı tanısı ve tedavileri gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Anevrizma; fıtık, inguinal

**ABSTRACT** Venous aneurysms are seen often in jugular or basilic vein on upper extremity and in femoral or popliteal vein on lower extremity. However, saccular type aneurysms of great saphenous vein are rare, but clinically important with potential complications such as deep vein thrombosis, thrombophlebitis and even life threatening pulmonary embolism. Clinically, they are confused with hernias due to location. They could lead to serious problems, if no adequate assessment is made preoperatively. However, the differential diagnosis can be performed successfully with color Doppler ultrasonography that is very easily accessible, noninvasive and ionizing radiation free method. We reported a rare case of primary saccular great saphenous vein aneurysm in a young male and reviewed clinical presentation, differential diagnosis and treatment of venous aneurysms, in the accompanying literature with the presented case.

**Key Words:** Aneurysm; hernia, inguinal

**Türkiye Klinikleri J Case Rep 2016;24(3):286-8**

Venöz anevrizmalar nadir lezyonlar olup, yaşamı tehdit eden pulmoner emboli riski nedeni ile önemlidirler.<sup>1</sup> Primer venöz anevrizmalar içerisinde juguler ven, kolun ön kısmının venleri, femoral ven ve popliteal venler sıklıkla görülmekte olup, bunlar içerisinde büyük safen venin sakküler anevrizmaları nadirdir.<sup>2</sup>

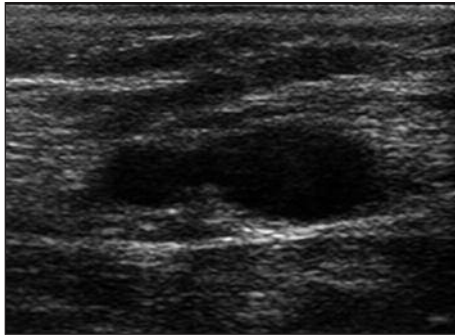
### OLGU SUNUMU

Yirmi beş yaşındaki erkek olgu, bir süredir femoral bölgede şişlik şikâyetiyle hastanemizin genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Anamnezinde herhangi

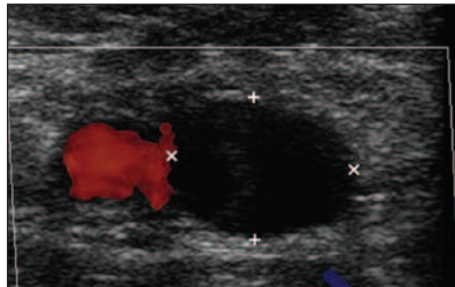
doi: 10.5336/caserep.2015-48617

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

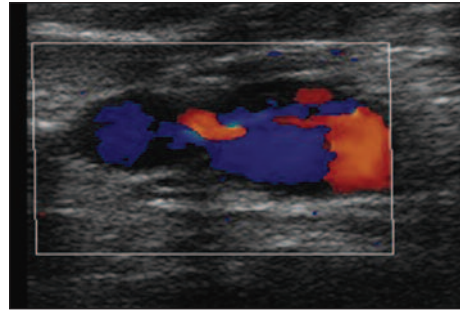
bir cerrahi işlem veya travma öyküsü bulunmayan olgu klinik muayenesinde valsalva ile şişlik oluşup bası ile kaybolması nedeni ile “femoral herni” ön tanısı ile yüzeysel ultrasonografi (USG) istenip radyoloji polikliniğimize yönlendirildi. Yüzeysel USG ile B mod incelemede femoral bölgede vena safena magna komşuluğunda 14x11 mm boyutlarında düzgün sınırlı kistik lezyon izlendi (Resim 1). Kistin ince bir boyun ile safen ven ilişkisi gözlemlenince sonra olası anevrizma açısından renkli Doppler USG ile değerlendirmeye geçildi. Yüzeysel prob ile rahatlıkla komprese edilebilen kistik lezyon içerisine valsalva manevrası esnasında kanın giriş ve çıkışı tespit edildi (Resim 2, 3). Bu bulgular sonucunda kistik lezyonun büyük safen venin sakküler anevrizması olduğuna karar verildi. Anevrizma tanısı sonrasında olguya yapılan alt ekstremitte venöz renkli Doppler USG incelemede büyük safen venin tüm seyri boyunca valsalva manevrası ile kapak yetmezliğini düşündüren venöz geri kaçış izlendi. Anevrizmanın komplike olmaması, boyutunun küçük ve olgunun da asemptomatik olması nedeni



**RESİM 1:** B mod US incelemede vena safena magna ve komşuluğunda kendisinden daha büyük boyutlu düzgün sınırlı kistik lezyon.



**RESİM 2:** Renkli Doppler US incelemede vena safena magnada renkle dolmuş tam olarak izlenirken komşuluğundaki kistte renkle dolmuş saptanmamıştır.



**RESİM 3:** Renkli Doppler US incelemede valsalva manevrası esnasında kanın sakküler anevrizma içerisine girişi ve çıkışı tam olarak izlenmektedir.

ile cerrahi planlanmadı. Olgu poliklinik kontrolüne çağırıldı takibi devam etmektedir. Olguya mevcut lezyonu hakkında bilgi verilip verilerinin bilimsel olarak yayınlanabilmesi için bilgilendirilmiş onamı alınmıştır.

## TARTIŞMA

Primer venöz anevrizmalar sıklıkla juguler ven, superior vena kava, inferior vena kava, superior mezenterik ven ile alt ekstremitede popliteal ve femoral venede görülebilmektedir.<sup>2,3</sup> Venöz anevrizmaların en yaygın komplikasyonları; derin ven trombozu, tromboflebit ve nöks pulmoner emboli gibi yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonlardır. Nüks pulmoner emboliler sıklıkla küçük sakküler anevrizmalarda rapor edilmiştir. Tanımlanan komplikasyonlar nedeni ile venöz anevrizmaların erken tanı ve tedavileri gereklidir.<sup>4</sup>

Büyük safen venin sakküler anevrizması nadir görülmektedir. Lezyon sıklıkla femoral herni ile karışabilmektedir.<sup>4,5</sup> Renkli Doppler USG inceleme bu iki durumu kolaylıkla birbirinden ayıran önemli bir tanısal modalitedir.

Venöz anevrizmalarda etiyoloji açık olmayıp patogenezi bilinmemektedir. Ancak bazı mekanizmalar ileri sürülmektedir. Bunlar şöyle sıralanabilir; venöz hipertansiyon ve reflü, inflamasyon, enfeksiyon, ven duvarındaki konjenital zayıflık, travma ve lokalize dejeneratif değişikliklere bağlı hemodinamik değişiklikler.<sup>6</sup> En çok kabul gören teori ise ven duvarındaki normal konnektif doku komponentlerinin kaybıdır. Bu durum konjenital gelişim yetersizliğine sekonder olabileceği gibi yaşla birlikte dejeneratif konnektif doku kaybına

bağlı da olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada ven anevrizma duvarındaki fokal yapısal değişiklikler incelenmiş ve anevrizmanın ven duvarındaki artmış matriks metalloproteinazlarla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir.<sup>7</sup>

Literatüre bakıldığında, venöz anevrizma ile pulmoner embolizm birlikteliğinin %24-32 oranında, kronik venöz hastalık ile venöz anevrizma birlikteliğinin ise %76 oranında olduğu görülmektedir.<sup>8</sup>

Pulmoner emboli şiddetli hemodinamik instabiliteye neden olacağından cerrahi tedavi öncesi kardiyopulmoner dolaşımı desteklemek ve trombüs yüküne karşı trombolitik tedavinin başlanması gereklidir.<sup>9</sup> İ inferior vena kava filtrelerinin yerleştirilmesi, cerrahi onarımı esnasında emboli riskini azaltmaktadır. Ayrıca, inferior vena kava filtreleri cerrahi için elverişsiz ve rekürren pulmoner emboli ile hemodinamik instabilitesi bulunan yaşlı hastalar için de geçerli bir seçenektir.<sup>10</sup>

Primer ven anevrizmalarında cerrahi tedavi seçenekleri anevrizmanın tipine göre değişmekte olup, sakküler anevrizmalarda anevrizmektomi ile

lateral venografi uygulanırken fuziform anevrizmalarda rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapılmaktadır.<sup>11</sup>

Derin ve yüzeysel venöz anevrizmalarda, semptomatik hastalarda (ağrı, ödem, tromboemboli) sıklıkla cerrahi onarım tercih edilmektedir. Ayrıca asemptomatik bile olsa sakküler tip derin venöz anevrizmalar ve büyük fuziform anevrizmalar cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Küçük ve asemptomatik yüzeysel venöz anevrizmalar periyodik olarak Doppler USG ile takip edilebilmektedir.

Venöz anevrizmaların tanınması ve tedavisi özellikle pulmoner emboli gibi yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Olgumuzda lezyonun femoral bölgede olduğu saptanmıştır. Bu, klinik muayenede herni ve lenfadenopati ile karışılabilir riski taşımaktadır. Bu durumda öncelikle tercih edilmesi gereken tanısal modalite; gerek kolay ulaşılabilir olması, gerekse tekniğin non-invaziv ve iyonizan radyasyon içermemesi, ayrıca yüksek tanı değeri nedeni ile renkli Doppler USG inceleme olmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Gillespie DL, Villavicencio JL, Gallagher C, Chang A, Hamelink JK, Fiala LA et al. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vasc Surg* 1997;26(5):845-52.
- Calligaro KD, Ahmad S, Dandora R, Dougherty MJ, Savarese RP, Doerr KJ, et al. Venous aneurysms: surgical indications and review of the literature. *Surgery* 1995;117(1):1-6.
- Uematsu M, Okada M. Primary venous aneurysms case report. *Angiology* 1999;50(3):239-44.
- Owen TD. Thrombosed sapheno-varix: an important and unusual differential diagnosis of strangulated femoral hernia. *Br J Clin Pract* 1990;44(12):754.
- Tschuor Ch, Dindo D, Clavien PA, Hahnloser D. A challenging hernia: primary venous aneurysm of the proximal saphenous vein. *Hernia* 2013;17(1):111-3.
- Sigg P, Koella Ch, Stöbe C, Jeanneret Ch. Popliteal venous aneurysm, a cause of pulmonary embolism. *Vasa* 2003;32(4):221-4.
- Irwin C, Synn A, Kraiss L, Zhang Q, Griffen MM, Hunter GC. Metalloproteinase expression in venous aneurysms. *J Vasc Surg* 2008;48(5):1278-85.
- Sessa C, Nicolini P, Perrin M, Farah I, Magne JL, Guidicelli H. Management of symptomatic and asymptomatic popliteal venous aneurysms: a retrospective analysis of 25 patients and review of the literature. *J Vasc Surg* 2000;32(5):902-12.
- Gabrielli R, Rosati MS, Costanzo A, Chiappa R, Siani A, Caselli G. Primary tibial vein aneurysm with recurrent pulmonary emboli. *J Vasc Surg* 2010;52(2):464-6.
- Gabrielli R, Vitale S, Costanzo A, Carra A. Our experience of popliteal vein aneurysm. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010;11(6):835-7.
- Pascarella L, Al-Tuwajiri M, Bergan JJ, Meenas LM. Lower extremity superficial venous aneurysms. *Ann Vasc Surg* 2005;19(1):69-73.